

Onderzoek behoefte aan diagnostiek bij kinderen en volwassenen met een beperking (Dia-Land)

RAPPORT

Diagnostiek bij adolescenten en volwassenen met een ontwikkelingsstoornis of niet-aangeboren hersenletsel Deel I Bevraging bij de aanbieders van diagnostiek

Jo Lebeer & Caroline Bolckmans (Ed.)

Onderzoek behoefte aan diagnostiek bij kinderen en volwassenen met een beperking (Dia-Land)

Wetenschappelijke stuurgroep

Prof. dr. Jef Breda, UAntwerpen
Prof. dr. Jo Lebeer, UAntwerpen
Prof. dr. Dieter Baeyens, KULeuven
Ruben Ryckewaert, DIASS, West-Vlaams Consultatiebureau
Katja Van Eester & Lotte Barnard, Verwijzersplatform
Patrick Ruppel, Gespecialiseerde trajectbegeleiding GTB vzw

Extern advies

Dr. Julie De Ganck & dr. Nathalie Schoupe, Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek

Promotoren

Prof. dr. Jo Lebeer, Universiteit Antwerpen, ELIZA, Handicapstudies
Kathrine Goffart, Oriëntatiecentrum vzw Gouverneur Kinsbergen
Greet Du Bois, Oriëntatiecentrum vzw Gouverneur Kinsbergen (vervanging van augustus 2015 tot september 2016)

Onderzoeker

Caroline Bolckmans, Oriëntatiecentrum vzw Gouverneur Kinsbergen

Colofon

Lebeer, J. en Bolckmans, C. (2017), Onderzoeksrapport Dia-Land. Diagnostiek bij adolescenten en volwassenen met een ontwikkelingsstoornis of niet-aangeboren hersenletsel. Deel I: Bevraging bij de aanbieders van diagnostiek.

© 2017 Oriëntatiecentrum vzw Gouverneur Kinsbergencentrum & Universiteit Antwerpen.

Universiteit Antwerpen
Faculteit Geneeskunde & Gezondheidswetenschappen
Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg ELIZA
Campus Drie Eiken R3.13, Universiteitsplein 1, 2610 Wilrijk
Tel +32 3 265 25 29 | Fax +323 265 25 26
<https://www.uantwerpen.be/nl/onderzoeksgroep/handicapstudies>
Jo.Lebeer@uantwerpen.be

Gouverneur Kinsbergencentrum
Oriëntatiecentrum & Centrum Ontwikkelingsstoornissen
Doornstraat 331, 2610 Wilrijk
Tel +32 3 830 73 10 of +32 3 821 03 00 | Fax +32 3 828 69 64
<http://oc.kinsbergenvzw.be>
Onderzoeker: Caroline.Bolckmans@provincieantwerpen.be
Teamleider: Kathrine.Goffart@provincieantwerpen.be

Dankwoord

Bij het tot stand komen van dit rapport zijn de leden van de wetenschappelijke stuurgroep en de externe adviseurs nauw betrokken geweest. We wensen hen te danken voor hun bijdrage in verschillende fasen van het project, aan de verspreiding en de volledigheid van het rapport en hun commentaar op tussentijdse delen van het rapport. We willen allen hartelijk danken voor de tijd die door hen is besteed aan dit onderzoeksproject. We wensen de Universiteit Antwerpen te bedanken om huidig onderzoeksproject mogelijk te maken en voor de fijne samenwerking. Ook willen we het Verwijzersplatform bedanken voor hun expertise en steun aan het project. Tot slot wensen we Greet Du Bois en de teamleden van het Oriëntatiecentrum te danken voor de ondersteuning.

Prof. dr. Jo Lebeer

Caroline Bolckmans

Kathrine Goffart

Inhoudsopgave

TABELLEN	5
SAMENVATTING	6
HOOFDSTUK 1 PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSOPZET	9
HOOFDSTUK 2 RESULTATEN LITERATUURONDERZOEK	18
Definitie en prevalentie	18
Definitie van Handicap	18
Ontwikkelingsstoornissen: definitie en prevalentie	23
HOOFDSTUK 3 BEVRAGING DIAGNOSTISCHE DIENSTEN ADOLESCENTEN EN VOLWASSENEN: RESULTATEN ENQUÊTES	37
Methode	37
Resultaten	39
Discussie	74
HOOFDSTUK 4 CONCLUSIES	79
Wat kunnen we besluiten uit het onderzoek?	79
Welke vragen verdienen verdere aandacht?	83
REFERENTIES	85
BIJLAGEN	92
Bijlage 1: brief oproep tot deelname aan onderzoek	92
Bijlage 2: Lijst met gebruikte afkortingen	94
Bijlage 3 Lijst aangeschreven diagnostische centra	95
Bijlage 4: Multidisciplinaire diagnostische teams in Vlaanderen 2016-19	96
Bijlage 5: Vragenlijst voor diensten diagnostiek adolescenten en volwassenen met een beperking	97

Tabellen

Tabel 1 Percentage kinderen en jongeren met een specifieke neurobiologische ontwikkelingsstoornis, beperking of behoefte.....	27
Tabel 2 Soort diagnostische dienst.....	39
Tabel 3 Functie van de deelnemer	41
Tabel 4 Gemiddelde voltijds equivalenten (FTE) per discipline	42
Tabel 5 Activiteiten die deel uitmaken van de werking van de dienst	43
Tabel 6 Activiteiten die deel uitmaken van de werking van de dienst per soort dienst.....	44
Tabel 7 Geschat aandeel van diagnostisch onderzoek, vergeleken met de andere activiteiten.....	45
Tabel 8 Top-10 van de moeilijkheden waarvoor in 2015 een diagnostisch onderzoek werd opgestart	46
Tabel 9 Moeilijkheden waarvoor in 2015 diagnostisch onderzoek werd opgestart per categorie	47
Tabel 10 Aantal cliënten waarvoor in 2015 diagnostisch onderzoek opgestart per leeftijdsgroep	47
Tabel 11 Hulpvragen waarvoor in 2015 een diagnostisch onderzoek werd opgestart.....	48
Tabel 12 Hulpvragen waarvoor in 2015 diagnostisch onderzoek werd opgestart per soort dienst.....	49
Tabel 13 Aantal personen ouder dan 15 jaar op de wachtlijst voor diagnostisch onderzoek	50
Tabel 14 Grootte van de wachtlijst per dienst	51
Tabel 15 Aantal personen ouder dan 16 jaar in 2015 aangemeld voor diagnostisch onderzoek.....	52
Tabel 16 Aantal personen ouder dan 15 jaar afgehaakt tussen aanmelding en mogelijke start.....	52
Tabel 17 Aandeel van financieringsbronnen in de basisfinanciering voor de diagnostische werking..	53
Tabel 18 Aandeel van financieringsbronnen in de basisfinanciering voor diagnostische werking.....	53
Tabel 19 Voldoende tijd en middelen ter beschikking per soort dienst	54
Tabel 20 Bedrag dat cliënt zelf betaalt.....	55
Tabel 21 Gemiddeld aantal uren nodig per diagnostisch onderzoek	56
Tabel 22 Gemiddeld aantal contacturen nodig per diagnostisch onderzoek per soort dienst.....	57
Tabel 23 Diensten waarmee wordt samengewerkt voor een deel van het onderzoek.....	58
Tabel 24 Diensten waarmee wordt samengewerkt, per categorie.....	59
Tabel 25 Gebruikte methoden voor het evalueren van functies	61
Tabel 26 Gebruikte methoden voor het evalueren van activiteiten en participatie	62
Tabel 27 Gebruikte methoden voor het evalueren van participatie en ondersteuningsnood	63
Tabel 28 Betrokken disciplines bij het evalueren van functies	64
Tabel 29 Betrokken disciplines bij het evalueren van activiteiten en participatie	65
Tabel 30 Betrokken disciplines bij het evalueren van participatie en ondersteuningsnood	66
Tabel 31 Gehanteerde model(len) per soort dienst.....	67
Tabel 32 Hulpvragen van cliënten en/of doorverwijzers waarvoor te weinig diensten	68
Tabel 33 Hulpvragen van cliënten en/of doorverwijzers waarvoor te veel diensten	69
Tabel 34 Thema's waar meer of minder aandacht naar moet gaan in Vlaanderen	70
Tabel 35 Thema's waarvoor meer dan 40% van de deelnemers meer aandacht vraagt.....	71
Tabel 36 Multidisciplinaire diagnostische teams erkend door het VAPH voor 2016-19	96

Samenvatting

Situering

In het kader van de overeenkomst Universiteit Antwerpen – Gouverneur Kinsbergencentrum werd een onderzoek opgezet, met als doel de bestaande behoeften en mogelijke knelpunten na te gaan op vlak van diagnostiek bij kinderen en volwassenen met een beperking ten gevolge van een ontwikkelingsstoornis of een niet-aangeboren hersenletsel (N.A.H.). Het onderzoeksproject wil eveneens een overzicht verkrijgen van het diagnostisch aanbod in Vlaanderen. In eerste instantie richt dit onderzoek zich op jongvolwassenen en volwassenen (16-65 jaar). Dit eerste deel bericht over de resultaten van een literatuuronderzoek en een bevraging bij professionals die zich bezig houden met diagnostiek bij deze doelgroep.

Probleemstelling

Verschiedende fora, platformen en organisaties van diensten voor diagnostiek van kinderen, adolescenten en volwassenen met een beperking melden dat het huidige aanbod aan diagnostiek ontoereikend is. Hoe groot de behoefte aan diagnostiek precies is en waar deze behoeften zich dan situeren, is echter niet duidelijk. Er is een enorme verscheidenheid aan diensten voor diagnostiek, vaak met een zeer uiteenlopende werking en organisatie. Daarom wil dit onderzoek de bestaande diensten inventariseren en hun werking bevragen.

De onderzoeksvragen die in huidig onderzoeksproject behandeld worden, zijn:

1. Wie doet aan diagnostiek (welke disciplines en vanuit welke setting)?
2. Welke hulpvragen worden door wie behandeld?
3. Is er overlap/verdubbeling in het diagnostisch landschap? Zijn er lacunes?
4. Welke diagnostische methoden worden gebruikt?
5. Is er voldoende kwalitatief diagnostisch materiaal voorhanden en wordt dit op een correcte manier toegepast?
6. Welke visie op diagnostiek wordt gehanteerd?
7. Welke (kwantitatieve en kwalitatieve) knelpunten worden in de diagnostiek ervaren m.b.t. de regelgeving rond en de organisatie van dit zorgaspect in Vlaanderen?
8. Wat is de kostprijs van het onderzoek en hoe wordt dit gefinancierd?

Methoden

Een 1000-tal publieke en private diagnostische diensten in Vlaanderen werden via een online enquête bevroegd, in de periode van 1/5/2016 tot 30/9/2016.

Resultaten

164 diensten namen deel. Er kwamen antwoorden van een spectrum aan diensten: multidisciplinaire teams (MDT), privécentra, psychiatrische diensten, revalidatiecentra, oriëntatiecentra, diensten maatschappelijk werk, Centra voor Leerlingbegeleiding (CLB) en Geestelijke Gezondheidszorg (CGG).

Zo goed als alle teams (96%) zijn samengesteld uit meer dan één discipline, de meesten (82%) uit meer dan twee. De meeste diensten (72%) doen naast diagnostiek, oriëntatie of aanvragen ook aan begeleiding. Er is een zeer grote variatie in het aandeel van diagnostiek in de activiteiten.

De meest onderzochte moeilijkheden zijn die op vlak van sociale communicatie en/of beperkt, repetitief gedrag (bv. vermoeden van autismespectrumstoornis), aandacht (bv. vermoeden van ADHD) en verstandelijke beperking. Dit resultaat wordt echter mede bepaald door het type deelnemende diensten. De belangrijkste hulpvragen van cliënten en/of doorverwijzers waar de diensten een antwoord bieden, zijn: een verklaring vinden voor de ervaren moeilijkheden in het functioneren, een antwoord op de vraag hoe de persoon zelf en/of de omgeving kan omgaan met de moeilijkheden en een evaluatie van het functioneren en de activiteiten.

De meeste diensten geven een wachtlijst van 0 of van 1 tot 20 personen aan. Er zijn echter grote verschillen tussen de sectoren. Diagnostische centra voor volwassenen rapporteren de langste wachtlijst.

De Vlaamse overheid, het RIZIV en de cliënt zelf vormen de belangrijkste financieringsbron. Deze verschillen echter naargelang de sector. Slechts 15% van de diensten heeft altijd voldoende tijd en middelen voor hun diagnostisch onderzoek. Vooral de CGG's, CLB's en de mutualiteiten geven een tekort aan tijd en middelen aan.

De diensten hebben gemiddeld 9,8 contacturen, 7,4 uren verslaggeving, 5,7 uren intern overleg en 4,1 uren extern overleg nodig per diagnostisch onderzoek. Het aantal contacturen varieert per sector. Het aantal uren voor verslaggeving is bijna even groot als voor contacturen. Vele centra besteden delen van diagnostisch onderzoek uit aan andere diensten. De gebruikte methoden en betrokken disciplines in diagnostisch onderzoek blijken ook zeer gevarieerd: anamnestiche interviews, opvragen van informatie bij andere diensten of personen, vragenlijsten, observatie, medisch onderzoek of gestandaardiseerde tests. Hoewel psychologen en artsen de meest betrokken disciplines zijn om het onderzoek uit te voeren, zien we dat er een hele waaier aan disciplines betrokken is. De meest gehanteerde modellen zijn handelingsgerichte diagnostiek (89%), classificerende diagnostiek (53%) en de International Classification of Functioning (ICF; 50%).

De diensten gaven aan dat men vooral op te weinig diensten terecht kan voor het vinden van een verklaring voor de ervaren moeilijkheden in het functioneren, voor het vaststellen van een soort stoornis, letsel of aandoening en voor een antwoord op de vraag hoe de persoon zelf en/of de omgeving kan omgaan met de moeilijkheden. De meeste diensten geven aan dat er geen doelgroepen zijn waarvoor men op te veel diensten terecht kan. Heel wat thema's verdienen volgens de deelnemers meer aandacht: geschikte opvangmogelijkheden zoeken; samenwerking in netwerk met andere diensten; opleiding en vorming van professionelen; evaluatie van de context; voldoende tijd voor een grondige evaluatie; het aanbod aan kortdurende trajectbegeleiding; zowel aan een vaststellende, verklarende als functionele (handelingsgerichte) diagnostiek; het zoeken van geschikte hulpmiddelen en het MDT aanbod. Meer dan de helft (54%) vindt dat er nood is aan een onafhankelijk diagnose-, advies- en expertisecentrum voor jongeren vanaf 16 jaar met een beperking (niet direct verbonden aan een therapiecentrum) in Vlaanderen voor deze thema's.

Conclusies

1. Een grote variatie aan diensten uit verschillende sectoren houdt zich bezig met (aspecten van) diagnostiek. De veelheid van aanbod staat in contrast tot het gesignaleerde tekort in het aanbod aan brede diagnostiek. Het bestaande aanbod is versnipperd. De betrokken disciplines zijn zeer gevarieerd.
2. De hulpvragen waarmee cliënten bij diagnostische centra aankloppen, zijn zeer divers. De hulpvragen die een specifieke soort dienst beantwoordt, zijn echter afhankelijk van hun kernopdracht. Niet alle diensten beantwoorden alle hulpvragen.
3. Sommige diensten zijn vooral bezig met het vaststellen van een stoornis, met het oog op tegemoetkomingen. Anderen zijn vooral bezig met in kaart brengen van ondersteuningsbehoeften, en verwijzen door voor verder onderzoek. Zeldzaam zijn de diensten die een breed aanbod geven. Er wordt veel samengewerkt met andere diensten om informatie in te winnen of delen van een diagnostisch traject uit te besteden. Een gesignaleerd knelpunt is dat men voor heel wat hulpvragen op te weinig diensten terecht kan. Er wordt geen overaanbod voor bepaalde hulpvragen gerapporteerd.
4. De gebruikte methoden zijn zeer gevarieerd en worden naargelang de hulpvraag aangepast. Als sterke punten worden vermeld: de aanwezige expertise en kennis, een sterk en divers aanbod, denkkaders zoals de ICF en handelingsgerichte diagnostiek en multidisciplinair werken. Over de kwaliteit van toepassing van de methodieken kan dit onderzoek zich niet uitspreken.
5. Een knelpunt dat gesignaleerd wordt, is dat het gebruikte materiaal vaak te weinig kwaliteitsvol, verouderd, onvoldoende genormeerd, te weinig aangepast aan Vlaanderen, te weinig gestandaardiseerd en te weinig betrouwbaar en valide is. Sommigen vinden dat voldoende aangepast materiaal voor specifieke doelgroepen ontbreekt.
6. Het model voor handelingsgerichte diagnostiek, kennis rond classificerende diagnostiek en de ICF worden het vaakst gehanteerd. Het onderzoek kan echter geen besluiten trekken in hoeverre de methodieken kwaliteitsvol worden toegepast. Daartoe zou een individueel onderzoek per centrum nodig zijn.
7. Uit huidig onderzoek komen heel wat knelpunten naar voren: soms lange wachtlijsten, te weinig terugbetaling, een te grote financiële last voor de gebruikers. Het huidige beleid wordt ervaren als te stoornisgericht met een te grote focus op het krijgen van een label als toegangsticket tot hulp. De afstemming en coördinatie van het diagnostisch aanbod zijn onvoldoende waardoor het aanbod te versnipperd is en te sterk verschilt van regio tot regio. Opleiding is duur en tijd consumerend. Meer dan de helft vindt dat er nood is aan een onafhankelijk diagnose-, advies- en expertisecentrum voor jongeren vanaf 16 jaar met een beperking (niet direct verbonden aan een therapiecentrum). Het lijkt erop dat er onvoldoende match is tussen vraag en aanbod.
8. Financiële tussenkomsten door de overheid vormen belangrijke inkomsten voor de diensten die aan diagnostiek doen. Dit is echter afhankelijk van de sector. Er gaan ongeveer even veel personeelsuren naar contact met de cliënt en het netwerk als naar verslaggeving.

Huidige resultaten doen nieuwe vragen rijzen en vragen om verder onderzoek: blijven onafhankelijke diagnostische diensten nodig? Is het aanbod aan diensten diagnostiek die zich richten op de groep adolescenten en jongvolwassenen met complexe problematiek toereikend? Hoe kan versnippering van het diagnostisch landschap worden tegengaan? Wat is goede kwaliteit van diagnostiek?

Hoofdstuk 1

Probleemstelling en onderzoeksopzet

In het kader van de overeenkomst Universiteit Antwerpen – Gouverneur Kinsbergencentrum willen we onderzoek doen naar de behoefte aan diagnostiek bij kinderen en volwassenen met een beperking ten gevolge van een ontwikkelingsstoornis of een niet-aangeboren hersenletsel. Het doel is om duidelijkheid te krijgen over het diagnostisch landschap in Vlaanderen. Ook willen we te weten komen of er een match is met de behoefte aan diagnostisch onderzoek i.v.m. het functioneren van personen met een functioneringsprobleem. We doen dit met het oog op een betere inbedding in een diagnostisch traject; het afstemmen van het huidige aanbod van handicap-gerelateerde diagnostische onderzoeken aan de behoeften van de verwijzers en gebruikers; het beter coördineren van het huidige aanbod in de verschillende centra; de kwaliteit van het diagnostisch aanbod te verbeteren; het adviseren van de overheid en het zoeken naar economische haalbaarheid. In eerste instantie richt dit onderzoek zich naar de jongvolwassenen en volwassenen (16+), de specifieke doelgroep van het Oriëntatiecentrum.

Probleemstelling

Burger en beleid verwachten veel van diagnostiek in het werkveld van onderwijs, hulpverlening en arbeid. De fora, platformen en groepen van diensten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen melden – onder andere op grond van de perceptie van lange wachtlijsten – dat het huidige aanbod van diagnostiek zowel voor kinderen, adolescenten als volwassenen ontoereikend is. Hoe groot de nood aan diagnostiek precies is en waar deze noden zich dan situeren, is echter niet duidelijk. Daarom willen we de bestaande behoeften en mogelijke knelpunten op vlak van diagnostiek nagaan.

Over de *betekenis van de term diagnostiek* bestaat weinig eenduidigheid. In het decreet van 21 juni 2013 (het decreet houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin) wordt diagnostiek omschreven als “het proces van de verzameling, ordening en verwerking van de beschikbare relevante gegevens vanuit de hulp- of zorgvraag van een natuurlijke persoon ten behoeve van de zorg”. Het Vlaams Agentschap Personen met een Handicap (VAPH) is nog beknopter in zijn definitie van diagnostiek: “de vaststelling van de handicap”, waarbij het woord “handicap” wordt beschouwd als een overkoepelende term voor aangeboren en niet-aangeboren functiebeperkingen (VAPH, 2010a). Dit zijn zeer ruime definities, in die zin dat de finaliteit van de hulpvraag niet wordt gespecificeerd. Dat wil zeggen dat elke vorm van gegevensverzameling in het kader van de hulpverlening (bv. het afnemen van een vragenlijst tijdens een begeleidingstraject om de vooruitgang in de begeleiding na te gaan) wordt gelijk gesteld aan diagnostiek. De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer, & Van Aarle (2003) zijn specifiek in hun definitie en beschrijven de diagnostiek als “het verzamelen van gegevens over de cliënt en diens omgeving met het oog op het ontwerpen van de meest adequate aanpak van de problemen die door de cliënt zelf of door diens omgeving zijn gesignaleerd”. Met diagnostiek bedoelen we in dit document het gehele

diagnostisch proces van hulpvraag (zoals duidelijk wordt bij de aanmelding en in de intake) tot het advies (informatie over de diagnose en aanbevelingen in verband met de meest geschikte ondersteuning).

Traditioneel werd psychodiagnostiek omschreven als “het onderscheiden van personen naar hun individuele psychische kenmerken, zoals die zich manifesteren in hun typische gedrags- en uitingvormen, en wel met behulp van tests” (De Zeeuw, 1983). De nadruk werd voornamelijk gelegd op testing en interpretatie van de testresultaten. Intussen is die nadruk verschoven naar het diagnostisch proces en de wijze waarop vaak complexe beslissingen dienen gemaakt te worden (De Bruyn et al., 2003). De nadruk wordt dus meer gelegd op de wetenschappelijke onderbouw, met andere woorden de wetenschappelijk verantwoorde (evidence-based) besluitvorming. Vaak wordt er verwezen naar het model voor handelingsgerichte diagnostiek. Dit is een cyclisch proces bestaande uit vijf fasen van intakefase tot adviesfase. Bij handelingsgerichte diagnostiek is de diagnose geen doel op zich (zoals in de traditionele diagnostiek het geval is), maar een middel om verantwoord te kunnen adviseren. Het uiteindelijke doel is: “weten om te indiceren/adviseren en niet weten om te weten” (Pameijer & van Beukering, 2004).

Onderkenning en verklaring zijn gewoonlijk echter noodzakelijke voorwaarden om tot geïndividualiseerde indicering en begeleiding te kunnen komen. De overheid is ervan overtuigd dat tijdige onderkenning en een juiste indicatiestelling van problemen welzijnsbevorderend en kostenbesparend zijn. De burger met functioneringsproblemen ervaart dat efficiënte zorgtoewijzing, onderwijskeuze en hulpverlening de levenskwaliteit verhogen (Nota VFD, 2009). In de praktijk blijkt echter dat onderzoeken hoofdzakelijk focussen op de (stoornis van de) persoon zelf, en zelden context gericht zijn (Lebeer et al., 2011). Onderzoek vanuit het Europese Daffodilproject bv. wees uit dat de grote meerderheid van gebruikte diagnostische methoden en materialen stoornisgericht zijn. Dit verklaart de ontevredenheid bij gebruikers van diagnostiek (ouders, leerkrachten, ...) die vooral te maken heeft met visieverschillen en de onduidelijkheid over het doel en methodes van onderzoek. Verschillende hulpverleningsvragen vragen om een verschillende aanpak en andere diagnostische procedures (Lebeer et al., 2013).

De vraag is niet zozeer *of* er behoefte bestaat aan diagnostiek, maar wel aan *welke soort* diagnostiek er behoefte bestaat, vanuit welke visie, op welk moment, en met welk doel. Er wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende types hulpvragen. De Bruyn et al. (2003) onderscheiden drie hulpvragen in de diagnostische cyclus:

- Onderkenningsvragen (bv.: “Is er bij deze persoon ADHD, een autismespectrumstoornis of dyslexie?”)
- Verklaringsvragen (bv.: “Waarom vertoont deze persoon gedragsproblemen bij de overgang van de lagere school naar het secundair onderwijs?”)
- Indiceringsvragen (bv. “Waar kan deze persoon best geholpen worden?”)

De ‘indiceringsvraag’ kan uit verschillende andere deelvragen bestaan. Een lichamelijk probleem (een anatomische stoornis of een stoornis in het functioneren), inclusief het mentale functioneren, kan gepaard gaan met een verschillende mate van beperking in het uitvoeren van activiteiten en in participatie aan verschillende domeinen van het maatschappelijk leven. Dan is de vraag: hoe kunnen we de persoon met een beperking het beste ondersteunen om zijn mogelijkheden om activiteiten te

doen en om te participeren uit te breiden (Buntinx & Schallock, 2010)? Hoe iemand functioneert en deelneemt, hangt echter af van verschillende barrières in de omgeving, en is ook verschillend in de loop van het leven. Handicap wordt immers niet meer enkel als een kenmerk van de persoon gezien, maar als een interactie tussen persoon en omgeving (Fougeyrollas & Beauregard, 2001). Dat denken zit ook al vervat in de beginselverklaring van het VAPH. De ICF (International Classification of Functioning) van de World Health Organization (WHO, 2001) heeft deze elementen omschreven als 'externe factoren' die zowel obstakel als faciliterend kunnen zijn. De omgevingsfactoren dienen dus meegenomen te worden in het diagnostisch proces om een antwoord te formuleren op deze hulpvraag.

Daarom dient diagnostisch onderzoek een antwoord te bieden op:

- Ondersteuningsvragen (bv. "Welke nood aan extra ondersteuning – financiële middelen, technische of andere hulpmiddelen, mensen - is er om beter te kunnen functioneren en participeren?")
- Toegangs vragen (bv. "Hoe krijgt deze persoon toegang tot een bepaald voordeel om het functioneringsprobleem te compenseren?")
- Handelingsgerichte vragen (bv. "Zijn er aanwijzingen dat een activiteit beter kan worden uitgevoerd en wat kunnen we doen om dit te bereiken? Welke zaken kan de persoon zelf doen, en welke worden bereikt door ingrepen in de omgeving?")

Dit zijn vragen naar een *brede diagnostiek*.

Ontwikkelingsstoornissen (zoals aandachtstekortstoornissen, gedragsstoornissen, autismespectrumstoornissen, leerstoornissen, motorische stoornissen, verstandelijke beperkingen, communicatiestoornissen, zintuigelijke stoornissen) zijn in principe van in de vroege kindertijd aanwezig en persisteren veelal tot in de volwassenheid (American Psychiatric Association (APA), 2000). Vaak worden ontwikkelingsstoornissen reeds in de kindertijd vastgesteld, maar soms blijven ze (relatief) onopgemerkt tot in de adolescentie of in de volwassenheid (bv. omdat dan nadrukkelijk de verwachtingen m.b.t. zelfredzaamheid en zelfstandigheid toenemen). In verschillende levensfasen – in het bijzonder bij belangrijke transitieën in het leven – kunnen mensen andere noden hebben naar diagnostiek en ondersteuning. Er is een groep personen waarbij een ontwikkelingsstoornis in een vroege levensfase gediagnosticeerd werd, die op transitie momenten toch weer een hulpvraag stellen. Verder is er een groep die pas op latere leeftijd de vraag stelt naar diagnostiek en er zijn ook mensen die wel een hulpvraag hebben, maar nooit de stap naar hulpverlening zetten. De obstakels die deze laatste groep ervaren, zijn tot op heden slechts het onderwerp van speculatie (bv. angst voor stigma, aangeleerde hulpeloosheid). Het diagnostisch aanbod voor ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen is beperkt. Dit resulteert onder meer in een hoge kostprijs bij privé-initiatieven en aanzienlijke wachttijden (VAPH, 2012). Er zijn aanwijzingen dat in de bijzondere jeugdzorg en in gevangenen het percentage ontwikkelingsstoornissen meer dan dubbel zo hoog ligt als in de algemene populatie (Petersilia, 2000).

Daarnaast is er in toenemende mate een behoefte aan brede diagnostiek van kinderen en volwassenen met niet-aangeboren hersenletsel, bv. ten gevolge van hersentrauma, hersentumor, -bloedingen en -infecties. Tijdens en na de revalidatiefase, soms lang nadien, stelt zich de vraag: en wat nu?

Er is een enorme verscheidenheid aan diensten voor diagnostiek, vaak met een zeer uiteenlopende werking en organisatie. Talrijke mensen zijn met delen van diagnostiek bezig, vanuit een bepaalde visie. Die onderzoeken worden op bepaalde momenten samengebracht, bv. op het ogenblik van een onderzoek bij de FOD (Federale overheidsdienst) of VAPH om een bepaalde ondersteuning te bekomen, of bij een andere gelegenheid. In de consensusnota van het seminarie van de Referentiecentra Autisme (Seminarie RCA, 2014) werd de nood aan een inventarisatie van het aanbod gesignaleerd. Dit seminarie gaf aanleiding tot huidig onderzoeksproject. Om een overzicht verkrijgen van het diagnostisch aanbod in Vlaanderen, willen we de bestaande diensten inventariseren en hun werking bevragen: o.a. de hulpvragen die zij behandelen, hun beoogde doelgroep, de diagnostische methoden die zij gebruiken, het theoretisch kader van waaruit zij vertrekken, de betrokken disciplines en de manier waarop deze samenwerken, de sector waarin zij actief zijn, het tijdstip waarop gebruikers terecht kunnen op de dienst, de locatie, de duur van het gehele diagnostisch traject, hun financieringsbronnen enzovoort.

De effectiviteit en efficiëntie van diagnostiek in Vlaanderen is in feite niet gekend. Wordt er bv. dubbel werk gedaan? Bereikt de diagnostiek effectief het doel? Weet men na het diagnostisch traject wat er aan de hand is? Hoe men de moeilijkheden kan aanpassen? Wat wordt er nadien met de diagnose gedaan?

Zicht krijgen op de huidige (kwantitatieve en kwalitatieve) tekorten in het diagnostisch aanbod is geen evidente opdracht. De behoeften kunnen zich situeren op vlak van *toegang* tot de dienstverlening, bv. in welke mate personen met een beperking de weg vinden naar de correcte dienst (door zelf op zoek te gaan naar een dienst of via een doorverwijzer), de factoren die bepalen wanneer en hoe mensen de stap zetten, de drempels die onderweg ervaren worden en de tijd tussen de aanmelding en de start van het diagnostisch traject. Er is een 'dark number' groep mensen met functieproblemen die de stap naar diagnostisch onderzoek om allerlei redenen niet zet. Deze is moeilijk op te sporen. Er zou dan een gericht screeningsonderzoek moeten gebeuren, met de medewerking van talrijke instanties (bv. CLB's, psychiatrische diensten, huisartsen, DOP's...).

De vraag is in hoeverre de uitkomst van het diagnostisch traject beantwoordt aan de hulpvraag van de persoon met een beperking en zijn omgeving, met andere woorden de *tevredenheid* van de cliënt: vonden zij het traject zinvol en had dit het gewenste resultaat (bv. toegang tot de nodige ondersteuning). Dit zal van veel factoren afhangen, waaronder de aard van de oorspronkelijke hulpvraag, de afstemming met de hulpverleners over het doel van het diagnostisch onderzoek, het contact met de hulpverleners (bv. het vertrouwen dat men heeft in de dienst), de manier waarop de besluiten worden gecommuniceerd (bv. de verslaggeving en het adviesgesprek), in hoeverre deze besluiten erkend worden door de persoon zelf en zijn omgeving, de geboden hulp (bv. ondersteuning in de zoektocht naar verdere hulpverlening) en wat mensen er verder mee doen. Hierbij is ook voldoende aandacht nodig voor eventuele valkuilen van een diagnose, zoals bv. stigmatisering. Het is wenselijk om het traject van eerdere hulpverlening bij gebruikers in kaart te brengen. Het is echter moeilijk om deze informatie op grote schaal te bekomen wegens gebrekkige gegevensverzameling hieromtrent en mogelijks incorrecte herinnering van het eerdere traject bij de gebruikers. De 'tevredenheidsvraag' hangt in sterke mate samen met de vraag naar de *kwaliteit* van de diagnostiek: welke diagnostische methoden worden gebruikt (bv. anamnese, observaties, testing, vragenlijsten)? Is er voldoende kwalitatief diagnostisch materiaal voorhanden om aan de hulpvraag tegemoet te komen? Wordt dit op een correcte manier toegepast en hanteert men een passend theoretisch

kader om de beschikbare gegevens te interpreteren? We willen zicht krijgen op de knelpunten die diensten voor diagnostiek ervaren m.b.t. deze aspecten en het aspect van de regelgeving rond en de organisatie van dit zorgaspect in Vlaanderen.

Qua methodologie is dan ook een combinatiemethodiek aangewezen. Kwantitatieve onderzoekstechnieken dragen hier bij tot een brede inventarisering en beschrijving van bestaande inzichten. Hoewel tijdsintensief, zijn kwalitatieve onderzoekstechnieken dan weer beter in het genereren van nieuwe inzichten rond relatief onbekende thema's (in casu nood aan diagnostiek bij ontwikkelingsstoornissen) (Mortelmans, 2007).

Een onderzoek rond een gelijkaardige thema werd in 2004 uitgevoerd in opdracht van het toenmalige Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap (Grietens, Maes, De Cock, & Sniekers, 2004). Hierin werden het diagnostisch aanbod en de kwaliteit van diagnostiek onder de loep genomen. De auteurs formuleerden beleidsaanbevelingen op basis van de bekomen resultaten. Hieronder vatten we het rapport kort samen en bespreken we de implicaties hiervan voor huidig onderzoek.

Samenvatting rapport: 'Inventaris en analyse van het diagnostisch aanbod van de multidisciplinaire teams: een bijdrage aan de uniformering en protocollering van de diagnostische praktijk'

In 2004 werd een rapport gepubliceerd rond het diagnostisch aanbod van de multidisciplinaire teams in Vlaanderen, in opdracht van het toenmalige Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap (Grietens, Maes, De Cock, & Sniekers, 2004).

Volgende onderzoeksvragen kwamen in het rapport aan bod:

1. In kaart brengen van diagnostisch aanbod voor personen met een handicap in Vlaanderen en de leemtes in het aanbod
2. De kwaliteit van de diagnostiek nagaan: diagnostisch proces, instrumenten en methoden, knelpunten en noden

In het literatuuronderzoek werden Vlaamse en Europese studies besproken die betrekking hadden op het gebruik van diagnostische instrumenten of tests. De meest gebruikte instrumenten bleken klassieke psychometrische tests te zijn en instrumenten om een zicht te krijgen op het gedragsmatig en emotioneel functioneren of de persoonlijkheid van de cliënt. Diagnostici gebruikten weinig frequent instrumenten om de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving in kaart te brengen. De kwaliteit van heel wat gebruikte instrumenten liet verder vaak te wensen over. In slechts 2 van de 9 studies, met name 2 Vlaamse onderzoeksprojecten bij MDT's, kwamen de kwalitatieve methoden aan bod. Diagnostici bleken een beroep te doen op verschillende kwalitatieve methoden, zoals interviews en observaties. Verschillende MDT's gaven een tekort aan op vlak van tijd, personeel, financiën en een geschikt instrumentarium. Daarnaast signaleerden ze de nood aan een vlotte informatiedoorstroming tussen MDT's en externe professionelen, aan deskundigheid of ervaring, aan specifieke instrumenten en aan vorming en bijscholing rond diagnostiek en het diagnostisch proces.

In het empirisch onderzoek werden het diagnostisch aanbod en de ervaren noden in kaart gebracht aan de hand van een vragenlijst. 616 teams werden aangeschreven, nl. alle MDT's en een selectie uit

de niet-erkende centra. De vragenlijst werd ingevuld door 274 respondenten (totale respons 44%). De kwaliteit van het diagnostisch handelen werd nagegaan aan de hand van semi-gestructureerde interviews bij 38 teams. Een casus werd besproken a.d.h.v. de 5 diagnostische fasen van Pameijer en van Beukering (2004). Ook casusoverstijgende aspecten werden besproken, zoals de noden van de teams.

Er werd een diagnostische kaart van Vlaanderen opgesteld, die momenteel niet meer te raadplegen is. De gesignaleerde noden hadden voornamelijk betrekking op een gebrek aan middelen, tijd, personeel (zware caseload), deugdelijke instrumenten en instrumenten voor bepaalde doelgroepen en problematieken.

Grietens, Maes, De Cock en Sniekers (2004) stelden verschillende beleidsaanbevelingen op, waaronder differentiatie tussen algemene en meer specialistische MDT's, de erkenning van MDT's door het Vlaams Fonds voor slechts één bepaalde dienstverlening, het stimuleren van centra om expertise op te bouwen voor volwassenen met autismespectrumstoornissen en voor personen met een verstandelijke handicap én psychiatrische problemen. Ook protocollering, verbetering van de normen van gebruikte instrumenten en een goede doorstroming van de informatie over het diagnostisch aanbod naar gebruikers en verwijzers vonden zij belangrijk.

Implicaties voor het huidig onderzoek

Grietens et al. benadrukken in hun rapport de nood aan een duidelijk overzicht van het diagnostisch aanbod. De auteurs gaven hiervoor een eerste aanzet, maar met een totale respons van 44% is het overzicht verre van volledig. Bovendien is er sinds de publicatie van het rapport in 2004 ongetwijfeld veel veranderd. Daarom is een nieuwe inventarisering van het aanbod voor diagnostiek nodig om zicht te krijgen op de huidige overlap en lacunes. Dit is een eerste stap in de richting van het optimaliseren van de efficiëntie van het diagnostisch aanbod.

Tegenover een aanbod staan vragen. In het rapport van Grietens et al. komt de afstemming tussen het diagnostisch aanbod en de vraag naar diagnostiek onvoldoende aan bod. De auteurs richten zich uitsluitend op de kwaliteit van het diagnostisch proces, de gehanteerde diagnostische instrumenten en methoden en op de noden die door de teams zelf ervaren worden. Om de behoeften in kaart te brengen is er nood aan een inventaris van de diagnostische vragen waarmee cliënten aankloppen bij MDT's en diagnostische centra. In ons onderzoek willen we te weten komen met welke vragen zij zitten en waar het huidige aanbod tekort schiet. Op die manier wordt duidelijk hoe het diagnostisch aanbod beter afgestemd en georkestreerd kan worden.

Onderzoeksvragen

1. Wat is het huidige aanbod aan diagnostiek in Vlaanderen i.v.m. het functioneren van personen met een handicap in Vlaanderen? Deelvragen zijn:
 - Wie doet aan diagnostiek (welke disciplines en vanuit welke setting)?
 - Welke hulpvragen worden door wie behandeld?
 - Is er overlap/verdubbeling in het diagnostisch landschap? Zijn er lacunes?
 - Welke diagnostische methoden worden gebruikt?
 - Is er voldoende kwalitatief diagnostisch materiaal voorhanden en wordt dit op een correcte manier toegepast?
 - Welke visie hanteert men?
 - Welke (kwantitatieve en kwalitatieve) knelpunten worden in de diagnostiek ervaren m.b.t. de regelgeving rond en de organisatie van dit zorgaspect in Vlaanderen?
 - Wat is de kostprijs van het onderzoek en hoe kan dit gefinancierd worden?

2. Wat zijn de behoeften, kwantitatief zowel als kwalitatief, aan brede diagnostiek met betrekking tot erkenning (bv. van een beperking met het oog op recht op voordelen); verklarende diagnostiek (met het oog op opheldering van de oorzaak, de verklaring van bepaald opvallend gedrag); handelingsgerichte diagnostiek (met het oog op het opmaken van een ondersteunings-/zorg-/begeleidingsplan). Deelvragen zijn:
 - Vinden mensen de weg naar de correcte dienst en wat hebben ze tekort aan informatie hierover?
 - Welke factoren bepalen wanneer en hoe mensen de stap zetten naar diagnostiek?
 - Welke drempels worden ervaren waardoor deze stap niet of later wordt gezet?
 - Vond de cliënt het traject zinvol en beantwoordde dit aan de oorspronkelijke hulpvraag?
 - Worden de besluiten op een transparante manier gecommuniceerd en worden ze erkend door de cliënt en zijn omgeving?
 - Is er voldoende opvolging (bv. verdere begeleiding)?
 - Wat doen mensen verder met hun diagnose en welke impact heeft dit?
 - Welke (kwantitatieve en kwalitatieve) knelpunten worden in het diagnostisch aanbod ervaren m.b.t. de 3 types hulpvragen (onderkennend, verklarend, indicierend)?
 - Wat is het traject van eerdere hulpverlening bij de gebruikers?

Inclusiecriteria

- Kinderen en volwassenen met een (vermoeden van) een beperking, samengaan met een (vermoeden van) een ontwikkelingsstoornis of een niet-aangeboren hersenletsel.
- 0-65 jaar
- Heel de Vlaamse Gemeenschap

Onderzoeksopzet

Deel I: Adolescenten en volwassenen

In eerste instantie beperken we de doelgroep tot adolescenten en volwassenen (16-65 jaar). Dit omwille van de grenzen van ons onderzoek en omdat het aanbod voor <16 meer gestructureerd is. We maken in dit deel van het onderzoek een opsplitsing tussen 16- tot 18-jarigen, die toegang hebben tot niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp via de intersectorale toegangspoort van de Integrale Jeugdhulp, en +18-jarigen, die toegang hebben tot niet-rechtstreeks toegankelijke hulp via het VAPH.

Stap 1: Literatuuronderzoek in binnen- en buitenland betreffende de prevalentie van ontwikkelingsstoornissen. We zoeken prevalentiecijfers op in Engelstalige literatuur via de internationale databanken en in de Nederlandstalige tijdschriften. We bekijken eveneens hoe ruim de termen ‘handicap’ en ‘ontwikkelingsstoornissen’ in wetenschappelijke, nationale en internationale literatuur en beleidsteksten worden omschreven en gemeten, om onze doelgroep duidelijker te kunnen afbakenen. De wetenschappelijke databank LIMO (database associatie KU Leuven) werd doorzocht (periode april-mei 2015). Deze databank geeft toegang tot de catalogus van fysieke exemplaren in KU Leuven bibliotheken, alsook tot elektronische databanken zoals ‘PsycARTICLES’, ‘PsycInfo’, ‘PubMed’ en ‘Web of Science’. Er werd gezocht aan de hand van volgende trefwoorden en hun combinaties: development, developmental disability, developmental disorder, impairment, autism, diagnosis, dysfunctioning, prevalence, multidisciplinary diagnosis. Naast de wetenschappelijke artikels uit elektronische databanken werden ook relevante boeken geraadpleegd. Verder werden beleids- en visieteksten opgezocht op de websites van relevante organisaties, met name van de Verenigde Naties, de Wereldgezondheidsorganisatie, de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB), het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), Onderwijs Vlaanderen, Prodia, Vlor, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, Administration on Intellectual and Developmental Disabilities, Autism and Developmental Disabilities Monitoring, departement gezondheid van het Verenigd Koninkrijk, Centers for Disease Control and Prevention, European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Stap 2: Inventarisering van het aanbod betreffende diagnostiek in Vlaanderen

- De structuur van het diagnostisch landschap in Vlaanderen bekijken. Zo kan een meer volledige enquête worden opgesteld en wordt er niets gemist. Mogelijke informatiebronnen zijn het Verwijzersplatform en het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek.
- Opstellen van een vragenlijst.
- Opzoeken van centra/professionelen die aan diagnostiek doen; via een web-based onderzoek, oproep via tijdschriften, gebruikersverenigingen, via verschillende informanten (bv. het Verwijzersplatform, MDT, Referentiecentra autisme, de Gespecialiseerde Arbeidsonderzoeksdienst, het Diagnosecentrum voor

Autismespectrumstoornissen, het Vlaams Forum voor Diagnostiek, revalidatiecentra.....).

- Bevraging van de werking van deze voorzieningen via een enquête.

Stap 3: Kwalitatief onderzoek bij gebruikers, gebruikersverenigingen en voorzieningen

- Interviews met 20 vroeg- en 20 laat-gediagnosticeerde personen met een ontwikkelingsstoornis en hun omgeving (ouders, partner, etc.). Deze personen kunnen opgespoord worden via diensten voor diagnostiek zowel als hun doorverwijzers (bv. Kind en Gezin, CAW, huisartsen, ziekenfondsen, CLB, OCMW)
- Focusgroep interviews met 'gebruikersverenigingen' (2 interviews met telkens 8 deelnemers).
- Focusgroep interviews met voorzieningen (2 interviews met telkens 8 deelnemers); deze steekproef wordt bepaald op basis van stappen 2 en 3A.

Stap 4: Inventarisering van de vraag naar diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen

- Bevraging van de hulpverleningscentra voor volwassenen met een (psycho)sociale problematiek: CAW's (Centra Algemeen Welzijnswerk), GTB (Gespecialiseerde Trajectbegeleiding), DOP (Dienst Ondersteuningsplan), CLB's (schoolverlaters), Revalidatieziekenhuizen gericht op N.A.H., huisartsen, gevangenen en de psychiatrie.
- Online enquête en telefonische opvolging.

Stap 5: Verwerken van gegevens

- De resultaten van de focusgroep interviews worden uitgetypt. Resultaten worden ingevoerd en geïnterpreteerd m.b.v. software zoals NVIVO. Verwerking van de gegevens volgens kwalitatieve onderzoeksmethodologie van grounded theory.
- De resultaten van de online bevestigingen worden ingevoerd in een gegevensbestand en verwerkt met Excel en SPSS. Een primaire analyse gebeurt met beschrijvende statistiek, met aard van de populatie (leeftijd, geslacht, sociaal-economische situatie, burgerlijke staat, inkomenssituatie), domein van problematisch functioneren, scholingsgraad, werksituatie, aard van vermoede ontwikkelingsstoornis. Secundaire analyse zal nadien gebeuren om significante verbanden tussen variabelen op te sporen.

Deel II: Kinderen

Stap 1 tot en met 5 worden herhaald met als doelgroep kinderen. De aangeschreven diensten verschillen uiteraard met deze van de volwassenen.

Hoofdstuk 2 Resultaten literatuuronderzoek

Definitie en prevalentie

Diagnostiek vindt steeds plaats in de context van hulpverlening en vertrekt dus van de hulpvraag van de gebruiker. Diagnostiek heeft steeds tot doel “de meest adequate aanpak te ontwerpen van de problemen die door de cliënt zelf of door diens omgeving zijn gesignaleerd” (De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer, & Van Aarle, 2003). Diagnostiek kan dus betrekking hebben op elke persoon die een hulpvraag naar zorg of hulp bij problemen stelt, iemand die met andere woorden beperkingen of een ‘handicap’ ervaart, en hierop een antwoord zoekt. Huidig onderzoek richt zich op diagnostiek bij personen met een beperking, ten gevolge van een ontwikkelingsstoornis of met niet-aangeboren hersenletsel. Om een beter zicht te krijgen op deze doelgroep, dienen we dus eerst te kijken hoe beperking en handicap alsook ontwikkelingsstoornis precies worden omschreven door nationale en internationale vooraanstaande organisaties en wat de prevalentie is. Tot slot bekijken we ook de omschrijving en prevalentie van autismespectrumstoornissen in de (inter)nationale literatuur. Hoewel autismespectrumstoornis een subcategorie van ontwikkelingsstoornissen is, behandelen we autismespectrumstoornis hier toch apart; de reden hiervan is dat zowel de internationale literatuur, de RCA’s als de door het Ministerie van Welzijn samengestelde “Task Force Autisme” een “diagnose in opmars” betreft, met verregaande maatschappelijke consequenties in onderwijs en werksituatie.

Definitie van Handicap

Tot in de eerste helft van de 20^e eeuw kwam het beleid rond personen met een beperking tot stand vanuit een medisch model. Zij werden beschouwd als individuen met een medisch probleem, die zich moesten aanpassen aan de maatschappelijke normen en standaarden. Personen met een beperking werden voornamelijk geholpen via oplossingen die hen scheidde van de maatschappij, bv. residentiële instellingen (Parmenter, 2008).

Een eerste stap richting een meer inclusieve visie werd gezet in 1981, tijdens het ‘Internationaal Jaar van Gehandicapten’, dat resulteerde in een ‘World Programme of Action Concerning Disabled Persons’ dat in 1983 werd ondertekend door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. Het programma was erop gericht om “effectieve maatregelen te bevorderen voor de preventie van beperkingen, rehabilitatie en de realisatie van de doelstellingen van ‘volledige participatie’ van personen met een handicap op sociaal vlak en op vlak van de ontwikkeling, en van ‘gelijkheid’” (VN, 1983). Het speelde een belangrijke rol in de onderkenning van het principe dat oplossingen voor personen met een beperking niet gezocht moeten worden in isolatie, maar wel in de context en binnen de normale maatschappelijke dienstverlening.

In 2006 namen de Verenigde Naties de Conventie inzake de Rechten van Personen met een Handicap aan (UNCRPD, 2006). De VN-Conventie wil ervoor zorgen 'dat personen met een handicap het

volledig en gelijk genot hebben van alle mensenrechten. Het verdrag heeft als basisgedachte dat personen met een handicap volwaardige mensen met gelijke rechten zijn.' De basis voor dit streven ligt in een inclusief sociaal model, dat de klemtoon legt op de mogelijkheden, de individuele vaardigheden, de persoonlijke autonomie en de sociale solidariteit. Het individuele, medische perspectief werd zo meer en meer verlaten voor een structureel, sociaal perspectief. Volgens dit perspectief worden mensen voornamelijk geïnvalideerd door de maatschappij, eerder dan door hun eigen lichaam (Verenigde Naties, 2007).

Het sociale perspectief van handicap werd in 2001 door de Wereldgezondheidsorganisatie 'verankerd' in de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health; WHO, 2001). In 2007 kwam een versie over het functioneren van kinderen en jongeren (WHO, 2007). De ICF verlaat het lineaire causale denken van het eerdere model van de ICIDH (International Classification of Impairments, Disability and Handicap) en biedt een conceptueel kader waarbinnen functioneren en handicap worden omschreven als de dynamische interactie tussen de gezondheidstoestand en omgevingsfactoren. De termen 'beperkingen', 'stoornissen' en 'handicap' worden in de ICF omschreven in termen van 'activiteiten' en 'participatie'. Stoornissen worden omschreven als "afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen". Beperkingen worden omschreven als "moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten" (WHO, 2001). Het woord "handicap" komt in de Nederlandse vertaling van de titel ICF niet meer voor: "Internationale Classificatie van het Menselijk Functioneren" (WHO, 2008).

"De aanduiding 'gehandicapten' wordt bij voorkeur vervangen door de aanduiding 'mensen met functioneringsproblemen' of indien gewenst mensen met een handicap. Daaronder vallen dan ook ouderen, en personen met tijdelijke functioneringsproblemen" (RIVM, WHO-CC, 2011)

In de Engelse benaming staat nog wel "disability". Hiermee wordt meer een resultante bedoeld:

"Disability therefore involves dysfunctioning at one or more of these same levels: impairments, activity limitations and participation restrictions" (WHO, 2007)

De ICF laat ook toe positieve aspecten aan te duiden. Het Consortium Measuring Health and Disability in Europe (MHADIE Consortium) volgt in zijn definitie van handicap helemaal dit nieuwe ICF model:

"Disability is the umbrella term for impairments, activity limitations and participation restrictions, referring to the negative aspects of the interaction between an individual (with a health condition) and that individual's contextual factors (environmental and personal factors)" (Leonardi, Bickenbach, Ustun, Kostanjsek, & Chatterji, 2006)

De Verenigde Naties omschrijven personen met een handicap (disabilities) als volgt:

"Personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving." (VN, 2007)

Zij erkennen dus "dat het begrip handicap aan verandering onderhevig is en voortvloeit uit de wisselwerking tussen personen met beperkingen in het uitvoeren van activiteiten, en de sociale en fysieke drempels die hen beletten ten volle, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te

participeren in de samenleving.” (VN, 2007). Het VN-verdrag legt de verantwoordelijkheid bij de staten om een passende omgeving te creëren en de geschikte maatregelen te nemen.

De politiek moet dus maatregelen treffen opdat de omgeving van mensen met een handicap geen obstakel vormt voor hen. De politiek kan immers discriminatie in de hand werken (WHO, 2011). Als voorbeeld geeft de WHO een studie van de Europese Commissie die uitwees dat organisatorische barrières in de toegang tot gezondheidszorg in Europa (bv. wachtlijsten en ingewikkelde doorverwijssystemen) vaak moeilijker te doorbreken zijn voor mensen met een handicap aangezien zij vaak meer moeite hebben om op tijd te komen, een hele dag te wachten of moeilijker hun weg vinden in complexe systemen (European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008). Hoewel het niet de bedoeling is deze personen te discrimineren, sluit het systeem wel indirect personen met een handicap uit door geen rekening te houden met hun noden (WHO, 2011). Mensen met een geestelijk gezondheidsprobleem of een verstandelijke beperking blijken in veel settings meer benadeeld te worden dan mensen met een fysieke of zintuiglijke beperking (Roulstone & Barnes, 2005). Maar niet enkel mensen met een handicap worden getroffen door deze ongelijkheid. Ook hun familieleden worden hierdoor getroffen. Zo bleek uit een Amerikaanse studie dat familieleden van kinderen met een ontwikkelingsstoornis minder uren werken, vaker hun baan opzeggen, zwaardere financiële problemen hebben en minder kans hebben om een nieuwe baan aan te nemen dan familieleden in andere gezinnen (Anderson, Larson, Lakin, & Kwak, 2002; Parish, Seltzer, Greenberg, & Floyd, 2004).

Professor Stephen W. Hawking vat samen in het voorwoord van het World Report On Disability (WHO, 2011):

“In fact we have a moral duty to remove the barriers to participation, and to invest sufficient funding and expertise to unlock the vast potential of people with disabilities. Governments throughout the world can no longer overlook the hundreds of millions of people with disabilities who are denied access to health, rehabilitation, support, education and employment, and never get the chance to shine.” (Hawking, 2011)

De leden van de Verenigde Naties nemen de principes van het VN-Verdrag op in hun eigen wetgeving zodra zij het verdrag hebben bekrachtigd. Het Verenigd Koninkrijk verbond zich in de Equality Act van 2010 ertoe om bij het maken van strategische beslissingen zoveel mogelijk sociaal- economische ongelijkheden te verminderen. In de Equality Act wordt ‘disability’ als volgt omschreven:

“A person has a disability if a person has a physical or mental impairment, and the impairment has a substantial and long-term adverse effect on the person’s ability to carry out normal day-to-day activities.”

De Amerikaanse overheid omschrijft ‘handicap’ eveneens in termen van activiteiten en participatie in The American with Disabilities Act:

“The term ‘disability’ means, with respect to an individual, a physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activities of such individual, a record of such an impairment, or being regarded as having such an impairment.” (ADA, 2008)

Ook België ondertekende het verdrag inzake de rechten van personen met een handicap op 30 maart 2007 en ratificeerde het op 2 juli 2009. Het verdrag trad op 1 augustus 2009 in België in werking. Op

de interministeriële conferentie van 12 juli 2011 hebben de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten samen beslist om het mandaat tot oprichting en uitbouw van de onafhankelijke instantie toe te vertrouwen aan het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding, alias het "Interfederaal Gelijke Kansencentrum", dat in 2015 de naam UNIA kreeg. Deze onafhankelijke overheidsinstelling is krachtens de Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie bevoegd voor materies die verband houden met handicap. De antidiscriminatiewet zelf voorziet geen definitie voor het begrip 'handicap'. In de memorie van toelichting over het begrip "redelijke aanpassingen", dat in het Staatsblad van 20/9/2007 werd gepubliceerd, wordt echter wel gerefereerd naar de definitie van handicap van de WHO (UNIA, 2015):

Naar analogie met de antidiscriminatiewet wordt er uitdrukkelijk voor gekozen geen definitie in het protocol zelf op te nemen. Op die manier wil men een beperkte opvatting van het begrip handicap vermijden en evoluties in de definitie van "persoon met een handicap" niet in de weg te staan.

In ieder geval wordt onder handicap elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon verstaan dat te wijten is aan het samenspel tussen 1) functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, 2) beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en 3) persoonlijke en externe factoren. Hiermee wordt gerefereerd aan de internationale classificatie van het menselijk functioneren (ICF), bekrachtigd door de Wereldgezondheidsorganisatie op 22 mei 2001 tijdens de vierenvijftigste gezondheidsassemblee. (Protocol tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, het Waals Gewest, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie ten gunste van de personen met een handicap. Belgisch staatsblad 20.07.2007)

Binnen de Vlaamse overheid, binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, werd in 2004 het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) aangesteld om de participatie, integratie en gelijkheid van kansen van personen met een handicap te bevorderen in alle domeinen van het maatschappelijk leven. Het doel is dat zij de grootst mogelijke autonomie en levenskwaliteit bereiken. Personen met een handicap kunnen voor ondersteuning een beroep doen op het VAPH. Het VAPH hanteert de volgende definitie van 'handicap':

"Elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, en persoonlijke en externe factoren." (VAPH, 2015)

Belangrijke domeinen waarin de activiteiten van personen met een handicap beperkt kunnen zijn, zijn tewerkstelling en onderwijs. De VAPH-definitie vertoont een duidelijke relatie met internationale definities, ook met deze in de ICF.

Op vlak van onderwijs is de Vlor een belangrijk advies- en overlegorgaan voor het beleidsdomein Onderwijs en Vorming. Zij bieden onder andere advies over de invulling van het VN-verdrag voor gelijke rechten voor personen met een handicap voor het Vlaamse hoger onderwijs:

“Het VN-verdrag wijdt ook een artikel aan onderwijs (artikel 24). De Vlaamse overheid zal daarom stappen moeten ondernemen om de VN-conventie ook op vlak van onderwijs in te vullen en hierover in 2011 voor een eerste maal aan de VN te rapporteren. De Raad Hoger Onderwijs geeft in dit advies op eigen initiatief een aanzet voor het hoger onderwijs. Hij bekijkt de consequenties van het VN-verdrag voor het hoger onderwijs. Hij actualiseert hiervoor zijn eerder uitgebrachte adviezen.” (Vlor, 2010)

Een belangrijke stap in de vertaling van het VN-verdrag in België is het M-decreet. Het wil meer kinderen met een beperking een plaats in het gewoon onderwijs bieden. Ze krijgen het recht op redelijke aanpassingen om in een gewone school gewoon onderwijs te kunnen volgen (Onderwijs Vlaanderen, 2015).

Het project protocollering diagnostiek (Prodia), een overkoepelend project van de onderwijskoepels en de CLB-centrumnetten, ontwikkelt diagnostische protocollen binnen onderwijs die een gelijkgerichte, kwaliteitsvolle en wetenschappelijk verantwoorde diagnostiek in leerlingenbegeleiding voor ogen hebben. Ook zij vertrekken vanuit het ICF-kader en leggen de nadruk op de voortdurende wisselwerking tussen de leerling en zijn omgeving. Zij spreken van een ‘match’ tussen de leerkracht of de ouders en het kind. Een ‘mismatch’ kan leiden tot een problematische situatie. “Een leer- of gedragsprobleem is niet te wijten aan het kind/de jongere óf aan de omgeving. Er is iets mis in de afstemming.” (Prodia, 2015a).

In het basisonderwijs en secundair onderwijs zijn de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB’s) verantwoordelijk voor de begeleiding van leerling en hun ouders. De CLB’s vervullen spelen dus een belangrijke rol bij het uitvoeren van het VN-verdrag binnen het onderwijs, bijvoorbeeld het doorvoeren van redelijke aanpassingen. Bij de bespreking van redelijke aanpassingen in het onderwijs sluiten de CLB’s eveneens aan bij het sociaal model:

“Het recht op redelijke aanpassingen en de vernieuwde kijk op handicap als afstemmingsprobleem tussen de school- en klascontext en de specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de jongere, maken dat beperkingen van jongeren in het onderwijsparticipatieproces centraal staan.” (Onderwijs Vlaanderen, 2015)

Op vlak van tewerkstelling speelt de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) de hoofdrol. VDAB valt onder het beleidsdomein Werk, Economie, Innovatie en Sport van de Vlaamse Overheid en wil burgers helpen bij het ontwikkelen van hun loopbaan. Personen met een arbeidshandicap vormen daarbij een belangrijke doelgroep. De VDAB omschrijft een arbeidshandicap als volgt:

“Elk langdurig en belangrijk probleem van deelname aan het arbeidsleven dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren.” (Samoy, 2015)

De definitie van de VDAB van een arbeidshandicap vertrekt eveneens vanuit het ICF-kader.

Ontwikkelingsstoornissen: definitie en prevalentie

Omschrijving

In een vergaderverslag van het WHO vinden we volgende definitie van ‘developmental disability’ (ontwikkelingsstoornis):

“Developmental disorders are a group of conditions with onset in infancy or childhood and characterized by impairment or delay in functions related to the central nervous system maturation. They may affect a single area of development (e.g. specific developmental disorders of speech and language, of scholastic skills, and/or motor function) or several (e.g. pervasive developmental disorders and intellectual disability).” (WHO, 2013)

“People with developmental disorders present the same health problems that affect the general population. Furthermore, they often present co-morbid conditions, including epilepsy, depression, anxiety and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).” (WHO, 2013)

In een discussienota van de WHO over vroegkinderlijke ontwikkeling en beperkingen, vinden we ook een definitie van ‘developmental delay’ (ontwikkelingsachterstand):

“Developmental delay refers to children who experience significant variation in the achievement of expected milestones for their actual or adjusted age. Developmental delays are measured using validated developmental assessments and may be mild, moderate or severe. Developmental delays are caused by poor birth outcomes, inadequate stimulation, malnutrition, chronic ill health and other organic problems, psychological and familial situations, or other environmental factors. While developmental delay may not be permanent, it can provide a basis for identifying children who may experience a disability. This further emphasizes the importance of early identification to commence timely interventions with family involvement, aimed at preventing delays, promoting emerging competencies and creating a more stimulating and protective environment.” (WHO, 2012)

De meeste Amerikaanse studies en organisaties volgen de definitie zoals omschreven in The Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights en verwijzen expliciet naar dit document (Brosnan & Healy, 2011; Centers for Disease Control and Prevention, 2015; Lindsay & Taylor, 2005; Patel & Merrick, 2011). De definitie volgens The Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights (2000) van een ontwikkelingsstoornis of ‘developmental disability’ gaat als volgt:

“The term ‘developmental disability’ means a severe, chronic disability of an individual that is attributable to a mental or physical impairment or combination of mental and physical impairments; is manifested before the individual attains age 22; is likely to continue indefinitely; results in substantial functional limitations in 3 or more of the following areas of major life activity: self-care, receptive and expressive language, learning, mobility, self-direction, capacity for independent living, economic self-sufficiency; and reflects the individual’s need for a combination and sequence of special,

interdisciplinary, or generic services, individualized supports, or other forms of assistance that are of lifelong or extended duration and are individually planned and coordinated.” (AIDD, 2000)

Het Department of Health Division of Planning and Research van New South-Wales, Australië gebruikt volgende definitie:

“Developmental disability is a severe, chronic disability which is attributable to intellectual or physical impairment, is manifested before the person attains the age of 18, is likely to continue indefinitely and results in functional limitations in three or more of the following areas of major life activity: self-care; receptive and expressive language; learning; mobility; self-direction; capacity for independent living and economic self-sufficiency.” (New South Wales & Richmond, 1983)

Deze definitie is heel gelijklopend aan die van het AIDD, met vooral een verschil in aanvangsleeftijd (22 versus 18 jaar).

In veel beleidsteksten en artikels wordt geen omschrijving van de term ontwikkelingsstoornis gegeven, maar enkel een opsomming van de stoornissen die hierin ondergebracht worden. De meest bekende en vernoemde ontwikkelingsstoornis is verstandelijke beperking. Naast verstandelijke beperking worden ook andere stoornissen onder de term ingedeeld die niet per se verband houden met intellectuele mogelijkheden, zoals autisme, epilepsie en andere neurologische aandoeningen (Lindsay & Taylor, 2005). De vier belangrijkste ontwikkelingsdomeinen die verstoord kunnen zijn, zijn het motorische, het spraak- en taaldomein, het sociaal-emotionele en het cognitieve domein. De belangrijkste ontwikkelingsstoornissen zijn volgens Patel en Merrick (2011) verstandelijke beperking, leerstoornissen, communicatiestoornissen, autismespectrumstoornissen, neurologische gedragsstoornissen, neurogenetische stoornissen, neurometabolische stoornissen, neuromusculaire stoornissen, hersenverlamming, andere neuromotorische stoornissen, sensorische beperkingen, beperkingen gelinkt aan chronische aandoeningen, hersentrauma's en ruggenmergletsels.

Sommige aandoeningen en hun effecten zijn levenslang, bv. hersenverlamming, autisme en Down syndroom. Andere aandoeningen, zoals prematuriteit, beroertes en epilepsie kunnen eveneens langdurige negatieve effecten tot gevolg hebben bij jonge kinderen (Hattier, Matson, Sipes, & Turygin, 2011).

Het VAPH heeft geen duidelijke definitie voor een ontwikkelingsstoornis. In de Classificerende Diagnostische Protocollen vinden we wel een aantal stoornissen en hun classificatie onder ontwikkelingsstoornissen terug:

“Kraijer en Plas (2006) beschouwen een verstandelijke handicap als een brede ontwikkelingsstoornis. Ze voegen er aan toe dat deze stoornis dient nagegaan te worden aan de hand van brede, molaire maten, terwijl specifieke ontwikkelingsstoornissen (bijvoorbeeld een taal- en spraakstoornis, motorische stoornis en een communicatiestoornis) bepaald worden aan de hand van specifieke, moleculaire maten. Gedrags- of emotionele stoornis (ADHD, OCD, hechtingsstoornis, angst- en stemmingsstoornis, depressieve stoornis)”

“Autismespectrumstoornissen (ASS) behoren tot de groep van ontwikkelingsstoornissen.” (VAPH, 2012)

Voor de definitie en classificatie van psychische stoornissen (o.m. gedrags- en emotionele stoornissen) baseert het VAPH zich op de DSM (Diagnostic and Statistical Manual) van de American Psychiatric Association (APA, 2013; inmiddels aan de 5^{de} uitgave). Voor de bepaling van een verstandelijke handicap oriënteert het VAPH zich op de definitie van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Volgende doelgroepen worden door het VAPH bepaald in de zorg: verstandelijke handicap, gedrags- en emotionele stoornis (bij het VAPH enkel voor minderjarigen binnen deze doelgroep), blind of slechtziend, gehoor- of spraakstoornis, motorische handicap, autismespectrumstoornis en andere groepen (hieronder vallen epilepsie, niet aangeboren hersenletsel, chronisch vermoeidheidssyndroom en meervoudige handicap) (VAPH, 2010b).

In de brochure ‘Diagnostiek? Eikes!’ van vzw Gouverneur Kinsbergen vinden we deze omschrijving van een ontwikkelingsstoornis:

“een aandoening die in aanleg aanwezig is in de vaak onomkeerbare evolutie van de hersenen en die een belemmering en/of afwijking vormt in de normale ontwikkeling. Een ontwikkelingsstoornis van de hersenen begint (in het geval van bv. autismespectrumstoornis, ADHD, verstandelijke handicap, ...) meestal zeer vroeg, vaak lang voor de geboorte, maar kan ook pas in de kinder- of adolescentiejaren tot uiting komen (bv. ticstoornis).”

In het jaarverslag van het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen te Gent (COS-Gent) lezen we dat het voornaamste doel bij de oprichting van gespecialiseerde Centra voor Ontwikkelingsstoornissen was om te streven naar integrale diagnostiek en multidisciplinaire ontwikkelingsevaluatie van in hun ontwikkeling bedreigde of gestoorde kinderen (COS-Gent, 2014). Een duidelijke omschrijving van een ontwikkelingsstoornis wordt niet gegeven. In samenspraak met de andere centra voor ontwikkelingsstoornissen werden in 2003 de vastgestelde diagnoses geregistreerd volgens de internationaal erkende ICD-10 classificatie (International Classification of Diseases, versie 10). Zij maken volgende onderverdeling in diagnoses: autismespectrumstoornissen, leer-, gedrags- en emotionele, motorische, psychomotorische, sensorische, taal- en spraak- en ticstoornissen, verstandelijke beperking. ADHD wordt geclassificeerd onder gedrags- en emotionele stoornissen.

Prodia (het project protocollering diagnostiek) is een werkgroep die diagnostische protocollen ontwikkelt om onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de leerling en de ondersteuningsbehoeften van de leerkrachten en ouders in beeld te brengen. Deze protocollen zijn bedoeld voor alle CLB-teams en schoolteams waarmee de CLB's samenwerken. Er worden specifieke protocollen ontwikkeld voor lees- en spellingsproblemen, rekenen, zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking, hoogbegaafdheid, vertraagde of afwijkende motorische ontwikkeling, spraak- en/of taalproblemen en gedrags- en emotionele problemen. Aandachts- en werkhoudingsproblemen en ADHD en problemen in de sociale communicatie en interactie en autismespectrumstoornis worden opgenomen in het protocol voor gedrags- en emotionele stoornissen. Zij onderscheiden gedrags- en emotionele stoornissen van ontwikkelingsstoornissen als volgt:

“Daarnaast maken we onderscheid tussen gedrags- en emotionele stoornissen en de ontwikkelingsstoornissen autismespectrumstoornis en ADHD. Bij een ontwikkelingsstoornis zijn gedurende de hele levensloop één of meerdere ontwikkelingsdomeinen verstoord. Gedragsproblemen zijn niet inherent aan

ontwikkelingsstoornissen, maar vaak vertonen kinderen met een ontwikkelingsstoornis wel (lichte) gedragsproblemen of gedragsstoornissen.” (Prodia, 2015b)

Prodia geeft zelf aan hiermee aan te sluiten bij de DSM-5 classificatie, die ADHD en autismespectrumstoornis samen met verstandelijke beperkingen, specifieke leerstoornis, communicatie- en motorische stoornissen benoemt als ‘neurobiologische ontwikkelingsstoornissen’.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) geeft aan dat de verplichte ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging) tegemoet komt in de honoraria van bepaalde verstrekkingen kinesitherapie bij psychomotorische ontwikkelingsstoornissen. Voor sommige aandoeningen hebben patiënten recht op een groter aantal zittingen kinesitherapie, die tegen het beste tarief worden terugbetaald. Naast de zware aandoeningen (lijst ‘E’), gaat het om de aandoeningen op de lijsten ‘Fa’ en ‘Fb’, waarvan de behandeling veel kinesitherapie vereist. Aandoeningen op de lijst ‘Fb (chronisch)’ zijn aandoeningen waarvoor meerdere jaren regelmatig kinesitherapie nodig is. Op deze lijst vinden we psychomotorische ontwikkelingsstoornissen terug. Deze aandoeningen kunnen worden vastgesteld bij kinderen onder 16 jaar, na advies en behandelingsvoorstel door een van een geneesheer-specialist en met een significant zwakkere score op een gestandaardiseerde test (RIZIV, 2015).

Prevalentie

Een Britse studie is nagegaan welke economische kosten en gebruik van gezondheidsvoorzieningen er verbonden zijn aan neurobiologische ontwikkelingsstoornissen op de leeftijd van 11 jaar. Daartoe werden de cognitieve en functionele vaardigheden getest van deelnemers van een bevolkingsstudie van extreem vroeggeboren en op tijd geboren kinderen. Het gebruik van gezondheids-, sociale en onderwijsvoorzieningen werd nagegaan aan de hand van een gedetailleerde vragenlijst ingevuld door de ouders. Men berekende dat de kosten voor de gezondheidszorg en sociale dienstverlening voor een kind met een lichte, matige en ernstige neurologische ontwikkelingsstoornis over een periode van 12 maanden toenemen met respectievelijk £397 (of zo’n €457; gebaseerd op de wisselkoers op 12/01/2017), £655 (zo’n €754) en £1.065 (zo’n €1.225) ten opzichte van een kind zonder neurologische ontwikkelingsstoornis, na controle voor klinische en socio-demografische confounders (Petrou, Johnson, Wolke, & Marlow, 2013). Accurate prevalentieschattingen zijn dus nodig om het gezondheidsbeleid te ondersteunen en om de juiste toewijzing van middelen te kennen.

Boyle et al. (2011) bepaalden de prevalentie van ontwikkelingsstoornissen bij kinderen in de Verenigde Staten. Tussen 1997 en 2008 werden de ouders van 119.367 kinderen van 3 tot 17 jaar in een nationale gezondheidsenquête gevraagd naar de aanwezigheid bij hun kind van volgende stoornissen: ADHD, hersenverlamming, autisme, beroertes, stotteren, verstandelijke beperking, gehoorverlies, blindheid, leerstoornis, “en andere vertragingen in de ontwikkeling”. In de periode 2006-2008 bleek 1 op 6 kinderen een ontwikkelingsstoornis te hebben.

Een rapport van Blackburn, Read en Spencer (2012), in opdracht van de Chief Medical Officer van het Verenigd Koninkrijk, vat bevindingen rond de prevalentiecijfers van beperkingen en neurobiologische ontwikkelingsstoornissen bij kinderen tussen 0 en 18 jaar samen. Hiervoor hebben ze verschillende bronnen geraadpleegd (Dolk et al., 2010; Emerson, 2012). Het resulteerde in de volgende prevalentiecijfers (zie tabel 1):

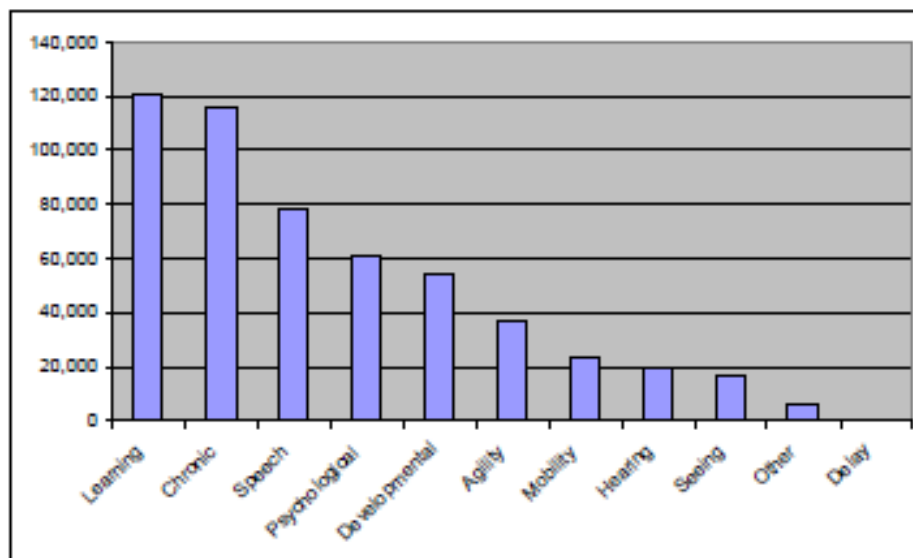
- Kinderen met een handicap: 6% (Department for Work and Pensions, 2012). Dit prevalentiecijfer is gebaseerd op de Family Resources Survey (FRS), waarbij 25000 gezinnen in 2010 en 2011 geïnterviewd werden door de Britse regering. Uit deze survey bleken voornamelijk functionele beperkingen op vlak van mobiliteit (18%), communicatie (22%) en geheugen, concentratie of leren (24%) (Department for Work and Pensions, 2012).
- Kinderen met neurobiologische ontwikkelingsbeperkingen en -stoornissen: 3-4%, gebaseerd op een cross-sectionale enquête waarbij multilevel multivariate analyse werd toegepast op gegevens uit pedagogische dossiers over socio-economische status, lokale toegang tot hulp, etniciteit en de aanwezigheid van een verstandelijke beperking en ontwikkelingsachterstand in een steekproef van 5,18 miljoen Engelse kinderen tussen 7 en 15 jaar (Emerson, 2012).
- ADHD (meest voorkomende neurobiologische ontwikkelingsstoornis): 1-2% volgens ICD-10 en 3-9% volgens DSM-IV. Dit laatste prevalentiecijfer is terug te vinden in de NICE-richtlijnen voor ADHD van 2009. De ontwikkelaars van deze richtlijnen baseren dit cijfer op de British Child and Adolescent Mental Health Survey van 1999 (Ford, Goodman, & Meltzer, 2003). Men ging er de DSM-IV diagnoses na bij 10438 kinderen en adolescenten in Groot-Brittannië, die getest werden a.d.h.v. de Development and Well-Being Assessment. Dit is een gestructureerd interview die werd afgenomen bij verschillende informanten en geëvalueerd werd door een team van psychiaters. Het resultaat was een totale prevalentie van 9,5%.
- Autismespectrumstoornis: naar schatting minstens 1% van de kinderen (NICE, 2011): zie verder (onder 'Prevalentie autismespectrumstoornis').

Impairment/condition	Disabled children %
Any neurodevelopmental disorder ²	3.0–4.0
ADHD: ¹⁷	
DSM IV	3.0–9.0
ICD10	1.0–2.0
Cerebral palsy ¹⁸	0.2
Epilepsy ¹⁹	0.3
Autism:	
All children ³	1.0
School-aged children ²⁰	0.9
Specific learning difficulties ²⁰	1.0
Moderate learning difficulties ²⁰	2.0
Severe learning difficulties ²⁰	0.4
Profound learning difficulties ²⁰	0.1
Speech, language and communication needs ²⁰	1.7
Hearing impairment ²⁰	0.2
Visual impairment ²⁰	0.1
Multi-sensory impairment ²⁰	0.01
Physical disability ²⁰	0.4
Other (unspecified) ²⁰	0.4

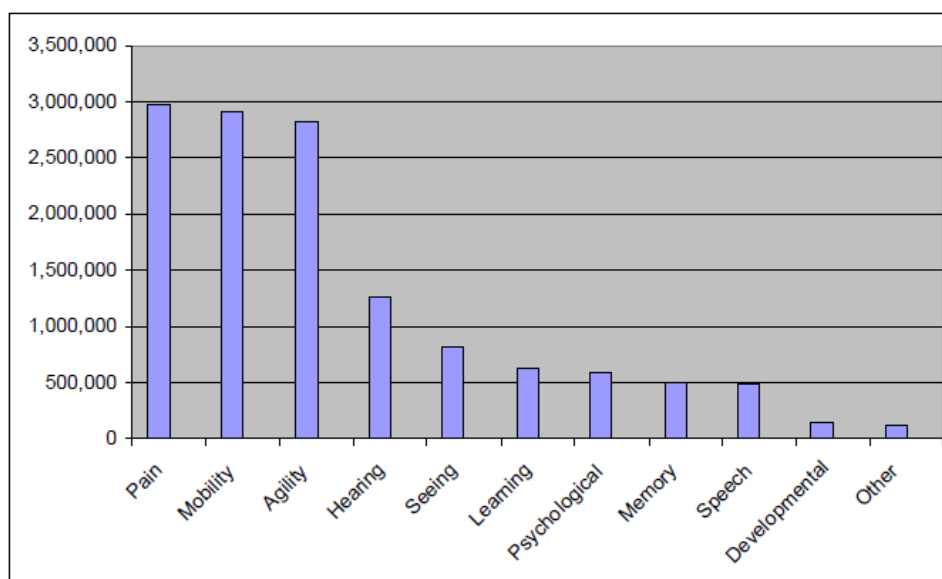
Tabel 1 Percentage kinderen en jongeren met een specifieke neurobiologische ontwikkelingsstoornis, beperking of behoefte (Blackburn, Read, & Spencer, 2012).

Een Canadese studie naar de meest voorkomende gezondheidsproblemen toonde aan dat leerproblemen het grootste aandeel (69,3%) vormde bij kinderen van 5 tot 15 jaar (zie figuur 1).

Ook psychologische moeilijkheden (34,5%) en ontwikkelingsmoeilijkheden (30,7%), zoals autismespectrumstoornis en ADHD, vormden een groot aandeel, zelfs een groter aandeel dan de groep fysieke beperkingen, zoals beperkingen in mobiliteit (13,2%), gehoor (11,5%) en zicht (9,5%) (Statistics Canada, 2010). Bij volwassenen lag de verdeling geheel anders. Daar vormden artritis, rugproblemen en gehoorproblemen de grootste groep (zie figuur 2). Deze gegevens werden bekomen door een telefonisch interview bij 48.000 gezinnen waaronder 39.000 volwassenen en de ouders van 9.000 kinderen (onder 15 jaar) die geselecteerd waren op basis van 2 vragen naar beperkingen in activiteit in de volkstelling van 2006. Het interview begon met screeningsvragen over beperkingen in activiteit en ging, indien op één van de screeningsvragen met 'ja' werd geantwoord, verder met specifieke vragen over de impact van beperkingen op de dagelijks activiteiten en andere aspecten van het leven (bv. werk en vrije tijd).



Figuur 1 types van beperking, kinderen van 5 tot 14 jaar in Canada (Statistics Canada, 2006)



Figuur 2 types van beperking, volwassenen van 15 jaar en ouder in Canada (Statistics Canada, 2006)

De prevalentie van verstandelijke beperking is sterk afhankelijk van de gebruikte cut-off. Recente Amerikaanse en Europese studies convergeren naar een algehele prevalentie van minder dan 1% voor alle niveaus van verstandelijke beperking (Bryson, Bradley, Thompson, & Wainwright, 2008; Larson et al., 2001; Westerinen, Kaski, Virta, Amlqvist, & Iivanainen, 2007). Maulik, Mascarenhas, Mathers, Du en Saxena (2011) voerden een meta-analyse uit van 52 wereldwijde studies, uitgevoerd tussen 1980 en 2009, naar de prevalentie van verstandelijke beperking. De prevalentie over deze 52 studies heen was 10,37 op 1000. De schatting van de prevalentie in de geïncludeerde studies hing af van de inkomensgroep van het land van oorsprong (hoger in lage en middelhoge inkomenslanden), de leeftijdsgroep van de onderzoekspopulatie (hoger bij kinderen en adolescenten dan volwassenen) en de gebruikte diagnostische methode (hoger bij gebruik van psychometrische schalen dan bij gebruik van standaard diagnostische systemen en criteria, zoals de ICD en DSM).

Een systematische review en meta-analyse van 49 studies, gebaseerd op de PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses) methode, leverde een algehele prevalentie voor hersenverlamming op van 2,11 per 1000 levendgeborenen. Populatiestudies van kinderen geboren in 1985 of later werden opgenomen in deze review. De prevalentie bleek de laatste jaren constant te zijn gebleven, ondanks een grotere overlevingskans van risicovol prematuur geboren kinderen (Oskoui, Coutinho, Dykeman, Jetté, & Pringsheim, 2013).

Prevalentiecijfers voor coördinatieontwikkelingsstoornis (DCD) bij lagere schoolkinderen variëren van 1,4 tot 19,0%. Een studie van Lingam, Hunt, Golding, Jongmans en Emond (2009) baseerde zich op de Avon Longitudinal Study of Parents and Children, een geboortecohorte in Groot-Brittannië. De motorische coördinatie van meer dan 7000 kinderen tussen 7 en 8 jaar werd getest a.d.h.v. testen die handvaardigheid, balvaardigheden en evenwicht nagaan. Een score onder percentiel 5 op deze tests werd als cut-off grens gebruikt om kinderen met ernstige motorische coördinatiemoeilijkheden te identificeren. Data vanuit nationale schrijftests en een 'dagelijkse activiteiten' schaal werden gebruikt om de impact van een slechte coördinatie op het dagelijks leven in te schatten. Kinderen met een neurologische aandoening of een IQ onder 70 werden uitgesloten uit de studie. 119 van de 6.990 onderzochte kinderen (1,7%) voldeed aan de criteria van DCD. In hun prevalentiestudie verdedigen Wright en Sugden (1996) een tweestappenprocedure a.d.h.v. de Movement ABC batterij als standaardmethode om motorische beperkingen te evalueren en de Movement ABC Checklist om de effecten op het dagelijks leven in te schatten. Op basis van deze methode vonden zij in een random steekproef van 427 kinderen tussen 6 en 7 jaar in verschillende lagere scholen in Singapore een prevalentie van 4%. Dit prevalentiecijfer is gebaseerd op een cut-off van de laagste 15% van de steekproef in de eerste stap (Movement ABC batterij). Tsiotra et al. (2006) onderzochten 591 kinderen in lagere scholen in Canada en 329 kinderen in lagere scholen in Griekenland. Het gewicht werd nagegaan en het aandeel lichaamsvet werd geschat. De verkorte versie van de Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOTMP-SF) werd individueel afgenomen om de motorische functies te evalueren. Het cut-off punt voor DCD werd gelegd op percentiel 12. Verder werd ook de cardiorespiratoire fitheid nagegaan a.d.h.v. een shuttle run test (een test waarbij tussen twee lijnen heen en weer wordt gelopen en een piepgeluid aangeeft wanneer er gekeerd moet worden). Beduidend meer Griekse kinderen (19%) voldeden aan de diagnose DCD dan Canadese kinderen (8%). Dit duidt er eerder op dat de BOTMP-SF test weinig discrimineert tussen kinderen met DCD en kinderen die eenvoudigweg inactief zijn. Verschillen in levensstijl blijken geassocieerd te zijn met verschillen in DCD prevalentiecijfers. Het is duidelijk dat verschillende prevalentiestudies zeer verschillende manieren gebruiken om de diagnose DCD vast te stellen. Dit verklaart de grote variatie

in de prevalentiecijfers. Een andere reden zijn de verschillen in bekendheid van de diagnose (Zwicker, Missiuna, Harris, & Boyd, 2012).

In het Statistisch Jaarboek van het Vlaamse Onderwijs, schooljaar 2013-2014 (dit boek bevat statistische gegevens over verschillende aspecten van het onderwijs in Vlaanderen zoals leerlingen, diploma's, onderwijzend personeel en financiën tijdens het schooljaar 2013-2014) van Onderwijs Vlaanderen (2014a), vinden we terug dat 2.042 van de 271.239 schoolgaande kleuters, oftewel 0,75%, in het buitengewoon kleuteronderwijs zit. 1.171 (57,3%) van hen zat in type 2 (matige of ernstige mentale handicap), 220 (10,8%) in type 3 (karakterieële stoornissen), 314 (15,4%) in type 4 (fysieke handicap), 30 (1,5%) in type 6 (visuele stoornissen) en 307 (15%) in type 7 (auditieve stoornissen). De jongens zijn hierbij duidelijk oververtegenwoordigd (68,4%). Het aandeel jongens in de totale kleuterschoolbevolking bedraagt immers 51,3%.

Wanneer we kijken naar het lager onderwijs, vinden we 28.307 van de 428.036 lagere schoolkinderen (6,6%) in het buitengewoon lager onderwijs terug. 8578 (30,3%) van hen zit in type 1 (licht mentale stoornissen), 4.018 (14,2%) in type 2 (matige of ernstige mentale handicap), 2.468 (8,7%) in type 3 (karakterieële stoornissen), 1.406 (5%) in type 4 (fysieke handicap), 120 (0,4%) in type 6 (visuele stoornissen), 1.295 (4,6%) in type 7 (auditieve stoornissen) en 10422 (36,8%) in type 8 (ernstige leerstoornissen). Opnieuw zijn jongens in de meerderheid, met een aandeel van 63,4% ten opzichte van het aandeel van 51,1% in de totale schoolbevolking.

In het secundair onderwijs zien we in de statistieken van schooljaar 2013-2014 een aantal van 20.495 (4,7%) leerlingen in het buitengewoon secundair onderwijs (Onderwijs Vlaanderen, 2014b). De opdeling per type ziet er als volgt uit: 9.016 (44%) leerlingen in type 1 (licht mentale stoornissen), 5.518 (26,9%) leerlingen in type 2 (matige of ernstige mentale handicap), 2.569 (12,5%) in type 3 (karakterieële stoornissen), 2.146 (10,5%) leerlingen in type 4 (fysieke handicap), 237 (1,2%) in type 6 (visuele stoornissen), 1.009 (4,9%) leerlingen in type 7 (auditieve stoornissen). Om dubbeltellingen te vermijden werden de leerlingen van het type 5 niet opgenomen in deze statistieken.

In een onderzoek naar aanleiding van een scriptie, uitgevoerd onder leiding van Prof. Dr. Wim Van den Broeck, is voor Vlaanderen en het Brussels hoofdstedelijke gewest nagegaan hoeveel diagnoses er op dit ogenblik voorkomen in het gewone basisonderwijs. Hiervoor vulden 71 scholen in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vragenlijsten in die peilden naar algemene gegevens (bv. ligging, onderwijsnet, aantal leerlingen per leerjaar en aantal kinderen met (een) specifieke diagnose(s)). De steekproef bestond uit 11.715 leerlingen, waarvan 883 leerlingen minstens één diagnose hebben. In 41 scholen werden extra vragenlijsten ingevuld die peilden naar kind- en gezinskenmerken van kinderen met een diagnose. Uit het onderzoek bleek dat 7,5% van alle leerlingen minstens één diagnose heeft: dat varieert van 3,5% in het eerste leerjaar tot 10,5% in het zesde leerjaar. Vanaf het vierde leerjaar is er geen toename meer. De meest voorkomende diagnoses waren dyslexie (2,8% globaal en in het zesde leerjaar 4,5%) en ADHD (2,2% globaal en in het zesde leerjaar 3%) (Geerts & Heyninck, 2012).

Autismespectrumstoornis

Omschrijving

De term 'autismespectrumstoornis' wordt gebruikt door onderzoekers en klinici om een neurobiologische ontwikkelingsstoornis te omschrijven die gekarakteriseerd wordt door kwalitatieve tekorten op vlak van sociale communicatie en sociale interactie, en met beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses of activiteiten (DSM-5; APA, 2013).

Elsabbagh et al. (2012) vonden dat de definitie van autisme over de tijd veranderde en dat er steeds andere diagnostische criteria werden gebruikt. De oudste studies gebruikten de nauwe definitie van Kanner. Later verbreedde de definitie volgens de criteria die door Rutter werden voorgesteld (Rutter, 1970) en nog later werden de criteria toegepast van respectievelijk de ICD-9 (WHO, 1975), DSM-III (APA, 1980), DSM-III-R (APA, 1987) en meer recent zowel ICD-10 (WHO, 1992) als DSM-IV (APA, 1994) en DSM-IV-TR (APA, 2000). De eerste diagnostische criteria weerspiegelen het kwalitatief ernstigere fenotype van autisme, met vaak zware tekorten in taal en cognitieve vaardigheden. Pas vanaf de jaren '80 worden ook minder zware vormen van autisme erkend, gaande van 'hoog-functionerend' autisme (in afwezigheid van een verstandelijke beperking) tot een diagnostische categorie binnen het 'autismespectrum', bijvoorbeeld pervasieve ontwikkelingsstoornis-niet anderszins omschreven (PDD-NOS). In de laatste jaren wordt de definitie van autisme zoals gebruikt in de epidemiologische studies nog verder verbreed naar een meer dimensionele kijk op autisme. De beperkingen en diagnostische criteria zijn bij deze mildere vormen meer onzeker en dus worden de grenzen van de pervasieve ontwikkelingsstoornissen onduidelijk (Elsabbagh et al., 2012).

De diagnostische criteria van de eerdere versie van de DSM (DSM-IV-TR) omschrijven 'autistische stoornis' als een triade van repetitief en stereotiep gedrag, tekortkomingen in de sociale interactie en in de communicatie en plaatste deze stoornis onder de noemer van pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Ook andere diagnostische concepten werden in DSM-IV-TR onder deze term geclassificeerd, met name Asperger syndroom, de desintegratiestoornis van de kinderleeftijd, het syndroom van Rett en PDD-NOS (APA, 2000). Deze opdeling werd in de meest recente versie van DSM (DSM-5; APA, 2013) verlaten. Er wordt enkel nog gesproken van autismespectrumstoornis (zonder verdere subtypes) en de diagnostische criteria werden herzien.

Prevalentie van autismespectrumstoornis

In de NICE-richtlijnen voor autisme (2011) lezen we dat naar schatting minstens 1% van de kinderen een autismespectrumstoornis heeft. De ontwikkelaars van de NICE-richtlijnen baseren zich voor dit prevalentiecijfer op verschillende studies (Baird et al., 2006; CDC, 2006; Baron-Cohen et al., 2009). De eerste studie onderzocht 255 kinderen uit een cohorte van 56.946 9- en 10-jarigen, die op basis van een screeningsvragenlijst of een eerdere diagnose een verhoogd risico bleken te hebben op de diagnose van een autismespectrumstoornis (Baird et al., 2006). Aan de hand van de ADOS (een gestandaardiseerde observatie), ADI-R (een ouderinterview), intelligentieonderzoek, taalonderzoek, de Vineland adaptive behaviour scales (een gedragsvragenlijst), schoolinformatie en aanvangsleeftijd kreeg 38,9 per 10.000 kinderen de diagnose autisme en 77,2 per 10.000 kinderen kreeg een de diagnose van een andere autismespectrumstoornis volgens ICD-10 criteria. Zo kwam men op een totale prevalentie van 116,1 per 10.000 ofwel 1,16%. Een andere studie waarop het prevalentiecijfer in de NICE-richtlijnen gebaseerd is, is een studie van de Centers for Disease Control and Prevention in

de Verenigde Staten (CDC, 2006). Hiervoor verzamelde men bestaande data bij databronnen in de gezondheids- en onderwijsvoorzieningen van 11 verschillende plaatsen die behoren tot het Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, bv. ziekenhuizen, huisartsen, diagnostische centra en instellingen voor buitengewoon onderwijs. Klinische professionelen (bv. dokters, psychologen) evalueerden de aanwezigheid van een autistische stoornis, PDD-NOS, of syndroom van Asperger volgens de DSM-IV-TR op basis van de beschikbare informatie van deze informatiebronnen. In de studie van Baron-Cohen et al. (2009) werden alle scholen in de provincie Cambridgeshire in het Verenigd Koninkrijk uitgenodigd om deel te nemen aan de studie. Scholen die akkoord waren met deelname werden gevraagd om vragenlijsten te verdelen aan de ouders van alle leerlingen tussen 5 en 9 jaar oud. De vragenlijsten bestonden uit een bevraging naar de diagnoses die het kind ooit gekregen heeft, wie deze gesteld heeft en een bevraging van de ontwikkelings- en gedragsmatige moeilijkheden die werden gemeld door leerkrachten of andere professionals. Verder werd een screeningsinstrument voor autisme (the Childhood Autism Spectrum Test; CAST) meegegeven alsook gestandaardiseerde vragen over de opleiding van de ouders en de socio-economische status. Kinderen die boven een cut-off score van 15 punten scoorden op de CAST en een random groep van 33% van de kinderen die rond deze cut-off scoorden (12 tot 14 punten), werden uitgenodigd voor gedetailleerd onderzoek. Onderzoek bestond uit een gestandaardiseerd interview (ADI-R) met de ouder of verzorger en een gestandaardiseerde observatie (ADOS) met het kind. Intelligentiegegevens werden niet verzameld. Een diagnose werd gebaseerd op twee methoden: een diagnose gebaseerd op criteria van een ADI-R en ADOS-algoritme en een diagnose gebaseerd op de overeenkomst tussen het klinisch oordeel van leden van het onderzoeksteam op basis van de informatie uit de ADI-R en de ADOS. In totaal werden 8.824 kinderen in 79 scholen onderzocht. 83 kinderen kregen de diagnose autismespectrumstoornis. Dit geeft een prevalentieschatting van 94 per 10.000 ofwel 0,94%.

In 2012 publiceerden Elsabbagh et al. een grootschalige review van wereldwijde epidemiologische studies van autismespectrumstoornis en pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Aan de hand van regio- en landspecifieke zoekopdrachten in Medline publicaties werden studies gezocht uit regio's die in eerdere reviews ondervertegenwoordigd waren. Zo identificeerden de auteurs 600 studies die typisch niet geïnccludeerd werden in eerdere reviews (133 uit Zuid- en Centraal-Amerika en de Caraïben, 319 uit Zuid-Oost-Azië en de westelijke Stille Oceaan, 130 uit de oostelijke Middellandse zee en 54 uit Afrika). Elsabbagh et al. besloten dat methodologische verschillen in de studies het zeer moeilijk maken om vergelijkingen te maken. Echter, de meeste studies die uitgevoerd werden tussen 2000 en 2012 in verschillende geografische regio's en door verschillende onderzoeksteams convergeren naar een geschatte mediaan van prevalentieschattingen van 17/10.000 voor autismespectrumstoornis en 62/10.000 voor alle pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Zij vonden weinig verschillen volgens geografische regio, etnisch/culturele of socio-economische factoren. Wel namen de prevalentiecijfers duidelijk toe over de tijd. Deze stijging is volgens hen onder andere te wijten aan de verbreding van de diagnostische concepten en een grotere bewustwording.

Campbell, Davarya, Elsabbagh, Madden en Fombonne (2011) baseerden zich voor de selectie van prevalentiestudies voor hun review op eerdere reviews (Fombonne, 2003, 2005; Fombonne, Quirke, & Hagen, 2011; Williams, Brayne, & Higgins, 2006). Er werden 61 studies geselecteerd uit 18 verschillende landen en gepubliceerd tussen 1966 en 2010. Studies die in een andere taal werden gepubliceerd dan het Engels en studies die enkel vragenlijstonderzoek gebruikten om prevalentie te onderzoeken werden uitgesloten uit de review. Hun prevalentieschatting kwam neer op 22/10.000

voor de diagnose autistische stoornis en 70 op 10.000 voor alle autismespectrumstoornissen (volgens DSM-IV). Voor elke autismespectrumstoornis gold dat meer mannen dan vrouwen de stoornis gediagnosticeerd krijgen.

In Nederland en Vlaanderen werden nog geen dergelijke grootschalige prevalentiestudies uitgevoerd. Wel werden 6.808 kinderen in 70 verschillende Vlaamse kinderdagverblijven gescreend met de Checklist for Early Signs of Developmental Disorders (CESDD) over een periode van 3 jaar. Het personeel van de kinderdagverblijven kreeg een 3 uur durende opleiding in het herkennen van vroege signalen van autismespectrumstoornis en het afnemen van de CESDD. Het getrainde personeel vulde de CESDD voor elk van de kinderen in het kinderdagverblijf. De ouders van kinderen die positief scoorden op deze eerste screening vulden 2 screeningsvragenlijsten in. Als kinderen op één van de 2 screeners positief scoorden, werden ze uitgenodigd voor verder onderzoek a.d.h.v. de Mullen Scales of Early Learning en semi-gestandaardiseerde observatie van het kind met de Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G). Op basis van een overeenstemmend klinisch oordeel van het onderzoeksteam, werden 48 kinderen doorverwezen naar diagnostische centra voor diagnostisch onderzoek. Na verwijzing kregen uiteindelijk 41 kinderen de diagnose autismespectrumstoornis of een 'voorlopige' diagnose (een sterk vermoeden) van autismespectrumstoornis. Hun prevalentiestudie kwam dus net boven 0,6% uit (Dereu et al., 2010).

De meeste prevalentiestudies volgen de definitie van autisme volgens de diagnostische criteria van autistische stoornis, Asperger syndroom en PDD-NOS zoals beschreven in de ICD-10 (WHO, 1992) of de DSM-IV-TR (APA, 2000) aangezien het prevalentieonderzoek meestal gebeurde vóór de publicatie van DSM-5 of omdat beschikbare statistieken nog gebaseerd waren op de DSM-IV-TR (ADDM, 2014; Baird et al., 2006). Vooral personen met de diagnose PDD-NOS voldoen niet langer aan de criteria voor autismespectrumstoornis. Of de DSM-5 een daling in het aantal diagnoses met zich mee zal brengen, valt nog af te wachten. Pas over enkele jaren zullen we de impact op het aantal diagnoses in de klinische praktijk kunnen kennen (Roeyers, 2014).

Naast de veranderende definitie van de term, vormt ook de klinische heterogeniteit van autismespectrumstoornis een moeilijkheid bij het vaststellen van de prevalentie. Aangezien het, net al bij andere ontwikkelingsstoornissen, om een gedragsdiagnose gaat, zijn er geen duidelijke biologische markers die de aan- of afwezigheid van de stoornis aangeven. In tegenstelling tot het niveau van intellectueel functioneren, kunnen de kenmerken van een autismespectrumstoornis ook niet nagegaan worden aan de hand van gestandaardiseerde instrumenten met een objectieve (hoewel arbitraire) cut-off. We moeten ons daarentegen baseren op de aanwezigheid van gedragsmatige symptomen, die sterk kunnen verschillen van persoon tot persoon, bv. naargelang de ontwikkelingsfase of het niveau van functioneren (Lecavalier, Snow, & Norris, 2011).

Besluit

We kunnen besluiten dat de visie op handicap sterk veranderd is sinds de tweede helft van de 20^e eeuw. Van een medisch perspectief is men geëvolueerd naar een meer sociaal perspectief, dat rekening houdt met de wisselwerking tussen individuele functiebeperkingen en sociale en fysieke drempels in de omgeving. Dankzij het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap hebben staten toenemende aandacht voor maatregelen die deze drempels moeten verlagen. Ook de meeste Belgische instanties - bijvoorbeeld het Vlaams Agentschap Personen met een Handicap (VAPH), de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR), de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling (VDAB), de Centra voor Leerlingbegeleiding (CLB's) - volgen deze visie en nemen deze op in hun missie. Handicap wordt nu gezien als een participatieprobleem, te wijten aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, en persoonlijke en externe factoren. Handicap is dus geen zaak van de persoon alleen. Wanneer we spreken over “mensen met een beperking” dan bedoelen we eigenlijk: mensen die moeilijkheden vertonen in het uitvoeren van activiteiten of het meedoen in de samenleving, door wat voor oorzaak dan ook. Dat is een heel brede definitie.

Wat betreft ontwikkelingsstoornissen bestaat er geen eenduidige definitie die door verschillende nationale en internationale instanties wordt gedeeld. Sommigen sluiten zich aan bij de classificatie van neurobiologische ontwikkelingsstoornissen volgens de DSM-5, anderen hanteren hun eigen omschrijving, nog anderen beperken zich tot een opsomming van stoornissen die volgens hen onder ontwikkelingsstoornis vallen. Deze heterogeniteit vinden we ook terug wanneer we de prevalentiestudies naast elkaar leggen. Zelden is er een duidelijke omschrijving terug te vinden van de term ontwikkelingsstoornis. Sommige studies beperken zich tot DSM-diagnoses van neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, terwijl andere studies een ruimere interpretatie gebruiken en bijvoorbeeld hersenverlamming, beroertes, gehoorverlies of blindheid mee opnemen in hun studie. Nog andere studies beperken zich tot ADHD en autismespectrumstoornis. De gebruikte methodologie verschilt eveneens sterk tussen prevalentiestudies. Terwijl sommige studies zich baseren op bevolkingscijfers of nationale enquêtes uitgevoerd door de overheid, voeren andere studies diagnostisch onderzoek bij een steekproef. Soms worden de DSM-criteria gevolgd om tot een diagnose te komen, terwijl andere studies zich beroepen op een cut-off score in een test en/of vragenlijst. Bijgevolg is het moeilijk om de prevalentiestudies met elkaar te vergelijken.

In het huidige onderzoeksrapport willen we daarom een eigen definitie voorstellen. Op basis van de omschrijvingen van ontwikkelingsstoornis volgens de Centra voor Ontwikkelingsstoornissen en het Referentiecentrum autisme, en vanuit het overleg met de stuurgroep, besluiten we tot volgende definitie:

“We definiëren ontwikkelingsstoornissen als stoornissen die zich vroeg in de ontwikkeling manifesteren, een neurobiologische basis hebben en die ontwikkelingstekorten met zich meebrengen op verschillende biopsychosociale ontwikkelingsdomeinen.

Het gaat onder meer over:

- Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen zoals omschreven in DSM-5: verstandelijke beperkingen, communicatiestoornissen (met inbegrip van taalstoornis), autismespectrumstoornis, ADHD, motorische stoornissen (DCD), ticstoornissen, specifieke leerstoornis;

- *Sensoriële stoornissen;*
- *Hersenverlamming.*

N.A.H. is een groep die niet gedefinieerd wordt naar het domein van de beperking, maar naar het tijdstip waarop de hersenschade optreedt (alleszins na de geboorte). Indien N.A.H. vroeg in het leven optreedt, kan ze leiden tot een ontwikkelingsstoornis. Omdat personen met een N.A.H. gelijkaardige zorg nodig hebben als mensen met een ontwikkelingsstoornis, behoren ze ook bij de doelgroep van ons onderzoek.

Net als bij de andere ontwikkelingsstoornissen is het moeilijk om de prevalentiecijfers van autismespectrumstoornis over verschillende studies heen te vergelijken vanwege de grote verschillen in omschrijving en methodologie. De meeste prevalentiecijfers convergeren echter naar 1%. Verwacht wordt echter dat de prevalentie nog kan veranderen vanwege de gewijzigde criteria van de diagnose in DSM-5. Toekomstig onderzoek zal dit moeten uitmaken. Onderzoek naar de prevalentie van zowel ontwikkelingsstoornissen als specifiek van autismespectrumstoornis in België en Vlaanderen ontbreekt. Meer onderzoek is dus nodig om de exacte prevalentie van deze stoornissen in deze regio te kennen.

Hoofdstuk 3

Bevraging diagnostische diensten adolescenten en volwassenen: resultaten enquêtes

Methode

Vragenlijst

Op basis van de onderzoeksvragen werd een eerste versie van een vragenlijst opgemaakt. Deze werd door de stuurgroep geëvalueerd. Op basis van opmerkingen uit de stuurgroep werd de vragenlijst verschillende keren aangepast tot er een consensus was. In maart 2016 vond een pilootstudie plaats. 8 diensten namen deel aan de pilootstudie: 1 dienst gespecialiseerde trajectbegeleiding, 2 diagnosecentra voor volwassenen, 1 centrum geestelijke gezondheidszorg, 1 individueel werkend psychiater, 1 privécentrum, 1 centrum voor ambulante revalidatie en 1 dienst voor audiologie. Hun opmerkingen werden gebruikt om de benodigde invultijd te kennen en om de vragenlijst te verbeteren, bv. verduidelijken of antwoordopties toevoegen. De enquête is terug te vinden in bijlage 4. In deze enquête werden aspecten van de diagnostische werking bevraagd, zoals doelgroep, wachtlijst, financieringsbronnen, gebruikte methoden, betrokken disciplines en gehanteerde visie. Ook werd het standpunt van de deelnemers gevraagd over de diagnostiek in Vlaanderen.

De vragenlijst werd [online](#) beschikbaar gesteld in het programma Qualtrics¹. De onderzoeker volgde een tweedaagse opleiding in Qualtrics en het opmaken van vragenlijsten.

Verspreiding

Er werd op 1/5/2016 een eerste oproep gedaan per mail (bijlage 1). We schreven per sector leidinggevende figuren aan om hun netwerkleden te motiveren. Als antwoorddatum werd 15/6/16 opgegeven, die een eerste maal verlengd werd tot 15/7/16. Begin juli 2016 werd een herinnering verzonden, en de online vragenlijst werd open gehouden tot 30/9/2016, het tijdstip waarop het niet langer mogelijk was om de enquête in te vullen.

Voor de verspreiding van de enquête werd beroep gedaan op contactpersonen en verenigingen die hun eigen contactenlijst aanschreven met de uitnodiging tot invullen van de enquête (bijlage 2 en 3). Volgende organisaties hebben de enquête mee verspreid: de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB), de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP), het Verwijzersplatform, het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, de koepel van provinciale Centra voor Leerlingbegeleiding (CLB's), van vrije CLB's en van CLB's van de Onderwijskoepel van Steden en

¹ URL: https://uantwerpen.eu.qualtrics.com/SE/?SID=SV_6s6BmYraQbM6gfj

Gemeenten (OVSG), de Federatie van Centra voor Ambulante Revalidatie, het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen (OGGPA) en Zorgnet-Icuro. Ook de Vlaamse Vereniging voor Logopedisten (VVL) werd gevraagd om de uitnodiging onder hun leden te verspreiden, maar zij gingen niet in op de vraag. Privécentra werden door de onderzoekers zelf uitgenodigd tot deelname op basis van de contactgegevens die via zoekmachines op het internet terug te vinden waren. De uitnodiging tot deelname werd in totaal naar schatting, rekening houdende met de overlap tussen de netwerklijsten van de verschillende federaties en platformen, naar een 1000-tal contacten verstuurd (zie Bijlage 3 Lijst aangeschreven diagnostische centra).

Resultaten

Deelnemers

Diensten

164 diensten vulden de online enquête in. Echter, niet alle vragen werden steeds beantwoord door alle 164 diensten. De Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) vormen de grootste groep deelnemers (zie Tabel 2). 34 CLB's (21%) namen deel en 21 CGG's (13%). 40 diensten (24%) vielen niet binnen de opgegeven categorieën. Dit waren voornamelijk zorgvoorzieningen. De enquête werd ingevuld door 63 van de in totaal 155 Multidisciplinaire Teams (MDT's) in Vlaanderen (40%; VAPH, 2017).

Tabel 2 Soort diagnostische dienst

Categorie	Aantal (N=164)	Percentage t.o.v. totaal aantal antwoorden	Totaal aantal teams van dezelfde categorie in Vlaanderen	Percentage t.o.v. totaal aantal teams van dezelfde categorie
Centrum voor leerlingenbegeleiding	34	21%	72 (Onderwijs Vlaanderen, 2017)	47%
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	21	13%	102 (Informatiesteunpunt Zorg en Gezondheid, 2017)	21%
Mutualiteit	18	11%	64 (MDT's) (VAPH, 2017)	28%
Centrum of dienst voor revalidatie	15	9%	51 (Federatie van Centra voor Ambulante Revalidatie, 2017)	29%
(Kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst	14	9%	155 (De Sociale Kaart, 2017a)	9%
Niet gesubsidieerd (privé) centrum voor diagnostiek en/of psychotherapie	6	4%	-	-
Observatie- en behandelingscentrum	5	3%	12 (De Sociale Kaart, 2017b)	42%
Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg	4	2%	27 (De Sociale Kaart, 2017c)	15%
Individueel werkend psychiater	4	2%	-	-
COS+ UZ Brussel*	1	1%	1 (UZ Brussel, 2017)	100%
Gespecialiseerde trajectbepaling- en begeleidingsdienst** (VDAB/GTB)	1	1%	5 (Informatie verkregen van Patrick Ruppel, stafmedewerker vzw GTB)	20%
Diagnostisch centrum voor volwassenen (Oriëntatiecentrum vzw Gouverneur Kinsbergen en West-Vlaams Consultatiebureau)	2	1%	2	100%
Ander, namelijk: VAPH-voorziening, multifunctioneel centrum (MFC), flexibel aanbod meerderjarigen (FAM) voor personen met een handicap, begeleidingstehuis/ dagcentrum bijzondere jeugdzorg, medisch-pedagogisch instituut (MPI), Opvoedingswinkel, dienstencentrum voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel, thuisbegeleiding, multidisciplinair team (MDT; N=2). MDT is een categorie die overlapt met vele van de voorgaande.	40	24%	-	-

*Het COS+ is een multidisciplinair centrum van UZ Brussel voor diagnostiek, adviesverlening en oriëntering bij een vermoeden van leer- en ontwikkelingsstoornissen, gericht naar kinderen en adolescenten van 7 tot 20 jaar.

**Vanuit VDAB/GTB werd de enquête als een consensus gezamenlijk ingevuld door de werkgroep methodiekontwikkeling/diagnostiek/arbeidsonderzoek van VDAB/ GTB.

Bij de inleiding van de enquête werd de doelgroep “adolescenten 16+ en volwassenen met een beperking ten gevolge van een (vermoeden van) ontwikkelingsstoornis of niet-aangeboren hersenletsel” expliciet vermeld. We veronderstellen dat de respondenten zich tot ten minste een deel van deze doelgroep richten. Er is echter overlap tussen de verschillende categorieën. Vele respondenten konden zich niet terugvinden in één bepaalde categorie en hebben daarom bij “andere” een specifieke categorie ingevuld. De Multidisciplinaire Teams (MDT’s), die door het VAPH erkend worden om aan functionele diagnostiek te doen (bijlage 3) omvatten vele andere categorieën, zoals CLB’s, mutualiteiten, ziekenfondsen, revalidatiecentra, observatiecentra, oriëntatiecentra en GTB’s. Maar niet alle CLB’s zijn ook erkend als MDT. Wat de aantallen ook moeilijk te interpreteren maakt, is dat sommige diensten verschillende locaties hebben, die bv. in de lijst MDT’s afzonderlijk vermeld worden. We hebben gevraagd om de antwoorden per dienst te formuleren, en niet per locatie. De situatie is nog complexer omdat de oriëntatiecentra voor beroepskeuze overgeheveld werden naar de GTB’s, die binnen de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling (VDAB) opereren. Vanuit VDAB/GTB werd de enquête als een consensus gezamenlijk ingevuld door de werkgroep methodiekontwikkeling/ diagnostiek/ arbeidsonderzoek van VDAB/ GTB. Het COS+ is een multidisciplinair centrum van UZ Brussel voor diagnostiek, adviesverlening en oriëntering bij een vermoeden van leer- en ontwikkelingsstoornissen, gericht naar kinderen en adolescenten van 7 tot 20 jaar.

We kunnen dus enkel veronderstellen dat we een redelijk gevarieerde staalkaart hebben van diensten en dat de antwoorden representatief zijn voor de diensten die zich bezig houden met diagnostiek bij 16+ met een beperking. Vele soorten diensten houden zich met (aspecten van) diagnostiek bezig.

Functie

61 enquêtes werden ingevuld door een psycholoog of psychologisch consulent (38%), 45 door een teamleider of coördinator (28%) en 25 door een directeur (16%) (zie Tabel 3).

Tabel 3 Functie van de deelnemer

Functie	Aantal (N= 160)	Percentage
Directeur	25	16%
Teamleider/coördinator	45	28%
Psycholoog of psychologisch consulent	61	38%
Arts	12	8%
Ergotherapeut	7	4%
Logopedist	2	1%
Audioloog	0	0%
(Ortho)pedagoog	23	14%
Sociaal assistent of sociaal werker	2	1%
Maatschappelijk assistent of maatschappelijk werker	19	12%
Verpleegkundige	3	2%
Ander, namelijk: kinesitherapeut, pedagogisch stafmedewerker, team, VTO-Medewerker, verzorgende, zorgdirecteur, refertewerker, kwaliteitscoördinator, begeleider, kwaliteitscoördinator adjunct-directeur, coördinator VAPH	17	11%

Teamleden

Om de samenstelling te kennen van het team dat binnen de dienst verantwoordelijk is voor diagnostisch onderzoek, vroegen we om het aantal voltijds equivalenten (FTE) aan te geven per discipline (zie Tabel 4). Het grootste aantal FTE wordt toegeschreven aan de masters in de psychologie, gemiddeld 2,63 FTE per team. Zij worden gevolgd door verpleegkundigen (gemiddeld 1,31 FTE per team), maatschappelijk werkers (1,23 FTE), artsen (0,88 FTE), bachelors in de psychologie (0,84 FTE) en maatschappelijk assistenten (0,81 FTE). 94 teams (96%) zijn samengesteld uit meer dan één discipline, 80 teams (82%) uit meer dan twee disciplines en 68 (69%) uit meer dan drie. Er is minstens één master psychologie aanwezig in 87 teams (89%) en minstens één arts in 72 teams (73%).

Tabel 4 Gemiddelde voltijds equivalenten (FTE) per discipline

Discipline	Gemiddelde FTE (N=98)
Master in de psychologie	2,63
Verpleegkundige	1,31
Maatschappelijk werker	1,23
Arts, bv. psychiater, neuroloog of andere	0,88
Bachelor in de (toegepaste) psychologie	0,84
Ander, namelijk: orthoptist, diëtist, opvoeder, intercultureel medewerker, administratie, leerkracht, directeur, bewegings-, creatief therapeut, psychomotorisch therapeut	0,82
Maatschappelijk assistent	0,81
Bachelor in de (ortho)pedagogie	0,64
Master in de (ortho)pedagogiek	0,57
Ergotherapeut	0,45
Logopedist	0,25
Kinesitherapeut	0,19
Sociaal werker	0,09
Sociaal assistent	0,05

Uit deze antwoorden kunnen we afleiden dat de diagnostische teams beroep doen op verschillende disciplines, maar hoe multidisciplinair de teams effectief werken kunnen we hieruit niet afleiden. De psychologen vormen de grootste groep.

Activiteiten

106 diensten (84%) geven aan dat diagnostisch onderzoek deel uitmaakt van de werking, 95 diensten (75%) doen aan begeleiding of therapie, 66 doen aan oriëntatie (52%), 59 houden zich bezig met aanvragen voor een VAPH-dossier (47%) en 42 met aanvragen bij andere officiële instanties (33%) (een vorm van) begeleiding (zie Tabel 5). 26 diensten (21%) duiden de keuzeoptie 'Ander' aan. Uit de toelichting hierbij kunnen we opmaken dat het ook hier meestal gaat om (een vorm van) begeleiding. 119 diensten (94%) doen aan een vorm van diagnostiek, hetzij diagnostisch onderzoek, oriëntatie, aanvraag VAPH of een andere aanvraag.

Tabel 5 Activiteiten die deel uitmaken van de werking van de dienst

Activiteit	Aantal (N=126)	Percentage
Diagnostisch onderzoek	106	84%
Begeleiding of therapie	95	75%
Oriëntatie (bv. op vlak van tewerkstelling, studierichting)	66	52%
Aanvraag VAPH-dossier	59	47%
Aanvraag bij andere officiële instanties (bv. Federale Overheidsdienst)	42	33%
Geen van bovenstaande	3	2%
Ander, namelijk: FAM voor personen met een handicap, psychopedagogisch counselen/coaching, forensisch onderzoek, kortdurende begeleiding, woonopvang, dagbesteding, BTOM maatregelen VDAB, vrijetijdsactiviteiten, lezingen, schoolondersteuning, leerkrachtondersteuning, doorverwijzing na diagnostisch onderzoek, preventieve gezondheidszorg, integrale jeugdhulp, netwerkvorming, draaischijffunctie netwerkpartners, psychosociale ondersteuning, proactieve werking, zorgregie VAPH, medische begeleiding, medicatie, coördinatiesessies RCA, behandelcoördinatie, school vervangend programma, second opinion, screening	26	21%

Diagnostisch onderzoek wordt uitgevoerd door zo goed als alle diensten (zie Tabel 6). Echter, 2 CGG's (11%), 1 CLB (4%), 4 mutualiteiten (56%) en 1 psychiater (25%) duiden dit niet aan als deel van hun werking. Ook begeleiding of therapie wordt aangeboden door alle diensten met uitzondering van de diagnostische centra voor volwassenen, de Gespecialiseerde Trajectbepalings- en Begeleidingsdienst (GTB) en COS+. 3 mutualiteiten (67%) geven aan begeleiding aan te bieden. GTB, het COS+ en de meeste CLB's, privécentra, observatie- en behandelingscentra, observatiecentra bijzondere jeugdzorg en psychiaters doen aan oriëntatie. De aanvraag van een VAPH-dossier gebeurt door de diagnostische centra voor volwassenen, het COS+ en de mutualiteiten. Ook een deel van de revalidatiecentra en observatiecentra bijzondere jeugdzorg doen VAPH-aanvragen. Aanvragen bij andere officiële instanties gebeuren bij GTB, het COS+ en bij sommige mutualiteiten.

Tabel 6 Activiteiten die deel uitmaken van de werking van de dienst per soort dienst

Categorie	Diagnostisch onderzoek	Begeleiding of therapie	Oriëntatie (bv. op vlak van tewerkstelling, studierichting)	Aanvraag VAPH-dossier	Aanvraag bij andere officiële instanties (bv. Federale Overheidsdienst)	Geen van bovenstaande	Ander	Totaal (N=126)
Diagnostisch centrum voor volwassenen	2 (100%)	0 (0%)	1 (50%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	2
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	16 (89%)	18 (100%)	4 (22%)	2 (11%)	3 (17%)	0 (0%)	2 (11%)	18
Centrum voor leerlingenbegeleiding	26 (96%)	19 (70%)	24 (89%)	16 (59%)	15 (56%)	1 (4%)	7 (26%)	27
Niet gesubsidieerd (privé)centrum voor diagnostiek en/of psychotherapie	6 (100%)	6 (100%)	5 (83%)	1 (17%)	2 (33%)	0 (0%)	1 (17%)	6
Centrum of dienst voor revalidatie	11 (100%)	10 (91%)	5 (45%)	7 (64%)	2 (18%)	0 (0%)	1 (9%)	11
Gespecialiseerde trajectbepalings- en begeleidingsdienst	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1
Observatie- en behandelingscentrum	4 (100%)	4 (100%)	3 (75%)	1 (25%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	4
Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg	3 (100%)	2 (67%)	2 (67%)	2 (67%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (67%)	3
COS+ UZ Brussel	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1
(Kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst	12 (100%)	11 (92%)	5 (42%)	7 (58%)	4 (33%)	0 (0%)	1 (8%)	12
Mutualiteit	5 (50%)	4 (40%)	1 (10%)	10 (100%)	7 (70%)	0 (0%)	1 (10%)	10
Individueel werkend psychiater	3 (75%)	4 (100%)	3 (75%)	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	4
Ander	19 (63%)	17 (57%)	13 (43%)	10 (33%)	5 (17%)	2 (7%)	9 (30%)	30

De meeste diensten die deelnamen aan de enquête doen aan (een vorm van) diagnostisch onderzoek. Weinig diensten blijken zich enkel bezig te houden met diagnostiek. 91 diensten (72%) doen, naast diagnostiek, oriëntatie of aanvragen ook aan begeleiding.

Diagnostisch onderzoek maakte gemiddeld 29,5% uit van de werking (SD 24,79). Het COS+ (95%), de observatiecentra bijzondere jeugdzorg (80%) en de 2 diagnostische centra voor volwassenen (71%) geven het hoogste percentage aan (zie Tabel 7). Er is dus een zeer grote variatie in het aandeel van diagnostiek in de werking. GTB vulde deze vraag niet in.

Tabel 7 Geschatte aandeel in procent van diagnostisch onderzoek tijdens een gemiddelde week, vergeleken met de andere activiteiten, per soort dienst

Categorie	Gemiddelde aandeel (N=101)
COS+ UZ Brussel	95%
Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg	80%
Diagnostisch centrum voor volwassenen	71%
(Kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst	54%
Niet gesubsidieerd (privé)centrum voor diagnostiek en/of psychotherapie	49%
Observatie- en behandelingscentrum	40%
Centrum voor leerlingenbegeleiding	26%
Ander	24%
Individueel werkend psychiater	23%
Mutualiteit	19%
Centrum of dienst voor revalidatie	18%
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	13%

Diagnostisch onderzoek vormt de hoofdactiviteit bij enkele diensten. Echter, voor de meeste diensten vormt diagnostiek geen prioriteit. Dit hangt af van hun specifieke werking.

Doelgroepen

Er werd de deelnemers gevraagd een rangorde te geven aan 10 verschillende moeilijkheden waarvoor zij in 2015 het vaakst een diagnostisch onderzoek hebben opgestart (zie Tabel 8). De hoogste gemiddelde rangorde wordt gegeven aan moeilijkheden op vlak van sociale communicatie en/of beperkt, repetitief gedrag (bv. vermoeden van autismespectrumstoornis). Ook moeilijkheden op vlak van aandacht (bv. vermoeden van ADHD) en verstandelijke beperking worden vaak bovenaan geplaatst. De minst onderzochte moeilijkheden zijn visuele en auditieve beperking.

Tabel 8 Ranglijst van de moeilijkheden waarvoor in 2015 een diagnostisch onderzoek werd opgestart (rangorde van 1 (vaakst) tot 10 (minst vaak))*

Moeilijkheden bij aanmelding	Gemiddelde rangorde (N=111)
1. Moeilijkheden op vlak van sociale communicatie en/of beperkt, repetitief gedrag (bv. vermoeden van autismespectrumstoornis)	3,04
2. Moeilijkheden op vlak van aandacht (bv. vermoeden van ADHD)	3,38
3. Verstandelijke beperking	3,68
4. Leermoeilijkheden (bv. vermoeden van leerstoornis)	3,96
5. Moeilijkheden op vlak van taal (bv. vermoeden van een communicatie-, taal- of spraakstoornis)	4,91
6. Een stoornis in de motoriek	6,20
7. Niet-aangeboren hersenafwijking (N.A.H.)	6,31
8. Visuele beperking	7,27
9. Auditieve beperking	7,75
10. Ander, namelijk: psychose, hechting, posttraumatische stressstoornis, ouder-kind relatieproblematiek, persoonlijkheidsstoornis, identiteitsprobleem, angststoornis, stemmingsstoornis, psychiatrische problematiek, complexe gedrags- en emotionele stoornissen, emotionele stoornissen, functionele klachten, psychopathologie, tevredenheid levensdomeinen, outcome onderzoek, dissociatie, burn-out, kinderen en jongeren in een verontrustende situatie (VOS), articulatieproblemen, stemproblemen, tics, DCD, agressieproblematiek, drugproblematiek	8,50

*De deelnemers gaven de moeilijkheden een rangorde van 1 tot 10. Moeilijkheden met het laagste rangordecijfer werden het vaakst bovenaan gezet en dus het vaakst onderzocht door de diensten.

Hieruit zou men kunnen afleiden dat het vermoeden van een autismespectrumstoornis (ASS) het vaakst de reden is om een diagnostisch onderzoek op te starten. Maar wereldwijd is dit niet de meest voorkomende stoornis en dus is het weinig waarschijnlijk dat dit ook het meest uitgevoerde diagnostisch onderzoek is (NICE, 2011). Deze tabel wordt mogelijk vertekend door het type deelnemende instellingen. Daarom werden in Tabel 9 de onderzochte moeilijkheden uitgesplitst per soort dienst. Moeilijkheden op vlak van sociale communicatie en/of beperkt, repetitief gedrag behoren in de meeste sectoren bij de vaakst onderzochte moeilijkheden, met name in de diagnostische centra voor volwassenen, de CGG's, de niet gesubsidieerde (privé)centra, de revalidatiecentra, de observatie- en behandelingscentra, de (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten en de individueel werkende psychiaters. Hetzelfde geldt voor moeilijkheden op vlak van aandacht. Die vormt één van de grootste doelgroepen bij het COS+, de CGG's, CLB's, niet gesubsidieerde (privé)centra, observatiecentra bijzondere jeugdzorg, (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten en individueel werkende psychiaters. De leermoeilijkheden vormen eveneens één van de vaakst onderzochte moeilijkheden voor de CLB's, het COS+ en de observatiecentra bijzondere jeugdzorg. Verstandelijke beperking is dan weer één van de grootste doelgroepen voor de diagnostische centra voor volwassenen, de observatie- en behandelingscentra, de GTB, de mutualiteiten en de individueel werkende psychiaters. Bij de revalidatiecentra worden taalmoeilijkheden zeer vaak onderzocht. Voornamelijk revalidatiecentra geven aan visuele en auditieve beperking te onderzoeken. Stoornissen in de motoriek komen vaak aan bod in onderzoek bij mutualiteiten. Psychische kwetsbaarheid (keuzeoptie 'Ander') vormt voor GTB de grootste doelgroep, samen met verstandelijke beperking.

Tabel 9 Rangorde van de moeilijkheden waarvoor in 2015 een diagnostisch onderzoek werd opgestart (rangorde van 1 (vaakst) tot 10 (minst vaak)) uitgesplitst per categorie

Moeilijkheden	Diagnostisch centrum voor volwassenen	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	Centrum voor leerlingenbegeleiding	Niet gesubsidieerd (privé)centrum	Centrum of dienst voor revalidatie	Observatie- en behandelingscentrum	Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg	COS+ UZ Brussel	(Kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst	Mutualiteit	Individueel werkend psychiater	Gespecialiseerde trajectbepaling- en begeleidingsdienst	Ander
Moeilijkheden op vlak van sociale communicatie en/of beperkt, repetitief gedrag	1,50	2,12	3,57	2,00	3,60	2,75	3,33	5,00	1,40	5,00	2,75	4,00	3,38
Moeilijkheden op vlak van aandacht	3,00	2,47	2,52	1,67	4,40	4,50	2,00	2,00	2,10	6,86	3,00	5,00	4,42
Verstandelijke beperking	1,50	4,06	3,52	5,83	4,10	3,25	4,67	6,00	4,70	1,71	3,00	2,00	3,04
Leermoeilijkheden	4,00	4,59	1,52	2,67	4,60	6,75	2,67	1,00	3,70	5,86	5,00	3,00	4,96
Moeilijkheden op vlak van taal	5,00	5,65	4,52	3,67	3,70	4,75	5,67	3,00	5,00	5,71	5,50	7,00	5,21
Een stoornis in de motoriek	7,50	8,18	6,70	5,50	5,70	7,00	7,67	4,00	6,20	2,29	5,75	10,00	5,92
Niet-aangeboren hersenafwijking	6,50	6,06	8,43	7,33	4,70	5,75	5,00	7,00	7,10	4,43	4,75	9,00	5,63
Visuele beperking	8,00	7,47	7,04	8,17	7,70	6,75	8,67	8,00	7,80	6,43	8,25	6,00	6,67
Auditieve beperking	8,00	7,88	7,48	8,17	7,00	7,75	8,33	9,00	8,60	6,71	9,25	8,00	7,63
Ander	10,00	6,53	9,70	10,00	9,50	5,75	7,00	10,00	8,40	10,00	7,75	1,00	8,17

Om na te gaan welke leeftijdsgroepen tot de doelgroep van de deelnemende diensten behoren, vroegen we om per leeftijdsgroep aan te geven voor hoeveel cliënten er naar schatting in 2015 een diagnostisch onderzoek werd opgestart (zie Tabel 10).

Tabel 10 Aantal cliënten waarvoor in 2015 een diagnostisch onderzoek werd opgestart per leeftijdsgroep

Leeftijdsgroep	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100	> 100	Weet ik niet	Totaal (N=89)
16-25 jaar	58 (65%)	12 (13%)	2 (2%)	4 (4%)	2 (2%)	4 (4%)	7 (8%)	89
26-35 jaar	43 (72%)	3 (5%)	2 (3%)	4 (7%)	1 (2%)	0 (0%)	7 (12%)	60
36-45 jaar	41 (68%)	6 (10%)	3 (5%)	2 (3%)	1 (2%)	0 (0%)	7 (12%)	60
46-55 jaar	43 (73%)	4 (7%)	3 (5%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (14%)	59
56-65 jaar	45 (79%)	3 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	8 (14%)	57
ouder dan 65 jaar	42 (81%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (17%)	52

Er wordt weinig verschil aangegeven tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Voor elke leeftijdsgroep wordt voornamelijk de optie '0 tot 20' aangeduid. De vraag is dus weinig

discriminerend. Doordat '0' vevat zit in het antwoord, kan er niet uitgesloten worden dat diensten voor 0 cliënten van de verschillende leeftijdsgroepen een onderzoek opstartten. Diensten die geen diagnostisch onderzoek uitvoeren bij jongvolwassenen of volwassenen met een vermoeden van beperking t.g.v. ontwikkelingsstoornis of N.A.H., werden uitgesloten.

Hulpvragen

De belangrijkste hulpvragen van cliënten en/of doorverwijzers waar de diensten een antwoord op bieden, zijn: een verklaring vinden voor de ervaren moeilijkheden in het functioneren, een antwoord op de vraag hoe de persoon zelf en/of de omgeving kan omgaan met de moeilijkheden en een evaluatie van het functioneren en de activiteiten (zie Tabel 11). Ook het vaststellen van een soort stoornis, letsel of aandoening en een antwoord op de vraag welke concrete ondersteuningsvormen er nodig zijn, zijn veel voorkomende hulpvragen. Hieruit blijkt dat de vragen waarop diensten een antwoord bieden, divers zijn.

Tabel 11 Hulpvragen waarvoor in 2015 een diagnostisch onderzoek werd opgestart

Hulpvragen	Aantal (N=97)	Percentage
Een verklaring vinden voor de ervaren moeilijkheden in het functioneren (deze verklaring kan liggen in de gezondheidstoestand, omgevingsfactoren en/of persoonlijke factoren) (<i>Verklaren</i>)	78	80%
Een antwoord op de vraag hoe de persoon zelf en/of de omgeving kan omgaan met de moeilijkheden (<i>Omgaan</i>)	77	79%
Een evaluatie van het functioneren en de activiteiten (bv. intellectuele mogelijkheden, arbeidsparticipatie) (<i>Evalueren</i>)	75	77%
Het vaststellen van een soort stoornis, letsel of aandoening (<i>Classificeren</i>)	67	69%
Een antwoord op de vraag welke concrete ondersteuningsvormen er nodig zijn (bv. thuisbegeleiding) (<i>Ondersteuning</i>)	67	69%
De aanvraag van financiële ondersteuning (bv. integratietegemoetkoming, verhoogde kinderbijslag) (<i>Financiële ondersteuning</i>)	50	52%
De aanvraag van een VAPH-dossier in het kader van toegang tot niet-rechtstreeks toegankelijke hulp (<i>VAPH-dossier</i>)	44	45%
De aanvraag van onderwijs- en examenfaciliteiten of GON-begeleiding (<i>Faciliteiten/GON</i>)	38	39%
Ander, namelijk: coaching ouders, begeleiding, therapie/behandeling, aanvraag integrale jeugdhulp, mogelijkheden tewerkstelling, relatieondersteuning, revalidatie, M-decreet, dagbesteding, schoolondersteuning en preventieve gezondheidszorg	18	19%
Geen van bovenstaande	1	1%

Om te beantwoorden op de vraag: "wie doet wat?", bekijken we welke hulpvragen elk soort dienst behandelt (zie Tabel 12). Het classificeren, verklaren, evalueren, omgaan met moeilijkheden en zoeken naar ondersteuningsvormen gebeurt door de meeste diensten. Enkel bij CGG's, mutualiteiten, GTB, observatie- en behandelingscentra gebeurt dit minder. Dit behoort ook niet tot hun opdracht. Bij diagnostische centra voor volwassenen, observatiecentra bijzondere jeugdzorg en mutualiteiten kan men terecht voor vragen i.v.m. VAPH-dossiers. Dit is te verwachten omdat ze erkend zijn als multidisciplinair team. Vragen m.b.t. financiële ondersteuning worden niet alleen aan GTB en de mutualiteiten gesteld, maar ook aan privécentra, (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten en individueel werkende psychiaters. Voor aanvraag van onderwijsfaciliteiten en onderwijsbegeleiding zoals GON-begeleiding, kan men ook terecht bij privécentra en individueel werkende psychiaters.

Tabel 12 Hulpvragen waarvoor in 2015 een diagnostisch onderzoek werd opgestart per soort dienst

Hulpvraag	Diagnostisch centrum voor volwassenen	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	Centrum voor leerlingenbegeleiding	Niet gesubsidieerd (privé)centrum	Centrum of dienst voor revalidatie	Observatie- en behandelingscentrum	Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg	COS+ UZ Brussel	(Kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst	Mutualiteit	Individueel werkend psychiater	Gespecialiseerde trajectbepaling- en begeleidingsdienst	Ander
Verklaren	2 (100%)	14 (93%)	18 (90%)	5 (100%)	9 (90%)	3 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	8 (100%)	1 (10%)	3 (100%)	1 (100%)	14 (74%)
Omgaan	2 (100%)	12 (80%)	17 (85%)	4 (80%)	10 (100%)	1 (33%)	3 (100%)	1 (100%)	8 (100%)	3 (30%)	3 (100%)	0 (0%)	15 (79%)
Evalueren	2 (100%)	8 (53%)	19 (95%)	5 (100%)	9 (90%)	3 (100%)	2 (67%)	1 (100%)	7 (88%)	5 (50%)	3 (100%)	0 (0%)	12 (63%)
Classificeren	2 (100%)	7 (47%)	17 (85%)	5 (100%)	8 (80%)	3 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	8 (100%)	0 (0%)	2 (67%)	1 (100%)	13 (68%)
Ondersteuning	2 (100%)	9 (60%)	18 (90%)	2 (40%)	10 (100%)	1 (33%)	3 (100%)	1 (100%)	7 (88%)	6 (60%)	2 (67%)	0 (0%)	8 (42%)
Financiële ondersteuning	1 (50%)	2 (13%)	16 (80%)	3 (60%)	5 (50%)	1 (33%)	0 (0%)	1 (100%)	6 (75%)	6 (60%)	2 (67%)	1 (100%)	8 (42%)
VAPH-dossier	2 (100%)	1 (7%)	13 (65%)	1 (20%)	5 (50%)	1 (33%)	3 (100%)	1 (100%)	4 (50%)	8 (80%)	1 (33%)	0 (0%)	6 (32%)
Faciliteiten/Gon	1 (50%)	0 (0%)	20 (100%)	4 (80%)	2 (20%)	1 (33%)	0 (0%)	1 (100%)	4 (50%)	0 (0%)	2 (67%)	0 (0%)	4 (21%)
Ander	0 (0%)	5 (33%)	4 (20%)	1 (20%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (13%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (26%)
Geen	0 (0%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Totaal	2	15	20	5	10	3	3	1	1	10	7	1	19

Niet alle diagnostische diensten doen alles. Sommige diensten zijn vooral bezig met het vaststellen van een stoornis, met het oog op tegemoetkomingen. Anderen zijn vooral bezig met in kaart brengen van ondersteuningsbehoeften, en verwijzen door voor verder onderzoek. Zeldzaam zijn de diensten die een breed aanbod geven. Niet alle centra gaan op alle vragen in.

WachtlIJst

55 diensten (57%) geven aan geen cliënten boven 15 jaar op hun wachtlIJst te hebben staan, 32 diensten (33%) geven aan een wachtlIJst van 0 tot 20 personen te hebben (zie Tabel 13).

Tabel 13 Aantal personen ouder dan 15 jaar op de wachtlIJst voor diagnostisch onderzoek

Grootte van de wachtlIJst	Aantal (N=97)	Percentage
0	55	57%
1 tot 20	32	33%
21 tot 40	3	3%
41 tot 60	2	2%
61 tot 80	1	1%
81 tot 100	1	1%
Meer dan 100	3	3%

GTB geeft een wachtlIJst aan van meer dan 100 personen. Aangezien een werkgroep de enquête invulde voor alle GTB-diensten werden hiervoor de wachtlIJsten van de verschillende diensten opgeteld. De diagnostische centra voor volwassenen hebben een wachtlIJst van 81 tot meer dan 100 personen (zie Tabel 14). De CGG's, de CLB's en de revalidatiecentra hebben een wachtlIJst tussen de 0 en 20 personen. De observatiecentra bijzondere jeugdzorg en individueel werkende psychiaters hebben een wachtlIJst van 1 tot 20 personen, de privécentra tussen de 0 en 40 personen, het COS+ tussen de 21 en 40 personen. Van de 3 observatie- en behandelingscentra geeft één aan geen wachtlIJst te hebben, één een wachtlIJst van 1 tot 20 personen en één van 41 tot 60 personen. Van de mutualiteiten zegt het merendeel geen wachtlIJst te hebben, met uitzondering van één mutualiteit die 1 tot 20 personen op de wachtlIJst heeft staan en één meer dan 100 personen. Bij de (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten is er een grote spreiding: meer dan de helft heeft een wachtlIJst van 1 tot 20 personen, maar er worden ook wachtlIJsten van 21 tot 40, 41 tot 60 en van 61 tot 80 aangegeven. Als we ons baseren op het midden van de intervallen (bv. 10 voor het interval 1-20), komen we op een totaal van 1000 personen die op een wachtlIJst van één van de deelnemende diensten staan voor diagnostisch onderzoek.

Tabel 14 Grootte van de wachtlijst voor diagnostisch onderzoek per dienst (gerangschikt van grootste gemiddelde wachtlijst (bovenaan) naar laagste (onderaan))

Categorie	0	1 tot 20	21 tot 40	41 tot 60	61 tot 80	81 tot 100	Meer dan 100	Totaal (N=97)
Gespecialiseerde trajectbepalings- en begeleidingsdienst	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1
Diagnostisch centrum voor volwassenen	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	2
Ander	16 (89%)	2 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	18
(Kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst	0 (0%)	4 (57%)	1 (14%)	1 (14%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	7
Mutualiteit	6 (75%)	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (13%)	8
Observatie- en behandelingscentrum	1 (33%)	1 (33%)	0 (0%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3
COS+ UZ Brussel	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1
Niet gesubsidieerd (privé)centrum voor diagnostiek en/of psychotherapie	4 (67%)	1 (17%)	1 (17%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6
Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3
Individueel werkend psychiater	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3
Centrum of dienst voor revalidatie	3 (33%)	7 (70%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	7 (50%)	7 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	14
Centrum voor leerlingenbegeleiding	18 (86%)	3 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	21

We zien dus dat de wachtlijsten zelden langer zijn dan 40 personen. Er zijn echter grote verschillen tussen de sectoren. De beide diagnostische centra voor volwassenen melden grote wachtlijsten van meer dan 80 personen. Verschillende deelnemers maken bij deze vragen de opmerking dat zij enkel diagnostisch onderzoek doen bij -18-jarigen. Daardoor krijgen we via deze vraag slechts zicht op een deel van de wachtlijst.

41 diensten (45%) geven aan dat 1 tot 20 cliënten boven 16 jaar zich hebben aangemeld in hun dienst in 2015, 15 (16%) hebben geen aanmeldingen ontvangen, 15 (16%) hebben 21 tot 40 aanmeldingen ontvangen (zie Tabel 15). 12 diensten (13%) hadden in 2015 meer dan 100 aanmeldingen, met name een privécentrum, 3 CLB's, GTB, 1 dienst voor begeleiding, 3 (kinder)psychiatrische diensten, een mutualiteit en de twee diagnostische centra voor volwassenen. Als we ons baseren op het midden van de intervallen (bv. 10 voor het interval 1-20), komen we op een totaal van 2.690 personen die zich in 2015 bij één van de deelnemende diensten hebben aangemeld voor diagnostisch onderzoek.

Tabel 15 Aantal personen ouder dan 16 jaar dat zich in 2015 aangemeld heeft voor een diagnostisch onderzoek

Aantal personen aangemeld	Aantal (N=92)	Percentage
geen	15	16%
1 tot 20	41	45%
21 tot 40	15	16%
41 tot 60	7	8%
61 tot 80	1	1%
81 tot 100	1	1%
Meer dan 100	12	13%

45 diensten (52%) geven aan dat geen enkele cliënt boven 16 jaar is afgehaakt in 2015. 36 diensten (41%) geven aan dat 1 tot 20 cliënten afhaakten (zie Tabel 16). Als we ons opnieuw baseren op het midden van de intervallen, hebben in 2015 in totaal 700 aangemelde personen afgezien van een diagnostisch onderzoek vooraleer deze van start ging bij één van de deelnemende diensten.

Tabel 16 Aantal personen ouder dan 15 jaar dat in 2015 is afgehaakt tussen de aanmelding en mogelijke start van het diagnostisch onderzoek

Aantal personen afgehaakt	Aantal (N=87)	Percentage
geen	45	52%
1 tot 20	36	41%
21 tot 40	2	2%
41 tot 60	2	2%
61 tot 80	0	0%
81 tot 100	2	2%
Meer dan 100	0	0%

De meeste diensten krijgen jaarlijks 20 of minder aanmeldingen. Daarvan haakt in de helft van de gevallen niemand af.

Financiering

Er werd de diensten gevraagd aan te geven welke financieringsbronnen het grootste aandeel hebben in de basisfinanciering voor hun diagnostische werking (zie Tabel 17). De Vlaamse overheid wordt het meest bovenaan geplaatst, gevolgd door het RIZIV en de cliënt zelf.

Tabel 17 Aandeel van financieringsbronnen in de basisfinanciering voor de diagnostische werking (rangorde van 1 (vaakst) tot 5 (minst vaak))

Financieringsbron	Gemiddelde rangorde (N=77)
Vlaamse overheid (bv. VAPH)	2,03
RIZIV	2,47
De cliënt zelf	2,57
Onderwijsinstelling (bv. studiebegeleidingsdienst van een hogeschool of universiteit)	3,55
Ander, namelijk: Kind & Gezin, Jongerenwelzijn, de overheid, OCMW, Jeugdrechtsbank, Ministerie van onderwijs, VDAB RIZIV, werkgever/ziekenfonds, Provincie Antwerpen, VGC, mutualiteit	4,39

*De deelnemers gaven de financieringsbronnen een rangorde van 1 tot 5. Financieringsbronnen met het laagste rangordecijfer werden het vaakst bovenaan gezet en vormen dus de belangrijkste financieringsbron voor de diensten.

De financieringsbronnen van de diagnostische centra voor volwassenen zijn divers (zie Tabel 18). Voor de ene is dat voornamelijk de Vlaamse overheid en de cliënt zelf, voor de ander voornamelijk een andere financieringsbron en een onderwijsinstelling. Voor de CGG's en observatie- en behandelingscentra komen de belangrijkste inkomsten van de Vlaamse overheid en de cliënt zelf. Voor privécentra, revalidatiecentra, (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten, psychiaters en het COS+ komen de inkomsten vooral van de cliënt zelf en van het RIZIV. GTB wordt volledig gefinancierd door de VDAB en het RIZIV. De CLB's worden gefinancierd door de Vlaamse overheid (Onderwijs). De observatiecentra bijzondere jeugdzorg eveneens (Welzijn). Mutualiteiten ontvangen hun inkomsten vooral van het RIZIV en de Vlaamse overheid.

Tabel 18 Aandeel van financieringsbronnen in de basisfinanciering voor de diagnostische werking per soort dienst (gemiddelde rangorde van 1 (vaakst) tot 5 (minst vaak))

Categorie	Cliënt zelf	RIZIV	Vlaamse overheid	Onderwijsinstelling	Ander	Totaal (N=77)
Diagnostisch centrum voor volwassenen	3,50	3,00	2,50	3,00	3,00	2
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1,89	2,67	1,44	4,00	5,00	9
Centrum voor leerlingenbegeleiding	3,56	3,33	1,94	2,44	3,72	18
Niet gesubsidieerd (privé)centrum voor diagnostiek en/of psychotherapie	1,00	2,67	3,00	3,33	5,00	3
Centrum of dienst voor revalidatie	2,25	1,00	2,75	4,13	4,88	8
Gespecialiseerde trajectbepalings- en begeleidingsdienst	5,00	2,00	3,00	4,00	1,00	1
Observatie- en behandelingscentrum	2,00	2,67	1,67	3,67	5,00	3
Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg	3,67	3,67	1,00	3,67	3,00	3
COS+ UZ Brussel	2,00	1,00	3,00	4,00	5,00	1
(Kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst	1,71	1,43	3,43	3,86	4,57	7
Mutualiteit	3,50	1,83	1,17	3,50	5,00	6
Individueel werkend psychiater	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	1
Ander	2,44	2,56	1,69	3,94	4,38	15

*De deelnemers gaven de financieringsbronnen een rangorde van 1 tot 5. Financieringsbronnen met het laagste rangordecijfer werden het vaakst bovenaan gezet en vormen dus de belangrijkste financieringsbron voor de diensten.

Diensten zijn voor hun diagnostische werking vaak afhankelijk van subsidies, en rekenen niet enkel op de financiële bijdrage van de cliënt. De financieringsbronnen verschillen echter per sector.

37 diensten (42%) vinden dat ze soms voldoende tijd en middelen ter beschikking hebben om aan de hulpvraag van cliënten en/of doorverwijzers te beantwoorden, 26 diensten (30%) vinden zelden voldoende tijd en middelen te hebben en 12 (14%) nooit. Slechts 13 (15%) vinden dat ze altijd voldoende tijd en middelen hebben. In Tabel 19 worden deze responsen opgesplitst per soort dienst. Het merendeel van de deelnemende CGG's, CLB's en mutualiteiten alsook het COS+ geeft aan nooit of zelden voldoende tijd en middelen te hebben. De meeste niet gesubsidieerde centra, de revalidatiecentra, de observatiecentra bijzondere jeugdzorg, de observatie- en behandelingscentra en individueel werkende psychiaters geven aan soms voldoende tijd en middelen te hebben. De antwoorden van de (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten zijn verdeeld. Het valt op dat bij zowat alle diensten zeer zelden wordt aangegeven dat er altijd voldoende tijd en middelen zijn om aan de hulpvragen te beantwoorden.

Tabel 19 Voldoende tijd en middelen ter beschikking per soort dienst

Categorie	Nooit	Zelden	Soms	Altijd	Totaal (N=88)
Diagnostisch centrum voor volwassenen	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	2
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	2 (13%)	7 (47%)	3 (20%)	3 (20%)	15
Centrum voor leerlingenbegeleiding	3 (17%)	7 (39%)	8 (44%)	0 (0%)	18
Niet gesubsidieerd (privé)centrum voor diagnostiek en/of psychotherapie	0 (0%)	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)	5
Centrum of dienst voor revalidatie	0 (0%)	3 (30%)	6 (60%)	1 (10%)	10
Gespecialiseerde trajectbepalings- en begeleidingsdienst	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1
Observatie- en behandelingscentrum	0 (0%)	0 (0%)	1 (33%)	2 (67%)	3
Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	3
COS+ UZ Brussel	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1
(Kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst	1 (13%)	3 (38%)	4 (50%)	0 (0%)	8
Mutualiteit	3 (50%)	1 (17%)	2 (33%)	0 (0%)	6
Individueel werkend psychiater	0 (0%)	1 (33%)	1 (33%)	1 (33%)	3
Ander	2 (15%)	2 (15%)	6 (46%)	4 (31%)	13

Op de vraag of het bedrag dat de cliënt zelf betaalt voor het diagnostisch onderzoek (het deel dat de cliënt niet terugbetaald krijgt) de kwaliteit van het diagnostisch onderzoek bevordert of hindert, antwoorden 55 diensten (71%) zowel positief als negatief (zie Tabel 20). De antwoorden zijn verdeeld. Veel diensten geven aan dat dit voor hen niet van toepassing is aangezien de cliënt zelf niet betaalt.

Tabel 20 Bedrag dat cliënt zelf betaalt

Antwoordoptie	Aantal (N=78)	Percentage
Bevordert sterk	11	14%
Bevordert eerder	6	8%
Bevordert niet en hindert niet	55	71%
Hindert eerder	4	5%
Hindert sterk	2	3%

Diagnostisch onderzoek

Duur

25 diensten (28%) hebben 1 tot 5 contacturen met de cliënt en/of een derde (bv. partner, familielid, vriend) nodig voor het diagnostisch onderzoek, bij 21 diensten (24%) neemt het 6 tot 10 uren in beslag, bij 17 diensten (19%) zelfs 11 tot 15 uren (zie Tabel 21). 33 diensten (38%) hebben 1 tot 5 uren nodig voor verslaggeving, 26 diensten (30%) spenderen 6 tot 10 uren aan verslaggeving. 60 diensten (67%) hebben aan 1 tot 5 uren intern formeel overleg genoeg (de uren van verschillende medewerkers werden hierbij steeds opgeteld). Bij de meeste diensten gaan er 1 tot 5 uren naar extern overleg. Als we gemiddelden berekenen op basis van het midden van de intervallen (bv. 3 voor interval 1-5), komen we uit op een gemiddelde van 9,8 contacturen, 7,4 uren verslaggeving, 5,7 uren intern overleg en 4,1 uren extern overleg.

Drie diensten geven aan meer dan 20 uren intern te overleggen per onderzoek, waaronder 1 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst, 1 observatie- en behandelingscentrum en 1 observatiecentrum bijzondere jeugdzorg. De grootte van deze 3 teams varieert van 6 tot 18 FTE. Er werd de deelnemers gevraagd de overleguren van de verschillende collega's op te tellen, wat deels het grote aantal overleguren kan verklaren.

Tabel 21 Gemiddeld aantal uren nodig per diagnostisch onderzoek

Gemiddeld aantal contacturen	Aantal (N=89)	Percentage	Gemiddeld aantal uren verslaggeving	Aantal (N=87)	Percentage
1-5	25	28%	1-5	33	38%
6-10	21	24%	6-10	26	30%
11-15	17	19%	11-15	11	13%
16-20	8	9%	16-20	2	2%
>20	9	10%	>20	5	6%
weet ik niet	9	10%	weet ik niet	10	11%
Gemiddeld aantal uren intern formeel overleg	Aantal (N=89)	Percentage	Gemiddeld aantal uren extern overleg	Aantal (N=86)	Percentage
1-5	60	67%	1-5	65	76%
6-10	8	9%	6-10	10	12%
11-15	7	8%	11-15	2	2%
16-20	4	4%	16-20	2	2%
>20	3	3%	>20	0	0%
weet ik niet	7	8%	weet ik niet	7	8%

De diagnostische centra voor volwassenen spenderen 11 tot 20 uren aan cliëntcontact (zie Tabel 22). De meeste CGG's (79%) zien de cliënt gedurende 1 tot 15 uren, de meeste CLB's (78%) tussen de 1 en 10 uren. 3 privécentra geven aan 11 tot 15 contacturen te voorzien, terwijl 2 andere (40%) 16 tot meer dan 20 uren voorzien. De antwoorden van de meeste revalidatiecentra (89%) variëren van 6 tot 20 uren. GTB heeft 1 tot 5 uren nodig, het COS+ 11 tot 15. Eén observatie- en behandelingscentrum gebruikt 6 tot 10 contacturen, 2 meer dan 20. Eén observatiecentrum bijzondere jeugdzorg gebruikt 11 tot 15 contacturen, 2 meer dan 20. Contacturen in de (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten zijn zeer gevarieerd. Twee zeggen het niet te weten, 3 hebben meer dan 20 uren nodig. Twee van de 6 mutualiteiten voorziet 1 tot 5 uren, 2 van de 3 psychiaters 1 tot 5 uren.

Tabel 22 Gemiddeld aantal contacturen nodig per diagnostisch onderzoek per soort dienst

Categorie	1-5	6-10	11-15	16-20	>20	weet ik niet	Totaal
Diagnostische centra voor volwassenen	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	2
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	4 (29%)	3 (21%)	4 (29%)	1 (7%)	1 (7%)	1 (7%)	14
Centrum voor leerlingenbegeleiding	5 (28%)	9 (50%)	2 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (11%)	18
Niet gesubsidieerd (privé)centrum voor diagnostiek en/of psychotherapie	0 (0%)	0 (0%)	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)	5
Centrum of dienst voor revalidatie	0 (0%)	3 (33%)	3 (33%)	2 (22%)	0 (0%)	1 (11%)	9
Gespecialiseerde trajectbepalings- en begeleidingsdienst	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1
Observatie- en behandelingscentrum	0 (0%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (67%)	0 (0%)	3
Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg	0 (0%)	0 (0%)	1 (33%)	0 (0%)	2 (67%)	0 (0%)	3
COS+ UZ Brussel	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1
(Kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst	0 (0%)	1 (13%)	1 (13%)	1 (13%)	3 (38%)	2 (25%)	8
Mutualiteit	4 (67%)	1 (17%)	0 (0%)	1 (17%)	0 (0%)	0 (0%)	6
Individueel werkend psychiater	2 (67%)	0 (0%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3
Ander	10 (53%)	3 (16%)	1 (5%)	2 (11%)	0 (0%)	3 (16%)	19

Het aantal contacturen varieert per sector en loopt soms hoog op. Het aantal uren voor verslaggeving is bijna even groot als het aantal contacturen, en ligt meestal tussen 1 en 10 uren. Het aantal uren overleg ligt lager.

Samenwerking

Er werd gevraagd aan welke diensten (een deel van) het diagnostisch onderzoek wordt uitbesteed en waarom (zie Tabel 23). De twee voornaamste redenen om diagnostisch onderzoek uit te besteden zijn voor nagenoeg alle diensten dezelfde (uitgezonderd geneeskundigen en CLB's), voornamelijk de aanwezige expertise en omdat diagnostiek niet tot de eigen kernopdracht behoort. Bijna de helft (47%) werkt hiervoor samen met Diensten Ondersteuningsplan. Aan Referentiecentra Autisme wordt zeer frequent diagnostiek uitbesteed (74%), net als aan COS'en (73%). De meeste diensten (58%) werken ook samen met privécentra. Driekwart van de diensten (75%) werkt samen met psychiatrische diensten. 74% besteedt (een deel van) het onderzoek uit aan geneeskundigen buiten hun dienst, en dit vooral omdat de discipline niet voorhanden is in hun eigen dienst of omwille van hun expertise. 41% werkt niet samen met observatie- en behandelingscentra op vlak van diagnostiek, 55% doet dat wel. De meeste diensten (60%) besteden soms diagnostiek uit aan Centra voor Ambulante Revalidatie. Er wordt ook vaak samengewerkt met diensten voor werkloosheid en toeleiding naar tewerkstelling zoals VDAB (67%). Meer dan de helft (56%) werkt samen met CLB's op vlak van diagnostiek. De redenen voor deze samenwerking zijn verdeeld: onder andere omdat het niet tot hun kernopdracht behoort. Eén dienst vult in dat ze CLB's soms inschakelen voor intelligentieonderzoek om de kostprijs van het onderzoek te drukken. 45% besteedt diagnostiek uit aan een MDT. Er werden ook nog enkele andere diensten ingevuld die eveneens worden

aangesproken voor het uitvoeren van diagnostisch onderzoek, bv. gespecialiseerde dienst voor visuele beperking, centrum menselijke erfelijkheid, neuroloog.

Tabel 23 Diensten waarmee wordt samengewerkt voor een deel van het onderzoek

Categorie	Geen samenwerking	Discipline	Tijd/ personeel	Diagnostisch materiaal	Expertise	Tweede opinie	De cliënt behoort niet tot de doelgroep	Diagnostiek behoort niet tot de kernopdracht van onze dienst	Totaal (N=65)
Diensten Ondersteuningsplan (DOP)	39 (53%)	2 (3%)	4 (5%)	2 (3%)	13 (18%)	0 (0%)	10 (14%)	22 (30%)	74
Referentiecentra autisme (RCA)	20 (26%)	14 (18%)	7 (9%)	18 (24%)	31 (41%)	3 (4%)	5 (7%)	27 (36%)	76
Niet-gesubsidieerd (privé)centrum voor diagnostiek en/of psychotherapie	31 (42%)	9 (12%)	13 (18%)	12 (16%)	16 (22%)	2 (3%)	8 (11%)	19 (26%)	74
Psychiatrische diensten	20 (25%)	17 (22%)	9 (11%)	17 (22%)	30 (38%)	6 (8%)	6 (8%)	25 (32%)	79
Artsen (huisarts, neuroloog, psychiater, ...)	20 (26%)	27 (36%)	6 (8%)	14 (18%)	26 (34%)	6 (8%)	0 (0%)	16 (21%)	76
Centra voor Ontwikkelingsstoornissen (COS)	20 (27%)	16 (21%)	9 (12%)	22 (29%)	32 (43%)	4 (5%)	6 (8%)	21 (28%)	75
Observatie- en Behandelingscentra (OBC)	31 (41%)	8 (11%)	11 (15%)	13 (17%)	25 (33%)	3 (4%)	7 (9%)	22 (29%)	75
Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR)	29 (40%)	11 (15%)	10 (14%)	15 (21%)	22 (30%)	2 (3%)	6 (8%)	23 (32%)	73
Diensten voor werkloosheid en toeleiding naar tewerkstelling (bv. VDAB, Gespecialiseerde trajectbepaling- en begeleidingsdienst (GTB), Gespecialiseerde Opleidings- en Bemiddelingscentra (GOB))	25 (33%)	10 (13%)	5 (7%)	6 (8%)	14 (18%)	1 (1%)	8 (11%)	35 (46%)	76
Centra Leerlingenbegeleiding (CLB)	28 (44%)	5 (8%)	6 (9%)	8 (13%)	8 (13%)	2 (3%)	10 (16%)	18 (28%)	64
Multidisciplinair Team (MDT; erkend door het VAPH)	35 (55%)	8 (13%)	7 (11%)	5 (8%)	10 (16%)	0 (0%)	3 (5%)	15 (23%)	64
Ander, namelijk: gespecialiseerde dienst voor visuele beperking, Centrum voor Menselijke Erfelijkheid, neurologisch onderzoek	6 (46%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (38%)	13

Om een beeld te vormen van de samenwerkingsverbanden bekijken we in Tabel 24 wie met wie samenwerkt. De tabel geeft aan hoeveel diensten in een bepaalde sector aangeven om de één of andere reden (een deel van) het diagnostisch onderzoek aan een andere dienst uit te besteden. De diagnostische centra voor volwassenen werken hiervoor samen met DOP's, artsen en diensten voor werkloosheid en toeleiding naar tewerkstelling. GTB en het COS+ werken dan weer met alle diensten samen in het kader van diagnostiek. De meeste CGG's, CLB's en mutualiteiten (minstens de helft) geven eveneens aan met zo wat alle diensten samen te werken. DOP's en artsen worden minder aangesproken door de CGG's, terwijl de CLB's minder steunen op andere CLB's en MDT's.

Mutualiteiten werken weinig samen met andere MDT's. De privécentra werken voornamelijk samen met psychiatrische diensten en diensten voor werkloosheid en toeleiding naar tewerkstelling. De meeste revalidatiecentra hebben samenwerkingsverbanden met RCA, artsen, COS'en, observatie- en

behandelingscentra, CLB's en diensten voor werkloosheid en toeleiding naar tewerkstelling. De observatie- en behandelingscentra en observatiecentra bijzondere jeugdzorg werken voornamelijk samen met psychiatrische diensten en artsen. Daarnaast geeft 67% van de observatie- en behandelingscentra aan ook met revalidatiecentra samen te werken, terwijl 67% van de observatiecentra bijzondere jeugdzorg eveneens met COS'en samenwerkt. De antwoorden van de 8 (kinder)psychiatrische diensten zijn zeer gevarieerd. Per categorie geven 1 tot 3 diensten aan met deze soort diensten een samenwerkingsverband te hebben. De psychiaters geven aan met de meeste diensten samen te werken, echter niet met DOP's en revalidatiecentra.

Tabel 24 Aantal diensten per categorie dat samenwerkt met andere diensten voor uitbesteding deel van onderzoek

Categorie	Diagnostische centra voor volwassenen	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	Centrum voor Leerlingenbegeleiding	Niet gesubsidieerd (privé) centrum voor diagnostiek en/of psychotherapie	Centrum of dienst voor revalidatie	Gespecialiseerde trajectbepalings- en begeleidingsdienst	Observatie- en behandelingscentrum	Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg	COS+ UZ Brussel	(Kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst	Mutualiteit	Individueel werkende psychiater	Ander
Diensten Ondersteuningsplan (DOP)	1 (50%)	5 (42%)	13 (68%)	1 (20%)	3 (38%)	1 (100%)	2 (67%)	1 (33%)	1 (100%)	1 (13%)	5 (83%)	0 (0%)	4 (33%)
Referentiecentra autisme (RCA)	0 (0%)	9 (75%)	17 (89%)	2 (40%)	5 (63%)	1 (100%)	1 (33%)	1 (33%)	1 (100%)	3 (38%)	6 (100%)	2 (100%)	10 (67%)
Niet-gesubsidieerd (privé) centrum voor diagnostiek en/of psychotherapie	0 (0%)	11 (92%)	17 (89%)	0 (0%)	3 (38%)	1 (100%)	1 (33%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (13%)	4 (67%)	1 (50%)	6 (40%)
Psychiatrische diensten	0 (0%)	8 (67%)	18 (94%)	3 (60%)	2 (25%)	1 (100%)	2 (67%)	3 (100%)	1 (100%)	2 (25%)	6 (100%)	1 (50%)	10 (67%)
Artsen (huisarts, neuroloog, psychiater, ...)	1 (50%)	5 (42%)	18 (94%)	2 (40%)	6 (75%)	1 (100%)	2 (67%)	3 (100%)	1 (100%)	1 (13%)	6 (100%)	1 (50%)	9 (16%)
Centra voor Ontwikkelingsstoornissen (COS)	0 (0%)	11 (92%)	18 (94%)	2 (40%)	4 (50%)	1 (100%)	1 (33%)	2 (67%)	1 (100%)	1 (13%)	6 (100%)	2 (100%)	8 (53%)
Observatie- en Behandelingscentra (OBC)	0 (0%)	10 (83%)	18 (94%)	0 (0%)	4 (50%)	1 (100%)	1 (33%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (13%)	4 (67%)	1 (50%)	6 (40%)
Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR)	0 (0%)	10 (83%)	17 (89%)	1 (20%)	3 (38%)	1 (100%)	2 (67%)	1 (33%)	1 (100%)	1 (13%)	4 (67%)	0 (0%)	6 (40%)
Diensten voor werkloosheid en toeleiding naar tewerkstelling	1 (50%)	9 (75%)	14 (74%)	3 (60%)	6 (75%)	1 (100%)	1 (33%)	1 (33%)	1 (100%)	2 (25%)	5 (83%)	2 (100%)	8 (53%)
Centra Leerlingenbegeleiding (CLB)	0 (0%)	11 (92%)	3 (16%)	0 (0%)	5 (63%)	1 (100%)	1 (33%)	1 (33%)	1 (100%)	2 (25%)	6 (100%)	1 (50%)	7 (47%)
Multidisciplinair Team (MDT; erkend door het VAPH)	0 (0%)	7 (58%)	8 (42%)	1 (20%)	2 (25%)	1 (100%)	1 (33%)	1 (33%)	1 (100%)	1 (13%)	1 (17%)	2 (100%)	6 (40%)
Ander	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (20%)	1 (23%)	1 (100%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (20%)
Totaal (N=85)	2	12	19	5	8	1	3	3	1	8	6	2	15

Uit deze vraag blijkt dat er met de meeste diensten een samenwerking is op vlak van diagnostiek. Er is echter een verschil naargelang de sector. We weten echter niet wat de kwaliteit is van deze samenwerking en of de samenwerking voldoende is om cliënten voldoende te helpen in functioneren en participeren.

Methoden

We vroegen aan de diensten welke functies, activiteiten, vormen van participatie en ondersteuningsnoden zij in hun dienst evalueren. De bevroegde functies, activiteiten en vormen van participatie zijn gebaseerd op de classificatie van de International Classification of Functioning (ICF). In de enquête werd steeds verwezen naar de ICF browser voor meer achtergrondinformatie, voornamelijk <https://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cl>.

Functies zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme. Activiteiten zijn onderdelen van iemands handelen. Participatie is iemands deelname aan het maatschappelijk leven.

Functies

Het evalueren van de auditieve en de visuele functies gebeurt vooral door het opvragen van informatie bij een andere hulpverlener, via een anamnese (met de cliënt zelf en/of heteroanamnese met een derde, gestructureerd aan de hand van een interview of ongestructureerd) en een medisch onderzoek (zie Tabel 25). Ongeveer een derde geeft aan de functies niet te evalueren. De intellectuele functies worden in bijna alle diensten ingeschat (96%), meestal via een test, maar ook door het opvragen van informatie en een anamnese. Temperament en persoonlijkheid, de aandacht, het geheugen, de hogere cognitieve functies (bv. planning en organisatie, timemanagement, inzicht, flexibiliteit) en de taal functies (zowel receptief als expressief) worden op een gelijkaardige manier geëvalueerd, namelijk aan de hand van een anamnese, observatie, een vragenlijst, een test en het opvragen van informatie. Elk van deze functies wordt door bijna alle diensten opgenomen in het onderzoek. Dezelfde methoden worden gebruikt bij het nagaan van de psychomotorische functies. Wel wordt hierbij ook geregeld een medisch onderzoek uitgevoerd. 15% geeft aan deze functie niet te beschouwen. De stemming wordt bijna altijd bekeken (95%), en dit minder dan andere functies aan de hand van een test maar wel aan de hand van een anamnese, een vragenlijst, observatie en het opvragen van informatie. Onder de antwoordoptie 'Ander, namelijk' werden vaak activiteiten en vormen van participatie ingevuld die in de volgende enquêtevraag nog aan bod komen, bv. sociaal functioneren, leerstoornissen en arbeidsvaardigheden. Gemiddeld genomen vormen anamnese en informatie opvragen de meest gebruikte onderzoeksmethoden voor de bevroegde functies.

Tabel 25 Gebruikte methoden voor het evalueren van functies

Functie	Wordt niet geëvalueerd	Anamnese	Vragenlijst	Test	Observatie	Medisch onderzoek	Informatie opvragen	Totaal
Auditieve functies	25 (30%)	35 (43%)	15 (18%)	24 (29%)	21 (26%)	21 (33%)	40 (49%)	82
Visuele functies	28 (34%)	33 (40%)	16 (20%)	21 (26%)	22 (27%)	22 (32%)	40 (49%)	82
Intellectuele functies	3 (4%)	50 (60%)	22 (27%)	71 (86%)	46 (55%)	46 (12%)	56 (67%)	83
Temperament en persoonlijkheid	5 (6%)	67 (81%)	58 (70%)	38 (46%)	61 (73%)	61 (28%)	58 (70%)	83
Aandacht	2 (2%)	63 (77%)	59 (72%)	63 (77%)	62 (76%)	62 (22%)	59 (72%)	82
Geheugen	4 (5%)	60 (72%)	40 (48%)	66 (80%)	49 (59%)	49 (17%)	55 (66%)	83
Psychomotorische functies	12 (15%)	55 (67%)	34 (41%)	41 (50%)	52 (63%)	52 (43%)	53 (65%)	82
Stemming	4 (5%)	66 (80%)	61 (74%)	22 (27%)	56 (68%)	56 (27%)	50 (61%)	82
Hogere cognitieve functies	7 (9%)	59 (72%)	52 (63%)	51 (62%)	51 (62%)	51 (29%)	51 (62%)	82
Taalfuncties	11 (13%)	53 (65%)	32 (39%)	51 (62%)	46 (56%)	46 (23%)	54 (66%)	82
Ander, namelijk: leerstoornissen, sensorische, emotionele en lichamelijke ontwikkeling, alle mentale functies, sociaal functioneren, welbevinden, gedrag, stem	3 (19%)	9 (56%)	9 (56%)	6 (38%)	10 (63%)	10 (31%)	8 (50%)	16
Gemiddelde	9 (11%)	50 (60%)	36 (43%)	41 (49%)	43 (52%)	20 (24%)	48 (58%)	N=83 (100%)

Activiteiten, participatie en ondersteuningsnood

De voornaamste methoden bij het onderzoeken van de algemene taken en eisen (bv. uitvoeren van eenvoudige, complexe en dagdagelijkse taken, omgaan met stress), tussenmenselijke relaties, mobiliteit, zelfverzorging en huishouden zijn een anamnese, vragenlijst, observatie en opvragen van informatie (zie Tabel 26). Hetzelfde geldt voor het nagaan van de schoolse basisvaardigheden (m.n. rekenen, lezen en schrijven) en sociale communicatie (bv. een gesprek voeren, begrijpen en gebruiken van figuurlijke taal, non-verbale taal, geschreven taal). Bij de evaluatie van deze laatste functies wordt in ongeveer de helft van de diensten ook een test afgenomen. Het huishouden is de activiteit die het minst geëvalueerd wordt door de diensten (69%). Opnieuw werden onder de antwoordoptie 'Ander, namelijk' vormen van participatie ingevuld die in de volgende enquêtevraag aan bod komen. Eén dienst gaf aan ook de opvoedingsvaardigheden na te gaan met een anamnese, vragenlijst en observatie.

Tabel 26 Gebruikte methoden voor het evalueren van activiteiten en participatie

Activiteit/participatie	Wordt niet geëvalueerd	Anamnese	Vragenlijst	Test	Observatie	Medisch onderzoek	Informatie opvragen	Totaal
Schoolse basisvaardigheden	14 (17%)	53 (65%)	26 (32%)	41 (51%)	39 (48%)	5 (6%)	57 (70%)	81
Algemene taken en eisen	9 (11%)	62 (77%)	41 (51%)	23 (28%)	50 (62%)	11 (14%)	50 (62%)	81
Tussenmenselijke relaties	1 (1%)	67 (83%)	52 (64%)	29 (36%)	52 (64%)	15 (19%)	55 (68%)	81
Sociale communicatie	3 (4%)	65 (80%)	51 (63%)	37 (46%)	59 (73%)	17 (21%)	52 (64%)	81
Mobiliteit	16 (21%)	49 (63%)	25 (32%)	17 (22%)	36 (46%)	13 (17%)	45 (58%)	78
Zelfverzorging	14 (18%)	51 (65%)	30 (38%)	7 (9%)	35 (45%)	8 (10%)	42 (54%)	78
Huishouden	23 (31%)	39 (53%)	22 (30%)	3 (4%)	22 (30%)	3 (4%)	32 (43%)	74
Ander, namelijk: leren en toepassen van kennis, opvoedingsvaardigheden, arbeidsvaardigheden	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	2 (40%)	3 (60%)	0 (0%)	1 (20%)	5
Gemiddelde	10 (12%)	49 (60%)	31 (38%)	20 (25%)	37 (46%)	9 (11%)	42 (52%)	N=81 (100%)

Nagenoeg alle diensten gaan het participeren in de opleiding na, alsook de invulling van vrije tijd en ondersteuningsnoden (zie Tabel 27). De nood aan hulpmiddelen (85%) en de nood aan omgevingsaanpassingen (79%) en ondersteuning door mensen (94%) worden ook vaak ingeschat. Het uitvoeren van activiteiten in het kader van beroep en werk (bv. werk zoeken en behouden) wordt het minst vaak geëvalueerd, samen met het economisch leven (bv. omgaan met geld) (beiden 68%). De evaluatie van elk van deze zaken wordt op een gelijkaardige manier aangepakt, met name via een anamnese, en het opvragen van informatie. Bij het nagaan van de ondersteuningsnoden vindt soms ook een observatie plaats. De anamnese en het opvragen van informatie vormen, net als bij de functies, ook de vaakst gebruikte methoden voor het onderzoek naar de activiteiten, participatie en ondersteuningsnood.

Tabel 27 Gebruikte methoden voor het evalueren van participatie en ondersteuningsnood

Participatie/ ondersteuningsnood	Wordt niet geëvalueerd	Anamnese	Vragenlijst	Test	Observatie	Medisch onderzoek	Informatie opvragen	Totaal
Opleiding	13 (17%)	60 (78%)	19 (25%)	5 (6%)	11 (14%)	4 (5%)	42 (55%)	77
Beroep en werk	24 (32%)	46 (61%)	19 (25%)	1 (1%)	9 (12%)	3 (4%)	32 (42%)	76
Economisch leven	24 (32%)	42 (55%)	15 (20%)	0 (0%)	15 (20%)	2 (3%)	26 (34%)	76
Recreatie en vrije tijd	9 (12%)	58 (76%)	21 (28%)	0 (0%)	17 (22%)	3 (4%)	34 (45%)	76
Nood aan ondersteuning door anderen	5 (6%)	64 (83%)	23 (30%)	1 (1%)	31 (40%)	7 (9%)	45 (58%)	77
Nood aan hulpmiddelen	12 (15%)	59 (76%)	22 (28%)	7 (9%)	28 (36%)	11 (14%)	41 (53%)	78
Nood aan omgevingsaanpassingen	16 (21%)	53 (69%)	23 (30%)	7 (9%)	24 (31%)	8 (10%)	36 (47%)	77
Ander, namelijk: observatie tijdens diagnostische en therapeutische groepsessies	3 (75%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	4
Gemiddelde	13 (17%)	48 (62%)	18 (23%)	3 (4%)	17 (22%)	5 (6%)	32 (41%)	N=78 (100%)

De methoden die gebruikt worden om de verschillende functies, activiteiten, participatie en ondersteuningsnoden te onderzoeken, zijn gevarieerd. De methoden worden ook aangepast naargelang wat er onderzocht wordt.

Betrokken disciplines

We vroegen eveneens aan de diensten welke disciplines er betrokken zijn bij het evalueren van de functies, activiteiten, participatie en ondersteuningsnoden. Hier werden dezelfde functies, activiteiten, vormen van participatie en ondersteuningsvormen bevraagd als in de vraag naar gebruikte methoden.

Functies

Bij het evalueren van auditieve functies worden vooral geneeskundigen en verpleegkundigen ingeschakeld (zie Tabel 28). Ook logopedisten en masters in de psychologie worden soms betrokken. 39% van de diensten geeft aan deze functie niet te evalueren. Meer dan de helft van de diensten (55%) geeft aan de visuele functies te evalueren in hun dienst. Hierbij zijn dezelfde disciplines betrokken als bij de auditieve functies, alleen worden logopedisten hier minder bij betrokken maar wel ergotherapeuten.

Intellectuele functies worden in het merendeel van de deelnemende diensten geëvalueerd door masters in de psychologie. Ook bachelors in de (toegepaste) psychologie, masters in de (ortho)pedagogiek en artsen zijn hier soms bij betrokken. Dezelfde disciplines zijn vaak betrokken bij de evaluatie van de aandacht, het geheugen, de stemming en temperament en persoonlijkheid. Bij het nagaan van de persoonlijkheid zijn ook vaak maatschappelijk werkers betrokken. Geneeskundigen en masters in de psychologie zijn het vaakst betrokken bij evaluatie van

psychomotorische functies, hogere cognitieve functies en taalfuncties. Kinesitherapeuten nemen ook vaak de inschatting van psychomotorische functies op. Logopedisten onderzoeken eveneens vaak de taalfuncties. Over de verschillende functies heen vormen de geneeskundigen en de masters in de psychologie de vaakst betrokken discipline.

Eén respondent geeft aan dat ook de leerkracht soms functies evalueert. Een andere respondent geeft aan dat zij ook het emotioneel functioneren nagaan. Hierbij worden een geneeskundige, een master in de psychologie en een bachelor in de (ortho)pedagogie betrokken.

Tabel 28 Betrokken disciplines bij het evalueren van functies

Funcie	Wordt niet geëvalueerd	Geneeskundige	Verpleegkundige	Bachelor in de (toegepaste) psychologie	Master in de psychologie	Bachelor in de (ortho)pedagogie	Master in de (ortho)pedagogiek	Maatschappelijk werker	Sociaal werker	Maatschappelijk assistent	Sociaal assistent	Logopedist	Kinesitherapeut	Ergotherapeut	Totaal
Auditieve functies	29 (39%)	42 (56%)	18 (24%)	4 (5%)	14 (19%)	3 (4%)	1 (1%)	5 (7%)	0 (0%)	6 (8%)	0 (0%)	15 (20%)	2 (3%)	8 (11%)	75
Visuele functies	33 (45%)	41 (55%)	18 (24%)	5 (7%)	14 (19%)	3 (4%)	2 (3%)	5 (7%)	0 (0%)	6 (8%)	0 (0%)	4 (5%)	3 (4%)	12 (16%)	74
Intellectuele functies	3 (4%)	28 (36%)	6 (8%)	29 (38%)	65 (84%)	13 (17%)	21 (27%)	10 (13%)	1 (1%)	9 (12%)	1 (1%)	4 (5%)	4 (5%)	10 (13%)	77
Temperament en persoonlijkheid	4 (5%)	37 (48%)	10 (13%)	28 (36%)	59 (77%)	13 (17%)	23 (30%)	24 (31%)	3 (4%)	14 (18%)	2 (3%)	3 (4%)	6 (8%)	12 (16%)	77
Aandacht	2 (3%)	32 (41%)	7 (9%)	29 (37%)	62 (79%)	13 (17%)	23 (29%)	12 (15%)	3 (4%)	12 (15%)	2 (3%)	6 (8%)	8 (10%)	14 (18%)	78
Geheugen	2 (3%)	33 (42%)	7 (9%)	29 (37%)	62 (79%)	12 (15%)	21 (27%)	10 (13%)	3 (4%)	11 (14%)	2 (3%)	5 (6%)	5 (6%)	12 (15%)	78
Psychomotorische functies	9 (12%)	45 (61%)	22 (30%)	16 (22%)	32 (43%)	10 (14%)	15 (20%)	10 (14%)	2 (3%)	9 (12%)	1 (1%)	0 (0%)	25 (34%)	21 (28%)	74
Stemming	5 (6%)	40 (52%)	10 (13%)	27 (35%)	58 (75%)	16 (21%)	22 (29%)	19 (25%)	3 (4%)	14 (18%)	2 (3%)	2 (3%)	5 (6%)	11 (14%)	77
Hogere cognitieve functies	6 (8%)	34 (44%)	9 (12%)	27 (35%)	57 (74%)	12 (16%)	18 (23%)	15 (19%)	4 (5%)	11 (14%)	2 (3%)	7 (9%)	7 (9%)	16 (21%)	77
Taalfuncties	15 (20%)	30 (40%)	13 (17%)	21 (28%)	40 (53%)	11 (15%)	19 (25%)	11 (15%)	3 (4%)	10 (13%)	2 (3%)	24 (32%)	4 (5%)	9 (12%)	75
Ander, namelijk: ook leerkrachten, emotioneel functioneren, alle mentale functies	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4
Gemiddelde	10 (13%)	33 (42%)	11 (14%)	20 (26%)	42 (54%)	10 (13%)	15 (19%)	11 (14%)	2 (3%)	9 (12%)	1 (1%)	6 (8%)	6 (8%)	11 (14%)	N=78 (100%)

Activiteiten, participatie en ondersteuningsnood

Het evalueren van de schoolse basisvaardigheden (m.n. rekenen, lezen en schrijven) gebeurt meestal door psychologen (masters of bachelors; zie Tabel 29). Algemene taken en eisen, tussenmenselijke relaties en sociale communicatie worden voornamelijk geëvalueerd door masters in de psychologie, geneeskundigen, bachelors in de (toegepaste) psychologie en maatschappelijk werkers. Masters in de psychologie zijn telkens het sterkst vertegenwoordigd. De mobiliteit en zelfverzorging van cliënten wordt vooral bekeken door kinesitherapeuten, geneeskundigen, masters in de psychologie, maatschappelijk werkers en ergotherapeuten.

Opnieuw wordt het huishouden het minst beschouwd. Dit wordt vooral opgenomen door masters in de psychologie en maatschappelijk werkers. Onder 'Ander' geeft één respondent aan ook de arbeidsvaardigheden na te gaan, wat gebeurt door een maatschappelijk assistent en ergotherapeut. Deze vaardigheid komt verder nog aan bod bij beroep en werk.

Tabel 29 Betrokken disciplines bij het evalueren van activiteiten en participatie

Activiteit/ participatie	Wordt niet geëvalueerd	Geneeskundige	Verpleegkundige	Bachelor in de (toegepaste) psychologie	Master in de psychologie	Bachelor in de (ortho)pedagogie	Master in de (ortho)pedagogiek	Maatschappelijk werker	Sociaal werker	Maatschappelijk assistent	Sociaal assistent	Logopedist	Kinesitherapeut	Ergotherapeut	Totaal
Schoolse basisvaardigheden	14 (18%)	17 (22%)	3 (4%)	27 (35%)	42 (55%)	12 (16%)	19 (25%)	17 (22%)	2 (3%)	6 (8%)	1 (1%)	17 (22%)	4 (5%)	13 (17%)	77
Algemene taken en eisen	8 (10%)	30 (39%)	9 (12%)	29 (38%)	55 (71%)	12 (16%)	19 (25%)	26 (34%)	4 (5%)	17 (22%)	3 (4%)	6 (8%)	10 (13%)	17 (22%)	77
Tussenmenselijke relaties	2 (3%)	31 (40%)	9 (12%)	31 (40%)	61 (78%)	12 (15%)	20 (26%)	31 (40%)	4 (5%)	17 (22%)	3 (4%)	3 (4%)	6 (8%)	12 (15%)	78
Sociale communicatie	4 (5%)	36 (46%)	13 (17%)	29 (37%)	60 (77%)	12 (15%)	22 (28%)	28 (36%)	3 (4%)	14 (18%)	2 (3%)	13 (17%)	6 (8%)	13 (17%)	78
Mobiliteit	20 (27%)	32 (44%)	14 (19%)	10 (14%)	21 (29%)	9 (12%)	7 (10%)	16 (22%)	3 (4%)	10 (14%)	2 (3%)	1 (1%)	19 (26%)	18 (25%)	73
Zelfverzorging	18 (25%)	22 (30%)	14 (19%)	14 (19%)	28 (38%)	14 (19%)	9 (12%)	21 (29%)	2 (3%)	12 (16%)	2 (3%)	1 (1%)	8 (11%)	17 (23%)	73
Huishouden	26 (37%)	12 (17%)	6 (9%)	9 (13%)	20 (29%)	12 (17%)	6 (9%)	16 (23%)	2 (3%)	12 (17%)	2 (3%)	1 (1%)	4 (6%)	13 (19%)	70
Ander, namelijk: ook de leerkracht is betrokken, arbeidsvaardigheden	4 (80%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	5
Gemiddelde	12 (15%)	23 (29%)	9 (12%)	19 (24%)	36 (46%)	10 (13%)	13 (17%)	19 (24%)	3 (4%)	11 (14%)	2 (3%)	5 (6%)	7 (9%)	13 (17%)	N=78 (100%)

Het economisch leven en beroep en werk worden het vaakst geëvalueerd door masters in de psychologie, net als de meeste functies en activiteiten (zie Tabel 30). De opleiding en invulling van vrije tijd worden daarnaast ook vaak bekeken door maatschappelijk werkers. De nood aan ondersteuning door anderen, de nood aan hulpmiddelen en de nood aan omgevingsaanpassingen worden vooral nagegaan door masters in de psychologie en geneeskundigen. De nood aan

ondersteuning door anderen wordt daarnaast ook nog ingeschat door maatschappelijk werkers. Opnieuw zijn geneeskundigen en masters in de psychologie het vaakst betrokken in het onderzoek naar activiteiten, participatie en ondersteuningsnood.

Tabel 30 Betrokken disciplines bij het evalueren van participatie en ondersteuningsnood

Participatie/ Ondersteuningsnood	Wordt niet geëvalueerd	Geneeskundige	Verpleegkundige	Bachelor in de (toegepaste) psychologie	Master in de psychologie	Bachelor in de (ortho)pedagogie	Master in de (ortho)pedagogiek	Maatschappelijk werker	Sociaal werker	Maatschappelijk assistent	Sociaal assistent	Logopedist	Kinesitherapeut	Ergotherapeut	Totaal
Opleiding	19 (25%)	22 (29%)	4 (5%)	19 (25%)	39 (51%)	10 (13%)	14 (18%)	26 (34%)	3 (4%)	11 (14%)	3 (4%)	5 (7%)	3 (4%)	7 (9%)	76
Beroep en werk	28 (38%)	17 (23%)	5 (7%)	12 (16%)	28 (38%)	5 (7%)	9 (12%)	17 (23%)	3 (4%)	12 (16%)	3 (4%)	3 (4%)	3 (4%)	10 (14%)	74
Economisch leven	26 (36%)	15 (21%)	4 (5%)	9 (12%)	23 (32%)	10 (14%)	7 (10%)	18 (25%)	4 (5%)	14 (19%)	3 (4%)	1 (1%)	2 (3%)	12 (16%)	73
Recreatie en vrije tijd	12 (16%)	21 (29%)	7 (10%)	17 (23%)	35 (48%)	10 (14%)	14 (19%)	23 (32%)	4 (5%)	17 (23%)	3 (4%)	4 (5%)	10 (14%)	14 (19%)	73
Nood aan ondersteuning door anderen	9 (12%)	33 (44%)	14 (19%)	17 (23%)	42 (56%)	10 (13%)	20 (27%)	27 (36%)	4 (5%)	16 (21%)	3 (4%)	3 (4%)	10 (13%)	12 (16%)	75
Nood aan hulpmiddelen	16 (22%)	32 (43%)	14 (19%)	14 (19%)	32 (43%)	7 (9%)	16 (22%)	19 (26%)	4 (5%)	13 (18%)	3 (4%)	9 (12%)	14 (19%)	19 (26%)	74
Nood aan omgevingsaanpassingen	17 (23%)	31 (41%)	11 (15%)	16 (21%)	34 (45%)	8 (11%)	15 (20%)	21 (28%)	4 (5%)	12 (16%)	3 (4%)	6 (8%)	14 (19%)	20 (27%)	75
Ander, namelijk: leerkrachten zijn ook een betrokken discipline	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4
Gemiddelde	16 (21%)	21 (28%)	7 (9%)	13 (17%)	29 (38%)	8 (11%)	12 (16%)	19 (25%)	3 (4%)	12 (16%)	3 (4%)	4 (5%)	7 (9%)	12 (16%)	N= 76 (100%)

In een open vraag waarbij de mogelijkheid werd gegeven tot het geven van een toelichting bij de vragen omtrent betrokken disciplines, wordt vooral benadrukt dat het onderzoek multidisciplinair gebeurt en wordt besproken in een multidisciplinair teamoverleg.

We concluderen uit de responsen dat één bepaalde discipline zich niet exclusief bezig houdt met het onderzoek naar een bepaalde functie of activiteit. Hoewel de psychologen het vaakst betrokken zijn, zien we dat er een hele waaier aan disciplines betrokken is bij de evaluatie.

Visie

71 diensten (87%) geven aan in hun beleid afspraken te hebben gemaakt rond het hanteren van een bepaalde visie of model bij het uitvoeren van diagnostisch onderzoek. Er werd hen ook gevraagd welk model zij dan hanteren. Classificerende diagnostiek werd aangeboden als één van de antwoordopties. Hoewel dit geen model an sich is, werd deze antwoordoptie opgenomen om na te gaan wie de kennis rond classificerende diagnostiek belangrijk acht binnen de werking. 62 diensten

(89%) kiezen voor handelingsgerichte diagnostiek, 37 (53%) voor classificerende diagnostiek, 35 (50%) voor het International Classification of Functioning (ICF), 15 (21%) voor Quality of Life en 5 (7%) geeft een ander model. Deze andere modellen zijn het biopsychosociaal model, procesdiagnostiek, differentiaal diagnostische modellen en Learning Propensity Assessment van Feuerstein (LPAD).

Volgende antwoordcombinaties kwamen het vaakst voor: 14 diensten (20%) geven aan alleen het model voor handelingsgerichte diagnostiek te hanteren, 9 diensten (13%) gebruiken zowel de visie van handelingsgerichte diagnostiek als van classificerende diagnostiek, 11 diensten (16%) baseren zich op handelingsgerichte diagnostiek en de ICF, 12 diensten (17%) duiden zowel handelingsgerichte diagnostiek als classificerende diagnostiek en de ICF aan.

In Tabel 31 zijn de sectorale verschillen te zien op vlak van de gehanteerde modellen. We zien dat handelingsgerichte diagnostiek in alle sectoren een gebruikt model is bij de meerderheid van de diensten (67-100%), met uitzondering van het COS+ (0%). De CGG's geven daarnaast aan zich ook bezig te houden met classificerende diagnostiek (60%), net als de (privé)centra (80%), GTB (100%), COS+ en (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten (86%). Alle 17 CLB's, alle 8 revalidatiecentra en het COS+ die deze vraag beantwoordden, baseren zich op de ICF.

Tabel 31 Gehanteerde model(len) per soort dienst

Categorie	Handelingsgerichte diagnostiek	Classificerende diagnostiek	International Classification of Functioning (ICF)	Quality of Life	Ander	Totaal (N=70)
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	7 (70%)	6 (60%)	0 (0%)	3 (30%)	2 (20%)	10
Centrum voor leerlingenbegeleiding	17 (100%)	7 (41%)	17 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	17
Niet gesubsidieerd (privé)centrum voor diagnostiek en/of psychotherapie	5 (100%)	4 (80%)	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)	5
Centrum of dienst voor revalidatie	7 (87%)	6 (75%)	8 (100%)	2 (25%)	1 (13%)	8
Observatie- en behandelingscentrum	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2
Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3
COS+ UZ Brussel	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1
(Kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst	7 (100%)	6 (86%)	1 (14%)	2 (29%)	1 (14%)	7
Mutualiteit	2 (67%)	1 (33%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	3
Individueel werkend psychiater	2 (100%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)	2
Gespecialiseerde trajectbepaling- en begeleidingsdienst	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)	1
Ander	10 (83%)	6 (50%)	5 (42%)	6 (50%)	0 (0%)	12

Totaal	62 (89%)	37 (60%)	35 (50%)	15 (30%)	5 (7%)	70
---------------	----------	----------	----------	----------	--------	----

Diagnostiek in Vlaanderen

Hulpvragen

De diensten werd gevraagd voor welke hulpvragen van cliënten en/of doorverwijzers men op te weinig diensten beroep kan doen en voor welke men bij te veel diensten terecht kan.

De diensten gaven aan dat men vooral op te weinig diensten terecht kan voor het vinden van een verklaring voor de ervaren moeilijkheden in het functioneren, voor het vaststellen van een soort stoornis, letsel of aandoening en voor een antwoord op de vraag hoe de persoon zelf en/of de omgeving kan omgaan met de moeilijkheden (zie Tabel 32). Bij 'Ander' worden ook nog de doelgroepen licht verstandelijke beperking en autismespectrumstoornis bij personen met normale begaafdheid aangegeven.

Tabel 32 Hulpvragen van cliënten en/of doorverwijzers waarvoor men op te weinig diensten terecht kan

Hulpvraag	Aantal (N=74)	Percentage
Een verklaring vinden voor de ervaren moeilijkheden in het functioneren (deze verklaring kan liggen in de gezondheidstoestand, omgevingsfactoren en/of persoonlijke factoren)	38	51%
Het vaststellen van een soort stoornis, letsel of aandoening	35	47%
Een antwoord op de vraag hoe de persoon zelf en/of de omgeving kan omgaan met de moeilijkheden	33	45%
Een antwoord op de vraag welke concrete ondersteuningsvormen er nodig zijn (bv. thuisbegeleiding)	28	38%
Een evaluatie van het functioneren en de activiteiten (bv. intellectuele mogelijkheden, arbeidsparticipatie)	27	36%
De aanvraag van een VAPH-dossier in het kader van toegang tot niet-rechtstreeks toegankelijke hulp	19	26%
De aanvraag van financiële ondersteuning (bv. integratietegemoetkoming, verhoogde kinderbijslag)	18	24%
De aanvraag van onderwijs- en examenfaciliteiten of Gon-begeleiding	13	18%
Ander, namelijk: licht verstandelijke beperking, diagnose ASS bij personen met normale begaafdheid, integratie diagnostiek – behandeling, woonvormen, nauwelijks mobiele teams met inclusie voor autisme, dagbesteding, therapie, coaching (lange wachtlijsten), duidelijkheid van de verschillende voorzieningen, betaalbare diagnostiek	6	8%
Geen van bovenstaande	5	7%

De meeste diensten geven aan dat er geen hulpvragen zijn waarvoor men op te veel diensten terecht kan (zie Tabel 33).

Tabel 33 Hulpvragen van cliënten en/of doorverwijzers waarvoor men op te veel diensten terecht kan

Hulpvraag	Aantal (N=69)	Percentage
Geen van bovenstaande	59	86%
Het vaststellen van een soort stoornis, letsel of aandoening	5	7%
Een evaluatie van het functioneren en de activiteiten (bv. intellectuele mogelijkheden, arbeidsparticipatie)	4	6%
De aanvraag van financiële ondersteuning (bv. integratietegemoetkoming, verhoogde kinderbijslag)	3	4%
De aanvraag van een VAPH-dossier in het kader van toegang tot niet-rechtstreeks toegankelijke hulp	3	4%
Een verklaring vinden voor de ervaren moeilijkheden in het functioneren (deze verklaring kan liggen in de gezondheidstoestand, omgevingsfactoren en/of persoonlijke factoren)	2	3%
De aanvraag van onderwijs- en examenfaciliteiten of Gon-begeleiding	2	3%
Een antwoord op de vraag hoe de persoon zelf en/of de omgeving kan omgaan met de moeilijkheden	2	3%
Een antwoord op de vraag welke concrete ondersteuningsvormen er nodig zijn (bv. thuisbegeleiding)	1	1%
Ander, namelijk: /	0	0%

Thema's

We vroegen de diensten naar welke thema's er in Vlaanderen meer of minder aandacht moet gaan (zie Tabel 34). Voor de meeste thema's vragen meer dan 40% van de diensten meer aandacht (zie Tabel 35). De mening over het aanbod aan classificerende diagnostiek (vaststellen van stoornissen) is meer verdeeld. Het aantal diensten dat aangeeft dat er niet meer en niet minder aandacht naar moet gaan (38%) is even groot als het aantal diensten dat aangeeft dat er meer aandacht naar moet gaan (38%). Volgens het grootste deel van de diensten (46%) moet er niet meer en niet minder aandacht gaan naar het werken met gestandaardiseerde testbatterijen. Bij de antwoordoptie 'Ander' werden ook nog volgende thema's aangegeven waar volgens de betreffende deelnemer meer aandacht naar moet gaan: meer tijd voor het effectief werken met cliënten en minder werktijd voor verplichte netwerking en de link tussen diagnostiek en behandeling.

Tabel 34 Thema's waar meer of minder aandacht naar moet gaan in Vlaanderen

Thema	Veel minder aandacht	Minder aandacht	Niet meer en niet minder aandacht	Meer aandacht	Veel meer aandacht	Geen mening	Totaal
Het vaststellen van ontwikkelingsstoornissen	2 (3%)	1 (1%)	32 (41%)	23 (29%)	17 (22%)	4 (5%)	79
Het aanbod aan classificerende diagnostiek	3 (4%)	11 (14%)	30 (38%)	23 (29%)	7 (9%)	4 (5%)	78
Het aanbod aan functionele diagnostiek	0 (0%)	3 (4%)	16 (20%)	33 (42%)	16 (20%)	11 (14%)	79
Werken met gestandaardiseerde testbatterijen	4 (5%)	9 (11%)	36 (46%)	20 (25%)	8 (10%)	2 (3%)	79
Het aanbod aan verklarende diagnostiek	0 (0%)	7 (9%)	15 (19%)	37 (47%)	16 (20%)	4 (5%)	79
MDT aanbod	0 (0%)	4 (5%)	28 (36%)	30 (39%)	7 (9%)	8 (10%)	77
Het aanbod aan handelingsgerichte diagnostiek	0 (0%)	0 (0%)	13 (17%)	38 (49%)	23 (30%)	3 (4%)	77
Evaluatie van de context	0 (0%)	1 (1%)	14 (18%)	36 (46%)	25 (32%)	3 (4%)	79
Geschikte hulpmiddelen zoeken voor communicatie	0 (0%)	0 (0%)	24 (31%)	35 (45%)	11 (14%)	8 (10%)	78
Geschikte hulpmiddelen zoeken voor mobiliteit	0 (0%)	1 (1%)	29 (37%)	27 (35%)	7 (9%)	14 (18%)	78
Geschikte hulpmiddelen zoeken voor andere doeleinden, specificeer: psychische problemen, Inclusie, behandel mogelijkheden van bv. ADHD, hypersensitiviteit, leerttechnologie	0 (0%)	1 (2%)	19 (31%)	14 (23%)	8 (13%)	20 (32%)	62
Voldoende tijd voor een grondige evaluatie	0 (0%)	0 (0%)	9 (15%)	24 (41%)	21 (36%)	5 (8%)	59
Geschikte opvangmogelijkheden zoeken samen met de cliënt en/of zijn netwerk	0 (0%)	0 (0%)	10 (13%)	31 (39%)	36 (46%)	2 (3%)	79
Het aanbod aan kortdurende trajectbegeleiding	1 (1%)	0 (0%)	14 (18%)	28 (35%)	29 (37%)	7 (9%)	79
Samenwerking in netwerk, met andere diensten	0 (0%)	2 (3%)	13 (16%)	29 (37%)	34 (43%)	1 (1%)	79
Opleiding en vorming van professionelen	0 (0%)	0 (0%)	14 (18%)	34 (43%)	28 (35%)	3 (4%)	79
Ander, namelijk: meer tijd naar effectief werken met cliënten en minder werktijd naar verplichte netwerking, link tussen diagnostiek en behandeling, expertise zit best zoveel mogelijk samen door autocorrectie	0 (0%)	0 (0%)	1 (14%)	0 (0%)	1 (14%)	5 (71%)	7

De thema's waarvoor meer dan 40% van de deelnemers meer aandacht vraagt zijn de volgende:

Tabel 35 Thema's waarvoor meer dan 40% van de deelnemers meer aandacht vraagt

Thema	Meer of veel meer aandacht nodig (N= 79)
Geschikte opvangmogelijkheden zoeken samen met de cliënt en/of zijn netwerk	85%
Samenwerking in netwerk, met andere diensten	80%
Het aanbod aan handelingsgerichte diagnostiek	79%
Opleiding en vorming van professionelen	78%
Evaluatie van de context	77%
Voldoende tijd voor een grondige evaluatie	76%
Het aanbod aan kortdurende trajectbegeleiding	72%
Het aanbod aan verklarende diagnostiek	67%
Het aanbod aan functionele diagnostiek	62%
Geschikte hulpmiddelen zoeken voor communicatie	59%
Het vaststellen van ontwikkelingsstoornissen	51%
MDT aanbod	48%
Geschikte hulpmiddelen zoeken voor mobiliteit	44%

43 diensten (54%) vinden dat er nood is aan een onafhankelijk diagnose-, advies- en expertisecentrum voor jongeren vanaf 16 jaar met een beperking (niet direct verbonden aan een therapiecentrum) in Vlaanderen voor thema's die in de vorige vraag werden vermeld. 12 diensten (15%) vinden dat hier geen nood aan is; 24 (30%) hebben geen mening.

Sterke punten en knelpunten

Er werd de deelnemers gevraagd wat volgens hen de sterke punten en wat de knelpunten zijn binnen het diagnostisch aanbod in Vlaanderen.

Sterke punten

Van de 50 deelnemers die de vraag naar sterke punten in het Vlaams diagnostisch landschap beantwoord hebben, lauwere vijftien deelnemers (30%) de kwaliteit van de diagnostiek (4 CLB's, 3 revalidatiecentra, 1 CGG, 1 observatiecentrum bijzondere jeugdzorg, 1 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst, 1 mutualiteit, 1 psychiater, 1 GTB, 2 diagnostische centra voor volwassenen). Onderzoek wordt volgens hen degelijk en grondig gevoerd. 14 deelnemers (28%) geven dan ook aan dat de aanwezige expertise en kennis op vlak van diagnostiek in Vlaanderen een groot pluspunt is (2 CLB's, 2 privécentra, 2 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten, 1 mutualiteit, 1 CGG, 1 revalidatiecentrum, 5 'andere'). Kennis, professionaliteit en bekwaamheid zijn volgens hen sterk aanwezig. Tien deelnemers (20%) vinden dat er een sterk en divers aanbod is (3 CLB's, 2 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten, 2 CGG's, 1 revalidatiecentrum, 1 observatie- en behandelingscentrum, 1 'andere'). Zeven deelnemers (14%) vinden het positief dat er steeds meer

gewerkt wordt met de ICF als universeel denkkader en volgens het model van de handelingsgerichte diagnostiek (2 CGG's, 2 CLB's, 1 revalidatiecentrum, 1 observatiecentrum bijzondere jeugdzorg, 1 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst). Ze ervaren dat er wordt weggegaan van de zuivere classificerende diagnostiek. Zes deelnemers (12%) prijzen het multidisciplinair werken binnen de diagnostische teams (2 CLB's, 2 revalidatiecentra, 1 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst, 1 diagnostisch centrum voor volwassenen). Andere sterke punten die aangehaald worden zijn de gesubsidieerde diensten zoals MDT's en RCA (6%) alsook de gestandaardiseerde protocollen en testbatterijen (4%).

Knelpunten

56 deelnemers gaven hun mening omtrent de knelpunten in het Vlaamse diagnostische aanbod. Twintig van hen (36%) geven kritiek omtrent het aanbod (6 CLB's, 4 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten, 3 CGG's, 2 diagnostische centra voor volwassenen, 1 revalidatiecentrum, 1 psychiater en 3 'andere'). Ze vinden dat er een tekort is aan diagnostische centra in het algemeen, maar ook aan ambulante diagnostiek en aan diagnostiek voor specifieke doelgroepen, zoals de doelgroep verstandelijke beperking, de doelgroep adolescenten en volwassenen (met autisme) en mensen die financieel minder sterk staan.

Achttien deelnemers (32%) geven een knelpunt aan dat hier logisch uit voortvloeit, met name de lange wachtlijsten (6 CLB's, 3 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten, 2 mutualiteiten, 2 privécentra, 1 revalidatiecentrum, 4 'andere'). Dit zowel voor alle diensten in het algemeen als specifiek bij gesubsidieerde diensten, voor opname in de kinderpsychiatrie en voor onderzoek naar autisme bij mensen met normale begaafdheid.

Vijftien deelnemers (27%) vinden dat diagnostisch onderzoek een te grote financiële last legt op de cliënten (3 CLB's, 3 privécentra, 3 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten, 2 CGG's, 2 diagnostische centra voor volwassenen, 1 mutualiteit, 1 'andere'). Enkele deelnemers geven aan dat er te weinig terugbetaling is vanuit het RIZIV en de ziekenfondsen. Velen leggen de link tussen het beperkte aanbod aan gesubsidieerde diensten, de lange wachtlijsten daar en het grote aantal gebruikers dat gedwongen wordt zich te wenden tot niet-gesubsidieerde diensten met een grote kostprijs of zelfs volledig uit de boot valt. Er wordt ook aangegeven dat er een tekort in het aanbod ontstaat doordat het tijdrovende diagnostisch onderzoek onevenredig vergoed wordt en er zich als gevolg te weinig personen en diensten mee bezig houden.

Tien deelnemers (18%) vinden dat het huidige beleid te stoornisgericht is (2 CGG's, 2 CLB's, 2 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten, 1 revalidatiecentrum, 1 mutualiteit, 1 psychiater, 1 'andere'). De toegang tot hulpmiddelen en hulpverlening zoals GON-begeleiding, is volgens hen te veel afhankelijk van classificerende diagnostiek. De focus ligt te veel op het krijgen van een etiket eerder dan op handelingsgerichte diagnostiek. Volgens hen wordt er te weinig gekeken naar de ruime noden van de hulpvrager.

Tien deelnemers (18%) vinden de afstemming en coördinatie van het diagnostisch aanbod onvoldoende (2 revalidatiecentra, 1 diagnostisch centrum voor volwassenen, 1 CGG, 1 CLB, 1 observatie- en behandelingscentrum, 1 mutualiteit, 1 psychiater, 2 'andere'). Het aanbod is te versnipperd en verschilt te sterk van regio tot regio. Ook hanteren diensten vaak verschillende visies en verschillende standaarden.

Tien diensten (18%) vinden dat de kwaliteit beter kan (2 diagnostische centra voor volwassenen, 2 revalidatiecentra, 2 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten, 1 CGG, 1 mutualiteit, 1 psychiater, 1 GTB). Er wordt voorgesteld om te werken met vooropgestelde kwaliteitsstandaarden en zelfs met een duidelijk kwaliteitslabel. Enkele specifieke tekorten worden aangegeven in de kwaliteit van diagnostiek: te weinig tijd nemen voor een grondig onderzoek en te lichtzinnig diagnoses stellen, te weinig gezinsdiagnostiek en een gebrek aan gedragsdiagnostiek in combinatie met een te grote focus op testbatterijen in de diagnostiek van ADHD.

Zeven deelnemers (13%) zijn van mening dat er te weinig expertise is, en dit zowel universeel als specifiek op vlak van psychiatrische comorbiditeit bij ontwikkelingsstoornissen en op vlak van de comorbiditeit tussen autisme en verstandelijke beperking in de (jong)volwassenheid (2 CGG's, 2 CLB's, 2 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten, 1 'andere'). Enkele diensten geven hier ook een verklaring voor: een opleiding in diagnostiek is zowel een grote financiële investering als een grote tijdsinvestering en biedt weinig werkgelegenheid.

Zeven diensten (13%) vinden het gebruikte materiaal te weinig kwaliteitsvol (2 CLB's, 1 CGG, 1 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst, 1 diagnostisch centrum voor volwassenen, 2 'andere'). Ze vinden het materiaal vaak verouderd, onvoldoende genormeerd, te weinig aangepast aan Vlaanderen, te weinig gestandaardiseerd en te weinig betrouwbaar en valide. Het materiaal is volgens sommigen te weinig aangepast aan jongeren met een verstandelijke beperking en mensen met ernstige motorische beperkingen of spraakmoeilijkheden.

Zes deelnemers (11%) betreuren dat er niet meer samenwerking is op vlak van diagnostiek, zowel intersectoraal als tussen gesubsidieerde diagnostische centra en privépraktijken (1 CLB, 1 revalidatiecentrum, 1 observatie- en behandelingscentrum, 1 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst, 1 diagnostisch centrum voor volwassenen, 1 'andere'). Een betere doorstroming van informatie is volgens hen aangeraden.

Vier diensten (7%) geven aan dat er een gebrek is aan tijd en middelen om aan grondige diagnostiek te doen (1 CGG, 1 CLB, 1 (kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst, 1 'andere'). De tijdsinvestering die nodig is voor diagnostiek wordt volgens hen vaak onderschat. Dit geeft aanleiding tot een lage inzet op diagnostiek binnen veel diensten, bv. in CGG's en psychiatrische ziekenhuizen.

Verder wordt er aangegeven dat de communicatie met cliënten soms te wensen over laat, bv. testresultaten worden in te moeilijke bewoordingen uitgelegd (7%). Ook wordt soms onvoldoende aan de cliënt uitgelegd wat het belang is van de vaststelling van een diagnose om van bepaalde rechten te kunnen genieten. Volgens sommigen is het aanbod aan kwaliteitsvolle diagnostiek te weinig transparant voor de gebruiker (4%). De cliënt vindt moeilijk zijn weg. Anderen vinden de opvolging van cliënten tekort schieten, bv. nazorg en behandelcoördinatie (5%).

Discussie

Representativiteit van de antwoorden

Een eerste bedenking bij deze resultaten is: hoe representatief zijn de antwoorden voor het diagnostisch landschap in Vlaanderen? Hebben we iedereen bereikt die we wilden bereiken? We hebben een groot netwerk aangeschreven, en we schreven per sector telkens ook leidinggevende figuren aan om hun netwerkleden te motiveren. Wat we echter niet weten is of mensen daadwerkelijk persoonlijk werden aangeschreven.

De nieuwe Diensten Ondersteuningsplanning (DOP) hebben we niet aangeschreven. Zij doen echter niet aan een diagnostiek van een beperking, wel aan het opstellen van een eerste ondersteuningsplan op basis van de ondersteuningsvraag die mensen hebben, de beperkingen die ze ervaren in het uitvoeren van activiteiten of de hindernissen bij het deelnemen aan de samenleving, en de ondersteuning die ze daarbij zouden kunnen gebruiken. De DOP's worden wel vermeld als diensten met wie men samenwerkt.

We kregen 164 antwoorden op de online enquête. De Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) vormen de grootste groep deelnemers (zie Tabel 2). 34 CLB's (21%) namen deel en 21 CGG's (13%). De enquête werd ingevuld door 63 van de in totaal 155 MDT's in Vlaanderen (40%). Bij de identificatie van de diagnostische diensten (zie Tabel 2), werd er ook een antwoordmogelijkheid "andere" voorzien. Daarin gaven twee diensten aan dat ze een MDT zijn. MDT is echter een categorie die overlapt met vele andere categorieën. Van de 155 officieel erkende MDT's hebben we antwoorden gekregen uit alle categorieën centra. Uit Tabel 2 blijkt dat we van bijna alle diagnostische diensten antwoorden hebben gekregen. We mogen bijgevolg aannemen dat de antwoorden een breed scala aan diagnostische diensten en centra vertegenwoordigen.

Niet alle vragen werden echter steeds beantwoord. De vragenlijst was ook relatief lang, wat de relatief lage response rate zou kunnen verklaren. Gezien de werkdruk in de zorgsector, en gezien de talrijke vragen naar invullen van vragenlijsten die op de zorgsector afkomen, is het invullen van vragenlijsten vaak de laagste prioriteit. In die zin zijn zelfs 100 volledige antwoorden een relatief succes. Slechts weinig deelnemers hebben de vragen omtrent sterke punten en knelpunten beantwoord. Conclusies hieruit mogen dus niet te sterk veralgemeend worden. Ook kunnen we ons de vraag stellen waarom deelnemers gekozen hebben hier niet op te antwoorden. Zijn er volgens hen geen sterke punten of knelpunten te rapporteren?

Wat de resultaten niet toelaten, in tegenstelling tot wat we gehoopt hadden, is dat er een volledig "landschap diagnostiek" zou kunnen uitgetekend worden. We hebben er meer zicht op gekregen, maar pretenderen geen volledig overzicht te hebben. Om een werkelijk overzicht te hebben zou er een onderzoek vanuit de overheid moeten plaatsvinden met een antwoordverplichting. Dit onderzoek gebeurde op basis van vrijwilligheid.

Interpretatie van de vragen

Een algemene bedenking die we bij de huidige bevraging kunnen stellen is: hoe definiëren de verschillende deelnemers diagnostiek? Het is namelijk een ruim begrip dat veel mogelijke interpretaties heeft, die mede afhankelijk zijn van de sector en de eigen werking. In de inleiding van

de enquête werd de definitie, die door de onderzoekers wordt gehanteerd, naar de deelnemers gecommuniceerd, namelijk:

“Diagnostisch onderzoek is een zeer ruim begrip dat voor verschillende interpretaties vatbaar is, naargelang de gehanteerde visie en het doel. Soms kadert het diagnostisch onderzoek binnen een vraag naar onderkenning, waarbij wordt nagegaan of er bij een persoon een bepaalde stoornis of beperking aanwezig is. Soms wil men een verklaring vinden voor de ervaren moeilijkheden. In nog andere gevallen heeft men een vraag naar indicering (bijvoorbeeld: “Hoe wordt er best met de moeilijkheden omgegaan?”) of een vraag naar de meest passende ondersteuning of toegang tot bepaalde voordelen. Al deze vormen van onderzoek worden in deze enquête beschouwd als diagnostisch onderzoek.” (zie bijlage 5)

Verder in de vragenlijst werd er in verschillende vragen (Q16, Q27-29, Q41) om verduidelijking gevraagd. Daaruit blijkt dat de centra in de praktijk onder diagnostiek niet alleen een stoornisdiagnostiek maar ook talrijke andere aspecten mee in overweging nemen. Wat diagnostiek juist inhoudt, blijft een discussiepunt. Dit moeten we in het achterhoofd houden bij het interpreteren van de resultaten.

We kunnen ons ook afvragen hoe deelnemers de vraag hebben geïnterpreteerd rond hulpvragen waarvoor men op te weinig diensten terecht kan. Wat is “terecht kunnen” volgens hen? En waarop hebben deelnemers zich gebaseerd om hierop te antwoorden? Hun buikgevoel of de praktijk? Heeft het met bekendheid van het aanbod te maken?

Dezelfde vraag kunnen we ons stellen bij de bevraging van de samenwerkingsverbanden. Hoe hebben de deelnemers de vraag rond “uitbesteden van (een deel van) het diagnostisch onderzoek” geïnterpreteerd? Bijvoorbeeld, hebben zij het opvragen van informatie over een cliënt beschouwd als uitbesteden?

Aanmeldingen

Het palet van het aantal meldingen en redenen tot melding is heel breed. De meest frequente meldingen voor een diagnostisch onderzoek betreffen sociale en communicatieproblemen (zie Tabel 8). Deze tabel wordt mogelijk vertekend door het type deelnemende instellingen. Immers, autismespectrumstoornis is wereldwijd niet de meest voorkomende stoornis en dus weinig waarschijnlijk ook het meest uitgevoerde diagnostisch onderzoek (NICE, 2011). Bij de uitsplitsing per sector blijven de sociale en communicatieproblemen bovenaan staan, doorheen alle sectoren. Dit zou mogelijks kunnen wijzen op een toename van vragen rond autismespectrum, wat ook overeenstemt met de bevindingen uit de literatuur (zie hoofdstuk 2).

Wat de meldingen per leeftijdsgroep betreft, daar hebben we op basis van de antwoorden niet zo’n duidelijk beeld over. Er kon weinig gediscrimineerd worden tussen de leeftijd van de doelgroepen, aangezien de vraag weinig discriminerend was. Van de CLB’s weten we dat ze tot 18 à 21 jaar gaan. Vooral de Centra Geestelijke Gezondheidszorg en volwassenenpsychiatrie zien volwassenen. Niet iedereen met een beperking echter identificeert zich met een psychiatrische dienst.

Een algemene bedenking bij de meldingen betreft het effect van de persoonsvolgende financiering. Deze zou voor een verschuiving in de MDT-werking kunnen zorgen. Mensen kunnen

namelijk toegang krijgen tot rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH) bij een vermoeden van handicap en hebben daarvoor dus niet langer een multidisciplinair verslag nodig. Mogelijks zal er dus minder beroep worden gedaan op MDT's. Het is echter ook mogelijk dat RTH-voorzieningen in de praktijk nog steeds een multidisciplinair verslag zullen vragen omdat de vraag te groot is. Een gebruikersbevraging zou hier meer duidelijkheid over kunnen geven. Bij de deelnemers zitten trouwens ook andere diensten dan MDT's.

We hebben er geen zicht op wat de reden is waarom aangemelde gebruikers afhaken. Ook vanuit de open vragen waar deelnemers hun antwoorden konden toelichten, hebben we daar geen informatie over.

Wachlijsten

Of er nu lange wachlijsten bestaan, is ook een vraag die moeilijk te beantwoorden valt. De antwoorden lopen erg uiteen, van geen wachttijd, tot enkele maanden. Veel diensten die maar tot 18-21 jaar gaan, zoals de CLB's, zeggen weinig wachlijsten te hebben. De CLB's lichten in de enquête toe dat ze er geen mogen hebben. Ook is er vaak een discrepantie tussen een wachtlijst voor een diagnostisch proces, en een wachtlijst voor begeleiding. Vele diensten combineren beide. De wachtlijst voor diagnostiek kan kort zijn, maar deze voor begeleiding lang. Doordat sommige diensten geen wachtlijst hebben, en anderen net een lange wachtlijst hebben kan de indruk ontstaan dat het spreiden van de aanmeldingen een voldoende oplossing is. We kunnen ons afvragen waarom sommige diensten veel meer aanmeldingen krijgen dan anderen: 12 diensten hebben meer dan 100 aanmeldingen. De diagnostische centra voor volwassenen, die specifiek een diagnostisch traject als opdracht hebben, hebben wachlijsten van meer dan 80 personen. Dit wijst mogelijk op een capaciteitsprobleem. Ook in de knelpunten wordt dit probleem aangehaald. Echter, daar niet iedereen de vraag naar knelpunten beantwoord heeft, kan hier geen sluitend antwoord op geformuleerd worden. Ook hier zou een gebruikersbevraging meer duidelijkheid kunnen bieden. Het zou een overhaaste conclusie zijn om te stellen dat er geen capaciteitsprobleem is.

Diagnostische werking

We zien soms verrassende antwoorden op de vragen omtrent de duur van diagnostisch onderzoek, bv. diensten die meer dan 20 overleguren aangeven. Mogelijks werden 'uren voor intern overleg' door sommige deelnemers niet geïnterpreteerd als cliëntgericht overleg in het kader van diagnostisch onderzoek, maar eerder opgevat als een algemeen overleg zoals teamvergaderingen. Ook de grootte van het team speelt een rol. Er werd de deelnemers namelijk gevraagd om de uren van het aantal medewerkers in het teamoverleg op te tellen. De uren intern overleg zullen dus hoger liggen bij grote teams t.o.v. kleine teams.

De antwoorden op de vragen naar benodigde tijd en middelen en het bedrag dat de cliënt betaalt, lopen erg uiteen. Uit de vrije antwoorden blijkt dat men meer tijd en middelen zou nodig hebben vanuit de behoefte om een goede kwaliteit te leveren, maar dat de schaarste van middelen de diensten onder druk zet om een minder dan gewenste kwaliteit af te leveren.

Ook de gebruikte methoden en betrokken disciplines bij het diagnostisch onderzoek leveren op het eerste zicht een aantal verrassende resultaten op. Zo wordt er soms een medisch onderzoek uitgevoerd voor het evalueren van de schoolse basisvaardigheden. Echter, een gesprek met de psychiater wordt allicht door sommige diensten als medisch onderzoek beschouwd, waardoor dit soms op onverwachte plekken wordt aangegeven. Een ander voorbeeld is de betrokkenheid van

verpleegkundigen bij het evalueren van intellectuele functies. Aangezien observatie een vaak gebruikte methode is bij het nagaan van de intellectuele functies, zou het kunnen dat verpleegkundigen betrokken zijn bij de observatie ervan.

De antwoorden op de vragen rond gebruikte methoden kunnen ons een vals positief beeld geven van de kwaliteit van het diagnostisch onderzoek. We zien wel dat er veel verschillende methoden worden gebruikt, maar worden ze wel correct toegepast? Wordt er wel voldoende evidence-based gewerkt? Dat kunnen we niet besluiten op basis van de huidige resultaten. Dit is een interessante vraag die met vervolgonderzoek nagegaan kan worden.

Hoofdstuk 4 Conclusies

Wat kunnen we besluiten uit het onderzoek?

In deel I van het onderzoek werden de diensten die zich in Vlaanderen bezig houden met diagnostiek van adolescenten en volwassenen met een beperking door een (vermoeden van) ontwikkelingsstoornis of niet-aangeboren hersenletsel bevestigd. We wilden te weten komen wat het huidige aanbod aan diagnostiek in Vlaanderen is.

Onderzoeksvraag 1: Wie doet aan diagnostiek (welke disciplines en vanuit welke setting)?

Een grote variatie aan diensten uit verschillende sectoren blijkt zich bezig te houden met (aspecten van) diagnostiek: observatiecentra bijzondere jeugdzorg, oriëntatiecentra voor volwassenen, (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten, centra voor ontwikkelingsstoornissen, niet gesubsidieerde (privé)centra, observatie- en behandelingscentra, centra voor leerlingenbegeleiding, individueel werkende psychiaters, mutualiteiten, centra voor geestelijke gezondheidszorg en centra of diensten voor revalidatie. Veel diensten (72%) geven aan dat zij zowel diagnostiek als begeleiding doen. Zo goed als alle teams zijn samengesteld uit meer dan één discipline, 82% uit meer dan twee disciplines. De psychologen zijn het meest vertegenwoordigd, gevolgd door verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en artsen. De studie laat niet toe de kwaliteit van de multidisciplinaire werking te beoordelen.

De veelheid van aanbod aan diensten (meer dan 700, zie bijlage 2 pag. 94) staat in contrast tot de gesignaleerde knelpunten van een onderaanbod van brede diagnostiek. Het bestaande aanbod is versnipperd.

Onderzoeksvraag 2: Welke hulpvragen worden door wie behandeld?

De hulpvragen waarmee cliënten bij diagnostische centra aankloppen, zijn zeer divers (zie Tabel 11). Hulpvragen die het vaakst (meer dan 75%) behandeld worden, zijn: een verklaring vinden voor de ervaren moeilijkheden, de vraag hoe de persoon zelf en/of de omgeving kan omgaan met de moeilijkheden en een evaluatie van het functioneren en de activiteiten die iemand kan doen. Het vaststellen of er al dan niet een stoornis is met een biologisch-medische component, is eveneens een hulpvraag die door 2/3 van de deelnemers belangrijk werd gevonden, evenals de vraag naar ondersteuningsvormen (mensen, middelen, diensten, aanpassingen aan onderwijs, financiering, coaching, therapieën, ...).

Niet alle diagnostische diensten doen alles. Sommige diensten zijn vooral bezig met het vaststellen van een stoornis, met het oog op tegemoetkomingen. Anderen zijn vooral bezig met in kaart brengen van ondersteuningsbehoeften, en verwijzen door voor verder onderzoek. Zeldzaam zijn de diensten die een breed aanbod geven. Het classificeren, verklaren, evalueren, omgaan met moeilijkheden en zoeken naar ondersteuningsvormen gebeurt door de meeste diensten. Enkel bij CGG's, mutualiteiten, GTB, observatie- en behandelingscentra gebeurt dit minder. Dit behoort ook niet tot

hun opdracht. Bij diagnostische centra voor volwassenen, observatiecentra bijzondere jeugdzorg en mutualiteiten kan men terecht voor vragen i.v.m. VAPH-dossiers. Dit is te verwachten omdat ze erkend zijn als multidisciplinair team. Vragen m.b.t. financiële ondersteuning worden niet alleen aan GTB en de mutualiteiten gesteld, maar ook aan privécentra, (kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten en individueel werkende psychiaters. Voor aanvraag van onderwijsfaciliteiten en onderwijsbegeleiding zoals GON-begeleiding, kan men ook terecht bij privécentra en individueel werkende psychiaters.

De belangrijkste doelgroepen zijn mensen met moeilijkheden op vlak van sociale communicatie en/of beperkt gedrag, mensen met moeilijkheden op vlak van aandacht en verstandelijke beperking. Moeilijkheden op vlak van sociale communicatie en/of beperkt, repetitief gedrag behoren in de meeste sectoren bij de vaakst onderzochte moeilijkheden. Hetzelfde geldt voor moeilijkheden op vlak van aandacht. De leermoeilijkheden vormen één van de vaakst onderzochte moeilijkheden voor de CLB's, het COS+ en de observatiecentra bijzondere jeugdzorg. Verstandelijke beperking is dan weer één van de grootste doelgroepen voor de diagnostische centra voor volwassenen, de observatie- en behandelingscentra, de GTB, de mutualiteiten en de individueel werkende psychiaters. Bij de revalidatiecentra worden taalmoeilijkheden, visuele en auditieve beperking zeer vaak onderzocht. Stoornissen in de motoriek komen vaak aan bod in onderzoek bij mutualiteiten. Psychische kwetsbaarheid (keuzeoptie 'Ander') vormt voor GTB de grootste doelgroep, samen met verstandelijke beperking.

Onderzoeksvraag 3: Is er overlap/verdubbeling in het diagnostisch landschap? Zijn er lacunes?

Niet alle centra gaan op alle vragen in. Er wordt veel samengewerkt met andere diensten om informatie in te winnen of delen van een diagnostisch traject uit te besteden.

Een gesignaleerde knelpunt is dat men voor heel wat hulpvragen op te weinig diensten terecht kan. Men ervaart vooral een tekort aan diensten die een verklaring kunnen vinden voor de ervaren moeilijkheden, de aard van de stoornis vaststellen, nagaan hoe de persoon en/of de omgeving kan omgaan met de moeilijkheden, welke concrete ondersteuningsvormen er nodig zijn en het functioneren en de activiteiten evalueren.

Er wordt geen overaanbod voor bepaalde hulpvragen gerapporteerd.

Onderzoeksvraag 4: Welke diagnostische methoden worden gebruikt?

Uit de bevraging van de gebruikte methoden en betrokken disciplines in diagnostisch onderzoek blijkt dat deze zeer gevarieerd zijn. De meest gebruikte methoden zijn het (anamnestisch) interview en het opvragen van informatie bij andere diensten of personen. Deze worden naargelang de hulpvraag aangevuld met andere methoden, bv. vragenlijsten, observatie, medisch onderzoek of gestandaardiseerde tests. De meest betrokken disciplines om het onderzoek uit te voeren zijn psychologen en artsen, hoewel een hele waaier aan disciplines betrokken wordt.

Onderzoeksvraag 5: Is er voldoende kwalitatief diagnostisch materiaal voorhanden en wordt dit op een correcte manier toegepast?

Een knelpunt dat door 7 diensten wordt aangegeven, is dat het gebruikte materiaal vaak te weinig kwaliteitsvol is. Het is verouderd, onvoldoende genormeerd, te weinig aangepast aan Vlaanderen, te weinig gestandaardiseerd en te weinig betrouwbaar en valide. Sommigen vinden dat voldoende aangepast materiaal voor jongeren met een verstandelijke beperking en mensen met ernstige motorische beperkingen of spraakmoeilijkheden ontbreekt. De andere deelnemers hebben deze vraag ofwel niet ingevuld, of gaven dit knelpunt niet aan. Dus op basis van deze resultaten kan niet gesteld worden of er al dan niet voldoende kwalitatief diagnostisch materiaal voorhanden is.

Onderzoeksvraag 6: Welke visie op diagnostiek wordt gehanteerd?

Het model voor handelingsgerichte diagnostiek wordt het vaakst geciteerd. De deelnemende diensten baseren zich daarnaast vooral op kennis rond classificerende diagnostiek en de ICF. Het onderzoek kan echter geen besluiten trekken in hoeverre de kennis en modellen kwaliteitsvol worden toegepast. Daartoe zou een individueel onderzoek per centrum nodig zijn.

Hoewel het onderzoek niet rechtstreeks heeft gevraagd wat kwaliteitsvolle diagnostiek voor de deelnemers inhoudt, kunnen we uit de antwoorden rond sterktes en knelpunten, die door 50 deelnemers werden ingevuld, een aantal elementen afleiden: multidisciplinaire samenwerking; de behoefte om naast het vaststellen van een stoornis ook handelingsgericht te zoeken naar behoeften van de persoon-vraagsteller, op wat hij/zij daadwerkelijk al dan niet kan uitvoeren (activiteiten en participatie), of zou willen en kunnen uitvoeren, mits nodige ondersteuning/ hulpmiddelen of personen; de wens om voldoende tijd te krijgen voor het verzamelen van gegevens, en voor het communiceren van de resultaten met alle betrokken partijen.

Onderzoeksvraag 7: Welke (kwantitatieve en kwalitatieve) knelpunten worden in de diagnostiek ervaren m.b.t. de regelgeving rond en de organisatie van dit zorgaspect in Vlaanderen?

50 deelnemers beantwoordden de open vraag naar de sterke punten van diagnostiek in Vlaanderen en 56 diensten die rond knelpunten. De sterke punten van diagnostiek in Vlaanderen zijn de aanwezige expertise en kennis, de kwaliteit van de diagnostiek, een sterk en divers aanbod, denkkaders zoals de ICF en handelingsgerichte diagnostiek en multidisciplinair werken. Echter, het aanbod wordt door 20 diensten ook als knelpunt aangehaald. Het tekort aan diagnostische centra wordt mede verklaard door de onevenredige vergoeding die diensten ontvangen voor het tijdrovende diagnostisch onderzoek. Daardoor zijn er vaak lange wachtlijsten. Hoewel dit door 18 deelnemers als een knelpunt wordt aangegeven, zijn de meeste wachtlijsten van +16-jarigen die in deze enquête werden aangegeven beperkt tot 20 personen of minder. Er is volgens 15 deelnemers te weinig terugbetaling voor diagnostisch onderzoek, wat leidt tot een te grote financiële last op gebruikers. Het huidige beleid wordt door 10 deelnemers ervaren als te stoornisgericht met een te grote focus op het krijgen van een label als toegangsticket tot hulp. Tien deelnemers vinden de afstemming en coördinatie van het diagnostisch aanbod onvoldoende waardoor het aanbod te versnipperd is en te sterk verschilt van regio tot regio. Tien diensten vinden dat de kwaliteit beter kan. Een ander knelpunt is het tekort aan expertise, wat uiteraard hetzelfde sterke punt tegen

spreekt. Opleiding zou te duur en tijd consumerend zijn. Tot slot zijn er tekortkomingen in het gebruikte materiaal, moet de samenwerking en informatiedoorstroom tussen diensten beter en is er volgens sommigen een tekort aan tijd en middelen. Uit huidige bevraging blijkt dat er met andere diensten wordt samengewerkt op vlak van diagnostiek omdat er onvoldoende expertise aanwezig is in het eigen team of omdat diagnostiek niet tot de eigen kernopdracht behoort. Met bepaalde diensten wordt er veel samengewerkt, met andere minder.

Heel wat thema's verdienen volgens de deelnemers meer aandacht: geschikte opvangmogelijkheden zoeken; samenwerking in netwerk met andere diensten; opleiding en vorming van professionelen; evaluatie van de context; voldoende tijd voor een grondige evaluatie; het aanbod aan kortdurende trajectbegeleiding; zowel aan een vaststellende, verklarende als functionele (handelingsgerichte) diagnostiek; het zoeken van geschikte hulpmiddelen en het MDT aanbod.

Meer dan de helft vindt dat er daarvoor nood is aan een onafhankelijk diagnose-, advies- en expertisecentrum voor jongeren vanaf 16 jaar met een beperking (niet direct verbonden aan een therapiecentrum) in Vlaanderen.

De vraag was of het aanbod van diensten matcht met de vraag. Het lijkt erop dat er onvoldoende match is tussen vraag en aanbod.

Onderzoeksvraag 8: Wat is de kostprijs van het onderzoek en hoe wordt dit gefinancierd?

Financiële tussenkomsten door de overheid vormen belangrijke inkomsten voor de diensten die aan diagnostiek doen. De financieringsbronnen zijn echter afhankelijk van de sector. Verschillende ministeries zijn op dit moment betrokken bij de financiering van "diagnostische vragen" in verband met mensen met een beperking: bij het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap zijn dat het Departement Onderwijs & Vorming (CLB's); het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (VAPH met de MDT's, revalidatiecentra tot 18 jaar, Agentschap Jongerenwelzijn, Centra Geestelijke Gezondheidszorg); het Departement Werk en Sociale Economie (de VDAB met gespecialiseerde arbeidstrajectbegeleiding); de Federale ministeries van Volksgezondheid en Sociale zaken (financieren RIZIV, de psychiatrische sector, zelfstandige logopedisten, kinesitherapeuten en artsen).

Op vragen over de mate waarin tijd en middelen voldoende zijn en of het bedrag dat de cliënt zelf betaalt de kwaliteit bevordert of niet, wordt heel verdeeld gereageerd. Vooral de CGG's, CLB's, het COS+ en de mutualiteiten geven een tekort aan tijd en middelen aan. Uit huidig onderzoek blijkt dat het contact met de cliënt in een diagnostisch onderzoek vaak veel tijd in beslag neemt, hoewel dit erg varieert per sector. Gemiddeld heeft een dienst per diagnostisch onderzoek 9,8 contacturen, 7,4 uren verslaggeving, 5,7 uren intern overleg en 4,1 uren extern overleg nodig. De tijd die verslaggeving inneemt is vaak bijna even lang als het contact met de cliënt zelf. Er gaan veel personeelsuren naar de verslaggeving en het overleg.

Welke vragen verdienen verdere aandacht?

Zoals in elk onderzoek, worden slechts sommige vragen beantwoord, andere minder. We hebben nu een beter zicht op wat de aanbieders van diagnostiek ervaren, zowel knelpunten als sterke punten, maar de antwoorden liggen soms ver uit elkaar, zijn niet altijd eenduidig. Daardoor rijzen er zoals in elk onderzoek nieuwe vragen.

1. Blijven onafhankelijke diagnostische diensten nodig?

Hoewel meer dan de helft van de deelnemers hierop positief antwoordde, is het antwoord niet eenduidig. Wat wel belangrijk gevonden wordt, is dat de diensten die een diagnostische evaluatie maken van de handicapsituatie, hiervoor voldoende tijd en middelen zouden kunnen krijgen. Dat is niet steeds het geval. De suggestie zou kunnen zijn om onafhankelijke diagnostische centra beter te ondersteunen en toegankelijker te maken, los van enige belangenvermenging, waarbij de uitkomst van het diagnostisch proces op geen wijze kan leiden tot een financieel voordeel voor de betrokken organisatie. Hou zouden die centra er dan moeten uitzien, wat zou hun opdracht zijn, hoe zouden ze kunnen georganiseerd en gefinancierd worden?

2. Hoe toereikend is het aanbod aan diensten diagnostiek die zich richten op de groep adolescenten en jongvolwassenen met complexe problematiek?

Het lijkt erop dat het aanbod van diagnostische diensten die gespecialiseerd zijn in jongeren en volwassenen met een beperking, met een complexe problematiek (motorisch, sociaal, communicatief, verstandelijk functioneren) ontoereikend is. Het is moeilijk om dit te kwantificeren. We zouden dan een bevraging moeten kunnen doen bij de eindgebruikers, d.w.z. de mensen die een probleem ervaren.

3. Hoe kan versnippering van het diagnostisch landschap worden tegengaan?

Het is duidelijk dat het diagnostisch landschap versnipperd is, en dat de behoefte wordt geuit aan samenwerking. Op zich is diversiteit niet noodzakelijk een nadeel. Mensen onderzoeken verschillende aspecten naargelang de vraag, en verwijzen soms door. Dit vraagt een correcte informatie-uitwisseling. Op welke manier zou informatie beter kunnen uitgewisseld worden? Hoe kan de informatieverzameling efficiënter? Een suggestie zou kunnen zijn dat er een sociale kaart van de diagnostiek gemaakt wordt, die up-to-date kan worden gehouden, met een soort centraal registratiesysteem. De Diensten Ondersteuningsplan, die bedoeld zijn als laagdrempelig, zouden kunnen fungeren als dispatching.

Mogelijks zou een gemeenschappelijk communicatiekader zoals de ICF hierbij kunnen helpen. De WHO heeft de ICF precies met deze bedoeling voorgesteld. Vele diensten geven aan dat ze op de hoogte zijn van de ICF en deze als model gebruiken, maar het is onduidelijk

in welke mate dit werkelijk wordt geïmplementeerd. Ook daar zou verder onderzoek naar kunnen gebeuren.

4. Wat is goede kwaliteit van diagnostiek?

Het onderzoek heeft vele interessante gegevens opgeleverd over wat men in de praktijk onder diagnostiek verstaat. Diagnostische diensten verzamelen zeer verschillende informatie, in functie van de vraag die gesteld wordt. Diagnostiek gaat over een waaier aan aspecten van de ervaren beperkingen in het menselijke functioneren, zoals de ICF deze in kaart poogt te brengen: medisch-biologische aspecten, activiteiten, participeren, externe factoren zoals hulpmiddelen, aanpassingen, ondersteuningsvormen, mensen en middelen. Mensen gebruiken hiervoor een diversiteit aan methoden om die informatie te verzamelen. De deelnemers gaven ook een aantal aspecten aan die volgens hen meer aandacht verdienen (zie Tabel 35). Over de daadwerkelijke kwaliteit van diagnostiek kan het onderzoek zich niet uitspreken, maar het zou interessant zijn hier verder onderzoek naar te doen, om de kwaliteit te optimaliseren.

In functie daarvan kan dan ook de vraag gesteld worden welke vorming de personeelsleden van diagnostische centra nodig hebben.

Om de vraag te kunnen beantwoorden wat goede kwaliteit van diagnostiek is, zou men ook de gebruikers zelf aan het woord moeten laten: wat doen zij met de informatie uit de diagnostiek? Matcht hun behoefte ook met het aanbod? Vinden zij de weg naar de diagnostische centra, of zijn er drempels die hen nu tegenhouden? Wat ervaren verwijzers op dit gebied: zijn er mensen die nu in de kou blijven staan? Of vragen waarop het huidig aanbod geen antwoord biedt? Er is op dit gebied diepgaander onderzoek nodig, voornamelijk ook van de “grijze zone”, d.w.z. over mensen met een functioneringsprobleem die niet aan diepgaander diagnostiek toekomen.

Een beperking van het onderzoek is dat dit alleen adolescenten en volwassenen betrof. Ook een bevraging bij centra die werken met kinderproblematiek is nog nodig.

Referenties

- Administration on Intellectual and Developmental Disabilities (AIDD) (2000). The Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act of 2000. *Public Law*, 106-402.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed.* Revised. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anderson, L., Larson, S., Lakin, C., & Kwak, N. (2002). Children with disabilities: social roles and family impacts in the NHIS-D. *DD Data Brief*, 4(1).
- Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network (2014). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*, 63(2).
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368, 210-15.
- Baron-Cohen, S., Scott, F.J., Allison, C. et al. (2009). Autism spectrum prevalence: a school-based U.K. population study. *British Journal of Psychiatry*, 194, 500-509.
- Blackburn, C., Read, J., & Spencer, N. (2012). Children with neurodevelopmental disabilities. *Annual Report of the Chief Medical Officer. Our Children Deserve Better: Prevention Pays.*
- Boyle, C. A., Boulet, S., Schieve, L. A., Cohen, R. A., Blumberg, S. J., Yeargin-Allsopp, M., Visser, S., & Kogan, M. D. (2011). Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997–2008. *Pediatrics*, 127, 1034-1042.
- Brosnan, J., & Healy, O. (2011). A review of behavioral interventions for the treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 437-446.
- Bryson, S. E., Bradley, E. A., Thompson, A., & Wainwright, A. (2008). Prevalence of autism among adolescents with intellectual disabilities. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 449-59.

- Buntinx, W., & Schalock, R. (2010). Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294.
- Campbell, C. A., Davarya, S., Elsabbagh, M., Madden, L., & Fombonne, E. (2011). Prevalence and the Controversy. In Matson, J. L., & Sturmey, P. (Eds.), *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Springer, New York.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2006). Prevalence of Autism Spectrum Disorders --- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report* 2009, 58,(S 10)1-20.
- COS-Gent (2014). *Jaarverslag COS-Gent 2013*. Gent: COS Gent.
- De Bruyn, E. E. J., Ruijsenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K., & Van Aarle, E. J. M. (2003). *De diagnostische cyclus. Een praktijkleer*. Leuven: Acco
- De Sociale kaart (2017a). Zoekresultaten voor Psychiatrische afdelingen van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) en Psychiatrische ziekenhuizen. Geraadpleegd op 20 januari 2017 via www.desocialekaart.be.
- De Sociale kaart (2017b). Zoekresultaten voor Observatie- en behandelingscentra (OBC) . Geraadpleegd op 20 januari 2017 via www.desocialekaart.be.
- De Sociale kaart (2017c). Zoekresultaten voor Onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra. Geraadpleegd op 20 januari 2017 via www.desocialekaart.be.
- De Zeeuw, J. (1983). *Algemene psychodiagnostiek: Deel 3. Testpraxis*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Department for Work and Pensions (2012). *Family Resources Survey 2010/11*. Geraadpleegd op 17 april 2015 via www.gov.uk
- Dereu, M., Warreyn, P., Raymaekers, R., Meirsschaut, M., Pattyn, G., Schietecatte, I., & Roeyers, H. (2010). Screening for autism spectrum disorders in Flemish day-care centers with the checklist for early signs of developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1247-1258.
- Dolk, H., Pattenden, S., Bonellie, S., Colver, A., King, A., Kurinczuk, J. J., Parkes, J., Platt, M. J., & Surman, G. (2010). Socio-economic inequalities in cerebral palsy prevalence in the United Kingdom: a register-based study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 24, 149-155.
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C. S., Wang, C., Yasamy, M. T., & Fombonne, E. (2012). Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Autism Research*, 5, 160-179.
- Emerson, E. (2012). Deprivation, ethnicity and the prevalence of intellectual and developmental disabilities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 218-244.

- European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (2008). *Quality in and equality of access to healthcare services*. Geraadpleegd op 10 april 2015 via ec.europa.eu
- Federatie van Centra voor Ambulante Revalidatie (2017). *Centra Ambulante Revalidatie In Vlaanderen*. Geraadpleegd op 20 januari 2017 via www.revalidatie.be.
- Fombonne, E. (2003). The prevalence of autism. *Journal of the American Medical Association*, 289(1), 1-3.
- Fombonne, E. (2005). Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(suppl 10), 3-8.
- Fombonne, E., Quirke, S., & Hagen, A. (2011). Epidemiology of pervasive developmental disorders. In Amaral, D.G., Dawson, G., & Geschwind, D.H. (Eds.), *Autism Spectrum Disorders*. Oxford University Press.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1203-1211.
- Fougeyrollas, P., & Beauregard, L. (2001). Disability: A person/environment interaction social creation. In: Albrecht G.L., Seelman, K.D., & Bury, M. (Eds). *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Geerts, E., & Heyninx, K. (2012). *Prevalentie-onderzoek naar diagnoseverklaringen in het Nederlandstalig basisonderwijs in Vlaanderen en Brussel* [Masterproef]. Brussel: Vrije Universiteit Brussel Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen.
- Grietens, H., Maes, B., De Cock, P., & Sniekers, K. (2004). *Inventaris en analyse van het diagnostisch aanbod van de multidisciplinaire teams: een bijdrage aan de uniformering en protocollering van de diagnostische praktijk. Een onderzoek in opdracht van het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Hattier, M. A., Matson, J. L., Sipes, M., & Turygin, N. (2011). Communication deficits in infants and toddlers with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2108-2113.
- Hawking, S. W. (2011). Foreword (pg . IX). *World Report On Disability*. Geneva: WHO.
- Informatiesteunpunt Zorg en Gezondheid (2017). *Centra voor geestelijke gezondheidszorg: adresgegevens: overzicht met vermelding van uitbatingsplaatsen en antennes*. Geraadpleegd op 20 januari 2017 via www.zorg-en-gezondheid.be
- Kind & Gezin (2014). *Het Kind in Vlaanderen 2013*. Brussel: Kind & Gezin.
- Larson, S. A., Lakin, K. C., Anderson, L., Kwak, N., Lee, J. H., & Anderson, D. (2001). Prevalence of mental retardation and developmental disabilities: estimates from the 1994/1995 National Health Interview Survey Disability Supplements. *American Journal of Mental Retardation*, 106(3), 231-252.

- Lebeer, J., Birta-Szekely, N., Demeter, K., Bohács, K., Candeias, A. A., Sønnesyn, G., Partanen, P., & Dawson, L. (2011). Re-assessing the Current Assessment Practice of Children with Special Education Needs, *School Psychology International*, 33(1), 69-92.
- Lebeer, J., Partanen, P., Candeias, A., Grácio, M.L, Bohacs, K., Sønnesyn, G., Van de Veire, H., Van Trimpont, I., Orban, R., János, R., Demeter, K., Schraepen, B., & Dawson, L. (2013), The need for a more dynamic and ecological assessment of children experiencing barriers to learning to move towards inclusive education: a summary of results of the Daffodil project. *Transylvanian Journal of Psychology, Special Issue "Psychological and Educational Aspects of Inclusion"*, 175-206.
- Lecavalier, L., Snow, A. V., & Norris, M. (2011). Autism spectrum disorder and intellectual disability. In Matson, J. L., & Sturmey, P. (Eds.), *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: Springer.
- Leonardi, M., Bickenbach, J., Ustun, T. B., Kostanjsek, N., & Chatterji, S. (MHADIE Consortium) (2006). The definition of disability: what is in a name? *Lancet*, 368, 1219-1221.
- Lindsay, W. R., & Taylor, J. L. (2005). A Selective Review of Research on Offenders with Developmental Disabilities: Assessment and Treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 201-214.
- Lingam, R., Hunt, L., Golding, J., Jongmans, M., & Emond, A. (2009). Prevalence of developmental coordination disorder using the DSM-IV at 7 years of age: a UK population-based study. *Pediatrics*, 123, 693-700.
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Du, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 419-436.
- Mortelmans, D. (2007). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco
- New South Wales Department of Health. Division of Planning and Research, & Richmond, D. T. (1983). *Inquiry into health services for the psychiatrically ill and developmentally disabled*. Haymarket, N.S.W: Department of Health, N.S.W., Division of Planning and Research.
- NICE (2011). *Autism diagnosis in children and young people. Recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum*. NICE clinical guideline 128. Geraadpleegd op 12 april 2015 via www.nice.org.uk
- Onderwijs Vlaanderen (2014a). *Het Statistisch Jaarboek van het Vlaamse Onderwijs, schooljaar 2013-2014*. Geraadpleegd op 18 april 2015 via www.onderwijs.vlaanderen.be
- Onderwijs Vlaanderen (2014b). Omzendbrief Instellingen die inschrijvingsverslagen kunnen opmaken voor het Schooljaar 2014-2015. *Edulex. Wetgeving en omzendbrieven voor het Vlaamse onderwijs*. Geraadpleegd op 18 april 2015 via www.onderwijs.vlaanderen.be
- Onderwijs Vlaanderen (2015). *Specifieke onderwijsbehoeften. Recht op aangepast onderwijs*. Geraadpleegd op 18 april 2015 via www.onderwijs.vlaanderen.be

- Onderwijs Vlaanderen (2017). *Onderwijsaanbod Centra voor leerlingenbegeleiding*. Geraadpleegd op 18 april 2015 via www.onderwijs.vlaanderen.be
- Oskoui, M., Coutinho, F., Dykeman, J., Jetté, N., & Pringsheim, T. (2013). An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55, 509-519.
- Pameijer, N., & van Beukering, T. (2004) *Handelingsgerichte diagnostiek: een praktijkmodel voor diagnostiek en onderwijsadvisering bij leerproblemen*. Leuven: Acco
- Parish, S. L., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., & Floyd, F. (2004). Economic implications of caregiving at midlife: comparing parents with and without children who have developmental disabilities. *Mental Retardation*, 42, 413-426.
- Parmenter T.R. (2008). The present, past and future of the study of intellectual disability: challenges in developing countries. *Salud Pública de México*, 50, 124-131.
- Patel, D. R., & Merrick, J. (2011). Neurodevelopmental Disabilities: Introduction and Epidemiology. Neurodevelopmental Disabilities. In Patel, D. R., Greydanus, D.E., Omar, H. A., & Merrick, J. *Neurodevelopmental Disabilities. Clinical Care for Children and Young Adults*. New York: Springer.
- Petersilia, J. (2000) *Doing Justice? Criminal Offenders with Developmental Disabilities. Detailed Research Findings*. Berkeley: California Policy Research Center.
- Petrou, S., Johnson, S., Wolke, D., & Marlow, N. (2013). The association between neurodevelopmental disability and economic outcomes during mid-childhood. *Child: Care, Health and Development*, 39, 345-357.
- Prodia (2015a). *1 Theoretisch deel*. Geraadpleegd op 20 april 2015 via www.prodiagnostiek.be
- Prodia (2015b). *Theorie - Inleiding - Gedrags- en emotionele problemen en (ontwikkelings)stoornissen in dit protocol*. Geraadpleegd op 20 april 2015 via www.prodiagnostiek.be
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) (2015). *Terugbetaling van kinesitherapie voor de aandoeningen op de lijsten 'Fa' en 'Fb'*. Geraadpleegd op 3 juni 2015 via www.riziv.fgov.be
- RIVM- FIC WHO-cc –(Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu WHO collaborating centre voor de Family of International Classifications) (2011). *De ICF, een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn*. Bilthoven: RIVM-FIC WHO-cc.
- Roeyers, H. (2014). Hoe vaak komt autismespectrumstoornis voor? Uit Roeyers, H. *Autismespectrumstoornis. Alles op een rijtje*. Acco: Leuven.
- Roulstone, A., & Barnes, C. (2005). *Working futures? Disabled people, policy and social inclusion*. Bristol: Policy Press.
- Rutter, M. (1970). Autistic children: infancy to adulthood. *Seminars in Psychiatry*, 2, 435-450.

- Samoy, E. (2015). *Handicap en Arbeid. Deel I: Definities en Statistieken over de arbeidsdeelname van mensen met een handicap*. Departement Werk & Sociale Economie.
- Seminarie RCA (2014). *Consensusnota Seminarie RCA van 25/11/2014: Voldoende kwaliteitsvol en bereikbaar aanbod in Vlaanderen voor (jong) volwassenen met ASS* [Onuitgegeven intern document]. Antwerpen: Gouverneur Kinsbergencentrum.
- Statistics Canada (2006). *2006 Participation and Activity Limitation Survey*. Geraadpleegd op 20 april 2015 via <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/rt-td/index-eng.cfm>
- Statistics Canada (2010). *Persons With Disabilities: 2006 Facts And Figures*. Geraadpleegd op 20 april 2015 via <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/rt-td/index-eng.cfm>
- The American with Disabilities Act (ADA) (2008). Geraadpleegd op 20 april 2015 via www.ada.gov
- Tsiotra, G. D., Flouris, A. D., Koutedakis, Y., Faight, B. E., Nevill, A. M., Lane, A. M., & Skenteris, N. (2006). A comparison of developmental coordination disorder prevalence rates in Canadian and Greek children. *Journal of Adolescent Health, 39*, 125-127.
- UZ Brussel (2017). *COS+ - Leerkliniek*. Geraadpleegd op 20 januari 2017 via <http://www.uzbrussel.be/u/view/nl/3728427-COS%2B+-+Leerkliniek.html>
- Verenigde Naties (2007). *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap*. New York: VN.
- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) (2010a). *Handinfo - Handige informatie voor personen met een handicap*. Geraadpleegd op 3 april 2015 via www.vaph.be
- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) (2010b). *Praktijkgids voor de multidisciplinaire teams*. Geraadpleegd op 3 april 2015 via www.vaph.be
- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) (2012). *Classificerende Diagnostische Protocolen. Simulatie Diagnose- en Indicatiestelling 2011-2012*. Geraadpleegd op 3 april 2015 via www.vaph.be
- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) (2015). *Over het VAPH. Wie kan een beroep doen op het VAPH?* Geraadpleegd op 3 april 2015 via www.vaph.be
- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) (2017). *Volledige lijst erkende multidisciplinaire teams*. Geraadpleegd op 20 januari 2017 via www.vaph.be
- Vlor (2010). *Advies over de invulling van het VN-verdrag voor gelijke rechten voor personen met een handicap voor het Vlaamse hoger onderwijs*. Brussel: Advies Raad Hoger Onderwijs.
- Westerinen, H., Kaski, M., Virta, L., Almqvis, F., & Iivanainen, M. (2007). Prevalence of intellectual disability: A comprehensive study based on national registers. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*, 715-725.
- Williams, J. G., Brayne, C. E., & Higgins, J. P. (2006). Systematic review of prevalence studies of autism spectrum disorders. *Archives of Disease in Childhood, 91*, 8-15.

- World Health Organization (WHO) (1975). *The ICD-9 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2001). *The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2007). *The International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2008). *Nederlandse vertaling van The International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- World Health Organization (WHO) (2011). *World Report on Disability*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2012). *Early Childhood Development and Disability: discussion paper*. Malta: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2013). *Meeting report. Autism spectrum disorders & other developmental disorders. From raising awareness to building capacity*. Geneva: WHO.
- Wright, H. C., & Sugden, D. A. (1996). A two-step procedure for the identification of children with developmental co-ordination disorder in Singapore. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 38, 1099-1105.
- Zwicker, J. G., Missiuna, C., Harris, S. R., & Boyd, L. A. (2012). Developmental coordination disorder: A review and update. *European Journal of Paediatric Neurology*, 16(6), 573-81.

Bijlagen

Bijlage 1: brief oproep tot deelname aan onderzoek



T.a.v. xxx

Onderwerp: Vragenlijst onderzoek diagnostisch aanbod bij jongeren en volwassenen met een beperking t.g.v. ontwikkelingsstoornis of N.A.H. (DIA-LAND)

Wilrijk, xxx 2016

Beste collega,

In het kader van de overeenkomst Universiteit Antwerpen - Gouverneur Kinsbergencentrum voeren we een onderzoek uit naar het diagnostisch aanbod bij jongeren en (jong)volwassenen (16+) met een functioneringsprobleem t.g.v. een ontwikkelingsstoornis of niet-aangeboren hersenletsel (N.A.H.).

Vele diensten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen stellen vast – onder andere op grond van de lange wachtlijsten – dat het huidige aanbod van diagnostiek zowel voor kinderen, adolescenten als volwassenen ontoereikend is. Met dit onderzoek willen we de bestaande behoefte en mogelijke knelpunten op vlak van diagnostiek nagaan: hoe groot de nood aan diagnostiek precies is en waar deze noden zich dan situeren. Doel is om een betere afstemming te bekomen tussen het huidige aanbod van handicap-gerelateerde diagnostische onderzoeken en de behoeften van de verwijzers en gebruikers, een betere inbedding in een diagnostisch traject, het beter coördineren van het huidige aanbod in de verschillende centra, de kwaliteit van het diagnostisch aanbod te verbeteren, en de overheid te adviseren en de economische haalbaarheid na te gaan.

Daarom willen we U vragen mee te werken aan deze enquête. We willen alle diensten die in Vlaanderen te maken hebben met de diagnostiek van ontwikkelingsstoornis of N.A.H. bij jongeren en (jong)volwassenen (16+) bereiken.

Het volledige onderzoeksprotocol is te vinden op:

<https://www.uantwerpen.be/nl/onderzoeksgroep/handicapstudies/onderzoek/nationaal-en-interna/dialand/>

Mogen we u vragen de online enquête vóór 1 juni 2016 in te vullen a.u.b.? Aangezien er concrete vragen worden gesteld over o.a. de doelgroep, cliëntenaantallen en wachtlijst, raden we aan om de enquête te laten invullen door of samen met de leidinggevende, inhoudelijk verantwoordelijke, of een ander persoon die goed op de hoogte is van de werking van uw dienst. Zolang de enquête niet volledig beëindigd is, kan u de enquête steeds sluiten en op een later moment verder invullen. U kan

eveneens navigeren tussen de verschillende pagina's met vragen. Op die manier kan de enquête indien nodig door verschillende personen worden ingevuld. Het invullen neemt ongeveer een 30' in beslag.

Vragen en bemerkingen kan u steeds richten aan Caroline Bolckmans via Caroline.Bolckmans@provincieantwerpen.be of aan prof. dr. Jo Lebeer via jo.lebeer@uantwerpen.be of op het telefoonnummer 03 830 73 10. Alvast bedankt voor uw medewerking.

De enquête is te vinden via [deze link](#).

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. Jo Lebeer, Universiteit Antwerpen, ELIZA, Handicapstudies
Prof. dr. Jef Breda, emer. Prof. Sociologie Universiteit Antwerpen
Kathrine Goffart, Oriëntatiecentrum Gouverneur Kinsbergen
Greet Du Bois, Oriëntatiecentrum Gouverneur Kinsbergen
Caroline Bolckmans, Oriëntatiecentrum Gouverneur Kinsbergen

Universiteit Antwerpen
Faculteit Geneeskunde & Gezondheidswetenschappen
Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg ELIZA
Campus Drie Eiken R3.13, Universiteitsplein 1, 2610 Wilrijk
Tel +32 3 265 25 29 | Fax +323 265 25 26
<https://www.uantwerpen.be/nl/onderzoeksgroep/handicapstudies>
Jo.Lebeer@uantwerpen.be

Gouverneur Kinsbergencentrum
Oriëntatiecentrum & Centrum Ontwikkelingsstoornissen
Doornstraat 331, 2610 Wilrijk
Tel +32 3 830 73 10 of +32 3 821 03 00 | Fax +32 3 828 69 64
<http://oc.kinsbergenvzw.be>
Onderzoeker: Caroline.Bolckmans@provincieantwerpen.be
Vervangend coördinator: Greet.DuBois@provincieantwerpen.be

Bijlage 2: Lijst met gebruikte afkortingen

ADHD	Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis
ADI-R	Autisme Diagnostisch Interview- Revised
ADOS	Autisme Diagnostisch Observatie Schema
APA	American Psychiatric Association
ASS	Autismespectrumstoornis
BTOM	Bijzondere TewerkstellingsOndersteunende Maatregelen
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CGG	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
DOP	Dienst Ondersteuningsplan
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
FAM	Flexibel aanbod voor meerderjarigen
FOD	Federale Overheidsdienst
GON	Geïntegreerd onderwijs
GTB	Gespecialiseerde Trajectbepalings- en Begeleidingsdienst
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
MDT	Multidisciplinair Team
N.A.H.	Niet-aangeboren hersenletsel
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OCD	Obsessief-compulsieve stoornis
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PDD-NOS	Pervasieve ontwikkelingsstoornis-niet anderszins omschreven
Prodia	Protocollering van de diagnostiek
RCA	Referentiecentrum Autisme
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
RTH	Rechtstreeks toegankelijke hulp
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VFD	Vlaams Forum voor Diagnostiek
Vlor	Vlaamse onderwijsraad
VN	Verenigde Naties
WHO	World Health Organisation

Bijlage 3 Lijst aangeschreven diagnostische centra

Categorie	Totale aantal	Aantal MDT	Aantal ook voor volwassenen
Centrum gespecialiseerde voorlichting bij beroepskeuze (NU: gespecialiseerde arbeidstrajectbegeleidingsdienst) VDAB (werd niet verspreid maar ingevuld door werkgroep GTB)	1	13	13
Centrum of dienst voor ambulante revalidatie (CAR)	52	51	49
Centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB)	72	14	14
Centrum geestelijke gezondheidszorg teams (CGG)	106	0	
Centrum voor observatie oriëntering medische psychologische en pedagogische behandeling van gehandicapten (OOC)	6	5	5
Centrum voor ontwikkelingsstoornissen (COS)	4	2	0
Centrum of Dienst voor Maatschappelijk Werk (Mutualiteit)	64	64	61
Psychiatrische centra			
(Kinder)psychiatrische ziekenhuisdiensten	6	3	3
Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg	3	3	3
Privécentra	36	0	
Psychiaters (VVP- Vlaamse Vereniging Psychiatrie)	400	0	
MDT multidisciplinaire teams	155	155	
Subtotaal	905	310	148
Contacten Kwaliteitscentrum Diagnostiek	1000		
TOTAAL	1861		

Bijlage 4: Multidisciplinaire diagnostische teams in Vlaanderen 2016-19

Deze centra werden door het VAPH erkend als multidisciplinaire teams (MDT)

Tabel 36 Multidisciplinaire diagnostische teams erkend door het VAPH voor 2016-19 (bron: <http://www.vaph.be/adressen/mdt/>)

Categorie	Totale aantal	Aantal gericht op 16+
Centrum gespecialiseerde voorlichting bij beroepskeuze	13	13
Centrum of dienst voor revalidatie	51	49
Centrum voor leerlingenbegeleiding	14	14
Centrum of dienst voor maatschappelijk werk (Mutualiteit)	64	61
Centrum voor observatie oriëntering medische psychologische en pedagogische behandeling van gehandicapten	5	5
Centrum voor ontwikkelingsstoornissen	2	0
Kinderpsychiatrische ziekenhuisdienst	3	3
Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg	3	3
Totaal	155	148

Bijlage 5: Vragenlijst voor diensten diagnostiek adolescenten en volwassenen met een beperking

Q1 Onderzoek diagnostisch aanbod bij jongeren en volwassenen met een beperking t.g.v. een ontwikkelingsstoornis of niet-aangeboren hersenafwijking (N.A.H.) (DIA-LAND) Het Oriëntatiecentrum Gouverneur Kinsbergen en de Universiteit Antwerpen voeren een onderzoek uit die het aanbod aan diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen en N.A.H. bij jongeren en volwassenen (16+) in Vlaanderen in kaart wil brengen, alsook de ervaren behoeften en knelpunten in het diagnostisch aanbod wil nagaan. In deze enquête worden verschillende aspecten van de werking van uw dienst bevestigd, met name algemene gegevens van uw dienst, vragen over de doelgroep en het diagnostisch onderzoek en de ervaren knelpunten. De resultaten van deze enquête worden enkel gebruikt om algemene gegevens te bekomen. In de communicatie en publicatie over dit onderzoek worden geen antwoorden aan individuele diensten gelinkt. Wij verzoeken u vriendelijk deze enquête in te vullen vóór 25 juli 2016. Zolang u de enquête niet heeft afgesloten, kan u op elk moment uw browser sluiten en de enquête op een later moment (vanaf hetzelfde apparaat en dezelfde browser) verder invullen. Het invullen van de enquête duurt ongeveer 30 minuten. Gelieve de vragen zo accuraat mogelijk in te vullen. U kan steeds terugkeren naar een vorige pagina. Bij meerkeuzevragen wijzen de vierkantjes naast de antwoordalternatieven erop dat er meerdere antwoorden mogelijk zijn. De bolletjes naast de antwoordalternatieven wijzen erop dat er slechts één antwoord mogelijk is. Nadat u de enquête heeft beëindigd, krijgt u een overzicht te zien van uw ingevulde antwoorden. Op dat moment kan u uw antwoorden niet meer wijzigen. Indien gewenst, kan u uw antwoorden downloaden als Pdf-rapport. Bij vragen omtrent deze enquête of voor meer informatie kan u steeds mailen naar Caroline Bolckmans op caroline.bolckmans@provincieantwerpen.be of prof. dr. Jo Lebeer op jo.lebeer@uantwerpen.be. U kan eveneens bellen naar het Oriëntatiecentrum op het nummer 03 821 03 00. Alvast bedankt voor uw medewerking.

Q2 Diagnostisch onderzoek is een zeer ruim begrip dat voor verschillende interpretaties vatbaar is, naargelang de gehanteerde visie en het doel. Soms kadert het diagnostisch onderzoek binnen een vraag naar onderkenning, waarbij wordt nagegaan of er bij een persoon een bepaalde stoornis of beperking aanwezig is. Soms wil men een verklaring vinden voor de ervaren moeilijkheden. In nog andere gevallen heeft men een vraag naar indicering (bijvoorbeeld: "Hoe wordt er best met de moeilijkheden omgegaan?") of een vraag naar de meest passende ondersteuning of toegang tot bepaalde voordelen. Al deze vormen van onderzoek worden in deze enquête beschouwd als diagnostisch onderzoek.

Q3 Vul hier de naam (en afdeling) van uw dienst in:

Q4 Vul hier het adres van uw dienst in:

Q5 Uw dienst is een:

- Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (4)
- Centrum voor leerlingenbegeleiding (5)
- Niet gesubsidieerd (privé) centrum voor diagnostiek en/of psychotherapie (6)
- Centrum of dienst voor revalidatie (7)
- Gespecialiseerde trajectbepalings- en begeleidingsdienst (8)
- Observatie- en behandelingscentrum (9)
- Observatiecentrum bijzondere jeugdzorg (10)

- Centrum voor ontwikkelingsstoornissen (11)
- Centrum of dienst voor maatschappelijk werk (12)
- (Kinder)psychiatrische ziekenhuisdienst (13)
- Mutualiteit (14)
- Individueel werkend psychiater (16)
- Ander, namelijk: (15) _____

Q6 Wat is uw functie in uw dienst? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Directeur (1)
- Teamleider/coördinator (2)
- Psycholoog of psychologisch consulent (3)
- Arts (4)
- Ergotherapeut (5)
- Logopedist (6)
- Audioloog (8)
- (Ortho)pedagoog (9)
- Sociaal assistent of sociaal werker (11)
- Maatschappelijk assistent of maatschappelijk werker (12)
- Verpleegkundige (10)
- Ander, namelijk: (7) _____

Q7 Hoeveel voltijdse equivalenten (FTE) per discipline telt uw team dat instaat voor diagnostisch onderzoek? Indien een bepaalde discipline niet voorkomt in uw team, gelieve '0' in te vullen.

- Arts, bv. psychiater, neuroloog of andere (8)
- Verpleegkundige: (9)
- Bachelor in de (toegepaste) psychologie: (10)
- Master in de psychologie: (11)
- Bachelor in de (ortho)pedagogie: (12)
- Master in de (ortho)pedagogie: (13)
- Maatschappelijk werker: (14)
- Sociaal werker: (15)
- Maatschappelijk assistent: (16)
- Sociaal assistent : (17)
- Logopedist: (18)
- Kinesitherapeut: (19)
- Ergotherapeut: (20)
- Andere (Gelieve discipline en aantal in te vullen): (2)

Q8 Welke activiteiten maken deel uit van de werking van uw dienst?

- Diagnostisch onderzoek (4)
- Begeleiding of therapie (5)
- Oriëntatie (bv. op vlak van tewerkstelling, studierichting) (6)
- Aanvraag VAPH-dossier (7)
- Aanvraag bij andere officiële instanties (bv. Federale Overheidsdienst) (8)
- Geen van bovenstaande (3)
- Andere: (9) _____

Q9 Duid op onderstaande lijn aan wat het geschatte aandeel van diagnostisch onderzoek is tijdens een gemiddelde week in uw dienst, vergeleken met de andere activiteiten, uitgedrukt in procent. Bijvoorbeeld: 50 voor een centrum dat evenveel dagen van de week spendeert aan diagnostiek als aan de andere activiteiten.

_____ procent (1)

Q10 Geef in onderstaande lijst aan voor welke moeilijkheden in 2015 in uw dienst het vaakst een diagnostisch onderzoek werd opgestart. Breng een rangorde aan in onderstaande lijst door de vakjes voor elke doelgroep naar onder of naar boven te verslepen. De doelgroep die het meest wordt onderzocht, zet u bovenaan. Een doelgroep die zelden of niet in uw dienst wordt onderzocht, zet u onderaan. Voor mensen met...

_____ Verstandelijke beperking (4)

_____ Niet-aangeboren hersenafwijking (N.A.H.) (5)

_____ Leermoeilijkheden (bv. vermoeden van leerstoornis) (6)

_____ Moeilijkheden op vlak van sociale communicatie en/of beperkt, repetitief gedrag (bv. vermoeden van autismespectrumstoornis) (7)

_____ Moeilijkheden op vlak van taal (bv. vermoeden van een communicatie-, taal- of spraakstoornis) (8)

_____ Moeilijkheden op vlak van aandacht (bv. vermoeden van ADHD) (9)

_____ Visuele beperking (10)

_____ Auditieve beperking (11)

_____ Een stoornis in de motoriek (12)

_____ Andere: (13)

Q142 Indien gewenst, licht hier uw antwoorden omtrent doelgroepen verder toe:

Q11 Hoeveel personen ouder dan 15 jaar staan er momenteel op de wachtlijst voor een diagnostisch onderzoek bij uw dienst? Indien u meerdere wachtlijsten hanteert, gelieve de personen op de verschillende wachtlijsten op te tellen.

0 (7)

1 tot 20 (1)

21 tot 40 (2)

41 tot 60 (3)

61 tot 80 (4)

81 tot 100 (5)

Meer dan 100 (6)

Q12 Hoeveel personen ouder dan 15 jaar hebben zich in 2015 aangemeld voor een diagnostisch onderzoek bij uw dienst?

- geen (7)
- 1 tot 20 (1)
- 21 tot 40 (2)
- 41 tot 60 (3)
- 61 tot 80 (4)
- 81 tot 100 (5)
- Meer dan 100 (6)

Q13 Voor hoeveel cliënten per leeftijdsgroep werden in uw dienst in 2015 naar schatting een diagnostisch onderzoek opgestart?

	0-20 (1)	21-40 (2)	41-60 (3)	61-80 (4)	81-100 (5)	> 100 (7)	Weet ik niet (8)
16-25 jaar (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26-35 jaar (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36-45 jaar (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46-55 jaar (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56-65 jaar (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ouder dan 65 jaar (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q14 Hoeveel personen ouder dan 15 jaar hebben in 2015 afgehaakt tussen de aanmelding en een mogelijke opstart van het diagnostisch onderzoek?

- geen (8)
- 1 tot 20 (1)
- 21 tot 40 (2)
- 41 tot 60 (3)
- 61 tot 80 (4)
- 81 tot 100 (5)
- Meer dan 100 (7)

Q15 Indien gewenst, kan u hier bijkomende uitleg of opmerkingen noteren bij uw antwoorden omtrent de wachtlijst(en):

Q16 Geef aan op welke hulpvragen van cliënten en/of doorverwijzers uw dienst een antwoord biedt.

- Het vaststellen van een soort stoornis, letsel of aandoening (4)
- Een verklaring vinden voor de ervaren moeilijkheden in het functioneren (deze verklaring kan liggen in de gezondheidstoestand, omgevingsfactoren en/of persoonlijke factoren) (5)
- Een evaluatie van het functioneren en de activiteiten (bv. intellectuele mogelijkheden, arbeidsparticipatie) (6)
- De aanvraag van financiële ondersteuning (bv. integratietegemoetkoming, verhoogde kinderbijslag) (7)
- De aanvraag van een VAPH-dossier in het kader van toegang tot niet-rechtstreeks toegankelijke hulp (8)
- De aanvraag van onderwijs- en examenfaciliteiten of Gon-begeleiding (9)
- Een antwoord op de vraag hoe de persoon zelf en/of de omgeving kan omgaan met de moeilijkheden (10)
- Een antwoord op de vraag welke concrete ondersteuningsvormen er nodig zijn (bv. thuisbegeleiding) (11)
- Geen van bovenstaande (3)
- Ander, namelijk: (12) _____

Q17 Indien gewenst, licht uw antwoorden op de vraag omtrent hulpvragen hier verder toe:

Q18 Rangschik onderstaande bronnen van financiering naar hun aandeel in de basisfinanciering voor uw diagnostische werking. Breng een rangorde aan in onderstaande lijst door de vakjes voor elke financieringsbron naar boven of naar onder te verslepen. De financieringsbron die het belangrijkste aandeel heeft, plaatst u bovenaan. Een financieringsbron die zelden of niet van toepassing is op uw dienst, plaatst u onderaan.

- _____ De cliënt zelf (4)
- _____ RIZIV (5)
- _____ Vlaamse overheid (bv. VAPH) (6)
- _____ Onderwijsinstelling (7)
- _____ Ander, namelijk: (8)

Q19 Indien gewenst, licht uw antwoorden op de vraag omtrent bronnen van financiering hier verder toe:

Q20 Zijn de tijd en de middelen die uw dienst ter beschikking heeft voor het diagnostisch onderzoek volgens u voldoende om aan de hulpvraag van cliënten en/of doorverwijzers te beantwoorden?

- Nooit (1)
- Zelden (2)
- Soms (3)
- Altijd (4)

Q21 Indien gewenst, licht uw antwoorden op de vraag omtrent tijd en middelen hier verder toe:

Q22 Bevordert of hindert het bedrag dat de cliënt zelf betaalt voor het diagnostisch onderzoek in uw dienst (het deel dat de cliënt niet terugbetaald krijgt) de kwaliteit van het diagnostisch onderzoek?

- Bevordert sterk (1)
- Bevordert eerder (2)
- Bevordert niet en hindert niet (3)
- Hindert eerder (4)
- Hindert sterk (5)

Q23 Indien gewenst, licht uw antwoorden op de vraag omtrent het bedrag dat de cliënt betaalt hier verder toe:

Q24 Deze vraag handelt over het aantal uren cliëntcontact en verslaggeving een diagnostisch onderzoek per cliënt in beslag neemt. Geef in onderstaande tabel een schatting van het aantal uren uw dienst de laatste maand gemiddeld per cliënt nodig had voor volgende zaken: Contacturen: direct contact met de cliënt en/of een derde. Uren voor verslaggeving: de scoring van vragenlijsten of testen wordt hier bij gerekend. Opgelet: de uren van verschillende medewerkers dienen steeds te worden opgeteld. Bv. indien 3 medewerkers de cliënt elk één uur hebben gezien, dan komt dit neer op 3 uren cliëntcontact.

	Contacturen						Uren voor verslaggeving					
	1-5 (1)	6-10 (2)	11-15 (3)	16-20 (4)	>20 (5)	weet ik niet (6)	1-5 (1)	6-10 (2)	11-15 (3)	16-20 (4)	>20 (5)	weet ik niet (6)
Gemiddeld aantal uren per cliënt (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q25 Deze vraag handelt over het aantal uren overleg dat een diagnostisch onderzoek per cliënt in beslag neemt. Geef in onderstaande tabel een schatting van het aantal uren uw dienst de laatste maand gemiddeld per cliënt nodig had voor volgende zaken: Uren voor intern formeel overleg: formeel overleg tussen medewerkers van jullie dienst. Uren voor extern overleg: overleg met externen, bv. een doorverwijzer, een andere dienst, enz. Opgelet: de uren van verschillende medewerkers dienen steeds te worden opgeteld. Bv. indien er 3 medewerkers deelnemen aan een formeel overleg van één uur, dan komt dit neer op 3 uren intern formeel overleg.

	Uren voor intern formeel overleg						Uren voor extern overleg					
	1-5 (1)	6-10 (2)	11-15 (3)	16-20 (4)	>20 (5)	weet ik niet (6)	1-5 (1)	6-10 (2)	11-15 (3)	16-20 (4)	>20 (5)	weet ik niet (6)
Gemiddeld aantal uren per cliënt (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q26 Geef aan of uw dienst (een deel van) het diagnostisch onderzoek uitbesteedt aan een andere dienst, en geef de reden aan waarom. Duid één of meerdere opties aan: Er wordt geen diagnostisch onderzoek

uitbesteed aan deze dienst Omdat een bepaalde discipline niet voorhanden is in uw dienst Wegens onvoldoende tijd/personeel Door een gebrek aan diagnostisch materiaal Door een tekort aan expertise op een bepaald domein Om een tweede opinie verkrijgen Omdat de cliënt niet tot de doelgroep van uw dienst behoort Omdat diagnostiek niet tot de kernopdracht van uw dienst behoort

	Geen samenwerking (7)	Discipline (8)	Tijd/personeel (9)	Diagnostisch materiaal (10)	Expertise (11)	Tweede opinie (12)	De cliënt behoort niet tot de doelgroep (15)	Diagnostiek behoort niet tot de kernopdracht van onze dienst (14)
Diensten								
Ondersteuningsplan (DOP) (66)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Referentiecentra autisme (RCA) (68)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niet-gesubsidieerd (privé)centrum voor diagnostiek en/of psychotherapie (69)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische diensten (70)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artsen (huisarts, neuroloog, psychiater, ...) (72)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centra voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) (74)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observatie- en Behandelingscentra (OBC) (75)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) (76)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diensten voor werkloosheid en toeleiding naar tewerkstelling (bv. VDAB, Gespecialiseerde trajectbepalings- en begeleidingsdienst (GTB), Gespecialiseerde Opleidings- en Bemiddelingscentra (GOB)) (79)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leerlingenbegeleiding (CLB) (82)								
Ander MDT (87)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: (88)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q27 Hieronder vindt u een lijst met functies die geëvalueerd kunnen worden tijdens een diagnostisch onderzoek. Als uw dienst de betreffende functie onderzoekt, duidt u aan welke diagnostische methoden hiervoor doorgaans worden toegepast. Duid één of meerdere opties aan: Wordt niet geëvalueerd: deze functie wordt niet geëvalueerd in uw dienst. Anamnese: anamnese met de cliënt zelf en/of heteroanamnese met een derde, bv. ouder, partner, school (zowel gestructureerd, bv. een interview, als ongestructureerd) Vragenlijst: afname van één of meerdere vragenlijsten Test: afname van één of meerdere tests (bv. intelligentietest, logopedische testen, neuropsychologische testen, ...) Observatie: observatie buiten de dienst (bv. op school, thuis, ...) Medisch onderzoek: medisch en/of psychiatrisch onderzoek bij een arts Informatie opvragen: opvragen van informatie bij een andere hulpverlener, bv. telefonisch contact of verslagen opvragen Onderstaande lijst met functies is gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Een overzicht en uitleg van alle functies en activiteiten is hier terug te vinden: <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla>

	Wordt niet geëvalueerd (2)	Anamnese (3)	Vragenlijst (4)	Test (5)	Observatie (6)	Medisch onderzoek (7)	Informatie opvragen (8)
Auditieve functies (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visuele functies (6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intellectuele functies (7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperament en persoonlijkheid (8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aandacht (9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geheugen (10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotorische functies (11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stemming (12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hogere cognitieve functies (bv. planning en organisatie, timemanagement, inzicht, flexibiliteit) (13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taalfuncties (receptief en/of expressief) (14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ander, namelijk: (15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q28 Hieronder vindt u een lijst met activiteiten die geëvalueerd kunnen worden tijdens een diagnostisch onderzoek. Als uw dienst de betreffende functie of activiteit onderzoekt, duidt u aan welke diagnostische methoden hiervoor doorgaans worden toegepast. Duid één of meerdere opties aan: Wordt niet geëvalueerd: deze activiteit wordt niet geëvalueerd in uw dienst. Anamnese: anamnese met de cliënt zelf en/of heteroanamnese met een derde, bv. ouder, partner, school (zowel gestructureerd, bv. een interview, als ongestructureerd) Vragenlijst: afname van één of meerdere vragenlijsten Test: afname van één of meerdere tests (bv. intelligentietest, logopedische testen, neuropsychologische testen, ...) Observatie: observatie buiten de dienst (bv. op school, thuis, ...) Medisch onderzoek: medisch en/of psychiatrisch onderzoek bij een arts Informatie opvragen: opvragen van informatie bij een andere hulpverlener, bv. telefonisch contact of verslagen opvragen Onderstaande lijst met functies en activiteiten is gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Een overzicht en uitleg van alle functies en activiteiten is hier terug te vinden: <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cl>

	Wordt niet geëvalueerd (2)	Anamnese (3)	Vragenlijst (4)	Test (5)	Observatie (6)	Medisch onderzoek (7)	Informatie opvragen (8)
Schoolse basisvaardigheden, m.n. rekenen, lezen en schrijven (15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algemene taken en eisen (bv. uitvoeren van eenvoudige, complexe en dagdagelijkse taken, omgaan met stress) (16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tussenmenselijke relaties (vb. vriendschappen, gezin) (17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociale communicatie (bv. een gesprek voeren, begrijpen en gebruiken van figuurlijke taal, non-verbale taal, geschreven taal) (18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobiliteit (19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zelfverzorging (20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huishouden (21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ander, namelijk: (22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q29 Hieronder vindt u een lijst met activiteiten, vormen van participatie en vormen van ondersteuning die geëvalueerd kunnen worden tijdens een diagnostisch onderzoek. Als uw dienst deze aspecten onderzoekt, duidt u aan welke diagnostische methoden hiervoor doorgaans worden toegepast. Duid één of meerdere

opties aan: Wordt niet geëvalueerd: dit aspect wordt niet geëvalueerd in uw dienst. Anamnese: anamnese met de cliënt zelf en/of heteroanamnese met een derde, bv. ouder, partner, school (zowel gestructureerd, bv. een interview, als ongestructureerd) Vragenlijst: afname van één of meerdere vragenlijsten Test: afname van één of meerdere tests (bv. intelligentietest, logopedische testen, neuropsychologische testen, ...) Observatie: observatie buiten de dienst (bv. op school, thuis, ...) Medisch onderzoek: medisch en/of psychiatrisch onderzoek bij een arts Informatie opvragen: opvragen van informatie bij een andere hulpverlener, bv. telefonisch contact of verslagen opvragen Onderstaande lijst met activiteiten en participatie is gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Een overzicht en uitleg van alle functies en activiteiten is hier terug te vinden: <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cl>

	Wordt niet geëvalueerd (2)	Anamnese (3)	Vragenlijst (4)	Test (5)	Observatie (6)	Medisch onderzoek (7)	Informatie opvragen (8)
Opleiding (22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroep en werk (23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Economisch leven (bv. omgaan met geld) (24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recreatie en vrije tijd (25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nood aan ondersteuning door anderen (26)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nood aan hulpmiddelen (27)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nood aan omgevingsaanpassingen (28)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ander, namelijk: (29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q30 Indien gewenst, licht uw antwoorden op de vraag omtrent diagnostische methoden hier verder toe:

Q31 Duid hier aan welke disciplines er doorgaans betrokken zijn bij het evalueren van onderstaande functies van de cliënt bij diagnostisch onderzoek in uw dienst. De disciplines worden als volgt afgekort: ART: geneeskundige, bv. psychiater, neuroloog of andere arts VER: verpleegkundige BPSY: Bachelor in de (toegepaste) psychologie MPSY: Master in de psychologie BPE: Bachelor in de (ortho)pedagogie MPE: Master in de (ortho)pedagogie MAW: maatschappelijk werker OW: sociaal werker MAA: maatschappelijk assistent OA: sociaal assistent LOG: logopedist KIN: kinesitherapeut ERG: ergotherapeut Onderstaande lijst met functies is gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Een overzicht en uitleg van alle functies en activiteiten is hier terug te vinden: <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla>

	Betrokken discipline(s)													
	Wortd niet geëvalue erd (1)	AR T (2)	VE R (3)	BPS Y (4)	MPS Y (5)	BP E (6)	MP E (7)	MA W (8)	SO W (9)	MA A (10)	SO A (11)	LO G (12)	KI N (13)	ER G (14)
Auditieve functies (31)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visuele functies (32)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intellectuele functies (33)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperament en persoonlijkheid (34)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aandacht (35)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geheugen (36)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotorische functies (37)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stemming (38)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hogere cognitieve functies (bv. planning en organisatie, timemanagement, inzicht, flexibiliteit) (39)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taalfuncties (receptief en/of expressief) (40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ander, namelijk: (41)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q32 Duid hier aan welke disciplines er doorgaans betrokken zijn bij het evalueren van onderstaande activiteiten van de cliënt bij diagnostisch onderzoek in uw dienst. De disciplines worden als volgt afgekort: ART: geneeskundige, bv. psychiater, neuroloog of andere arts VER: verpleegkundige BPSY: Bachelor in de (toegepaste) psychologie MPSY: Master in de psychologie BPE: Bachelor in de (ortho)pedagogie MPE: Master in de (ortho)pedagogie MAW: maatschappelijk werker SOW: sociaal werker MAA: maatschappelijk assistent SOA: sociaal assistent LOG: logopedist KIN: kinesitherapeut ERG: ergotherapeut Onderstaande lijst met activiteiten is gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Een overzicht en uitleg van alle functies en activiteiten is hier terug te vinden: <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla>

	Betrokken discipline(s)													
	Wordt niet geëvalueerd (1)	ART (2)	VER (3)	BPSY (4)	MPSY (5)	BPE (6)	MPE (7)	MAW (8)	SOW (9)	MAA (10)	SOA (11)	LOG (12)	KIN (13)	ERG (14)
Schoolse basisvaardigheden, m.n. rekenen, lezen en schrijven (41)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algemene taken en eisen (bv. uitvoeren van eenvoudige, complexe en dagdagelijkse taken, omgaan met stress) (42)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tussenmenselijke relaties (vb. vriendschappen, gezin) (43)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociale communicatie (bv. een gesprek voeren, begrijpen en gebruiken van figuurlijke taal, non-verbale taal, geschreven taal) (44)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobiliteit (45)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zelfverzorging (46)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huishouden (47)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ander, namelijk: (48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q33 Duid hier aan welke disciplines er doorgaans betrokken zijn bij het evalueren van onderstaande activiteiten, vormen van participatie en vormen van ondersteuning van de cliënt bij diagnostisch onderzoek in uw dienst. De disciplines worden als volgt afgekort: ART: geneeskundige, bv. psychiater, neuroloog of andere arts VER: verpleegkundige BPSY: Bachelor in de (toegepaste) psychologie MPSY: Master in de psychologie BPE: Bachelor in de (ortho)pedagogie MPE: Master in de (ortho)pedagogie MAW: maatschappelijk werker SOW: sociaal werker MAA: maatschappelijk assistent SOA: sociaal assistent LOG: logopedist KIN: kinesitherapeut ERG: ergotherapeut Onderstaande lijst met activiteiten en participatie is gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Een overzicht en uitleg van alle functies en activiteiten is hier terug te vinden: <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla>

	Betrokken discipline(s)													
	Wordt niet geëvalueerd (1)	ART (2)	VER (3)	BPSY (4)	MPSY (5)	BPE (6)	MPE (7)	MAW (8)	SOW (9)	MAA (10)	SOA (11)	LOG (12)	KIN (13)	ERG (14)
Opleiding (48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroep en werk (49)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Economisch leven (bv. omgaan met geld) (50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recreatie en vrije tijd (51)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nood aan ondersteuning door anderen (52)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nood aan hulpmiddelen (53)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nood aan omgevingsaanpassingen (54)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ander, namelijk (55)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q34 Indien gewenst, licht uw antwoorden op de vraag omtrent betrokken disciplines hier verder toe:

Q35 Heeft uw dienst in zijn beleid afspraken gemaakt rond het hanteren van een bepaalde visie of model bij het uitoefenen van diagnostisch onderzoek?

- Ja (1)
- Neen (2)

Q36 Welk(e) model(len) hanteren jullie hiervoor?

- Handelingsgerichte diagnostiek (4)
- Classificerende diagnostiek (5)
- International Classification of Functioning (ICF) (6)
- Quality of Life (7)
- Ander, namelijk: (9) _____

Q37 Geef aan voor welke hulpvragen van cliënten en/of doorverwijzers men op te weinig diensten terecht kan.

- Het vaststellen van een soort stoornis, letsel of aandoening (4)
- Een verklaring vinden voor de ervaren moeilijkheden in het functioneren (deze verklaring kan liggen in de gezondheidstoestand, omgevingsfactoren en/of persoonlijke factoren) (5)
- Een evaluatie van het functioneren en de activiteiten (bv. intellectuele mogelijkheden, arbeidsparticipatie) (6)
- De aanvraag van financiële ondersteuning (bv. integratietegemoetkoming, verhoogde kinderbijslag) (7)
- De aanvraag van een VAPH-dossier in het kader van toegang tot niet-rechtstreeks toegankelijke hulp (8)
- De aanvraag van onderwijs- en examenfaciliteiten of Gon-begeleiding (9)
- Een antwoord op de vraag hoe de persoon zelf en/of de omgeving kan omgaan met de moeilijkheden (10)
- Een antwoord op de vraag welke concrete ondersteuningsvormen er nodig zijn (bv. thuisbegeleiding) (11)
- Geen van bovenstaande (3)
- Ander, namelijk: (12) _____

Q38 Indien gewenst, licht hier uw antwoord omtrent het aanbod van diensten die een antwoord kunnen bieden op bepaalde hulpvragen verder toe:

Q39 Geef aan voor welke hulpvragen van cliënten en/of doorverwijzers men op te veel diensten terecht kan.

- Het vaststellen van een soort stoornis, letsel of aandoening (4)
- Een verklaring vinden voor de ervaren moeilijkheden in het functioneren (deze verklaring kan liggen in de gezondheidstoestand, omgevingsfactoren en/of persoonlijke factoren) (5)
- Een evaluatie van het functioneren en de activiteiten (bv. intellectuele mogelijkheden, arbeidsparticipatie) (6)
- De aanvraag van financiële ondersteuning (bv. integratietegemoetkoming, verhoogde kinderbijslag) (7)
- De aanvraag van een VAPH-dossier in het kader van toegang tot niet-rechtstreeks toegankelijke hulp (8)
- De aanvraag van onderwijs- en examenfaciliteiten of Gon-begeleiding (9)
- Een antwoord op de vraag hoe de persoon zelf en/of de omgeving kan omgaan met de moeilijkheden (10)
- Een antwoord op de vraag welke concrete ondersteuningsvormen er nodig zijn (bv. thuisbegeleiding) (11)
- Geen van bovenstaande (3)
- Ander, namelijk: (12) _____

Q40 Indien gewenst, licht hier uw antwoord omtrent het aanbod van diensten die een antwoord kunnen bieden op bepaalde hulpvragen verder toe:

Q41 Vindt u dat er in Vlaanderen meer of minder aandacht moet gaan naar volgende zaken?

	Veel minder aandacht (1)	Minder aandacht (2)	Niet meer en niet minder aandacht (3)	Meer aandacht (4)	Veel meer aandacht (5)	Geen mening (6)
Het vaststellen van ontwikkelingsstoornissen (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het aanbod aan classificerende diagnostiek (vaststellen van stoornissen) (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het aanbod aan functionele diagnostiek (bv. gebaseerd op ICF) (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Werken met gestandaardiseerde testbatterijen (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het aanbod aan verklarende diagnostiek (een verklaring vinden voor de ervaren moeilijkheden in het functioneren) (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MDT aanbod (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het aanbod van handelingsgerichte diagnostiek (vraaggestuurde, dynamische diagnostiek) (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluatie van de context (leefsituatie, netwerk, ondersteuning,...) (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschikte hulpmiddelen zoeken voor communicatie (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschikte hulpmiddelen zoeken voor mobiliteit (13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschikte hulpmiddelen zoeken voor andere doeleinden, specificeer: (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voldoende tijd voor een grondige evaluatie (15)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschikte opvangmogelijkheden zoeken samen met de cliënt en/of zijn netwerk (16)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het aanbod aan kortdurende trajectbegeleiding (17)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samenwerking in netwerk met andere diensten (18)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opleiding en vorming van professionals (19)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ander, namelijk: (20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q42 Is er volgens u nood aan een onafhankelijk diagnose-, advies- en expertisecentrum voor jongeren vanaf 16 jaar met een beperking (niet direct verbonden aan een therapiecentrum) in Vlaanderen voor zaken die in de vorige vraag werden vermeld?

- Ja (4)
- Neen (2)
- Geen mening (3)

Q43 Wat zijn volgens u sterke punten binnen het diagnostisch aanbod in Vlaanderen?

Q44 Wat zijn volgens u knelpunten binnen het diagnostisch aanbod in Vlaanderen?

Q45 Opgelet! Als u op volgende klikt (>>), wordt de enquête afgesloten. U kan uw antwoorden dan niet meer wijzigen. Gelieve de enquête pas af te sluiten wanneer u zeker bent dat u alle vragen correct heeft beantwoord. U krijgt zo dadelijk een samenvatting van uw antwoorden te zien, die u kan downloaden als Pdf-rapport.

Q46 Indien u nog opmerkingen heeft bij deze enquête, kan u die hier noteren:

Q47 Hartelijk dank voor uw medewerking!