STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Mapping van het aanbod en de noden bij diagnostiek voor volwassenen

Steven Joris
Mieke Decuyper
Noortje Hermans
Dorien Vandenborre
Tim Vanhoomissen

Thomas More

Oktober 2025 – Rapport 54

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: http://www.steunpuntwvg.be

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Publicatie nr. 2025/20
SWVG-Rapport 54
Titel rapport: Mapping van het aanbod en de noden bij diagnostiek voor volwassenen

Promotor: dr. Tim Vanhoomissen[1]
Copromotor: dr. Dorien Vandenborre[1]
Onderzoekers: Steven Joris[1], dr. Mieke Decuyper[1], Noortje Hermans[1]

[1] Thomas More-hogeschool

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeks-resultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Koen Hermans
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
UGent	
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Katrien Vanthomme
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Jeroen Trybou
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Johan Vanderfaeillie
Universiteit Antwerpen	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
Partnerinstellingen	
Universiteit Hasselt	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Wim Pinxten
Thomas More Hogeschool	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Sociaal Werk	
Hogeschool Gent	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
Karel De Grote hogeschool	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
Hogeschool PXL	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
Odisee co-hogeschool	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
KeFor	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
Coördinatie en secretariaat	
Coördinator SWVG	Dr. Kathleen De Cuyper
Administratieve ondersteuning	Manuela Schröder Lut Van Hoof

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Steunpunt WVG
Minderbroedersstraat 8
B-3000 Leuven
+32 16 37 34 32
www.steunpuntwvg.be
swvg@kuleuven.be

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Rapport 54 **Oktober 2025**

Mapping van het aanbod en de noden bij diagnostiek voor volwassenen

Onderzoekers: Steven Joris, dr. Mieke Decuyper en Noortje Hermans
Promotor: dr. Tim Vanhoomissen
Copromotor: dr. Dorien Vandenborre

Thomas More-hogeschool

Samenvatting

Er bestaat een duidelijke nood om het versnipperde landschap van diagnostiek voor volwassenen in kaart te brengen, aangezien de toegankelijkheid van diagnostische trajecten niet (altijd) gegarandeerd is. Er is momenteel geen volledig en betrouwbaar overzicht van het beschikbare diagnostische aanbod voor psychische zorgnoden binnen het brede veld van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen en Brussel. Huidig onderzoek vormt een belangrijke stap om deze leemte in te vullen en heeft als eerste doel om een duidelijk beeld van het beschikbare diagnostische aanbod voor volwassenen in Vlaanderen en Brussel te verkrijgen. Een inventarisatie van zowel het gesubsidieerde als privéaanbod was hierbij noodzakelijk. Daarnaast werd nagegaan welke doelstellingen en inhoudelijke focus deze diagnostiek kenmerkt, om zo het werkelijke aanbod in kaart te brengen. Deze gegevens waren essentieel om te kunnen beoordelen in welke mate het huidige diagnostische aanbod aansluit bij de bestaande noden en vraag in de samenleving.

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden, werd gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Eerst werd een rapid review uitgevoerd om het begrippenkader af te bakenen en tot een definitie van diagnostiek te komen. De bekomen definitie is als volgt: *Diagnostiek is een systematisch-dynamisch proces van gegevensverzameling en/of hypothesetoetsing dat vertrekt vanuit een hulpvraag of (vermoeden van) zorgnood, en wordt uitgevoerd via kennisgestuurde handelingswijzen. Diagnostiek heeft hierbij verklarende, indicerende, classificerende en/of taxerende functies*.

Vervolgens werd een inventarisatie gemaakt van het beschikbare aanbod van diagnostiek in Vlaanderen en Brussel via een web-based onderzoek. Op basis van deze inventarisatie werd een grootschalige werkveldbevraging via QuestionPro uitgevoerd. Ten slotte werden drie heterogene focusgroepen georganiseerd om meer in de diepte de match tussen aanbod- en vraagzijde in kaart te brengen.

De resultaten tonen dat diagnostiek wordt aangeboden binnen veel verschillende type diensten, zowel in gesubsidieerde voorzieningen als in de privésector, en door verschillende beroepsgroepen. Er worden o.a. in organisatievorm, toegankelijkheid en meest gemelde hulpvraag en klachten belangrijke verschillen vastgesteld tussen gesubsidieerde en private diensten.

Professionals signaleren knelpunten die zich voordoen op verschillende gebieden: wachttijden voor diagnostiek, kostprijs van diagnostiek voor cliënten, beschikbaarheid van Vlaams-genormeerd en up-to-date testmateriaal, verschillen op vlak van werkwijze en kwaliteit, en barrières voor cliënten om toegang te krijgen tot diagnostiek.

De studie besluit dat Vlaanderen en Brussel beschikken over een rijk en divers diagnostisch veld, maar uit de onderzoeksresultaten blijkt dat het diagnostisch landschap in Vlaanderen en Brussel momenteel versnipperd, ongelijk toegankelijk en onvoldoende structureel ondersteund is. Het rapport formuleert zes aanbevelingen onderverdeeld in twee blokken, namelijk (1) een blok met aanbevelingen om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van het diagnostisch aanbod te verbeteren en (2) een blok met aanbevelingen om de kwaliteit van diagnostisch aanbod verder te versterken. Wat het eerste blok betreft formuleren we concrete acties om (1.1) het diagnostische aanbod, vraag en expertise beter in kaart te brengen, om (1.2) de toegankelijkheid en betaalbaarheid van diagnostiek te vergroten, en om (1.3) efficiënte samenwerking en geïntegreerde zorg te stimuleren. Wat het tweede blok betreft formuleren we concrete acties om (2.1) een Vlaams kwaliteitskader voor diagnostiek te ontwikkelen, om (2.2) een centraal kennisplatform voor diagnostiek te ontwikkelen, en om (2.3) de Vlaamse normering en kwaliteit van diagnostisch materiaal te versterken. De geformuleerde aanbevelingen werken op elkaar in en staan niet los van elkaar. Op deze manier wordt getracht tot een optimale en efficiënte samenwerking van alle betrokken partijen te komen binnen het diagnostisch werkveld waarbij toegang tot diagnostiek zo eenvoudig mogelijk wordt gemaakt voor volwassenen die er nood aan hebben.

Inhoud

Hoofdstuk 1 Inleiding 9

1 Situering van het onderzoek 9

2 Doelstelling 9

Hoofdstuk 2 Methode 11

1 Werkpakketten 11

2 Dataverzameling 11

2.1 Literatuurstudie (rapid review) 11

2.2 Inventarisatie en mapping 12

2.3 Werkveldbevraging 13

2.4 Focusgroepen 14

3 Data-analyse 16

3.1 Werkveldbevraging 16

3.2 Focusgroepen 16

Hoofdstuk 3 Resultaten 17

1 Afbakening onderzoeksdomein, begripsverklaring en inventarisatie 17

1.1 Wat verstaan we onder diagnostiek? 17

1.2 Op welk toepassingsgebied richten we ons? 20

1.3 Afbakening transitieleeftijden 23

2 Inventarisatie van het diagnostische aanbod 24

3 Inhoud van het diagnostisch aanbod en matching met vraagzijde 25

3.1 Werkveldbevraging 25

3.2 Focusgroepen 62

Hoofdstuk 4 Discussie 75

1 Antwoord op de onderzoeksvragen 75

1.1 Waar wordt diagnostiek voor volwassenen aangeboden in Vlaanderen en Brussel? 75

1.2 Hoe ziet het diagnostisch aanbod voor volwassenen er inhoudelijk uit? 76

1.3 In welke mate matcht de aanbodzijde met de vraagzijde? 82

1.4 Beperkingen 86

1.5 Sterktes 87

1.6 Suggesties voor vervolgonderzoek 88

2 Conclusies 89

Hoofdstuk 5 Aanbevelingen **91**

1 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van het diagnostisch aanbod 92

1.1 In kaart brengen van diagnostisch aanbod, vraag en expertise 92

1.2 Vergroten van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van diagnostiek 94

1.3 Stimuleren van efficiënte samenwerking en geïntegreerde zorg 96

2 Kwaliteit 99

2.1 Ontwikkeling van een Vlaams kwaliteitskader voor diagnostiek 99

2.2 Ontwikkeling van een centraal kennisplatform voor diagnostiek 101

2.3 Versterking van de Vlaamse normering en kwaliteit van diagnostisch materiaal 104

Referenties **107**

Bijlagen **109**

Lijst met tabellen

Tabel 1 Afbakening van het begrip diagnostiek 19

Tabel 2 Afbakening van het toepassingsgebied 21

Tabel 3 Diagnostiek over de zorglijnen heen 22

Tabel 4 Verdeling gesubsidieerde en private diensten 27

Tabel 5 Rol van de aanbieder en type zorgverstrekker 28

Tabel 6 Verdeling diensten per provincie 29

Tabel 7 Diagnostiek bij officiële opdrachtenkader van gesubsidieerde diensten 30

Tabel 8 Leeftijdsgrenzen voor het aanbod diagnostiek volwassenwerking 30

Tabel 9 Bijkomende voorwaarden voor diagnostisch aanbod 31

Tabel 10 Welke personen doen aan diagnostiek binnen de betrokken dienst 32

Tabel 11 Omschrijving diagnostisch aanbod 33

Tabel 12 Passende termen bij de diagnostiek aangeboden op de dienst 34

Tabel 13 Binnen welke fase van het zorgtraject komt diagnostiek aan bod 35

Tabel 14 Doelstellingen van diagnostiek 35

Tabel 15 Diagnostische instrumenten en methoden (bij cliënt en/of informant) 36

Tabel 16 Aantal diensten dat samenwerkt met deze zorgaanbieders voor diagnostiek 37

Tabel 17 Inschatting kwaliteit testmateriaal op de dienst 38

Tabel 18 Inschatting kwaliteit testmateriaal in Vlaanderen 40

Tabel 19 Tevredenheid over diagnostische thema’s binnen de dienst 42

Tabel 20 Tevredenheid over diagnostische thema’s binnen Vlaanderen en Brussel 44

Tabel 21 Klachten en vragen waarmee volwassenen terecht kunnen in de diensten, gerangschikt volgens het hoogst aantal diensten waar men voor diagnostiek voor deze klachten terechtkan naar het laagst aantal diensten 45

Tabel 22 Meest frequente klachten en vragen waarmee de diensten in aanraking komen, gerangschikt van hoogste naar laagste frequentie 48

Tabel 23 Frequentie van overschrijden capaciteit diagnostiek 53

Tabel 24 Frequentie van overschrijden capaciteit diagnostiek per provincie (N=229) 53

Tabel 25 Hantering bij grotere vraag dan diagnostisch aanbod 55

Tabel 26 Verdeling per provincie van de diensten waarbij cliënten langer dan een jaar moeten wachten voor de start van het diagnostisch traject 58

Tabel 27 Manier aanmelding voor diagnostiek of vraagverheldering 58

Tabel 28 Ingeschatte soorten hindernissen of belemmeringen bij de aanmelding voor de cliënt 59

Tabel 29 Verwachtingen cliënt bij aanmelding op de dienst 60

Tabel 30 Officiële rollen van de dienst volgens opdrachtenkader (enkel gesubsidieerd aanbod, N=128) 61

Tabel 31 Effectief opgenomen rollen na diagnostiek bij gesubsidieerde en private diensten 62

Lijst met figuren

Figuur 1 Zorglijnen binnen de geestelijke gezondheidszorg 21

Figuur 2 Gesubsidieerde aanbod: Hoeveel uren neemt een diagnostisch onderzoek/traject doorgaans in beslag in totaal per cliënt? 51

Figuur 3 Private aanbod: Hoeveel uren neemt een diagnostisch onderzoek/traject doorgaans in beslag in totaal per cliënt? 51

Figuur 4 Gesubsidieerde aanbod: Hoeveel uren hiervan zijn rechtstreeks cliëntencontact? 52

Figuur 5 Private aanbod: Hoeveel uren hiervan zijn rechtstreeks cliëntencontact? 52

Figuur 6 Cumulatief percentage van personen dat het afgelopen jaar gemiddeld binnen deze termijn na het eerste contact een diagnostisch onderzoek of traject kon starten, uitgesplitst per type dienst 57

Hoofdstuk 1
Inleiding

1 Situering van het onderzoek

Vanuit de overheid wil men een beleidstraject opstarten en een gedragen visie creëren over de organisatie en het aanbod van diagnostiek voor volwassenen (vergelijkbaar met het beleidstraject rond diagnostiek voor kinderen en jongeren gericht op het ontwikkelen van een nieuw organisatiemodel). Om een gedegen en onderbouwd beleidstraject te kunnen lopen, willen we, zoals voor kinderen en jongeren, eerst het huidige diagnostische landschap in kaart brengen. Aan de hand van een mapping trachten we de spreiding en hiaten van het diagnostisch aanbod per regio in kaart brengen in Vlaanderen en Brussel.

Dit onderzoek zal zich richten op het beschikbare diagnostische aanbod voor psychosociale zorgnoden binnen het ruime veld van de geestelijke gezondheidszorg. Nationale en internationale classificatie-systemen voor psychische problemen en functioneren fungeren hierbij als leidraad. We gaan hierbij tevens uit van een holistische en biopsychosociale benadering van het menselijk functioneren. Ten slotte beperkt deze studie zich niet tot gespecialiseerde diagnostiek – alle vormen van diagnostiek komen in aanmerking (i.e. van screenend en generalistisch, tot classificerende of gespecialiseerde diagnostiek). Het diagnostisch aanbod dat aanwezig is binnen de somatische gezondheidszorg valt derhalve buiten het bereik van deze mapping.

2 Doelstelling

De algemene doelstelling is een duidelijk zicht krijgen op het beschikbare aanbod aan diagnostiek voor volwassenen in Vlaanderen en Brussel. In het kader hiervan worden de volgende deeldoelstellingen vooropgesteld:

- **Een inventarisatie maken van de diensten[1] waar een diagnostisch aanbod voorhanden is**, en dit minimaal voor het gesubsidieerde aanbod maar bij voorkeur ook voor het privéaanbod. Betreft het gesubsidieerde aanbod, willen we dit doen voor het aanbod dat zowel door de Vlaamse als door de federale overheid gesubsidieerd wordt. Het gaat dan onder andere over CGG, psychiatrische ziekenhuizen, A-diensten van de algemene ziekenhuizen, revalidatie-voorzieningen zoals CAR, RCA, organisaties binnen jeugdhulp met een functie diagnostiek zoals OBC en OOOC. Betreft privéinitiatieven, wordt gedacht aan zelfstandig zorgverstrekkers (bv. psychologen, psychiaters, …) die vanuit een ambulant aanbod aan diagnostiek doen. De regionale spreiding van het volledige aanbod wordt hierbij ook mee in kaart gebracht.
- **Het in kaart brengen van de inhoud van het geïnventariseerde diagnostisch aanbod**. Denk hierbij aan het brede opdrachtenkader waarbinnen de diagnostiek aangeboden wordt (bv. doelgroep(en), leeftijd, doel dat de aanmelder voor zichzelf stelt, problematieken, aanmeldingsvoorwaarden…), alsook de doelstellingen waarop de diagnostiek gericht is (bv. het

[1] Met 'dienst' bedoelen we iedere plek waar één of meerdere zorgverstrekkers, individueel of in teamverband, een diagnostisch aanbod ter beschikking stelt aan zorggebruikers.

stellen van een diagnose, het opmaken van een behandelplan, …). De focus ligt niet enkel op de officiële erkenningen en opdrachten; we willen vooral een duidelijk beeld krijgen van het effectieve aanbod, de spreiding ervan en hiaten per doelgroep en problematiek.

- **Nagaan in hoeverre de aanbodzijde matcht met de vraagzijde**. In deze studie stellen we hiervoor een bevraging van de aanbodzijde (i.e. zorgverstrekkers) als doelstelling voorop. Vanuit hun rol als zorgverleners kunnen zij inzicht bieden in de huidige drempels (bv. in het aanbod, de beweegredenen van volwassenen om van hun aanbod gebruik te maken (wanneer en waarom), de belemmeringen die men hierbij ervaart). Het rechtstreeks bevragen van volwassenen/patiënten die gebruik maken van een diagnostisch aanbod valt buiten het bereik van dit onderzoek, doch zou nuttig zijn om op te nemen in een vervolgstudie.

Binnen deze onderzoeksdoelstelling is het de bedoeling om zoveel mogelijk overlap te vermijden met de eerder uitgevoerde mapping kinderen en jongeren, zeker gezien de leeftijdsafbakeningen kinderen/volwassenen niet gelijk zijn binnen elke sector. De onderzoekers bespreken samen met de stuurgroep, voor de start van de werkveldbevraging, welke leeftijdsgrenzen zullen worden gehanteerd voor dit onderzoek.

Hoofdstuk 2
Methode

1 Werkpakketten

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werd het onderzoeksproject iteratief opgezet, met een snelle literatuurstudie (rapid review) om het begrippenkader en draagwijdte van het onderzoek scherp te krijgen, op basis waarvan een inventarisatie werd gemaakt van het beschikbare aanbod (WP2). Vervolgens werd een brede, maar gerichte, werkveldbevraging opgezet met als bedoeling zicht te krijgen op de concrete inhoud van het beschikbare aanbod (WP3). Om de match tussen aanbodzijde en vraagzijde na te gaan, werden representatieve focusgroepen georganiseerd met verschillende zorgverleners (WP4), om ten slotte tot een uitgewerkte mapping (WP5) te komen van het diagnostisch aanbod in Vlaanderen en Brussel.

Voor de werkpakketten 2, 3 en 4 is tevens beroep gedaan op een klankbordgroep. Meer bepaald voor de definiëring en afbakening van het begrip diagnostiek, inclusief toepassingsgebied, alsook de inhoud van de werkveldbevraging hebben de onderzoekers een klankbordgroep geconsulteerd. De klankbordgroep is samengesteld door vertegenwoordigers van de volgende organisaties:

- CAW groep
- Familieplatform GGZ
- Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek
- Project CuSeHa
- Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen
- Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie
- Vlaams Welzijnsverbond
- Zorgnet-Icuro

Twee klankbordgesprekken hebben online plaatsgevonden, op 22 oktober 2024 en 5 februari 2025.

2 Dataverzameling

2.1 Literatuurstudie (rapid review)

Er werd gebruik gemaakt van een rapid review om sneller dan bij een systematische review een overzicht te hebben van de beschikbare wetenschappelijke literatuur over diagnostiek. Bepaalde stappen in het proces van een systematische review zijn voor dit onderzoek vereenvoudigd of ingekort. Zo werden bijvoorbeeld minder uitgebreide zoekstrategieën gehanteerd: de beoogde kernbegrippen zijn immers reeds gekend bij aanvang van het onderzoek en hoeven niet in kaart te worden gebracht (bv. focus op diagnostiek binnen de ggz en exclusie van somatische diagnostiek). Ook kozen we ervoor ons te beperken tot enkele standaard- of referentiedocumenten (bv. relevante onderzoeks- en beleidsdocumenten) om tot een synthese te komen van het begrippenkader. Startpunten voor het vastleggen van een begrippenkader waren (1) het decreet betreffende de organisatie en ondersteuning

van het geestelijke gezondheidsaanbod (Vlaamse Codex, 2019), en (2) de Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek (AIRD) van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (KCD vzw, 2024).

Voor verdere raadpleging van de beschikbare literatuur werd beroep gedaan op bestaande rapporten, wetenschappelijke artikels en eerder uitgevoerde bevragingen. De wetenschappelijke databank LIMO (database associatie KU Leuven) geeft toegang tot elektronische databanken zoals 'PsycARTICLES', 'PsycInfo', 'PubMed' en 'Web of Science', en werd hiervoor gebruikt. De gebruikte zoektermen waren 'diagnostiek', 'psychodiagnostiek', 'evaluatie', 'ggz', 'geestelijke gezondheid', 'zorgsector', 'Vlaanderen', 'Brussel', 'België' en werden in verschillende combinaties gebruikt.

2.2 Inventarisatie en mapping

Inventarisatie van het diagnostisch aanbod

In de eerste fase van het onderzoek werd een **inventaris** opgemaakt van zowel het gesubsidieerde als het private diagnostisch aanbod voor volwassenen in Vlaanderen en Brussel (zie bijlage 1). Deze inventarisatie gebeurde op basis van een web-based onderzoek, met als doel om een zo volledig mogelijk overzicht te verkrijgen van professionele diensten die diagnostiek aanbieden aan volwassenen.

De werkwijze voor het opstellen van de **inventaris** was als volgt:

1. **Dataverzameling via online bronnen**

   Analoog aan eerder mappingstudies en vergelijkbaar onderzoek (Cloet et al., 2020; Lebeer & Bolckmans, 2017; Van der Velde et al., 2024) voerden we een web-based onderzoek uit waarbij gebruik gemaakt werd van bestaande sociale kaarten en digitale databanken waarin professionele hulpverleningsdiensten zijn opgenomen. Concreet werd onder meer beroep gedaan op platforms zoals het Verwijzersplatform en de Sociale Kaart van Vlaanderen. Hierbij werd gefilterd op leeftijd/beoogde doelgroep (volwassenen versus kinderen/jongeren). Via deze weg werden mailadressen verzameld van voorzieningen en aanbieders van diagnostiek.

2. **Inclusiecriteria voor diensten**

   Diensten werden geïncludeerd indien op hun website expliciet vermeld werd dat zij diagnostiek aanbieden voor volwassenen. Ook diensten die in algemene bewoording spraken over hun doelgroep, zonder specifieke leeftijdsafbakening, werden opgenomen. Diensten die daarentegen uitsluitend gericht zijn op kinderen en jongeren werden uitgesloten van de inventaris.

3. **Aanvullende oproepen en verspreiding**

   Om de volledigheid van de inventarisatie te vergroten, werden gerichte oproepen gedaan via relevante kennisinstellingen en stakeholders zoals het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, Prodia, het Vlaams Forum voor Diagnostiek, Informatiesteunpunt Zorg en Gezondheid, Kind en Gezin, Onderwijs Vlaanderen, het RIZIV, het VAPH, het OCMW en de VDAB. Ook werd de oproep gelanceerd via relevante beroepsverenigingen, alumniverenigingen, opleidingsinstellingen, Eerstelijnszones en andere belanghebbenden om de bevraging zo ruim mogelijk te verspreiden binnen het werkveld.

Het resultaat van deze fase is een breed overzicht van diensten die mogelijk betrokken zijn bij diagnostiek bij volwassenen in Vlaanderen en Brussel.

Mapping van het diagnostisch aanbod

De opgestelde inventaris werd vervolgens gehanteerd om de werkveldbevraging uit te sturen. Aan de hand van de bevraging werd vervolgens in kaart gebracht waar er in Vlaanderen en Brussel door de deelnemers aan diagnostiek wordt gedaan. Dit is weergegeven in een **feitelijke mapping**. Deze mapping is weergegeven op vestigingsniveau ('setting' of 'type voorziening'), postcode en provincie. Natuurlijk zullen in deze feitelijke mapping niet alle aangeschreven dienste mee zijn opgenomen, omdat niet iedereen deelnam. We zijn ons er dan ook van bewust dat ook de feitelijke mapping onmogelijk een compleet beeld van het diagnostisch aanbod weerspiegelt. Maar in deze mapping zijn enkel diensten mee opgenomen die ook aangeven effectief onderdelen van de diagnostische cyclus op te nemen.

De werkwijze voor het opstellen van de **mapping** was als volgt:

1. **Verzending van de bevraging**

   Op basis van de geïnventariseerde contactgegevens van de voorgaande fase, werd een uitnodiging tot deelname aan de werkveldbevraging verstuurd naar de geselecteerde diensten.

2. **Dataverwerking en geografische mapping**

   De verkregen responsen werden geanalyseerd en verwerkt tot een feitelijke mapping van het diagnostisch aanbod voor volwassenen. Zo werd in kaart gebracht op hoeveel plaatsen er aan diagnostiek wordt gedaan. Hierbij werd in kaart gebracht op hoeveel locaties diagnostiek wordt uitgevoerd, met vermelding van het type dienst (gesubsidieerd of privaat). Respondenten werd tevens gevraagd naar de postcode van hun vestiging, zodat de geografische spreiding van het aanbod – op niveau van setting, gemeente en provincie – in beeld kon worden gebracht.

Het is belangrijk om te benadrukken dat de uiteindelijke mapping enkel gebaseerd is op respondenten die expliciet aangaven effectief (delen van) de diagnostische cyclus uit te voeren. Diensten die niet deelnamen aan de bevraging, zijn bijgevolg niet opgenomen in de kaart. We erkennen dan ook dat deze mapping geen volledig beeld geeft van het totale aanbod in Vlaanderen en Brussel, maar wel een representatief overzicht biedt van de actieve diensten die hun betrokkenheid bij diagnostiek bevestigd hebben.

2.3 Werkveldbevraging

2.3.1 Verspreiding van de bevraging

De werkveldbevraging is verspreid onder het in de vorige stap geïnventariseerde beschikbare diagnostische aanbod voor volwassenen, zowel privé als gesubsidieerd (zie bijlage 2 voor de volledige werkveldbevraging). Hierbij zijn de contactadressen van meer dan 3000 voorzieningen en individuele zorgverstrekkers aangeschreven. Alle diensten werden rechtstreeks gecontacteerd met het verzoek deel te nemen aan de werkveldbevraging. Er werd getracht zoveel mogelijk de diagnostische dienst of de persoon die diagnostiek doet rechtstreeks aan te schrijven. Wanneer een ziekenhuis of instelling werd aangeschreven waar verschillende afdelingen of diensten zijn, dan werd in de mail expliciet gevraagd om de bevraging intern in te laten vullen door zorgverstrekkers van deze verschillende afdelingen of diensten. Daarnaast is de bevraging ook op onrechtstreekse wijze verspreid (zie 4.2. Inventarisatie en mapping).

2.3.2 Inhoud van de bevraging

De inhoud van de bevraging is opgesteld door de onderzoeksgroep. Bij het opstellen van de bevraging had de onderzoeksgroep als doel om in kaart te brengen waar en in welke soort setting er diagnostiek plaatsvindt en wie deze diagnostiek uitvoert. Daarnaast werd gepeild in hoeverre respondenten ervaren dat aan de hulpvraag wordt voldaan, en waar zij zelf tekorten of verbeterpunten signaleren. Door de vragenlijst kort en bondig te houden en gefocust te blijven op de kern werd getracht zo veel mogelijk diagnostici bereid te vinden voor deelname. Dit werd gerealiseerd door een trapsgewijze opbouw van de vragen, waarbij vervolgvragen enkel werden gesteld op basis van eerdere antwoorden. Verder heeft de onderzoeksgroep de nodige aandacht besteed aan inclusieve terminologie en culturele bias. De werkveldbevraging is enkel opgesteld in het Nederlands. Dit onderzoek richtte zich immers op 'unicommunautaire' voorzieningen, d.w.z. enkel vanuit Vlaanderen erkend. Binnen het private aanbod werd enkel gefocust op Nederlandstalige zorgverstrekkers.

Een eerste versie is voorgelegd aan de stuurgroep en besproken op 29/01/2025. Aanpassingen werden gedaan op basis van verkregen feedback. Een aangepaste versie werd voorgelegd aan de klankbordgroep, samen met de leidraad voor de focusgroepen. De bespreking van beide documenten vond plaats op 05/02/2025. Feedback van de klankbordgroep op de bevraging werd verwerkt door de onderzoeksgroep, en de nodige aanpassingen in functie hiervan werden doorgevoerd. Enkel de suggestie om de operationalisering van het begrip 'diagnostiek' meer te doen aansluiten bij de Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek (KCD vzw, 2020), en om de diagnostische cyclus van Pameijer (De Bruyn et al., 2003) hierbij te tonen, werd niet meegenomen. Er is bewust voor gekozen om dit niet te doen, aangezien diagnostiek in deze studie ruim wordt geïnterpreteerd. Ook clinici voor wie diagnostiek slechts een onderdeel van hun werkzaamheden vormt, behoren immers tot de doelgroep van dit onderzoek.

Deze vragenlijst werd digitaal vormgegeven aan de hand van het programma QuestionPro. Participatie was geheel vrijwillig en was mogelijk aan de hand van een online beschikbare vragenlijst. Participanten werden voor afname geïnformeerd over de inhoud en doelstellingen van de bevraging en werden om hun actieve toestemming gevraagd. Enkel wanneer een participant de bijgevoegde informed consent bevestigend/instemmend had ingevuld, kon deze verder met het invullen van de werkveldbevraging.

De werkveldbevraging stond open van 25 februari 2025 tot en met 5 mei 2025. Verschillende mailing-campagnes zijn opgesteld: de initiële uitnodiging tot deelname werd uitgestuurd op 25 februari 2025. Een eerste reminder is uitgestuurd op 19 maart 2025, gevolgd door een tweede reminder op 24 april 2025. De bevragingsperiode werd finaal afgesloten op 5 mei 2025.

2.4 Focusgroepen

Via de online werkveldbevraging werden organisaties en/of individuele zorgverstrekkers uitgenodigd om deel te nemen aan de focusgroepen. Aan het einde van de werkveldbevraging konden geïnteresseerden zich direct aanmelden voor deelname aan een focusgroep. Er werden 4 verschillende momenten voorzien waarop de deelnemers konden aangeven of zij hierop aanwezig zouden kunnen zijn. Op basis van de verkregen informatie zijn hieruit 3 momenten geselecteerd om 3 verschillende focusgroepen te organiseren.

De samenstelling van de focusgroepen is zo gekozen dat ze het werkveld waarin de deelnemers actief zijn zo representatief mogelijk weerspiegelt. Er werd naar een zo groot mogelijke heterogeniteit gestreefd op vlak van:

- Type dienst (privaat of gesubsidieerd)
- Soort dienst
- Rol van de dienstverlener (zorgverstrekker of coördinator/diensthoofd)
- Soort zorgverlener (indien van toepassing)
- Postcode

Voor de planning en organisatie van de focusgroepen is een draaiboek uitgeschreven (zie bijlage 3). Dit verliep in grote lijnen als volgt:

- Stap 1: Deelnemersgroepen werden samengesteld. De deelnemers waren allen aanbieders van diagnostiek/zorgverstrekkers. Voor de samenstelling van de deelnemersgroepen werd onder zowel de gesubsidieerde voorzieningen als de zelfstandig zorgverstrekkers gerekruteerd, en dit zowel in Vlaanderen als in Brussel. Er werd gemikt op een representatieve samenstelling van de focusgroepen. Kandidaten werden per mail gecontacteerd om hun aanwezigheid op het geselecteerde moment te bevestigen. Hierbij werd meteen ook de geïnformeerde toestemming van iedere deelnemer ingewonnen via een online invulformulier (zie bijlage 4). Per focusgroep konden maximaal 10 deelnemers participeren. Voor ieder focusgesprek werd een maximale duur van 120 minuten voorzien.

- Stap 2: De focusgroepen werden online ingericht (met behulp van het programma Zoom) om de drempel tot deelname zo laag mogelijk te houden. Voor iedere focusgroep werd een aparte Zoomlink voorzien om alle data gescheiden te houden en veiligheid van de deelnemers te waarborgen.

- Stap 3: Een leidraad werd uitgewerkt op basis waarvan de deelnemers werden bevraagd. Voorbeeldvragen zijn: ‘Welke drempels zie je als hulpverlener (bv. wachtlijsten, kostprijs)?’; ‘Met welke verwachtingen doet men beroep op het aanbod en worden deze ingelost?’; ‘Waarom doet men beroep op dit aanbod (vanuit welke noden)?’; ‘In hoeverre kan je als hulpverlener effectief inspelen op de noden van de patiënt?’ De gesprekken werden gestroomlijnd aan de hand van een begeleidende diapresentatie. Drie onderzoekers namen telkens deel aan de focusgesprekken: 1 als moderator en 2 namen een ondersteunende rol op zich. Zij volgden het gesprek actief mee, zorgde voor verslaggeving en konden waar nodig aanvullende vragen stellen ter verduidelijking.

- Stap 4: Van de focusgesprekken werden gedetailleerde transcripten uitgeschreven. Op deze uitgeschreven transcripten werd een thematische analyse toegepast. Vervolgens werd een geïntegreerd rapport opgesteld met daarin de voornaamste bevindingen. Na drie focusgroepen stelden we vast dat ondanks de open vragen, dezelfde kernthema’s herhaaldelijk naar voren kwamen. Dit wijst op een zekere mate van datasaturatie: de belangrijkste bevindingen werden in meerdere groepen bevestigd en verder verdiept. Van alle focusgroepen werden opnames gemaakt met voorafgaande geïnformeerde toestemming van alle participanten. Vertegenwoordigers van de overheid, die tevens deel uitmaken van de stuurgroep, participeerden niet aan de focusgroepen. De bedoeling was om participanten zo weinig mogelijk te beïnvloeden en het vrije spreken zoveel mogelijk te stimuleren.

3 Data-analyse

3.1 Werkveldbevraging

De werkveldbevraging was actief van 25/02/2025 tot 05/05/2025. De verzamelde data werden geëxporteerd uit QuestionPro, en nadien verwerkt met de softwaretoepassingen SPSS. Er werd voor gekozen om de gegevens voornamelijk op beschrijvend niveau te analyseren. De groepen bleken te klein om toetsende of verklarende analyses met voldoende betrouwbaarheid uit te voeren. Daarom werd er hoofdzakelijk gewerkt met beschrijvende statistische analyses met frequentieverdelingen en procentuele verhoudingen om inzicht te verkrijgen in de bevraagde thema's.

3.2 Focusgroepen

Van alle drie de afzonderlijke focusgroepsessies werden digitale audio-opnames gemaakt. Deze opnames werden integraal getranscribeerd en dienden vervolgens als primaire bron voor verdere analyse. Voor de data-analyse hanteerden we een thematische analysekader volgens de stappen van Braun en Clarke (2006):

- Codering: in elk transcript werden betekenisvolle fragmenten ("units of meaning") systematisch gecodeerd met behulp van een deductief-inductieve benadering. Hierbij werd gestart vanuit vooraf gedefinieerde constructen, gebaseerd op de onderzoeksvragen. Deze werden tijdens het coderingsproces aangevuld met werden aangevuld met nieuwe constructen, die voortkwamen uit de data zelf.
- Themavorming: de verzamelde codes werden gegroepeerd op basis van inhoudelijke gelijkenissen en verschillen tot overkoepelende thema's.
- Review en verfijning: de voorlopige thema's werden besproken, aangescherpt en waar nodig opgesplitst of samengevoegd.
- Definitieve definiëring: elk thema kreeg een heldere naam en definitie, waarna alle inhoud van de gesprekken werd toegekend aan een thema. Daarna werd een samenvatting gemaakt van ieder thema.

Elk van bovenstaande stappen werd uitgevoerd door teams van twee of drie onderzoekers. Deze gestructureerde aanpak stelde ons in staat om de inbreng van de participanten systematisch in kaart te brengen en te onderbouwen aan de hand van oorspronkelijke data (zie Bijlage 7).

Hoofdstuk 3
Resultaten

1 Afbakening onderzoeksdomein, begripsverklaring en inventarisatie

Een afbakening van het onderzoeksdomein en een begripsverklaring zijn noodzakelijk. Diagnostiek is inherent aan zowel de (geestelijke) gezondheids- als welzijnszorg, maar wordt niet door iedere voorziening of professional op eenzelfde manier ingevuld. We kiezen er bewust voor om de term 'psychodiagnostiek' te vermijden, en in de plaats daarvan gebruik te maken van het begrip 'diagnostiek'. Dit laat immers ruimte voor de biopsychosociale invalshoek, welke belangrijk is om het beschikbare diagnostische aanbod voor psychosociale zorgnoden binnen het ruime veld van de geestelijke gezondheidszorg in kaart te brengen.

Wat verstaan we onder 'diagnostiek'? Hoe bakenen we dit begrip af op vlak van doelgroep, zorgnood, specialisatie of sector? Hierbij is zowel het basisdiagnostisch als het gespecialiseerd diagnostisch aanbod voor volwassenen mee in rekening gebracht.

1.1 Wat verstaan we onder diagnostiek?

In het decreet houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van 21 juni 2013 (Belgisch Staatsblad, 14 augustus 2013) 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*.

De Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek (KCD vzw, 2024)[2], zoals opgesteld door het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, omschrijft diagnostiek als *een proces waarbij sprake is van een hulp- of zorgvraag die in kaart wordt gebracht en geanalyseerd wordt met als finaliteit het kunnen waarmaken van zorg*.

In de eerder uitgevoerde mappingstudie van het diagnostisch aanbod voor kinderen/jongeren (Van der Velde, Cloet & Leys, 2024) wordt diagnostiek omschreven als: *'Diagnostiek is het afgebakend proces waarbij sprake is van een hulp- of zorgvraag die grondig in kaart wordt gebracht en geanalyseerd wordt door een multi- of interdisciplinair team met als doel het kunnen waarmaken van zorg. Deze zorg kan binnen of buiten de organisatie worden opgenomen*'.

Door Opgroeien wordt diagnostiek in de 'Strategische Cirkel Diagnostiek & Inschaling' (2022) als volgt omschreven: '*Diagnostiek is elk gestructureerd en kennisgestuurd handelingsprotocol dat gericht is op het verhelderen van de onderliggende processen die het probleem mee veroorzaken, modereren, verscherpen of verzachten en gericht op het in kaart brengen van hoe werkzame interventies responsief vorm kunnen krijgen'*.

---

2 Deze richtlijn is bedoeld als kwaliteitskader voor pragmatische uitwerking van een diagnostische cyclus. Die uitwerking kan nog verschillen naargelang de sector waarin de zorgverstrekker actief is, de doelstellingen die de zorgverstrekker vooropstelt, enzovoort.

Bovenstaande definities verschaffen een goed vertrekpunt om diagnostiek te definiëren. Het zijn echter eerder ruime definities van diagnostiek waarbij de finaliteit van de hulp- of zorgvraag, behoudens het formuleren van advies, niet nader wordt omschreven. Elke vorm van gegevensverzameling ten behoeve van de cliënt kan derhalve worden opgevat als een diagnostische activiteit. Het is belangrijk te vermelden dat de gegevensverzameling niet enkel gebeurt via de cliënt, maar ook door de ruimere omgeving/context van de cliënt in het proces te betrekken. Diagnostiek is echter niet enkel gericht op het tegemoet komen aan een zorg- of ondersteuningsvraag, maar ook op het krijgen van inzicht in de onderliggende oorzaken van klachten. Diagnostiek kan bijvoorbeeld het stellen van een diagnose omvatten, wat verder gaat dan enkel het begrijpen van de hulpvraag of het organiseren van gepaste zorg. Vaak is de vraag bij aanvang ook niet helemaal duidelijk of zelfs onbekend. Ook andere doelstellingen van diagnostiek worden niet (per se) gecapteerd in een zorg- of ondersteuningsvraag. Ten slotte is in sommige van de omschrijvingen per definitie sprake van een multi- of interdisciplinaire aanpak, maar ondanks dat een multidisciplinaire aanpak aan te bevelen is voor vele vormen van diagnostiek, vooral bij complexe diagnostiek, is dit niet altijd aangewezen, noodzakelijk of zelfs mogelijk. Heel wat diagnostische activiteiten worden monodisciplinair uitgevoerd.

In het algemeen kiezen we er voor dit onderzoek bewust voor om het begrip diagnostiek zo ruim mogelijk te formuleren. Diagnostiek is immers een containerbegrip: de invulling van het begrip varieert tussen beleidsdomeinen, sectoren, organisaties, beroepen en opleidingen. In het werkveld geven verschillende zorgverstrekkers er een eigen invulling en betekenis aan, veelal ingegeven vanuit de sector waarin ze werkzaam zijn, de doelgroep(en) waarmee ze werken of het statuut of financieringsstructuur van waaruit ze hun diagnostische activiteiten vormgeven. We vinden het belangrijk om zoveel mogelijk van deze zorgverstrekkers mee op te nemen in dit onderzoek. Daarom moet een definitie in deze context de verschillende doelstellingen of uitkomsten van diagnostiek overwegen, zoals probleem- of vraagverheldering, verwijzing, behandelplanning of diagnosestelling.

Daarnaast verwijst een goede definitie best niet naar een specifieke setting of teamvorm. Dit laat toe om een breed aanbod aan diagnostische diensten met verschillende vormen van teamwerking (of solopraktijk) op te nemen. Het begrip ‘diagnostiek’ is op zichzelf al beperkend, omwille van bepaalde connotaties die het in zich meedraagt. We voorzien daarom voldoende duiding bij de gehanteerde begrippen, en passen de terminologie aan (waar nodig) in functie van de specifieke voorziening of sector. Dit alles doen we met de bedoeling om de deelnemers uit verschillende diensten zo veel mogelijk aan te spreken en de responsgraad zo hoog mogelijk te krijgen en zoveel mogelijk van het diagnostisch aanbod in Vlaanderen en Brussel in kaart te brengen.

In Tabel 1 voorzien we de operationele definitie van het begrip ‘diagnostiek’ die voor dit onderzoek werd gehanteerd (wat, waarom en hoe).

Tabel 1 Afbakening van het begrip diagnostiek

Wat is diagnostiek?	Diagnostiek is een systematisch en dynamisch proces van gegevensverzameling en/of hypothesetoetsing dat vertrekt vanuit een hulpvraag of (vermoeden van) zorgnood.
	Hiermee onderscheidt diagnostiek zich van louter klinische indrukken of observaties. Men zou kunnen stellen dat zorgverleners continu aan diagnostiek doen, in die zin dat zij geregeld inschattingen maken van de fysieke of psychosociale toestand van hun cliënt. Diagnostiek vereist echter een bewuste intentie waardoor er sprake kan zijn van een (systematisch) proces. Een diagnostisch proces vereist een bepaalde methodiek, met een welbepaald doel in het achterhoofd. Dit kan gaan van het opstellen van een voorlopige probleemsamenhang (eenvoudig) tot classificatie van een ziektebeeld (complex). Loutere 'klinische indrukken' op toevallige of niet-systematische wijze zonder achterliggende finaliteit zijn ontoereikend om te kunnen spreken van diagnostiek.
Waarom doen we aan diagnostiek?	Diagnostiek kan verschillende doelstellingen (De Bruyn et al., 2003) hebben, zoals: • het in kaart brengen, beschrijven of begrijpen van het biopsychosociaal functioneren van een persoon (*beschrijvende of verklarende functie van diagnostiek*) • het continu aanleveren van informatie die noodzakelijk is voor het organiseren van zorg op maat van de hulpzoekende, zowel op vlak van behandeling als rehabilitatie/revalidatie (*indicerende- of handelingsgerichte functie van diagnostiek*) • het classificeren van een ziekte, stoornis of syndroom (*classificerende of onderkennende functie van diagnostiek*) • het inschalen van de ernst of intensiteit van problemen (*taxerende functie van diagnostiek*)
	Hiermee situeert diagnostiek zich binnen verschillende settings en over zorglijnen heen. Diagnostiek kan als proces van bewuste informatieverzameling worden ingezet met verschillende doelstellingen in het achterhoofd, van diagnostisering tot optimalisering van behandeling. Diagnostiek en behandeling zijn vaak met elkaar verweven, maar onderscheidt zich evenwel van behandeling.
Hoe doen we aan diagnostiek?	Diagnostiek is een kennisgestuurde handelingswijze die wordt uitgevoerd door op gecombineerde wijze gebruik te maken van: • een kritisch denkproces dat gestoeld is op betrouwbare modellen (bv. diagnostisch procesmodel, diagnostische cyclus) • betrouwbare en gevalideerde methodieken en instrumenten, zoals observatie- en gesprekstechnieken of psychometrische tests.
	Diagnostische methodieken en instrumenten zijn divers afhankelijk van de setting waarin ze worden gebruikt en met welke finaliteit. We benoemen 'methodieken' overigens expliciet naast 'instrumenten', met de bedoeling om diagnostiek los te koppelen van het louter 'test-diagnostische'. Ook gesprekken en observaties behoren tot de toolbox van de diagnosticus.

Wanneer we bovenstaande elementen samennemen en rekening houden met eerdere definities die zijn opgesteld door instanties zoals het Departement Zorg, het VAPH, het Agentschap Opgroeien en het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, komen we tot volgende definitie:

Diagnostiek is een systematisch-dynamisch proces van gegevensverzameling en/of hypothesetoetsing dat vertrekt vanuit een hulpvraag of (vermoeden van) zorgnood, en wordt uitgevoerd via kennisgestuurde handelingswijzen. Diagnostiek heeft hierbij verklarende, indicerende, classificerende en/of taxerende functies.

Twee belangrijke opmerkingen bij deze definitie:

1. We wensen geen artificieel of arbitrair onderscheid te maken tussen lichaam en geest: we erkennen de vaak erg complexe samenhang tussen lichamelijke en psychologische fenomenen.
2. We wensen geen artificieel of arbitrair onderscheid te maken tussen diagnostiek en behandeling: we erkennen de verwevenheid en complementariteit van diagnostiek en behandeling, waarbij zorgverleners continu heen en weer bewegen tussen beide.

Het is echter noodzakelijk om op beide punten tot een redelijke afbakening te komen, aangezien somatische diagnostiek én het behandelaanbod buiten de scope van deze studie vallen.

1.2 Op welk toepassingsgebied richten we ons?

Op basis van de rapid review zal het toepassingsgebied geëxpliciteerd worden en zal dit onderzoek zich hoofdzakelijk richten op het beschikbare diagnostische aanbod binnen het ruime veld van de geestelijke gezondheidszorg (zie Tabel 2). Dit betekent echter niet dat voorzieningen of zorgaanbieders die zich op de grens bevinden van de geestelijke gezondheidszorg geen plaats kunnen hebben in dit onderzoek. We begrijpen immers dat het niet altijd eenvoudig is om sectoren netjes af te bakenen en dat het belangrijk is om ook oog te hebben voor factoren die buiten het medische model vallen, zoals sociale en contextuele invloeden. De biopsychosociale invalshoek helpt om een breder begrip te krijgen van wanneer geestelijke gezondheidszorg nodig is.

De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022) fungeert hierbij als leidraad, doch de afbakening van psychische problemen beperkt zich niet uitsluitend tot de stoornissen die in dit systeem worden beschreven. Tegelijkertijd moeten we erkennen dat de DSM sterk medisch gebaseerd is. We zullen m.a.w. ook oog hebben voor de diagnostiek van zaken die buiten de scope van het zuiver medisch en pathologie-gebaseerd denken vallen (bv. hoogbegaafdheid wordt niet als psychische aandoening gezien), maar ook opvoedingsproblemen, relatieproblemen, copingstijlen, leefgewoontes, veerkracht, ... Daarom zal de Internationale Classificatie van het Menselijk Functioneren (ICF-model) bijkomend gebruikt worden als leidraad. Het beschrijft de uitdagingen die mensen tijdens het functioneren ervaren en schetst zo een totaalbeeld dat verder reikt dan de louter psychische zorgnood. Voor relevante actoren geeft het structuur en zorgt het voor een consistente weergave van iemands mogelijkheden. Dit komt een vlotte informatie-uitwisseling ten goede (Cieza et al., 2019; Momsen et al., 2019).

Tabel 2 Afbakening van het toepassingsgebied

Worden NIET geïncludeerd in dit onderzoek	Voorzieningen of zorgaanbieders die zich enkel richten op somatische diagnostiek. Somatische diagnostiek richt zich op lichamelijke aandoeningen of ziektes, waarbij de symptomen en oorzaken zich hoofdzakelijk in het fysieke lichaam manifesteren. Deze zorg is meestal gebaseerd op medische diagnostiek, laboratoriumonderzoeken, beeldvorming en fysiek onderzoek.
	Typische zorgaanbieders zijn huisartsen, arts-specialisten, verpleegkundigen en fysiotherapeuten.
Worden WEL geïncludeerd in dit onderzoek	Voorzieningen of zorgaanbieders die zich richten op psychosociale diagnostiek. Psychosociale diagnostiek richt zich op mentale, emotionele of sociale problemen. De klachten kunnen zich uiten in gedachten, gedrag, emoties, relaties of een combinatie daarvan. Vaak is er sprake van psychosociale factoren of neurobiologische oorzaken.
	Typische zorgaanbieders zijn huisartsen, psychiaters, psychologen, orthopedagogen, psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers.

Deze studie is bovendien niet beperkt tot gespecialiseerde diagnostiek. Alle mogelijke vormen van psychosociale diagnostiek komen in aanmerking, ongeacht de sector of zorglijn waarin deze wordt aangeboden. Wat de zorglijnen betreft gaan we uit van vier fundamentele zorglijnen (zie Figuur 1).

Figuur 1 Zorglijnen binnen de geestelijke gezondheidszorg

We beschouwen de zorglijnen als een zinnig vertrekpunt om de verschillende vormen van diagnostiek te illustreren. Immers, afhankelijk van de setting en zorglijn waarin een zorgverlener zich bevindt zal diagnostiek verschillen qua aard, intensiteit, doelstelling, gebruikte methodieken, enzovoort. Tabel 3 voorziet een prototypische en niet-exhaustieve weergave van de verschillende doelstellingen, methodieken en aanbieders van diagnostiek over de verschillende zorglijnen heen.

Tabel 3 Diagnostiek over de zorglijnen heen

Breed en niet specifiek	Gespecialiseerd	Zeer uitgebreid	Ernstig en chronisch
Deze diagnostiek is breed en niet-specifiek, gericht op een eerste inschatting van de hulpvraag of problemen. Het doel is om personen te identificeren die nood hebben aan verdere zorg of doorverwijzing. Het is vooral gericht op: • vroegtijdige opsporing van (een risico op) geestelijke gezondheidsproblemen • het ontwikkelen van hypothesen over elementen die een rol spelen in de casus • samen met de patiënt inzicht verwerven in de factoren die mogelijks een rol spelen in de problematieken of die mogelijks een risico inhouden voor verdere escalatie en degradatie van de psychosociale gezondheidstoestand • identificeren van de levenskwaliteit, de krachtbronnen, de waarden en levensdoelen en de veerkracht van de persoon en diens omgeving	Deze diagnostiek omvat gespecialiseerde diagnostiek voor mensen met meer complexe psychische problemen die niet in de eerste lijn kunnen worden behandeld. Deze diagnostiek is gericht op mensen met specifieke zorgvragen. In dit niveau wordt verder gekeken naar specifieke stoornissen en kan gebruik worden gemaakt van gestandaardiseerde tests en klinische interviews om bijvoorbeeld een diagnose te stellen. De diagnostiek is hier meer gericht op: • classificatie van psychische stoornissen • opstellen van behandelingsplannen in functie van specifieke hulpvragen	Deze diagnostiek is zeer uitgebreid en gericht op de meest complexe problematieken, vaak met een nauwe integratie van somatische en psychische factoren. Dit is de meest gespecialiseerde vorm van diagnostiek, vaak gebruikt voor complexe, multifactoriële problematieken waarbij meerdere disciplines samenwerken. De diagnostiek is hier meer gericht op: • classificatie van psychische stoornissen (complex) • opstellen van (gespecialiseerde) behandelings-, revalidatie of rehabilitatieplannen in functie van specifieke hulpvragen of zorgnoden	Deze diagnostiek wordt toegepast in settings die langdurige zorg bieden bij ernstige en/of chronische mentale aandoeningen. Dit soort diagnostiek is veelal gericht op het maken van voorspellingen over en het evalueren van het beloop van een langer zorgtraject. De diagnostiek is hier gericht op: • evalueren van ondersteunende interventies bij langetermijn rehabilitatie • re-integratie van personen met ernstige en/of chronische mentale aandoeningen
Kenmerken • Laagdrempelig • Generalistisch • Oriënterend • Triage • Verwijzing • Vroegdetectie • Signalisatie • Kortdurend	**Kenmerken** • Middendrempelig • Gespecialiseerd • Multidisciplinair • Diepgaand • Matig durend	**Kenmerken** • Hoogdrempelig • Zeer gespecialiseerd • Atypische problematieken • Complex • Intensief • Multimethodologisch • Multidisciplinair • Langdurig	**Kenmerken** • Langdurig • Chronische of complexe problematieken • Geïndividualiseerd
Doelstellingen • Casusconceptualisatie • Indicatiestelling	**Doelstellingen** • Classificatie • Differentiaaldiagnose	**Doelstellingen** • Classificatie (complex)	**Doelstellingen** • Rehabilitatie • Revalidatie

• Vraagverheldering • Probleemsamenhang	• Behandelplanning • Casusconceptualisatie	• Behandelplanning (gespecialiseerd) • Casusconceptualisatie • Differentiaaldiagnose	
Typische methodieken • Gesprekken • Observaties • Screeningsvragenlijsten (online of pen/papier) • Monitoring • Watchful waiting (vinger aan de pols)	**Typische methodieken** • Gesprekken • Observaties • Gestructureerd (klinisch) interview • Klinische vragenlijsten (bv. persoonlijkheid) • Performance-based tests (bv. Neuro-psychologisch, IQ)	**Typische methodieken** • Gesprekken • Observaties • Gestructureerd (klinisch) interview • Klinische vragenlijsten (bv. persoonlijkheid) • Performance-based tests (bv. Neuro-psychologisch, IQ) • ROM-metingen	**Typische methodieken** • Specifieke instrumenten • ROM-metingen
Typische aanbieders • Huisartsen • CAW's • Eerstelijnspsychologen • Maatschappelijk werkers in de eerstelijnszorg • Diverse andere voorzieningen (WZC, …)	**Typische aanbieders** • Psychologen en psychiaters binnen ambulante centra zoals CGG's • Multidisciplinaire teams in psychiatrische instellingen of gespecialiseerde diagnostische centra	**Typische aanbieders** • Universitaire psychiatrische ziekenhuizen • PAAZ • Hooggespecialiseerde diagnostische centra (bijv. voor autisme of persoonlijkheidsstoornissen)	**Typische aanbieders** • Psychologen en psychiaters binnen gespecialiseerde centra zoals revalidatiecentra, beschut wonen, mobiele teams, ...

Opmerking. Belangrijk is om de opdeling in zorglijnen eerder als een continuüm te beschouwen dan als een categoriale opdeling. De verschillende zorglijnen verschaffen een brede afbakening binnen het zorglandschap op basis waarvan het beleid zich kan oriënteren. Dit betekent echter niet dat het zorgaanbod niet over verschillende lijnen heen kan worden georganiseerd. Zo kan een welbepaalde zorgaanbieder of voorziening (bv. CGG[3]) zich bijvoorbeeld binnen meerdere lijnen bevinden, of kan een doelstelling van diagnostiek binnen verschillende zorglijnen worden teruggevonden. Het impliceert ook dat de kenmerken, doelstellingen en methodieken van specifieke diensten kunnen afwijken van bovenstaande prototypische beschrijving.

De voornaamste functie van tabel 3 is om de expliciete inclusie van de aanbieders van diagnostiek actief binnen de eerste- en vierde lijn te faciliteren. Binnen deze zorglijnen bevinden zich de minder typische aanbieders van diagnostiek. Door deze aanbieders en de aard van hun activiteiten te expliciteren, beoogden we te verzekeren dat zij voldoende werden meegenomen in de werkveldbevraging.

1.3 Afbakening transitieleeftijden

Dit onderzoek focust zich op het diagnostisch aanbod voor volwassenen of meerderjarigen. Het decreet dat de rechtspositie van de minderjarige regelt (Vlaanderen, 7 mei 2004) omschrijft een 'minderjarige' als elke natuurlijke persoon jonger dan 18 jaar. De wet patiëntenrechten (22 augustus 2002) maakt een

3 Naast de kernopdracht van de CGG, zijnde gespecialiseerde ambulante behandeling en diagnostiek en preventie, nemen de CGG ook nog andere opdrachten waar in functie van samenwerking met zorgactoren op andere zorgniveaus.

onderscheid tussen meerderjarige en minderjarige patiënten. De juridische meerderjarigheid volgt hierbij uit het Burgerlijk Wetboek, die wordt gelegd op 18 jaar. We zijn voor dit onderzoek dan ook uitgegaan van een kalenderleeftijd van 18 jaar in het selecteren/inventariseren van het diagnostisch aanbod voor volwassenen. Dit betekent dat we ons voor dit onderzoek in de eerste plaats hebben gericht op voorzieningen en praktijken die een diagnostisch aanbod hebben vanaf de leeftijd van 18 jaar.

Sommige diensten voor kinderen en jongeren, vooral binnen de GGZ, hanteren een flexibele grens tot 21 jaar, afhankelijk van de maturiteit en specifieke zorgbehoeften (Kind & Gezin, 2015). Wat bijvoorbeeld de interfederale netwerken Geestelijke Gezondheid betreft werken de zes netwerken (Vlaanderen/Brussel) GGKJ (Geestelijke Gezondheid kinderen en jongeren) in bepaalde omstandigheden tot een leeftijd van 23 jaar. Omgekeerd zien we bij de 13 netwerken (Vlaanderen/Brussel) voor volwassenen dat er wordt gewerkt vanaf een leeftijd van 15 jaar. Dit bevestigt dat transities rond de leeftijd van 18 jaar spelen, maar dat er ook flexibele bruggen bestaan rond deze transitieleeftijd. Voorzieningen die hun kinder- en jongerenaanbod op deze manier oprekken tot een leeftijd hoger dan 18 jaar ('verlengde minderjarigheid') zouden in principe mee opgenomen zijn in de eerder uitgevoerde mappingstudie die gericht was op kinderen en jongeren. Het gaat hier immers om het beschikbaar stellen van het aanbod voor kinderen en jongeren aan personen die ouder zijn dan 18 jaar. Deze zijn dan ook niet mee opgenomen in huidig onderzoek.

De beweging in de andere richting was echter wel van belang voor dit onderzoek: voorzieningen die hun (volwassen) aanbod in bepaalde gevallen openstellen voor minderjarigen werden geïncludeerd in dit onderzoek ('vervroegde meerderjarigheid'). Soms maakt de overgang naar de volwassenheid immers deel uit van de diagnostische doelstellingen.

We hebben ons hierbij in eerste instantie gefocust op diensten wiens aanbod van diagnostiek voor volwassenen wordt aangeboden vanuit het officiële opdrachtenkader. We hebben in dit onderzoek echter ook oog voor de 'realiteit op het terrein'. Een voorbeeld: zijn er voorzieningen die bewust minderjarigen laten instappen in het aanbod voor volwassenen vanwege wachtlijsten in het aanbod voor kinderen en jongeren? Dit soort beslissingen komt tegemoet aan reële noden in het werkveld. De verhouding tussen opdrachtenkader en pragmatiek is interessant voor beleidsmakers om ondergefinancierde doelgroepen en voorzieningen te identificeren.

2 Inventarisatie van het diagnostische aanbod

Een inventarisatie werd gemaakt van alle mogelijke aanbieders van diagnostiek voor volwassenen in Vlaanderen en Brussel, zowel voor het gesubsidieerde als het private aanbod (zie bijlage 1). Wat het **gesubsidieerde aanbod** betreft gaat dit dan onder andere over CGG, CAW, psychiatrische of algemene ziekenhuizen, en revalidatievoorzieningen zoals CAR. Wat het **private aanbod** betreft zijn zelfstandig zorgverstrekkers die vanuit een ambulant aanbod aan diagnostiek doen geïdentificeerd: het gaat dan onder andere om klinisch psychologen, psychologisch consulenten, huisartsen of psychiaters. Deze kunnen georganiseerd zijn als solo- en groepspraktijken die zowel mono- als multidisciplinair kunnen werken, alsook universitaire praktijkcentra en huisartsenpraktijken.

De eigenlijke mapping op basis van de werkveldbevraging wordt behandeld in '*3. Inhoud van het diagnostisch aanbod en matching met vraagzijde*'.

3 Inhoud van het diagnostisch aanbod en matching met vraagzijde

3.1 Werkveldbevraging

3.1.1 Data-cleaning en responsgraad

Het volledige adressenbestand zoals geïnventariseerd is aangeschreven. Twee aparte mailinglijsten zijn hiervoor opgemaakt: een algemene mailinglijst met daarin het overgrote deel van de adressen (N=2935), en een specifieke mailinglijst waarin de ziekenhuizen[4] zijn aangeschreven (N=101). Deze werkwijze is gekozen omdat ziekenhuizen op een andere manier benaderd moesten worden opdat de werkveldbevraging bij de meest geschikte respondenten zou terecht komen, i.e. personen die op de betreffende plaats of dienst het diagnostisch werk verrichten.

Wat de mailings betreft zijn de 'open-rates' (i.e. de mate waarin de mail is geopend door de bestemmeling) en 'click rates' (i.e. de mate waarin door de bestemmeling is doorgeklikt naar de werkveldbevraging) nagegaan. Hierbij kwamen de volgende cijfers naar voren:

- Open rates:
  - 'Algemene lijst': ≈ 24%
  - Ziekenhuizen: ≈ 8%
- Click rates:
  - 'Algemene lijst': ≈ 4%
  - Ziekenhuizen: ≈ 6%

Voor de zorgsector, en zeker bij uitnodigingen voor wetenschappelijk onderzoek, is een open rate van 20–25% gebruikelijk (Van Mol & de Leeuw, 2015). Voor de algemene lijst valt de behaalde open rate netjes binnen deze marge, wat goed tot zeer goed is. De open rate van 8% bij ziekenhuizen is daarentegen een stuk lager dan verwacht. In de zorg wordt een click rate van 2-5% als aanvaardbaar tot goed beschouwd, zeker voor onderzoeksmails (Qualtrics XM Institute, 2021). Dit maakt een click rate van 4% voor de algemene lijst overwegend positief. Een click rate van 6% bij ziekenhuizen is goed tot zeer goed, ondanks de lage open rate.

Wat de responsgraad betreft, blijkt dat de werkveldbevraging 3,680 keer is bekeken. Dit cijfer verwijst naar het aantal personen dat de link naar de bevraging heeft aangeklikt en het startscherm heeft bereikt. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met personen die herhaaldelijk op de betreffende link hebben geklikt. Dit precieze aantal is niet te achterhalen.

De werkveldbevraging ontving 732 reacties, wat betekent dat 732 personen na het startscherm van de bevraging zijn begonnen met invullen. De 'start rate' is berekend op basis van het aantal keer dat de bevraging is bekeken, en het aantal reacties die we hebben ontvangen. Een start rate van (732/3680 ≈) 19.9% is goed tot zeer goed (ref. 10%-25%). In heel wat online surveys ligt de start rate tussen 10% en 25%, afhankelijk van het vertrouwen dat men heeft in de afzender, de lengte van het openingsscherm, duidelijkheid van het doel en het gebruikte apparaat (mobiel vs. desktop) waarmee de survey wordt

[4] Algemene ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, psychiatrisch ziekenhuis, forensisch psychiatrische ziekenhuizen, universitaire ziekenhuizen, polikliniek

ingevuld (SurveyMonkey Industry Benchmarks, 2022). Dat de werkveldbevraging ongeveer 1 op 5 personen overtuigt om te starten, ligt binnen de verwachtingen.

De werkveldbevraging ontving 518 ingevulde informed consents (IC). Enkel wanneer een respondent een IC correct had ingevuld kon deze verder met de bevraging. De 'IC rate' is berekend op basis van het aantal ontvangen reacties, en het aantal personen die het informed consent effectief heeft ingevuld.

Op de ruwe dataset (N=518) is vervolgens data-cleaning toegepast. De volgende handelingen zijn hierbij verricht:

- Dubbele IP-adressen (N=34) zijn verwijderd. Hierbij ging het vaak om dezelfde persoon die op verschillende momenten is ingelogd om de bevraging in te vullen. De respons waarin de meeste antwoorden werden gegeven, werd hierbij behouden. Belangrijk om op te merken is dat we niet alle dubbele IP-adressen hebben verwijderd:
    - Data van verschillende respondenten die de bevraging hebben ingevuld vanuit eenzelfde voorziening, met eenzelfde IP-adres, hebben we uiteraard behouden.
    - Data van personen die de bevraging meerdere keren hebben ingevuld, doch vanuit een andere rol, zijn eveneens behouden.
- Onbruikbare data zijn verwijderd (N=102). Hierbij ging het om:
    - 50 participanten die vanaf de variabele 'type dienst' verder niets ingevuld hebben.
    - 42 participanten die enkel type dienst ingevuld hebben.
    - 2 personen die enkel hun rol ingevuld hebben.
    - 8 participanten die aangaven niet aan diagnostiek te doen.

Na data-cleaning weerhouden we een steekproef met N=382 participanten, waarop we onze analyses toepassen. De resultaten van deze analyses worden verder in dit hoofdstuk besproken. Aanvullende tabellen zijn te vinden in bijlage 5.

3.1.2 Demografisch

Tabel 4 Verdeling gesubsidieerde en private diensten

Type Dienst	**Aantal (%)**
Gesubsidieerde dienst	***N=211 (55.2%)***
Psychiatrisch ziekenhuis	52 (24.6%)
Vergunde zorgaanbieder[a]	41 (19.4%)
Andere[b]	29 (13.7%)
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg	14 (6.6%)
Algemeen ziekenhuis	13 (6.2%)
Centrum voor Ambulante Revalidatie	9 (4.3%)
Mobiele teams GGZ	9 (4.3%)
Universitair ziekenhuis	7 (3.3%)
Woonzorgcentrum	7 (3.3%)
Forensisch-Psychiatrisch ziekenhuis	5 (2.4%)
Multifunctioneel centrum	5 (2.4%)
Expertisecentra niet verbonden aan een ziekenhuis	4 (1.9%)
Eerstelijnspsychologische functie	4 (1.9%)
Revalidatieziekenhuis	3 (1.4%)
Psychosociale dienst gevangenis	3 (1.4%)
Centrum voor Algemeen Welzijnswerk	2 (0.9%)
Revalidatiecentrum psychische revalidatie	2 (0.9%)
Studentenbegeleidingsdiensten	2 (0.9%)
Beschut Wonen	/
Hulplijn	/
Psychiatrisch Verzorgingstehuis	/
Private diensten	***N=171 (44.8%)***
Multidisciplinaire groepspraktijk	73 (42.7%)
Solopraktijk	50 (29.5%)
Monodisciplinaire groepspraktijk	38 (22.2%)
Andere[c]	10 (5.8%)

Opmerkingen. [a] = Een vergunde zorgaanbieder is een organisatie die een vergunning heeft van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) om zorg of ondersteuning te bieden aan meerderjarige personen met een handicap, voor diensten die niet-rechtstreeks toegankelijk zijn. [b] = Onder 'Andere' vallen heel wat verschillende types diensten, zoals bijvoorbeeld een bijstandsorganisatie, OCMW, Dienst maatschappelijk werk van een ziekenfonds, Eerstelijnszone, Medisch-Sociaal Opvangcentrum, Oriëntatiecentrum OLO-Rotonde vzw, Thuiszorg, of Zorgcentrum na Seksueel geweld. [c] = 'Andere' antwoordmogelijkheden omvatten bijvoorbeeld 'combinatie privépraktijk en psychiatrisch ziekenhuis', 'vzw', of 'praatgroep'.

In Tabel 4 is af te lezen dat van de respondenten van de gesubsidieerde diensten (N=211) 24.6% aangeeft te werken binnen een psychiatrisch ziekenhuis. Vervolgens geeft 19.4% aan te werken bij een vergunde zorgaanbieder. Zes komma zes procent werkt in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Zes

komma twee procent is actief in een algemeen ziekenhuis. De overige gesubsidieerde diensten zijn vertegenwoordigd door minder dan vijf procent van de respondenten.

Binnen de private diensten (N=171) geeft 42.7% van de respondenten aan te werken binnen een multidisciplinaire groepspraktijk. Vervolgens geeft 29.5% aan te werken binnen een solopraktijk, en 22.2% geeft aan te werken binnen een monodisciplinaire groepspraktijk. Ten slotte geeft 5.8% aan te werken binnen een ander type private praktijk.

Tabel 5 Rol van de aanbieder en type zorgverstrekker

Rol en type zorgverstrekker	Aantal gesubsidieerde diensten	Aantal private diensten
Zorgverstrekker of paramedisch medewerker	***167 (79.1%)***	***141 (82.5%)***
Psychiater	/	1 (1.1%)
Huisarts	1 (0.5%)	5 (5.5%)
Arts met een andere specialisatie	1 (0.5%)	/
Klinisch psycholoog	104 (49.3%)	68 (74.7%)
Klinisch orthopedagoog	27 (12.8%)	3 (3.3%)
Psychologisch consulent	17 (8.1%)	9 (9.9%)
Orthopedagogisch consulent	4 (1.9%)	/
Maatschappelijke/sociaal werker	28 (13.3%)	1 (1.1%)
Psychiatrisch verpleegkundige	6 (2.8%)	/
Andere	18 (8.5%)	4 (4.4%)
Stafmedewerker of administratief medewerker	***21 (10%)***	***4 (2.3%)***
Coördinator of dienstverantwoordelijke	***61 (28.9%)***	***79 (46.2%)***

Opmerking. Bij de private diensten hebben 80 participanten (46.8%) het type zorgverstrekker niet aangeduid. De percentages vermeld naast de aantallen zijn valide percentages (zonder deze missings meegerekend).

Zorgverstrekkers of paramedisch medewerkers zijn zowel in de gesubsidieerde (79.1%) als in de private diensten (82.5%) het sterkst vertegenwoordigd binnen de steekproef zoals te zien in Tabel 5. Hierbij zijn klinisch psychologen sterk vertegenwoordigd in beide groepen, maar veel sterker binnen de private diensten (74.7%) dan binnen de gesubsidieerde diensten (49.3%). Omgekeerd zijn klinisch orthopedagogen beduidend meer aanwezig in gesubsidieerde diensten (12.8%) dan in private diensten (3.3%) van de deelnemers. Maatschappelijk/sociaal werkers zijn vooral aanwezig binnen de deelnemers van de gesubsidieerde diensten (13.3%) en amper in de private sector (1.1%). Psychologisch consulenten komen in beide groepen voor, met een iets hoger percentage in de private dan in de gesubsidieerde sector (respectievelijk 9.9% vs. 8.1%). Orthopedagogisch consulenten en psychiatrisch verpleegkundigen zijn eerder beperkt aanwezig in de gesubsidieerde sector, en zijn afwezig in de bevraagde private diensten.

Stafmedewerkers/administratief medewerkers zijn relatief beperkt vertegenwoordigd in de deelnemersgroep, maar komen meer voor in gesubsidieerde diensten (10%) dan in de private sector (2.3%). Coördinatoren of dienstverantwoordelijken zijn in beide groepen belangrijk, maar opvallend meer aanwezig in de private sector (respectievelijk 46.2% tegenover 28.9%).

Tabel 6 Verdeling diensten per provincie

	Beide type diensten (N=317)	**Gesubsidieerde diensten (N=210)**	**Private diensten (N=161)**
Brussel	44 (11.9%)	12 (5.7%)	32 (19.9%)
Antwerpen	113 (30.5%)	65 (31.0%)	48 (29.8%)
Vlaams-Brabant	49 (13.2%)	26 (12.4%)	23 (14.3%)
Limburg	35 (9.4%)	27 (12.9%)	8 (5.0%)
Oost-Vlaanderen	64 (17.3%)	34 (16.2%)	30 (18.6%)
West-Vlaanderen	66 (17.8%)	46 (21.9%)	20 (12.4%)

Opmerking. De lokalisering van private diensten in provincies is gedaan op basis van IP-adres. Bij het gesubsidieerde aanbod is dit gedaan op basis van de ingevulde postcode (zie ook beperkingen onderzoek).

Antwerpen levert het grootste aandeel respondenten (30.5%), zowel binnen het gesubsidieerde (31.0%), als private (29.8%) aanbod (zie Tabel 6). Dit wijst op een relatief hoge responsgraad van zorgdiensten (en/of respondenten) in deze provincie.

Brussel telt 19.9% van de deelnemers vanuit de private diensten, wat opvallend hoger is dan het aandeel bij gesubsidieerde diensten (5.7%). Participanten uit private praktijken uit Brussel zijn sterker aanwezig dan gesubsidieerde diensten uit Brussel.

In West-Vlaanderen zijn gesubsidieerde diensten (21.9%) sterker vertegenwoordigd in de steekproef, tegenover een beperkter aandeel private diensten (12.4%). In Limburg zien we een gelijkaardig patroon: 12.9% gesubsidieerde versus 5.0% private diensten.

Zowel Oost-Vlaanderen als Vlaams-Brabant zijn redelijk evenredig vertegenwoordigd over beide sectoren. In Oost-Vlaanderen zien we 16.2% gesubsidieerd diensten tegenover 18.6% privédiensten. Voor Vlaams-Brabant zien we 12.4% gesubsidieerd diensten tegenover 14.3% privédiensten.

Beschrijvende statistiek aantal uren aan diagnostiek

Alle respondenten in onze survey werden bevraagd naar het aantal uren dat zij gemiddeld wekelijks besteden aan diagnostiek. De resultaten tonen een grote spreiding: aantal uren varieert van een minimum van 0.5 uur tot een maximum van 60 uur per week. Over de volledige steekproef heen (N=171 private diensten; N=211 gesubsidieerde diensten) ligt de mediaan op 10.0 uur per week. Wanneer we de tijdsbesteding aan diagnostiek uitsplitsen per type dienst, zien we dat deze grote spreiding in beide sectoren bestaat: bij gesubsidieerde diensten varieert het aantal uren van 0.5 tot 40 uur per week (mediaan 10.0 uur), terwijl dit bij private diensten loopt van 0.5 tot 60 uur per week (mediaan 8.0 uur).

Om na te gaan of de tijdsbesteding aan diagnostiek significant verschilt tussen beide groepen, werd een Mann-Whitney-U-toets uitgevoerd. Deze analyse toonde geen significant verschil tussen de twee groepen, $U = 15\,604.50$, $Z = -0.87$, $p = .382$. De gemiddelde rangorde was 186.98 voor de gesubsidieerde diensten en 177.33 voor de private diensten, wat erop wijst dat gesubsidieerde diensten gemiddeld iets meer uren aan diagnostiek besteden, maar dit verschil is niet statistisch significant.

3.1.3 Opdrachtenkader

Tabel 7 Diagnostiek bij officiële opdrachtenkader van gesubsidieerde diensten

	Ja	Nee	Geen zicht op
Officiële opdrachtenkader	177 (85.5%)	22 (10.6%)	8 (3.9%)
Vindt er diagnostiek plaats? (bij alle gesubsidieerde diensten, *N* =211)	195 (94.2%)	12 (5.8%)	/
Vindt er diagnostiek plaats? (bij gesubsidieerde diensten met diagnostiek binnen officiële opdrachtenkader, *N* = 177)	173 (97.7%)	4 (2.3%)	/

In Tabel 7 is te zien dat van de deelnemers die werkzaam zijn binnen gesubsidieerde diensten 94.2% aangeeft dat er binnen hun dienst diagnostiek wordt uitgevoerd. Daarentegen geeft slechts 85.5% van deze groep (N=211) aan dat diagnostiek formeel tot het officiële opdrachtenkader behoort. Binnen deze subgroep – waarbij diagnostiek tot het formele opdrachtenkader behoort – geeft 2.3% aan dat er op hun dienst in de praktijk geen enkele vorm (hoe groot of hoe klein ook) van diagnostiek plaatsvindt.

Tabel 8 Leeftijdsgrenzen voor het aanbod diagnostiek volwassenwerking

	Beide type diensten (N=344)	**Gesubsidieerde diensten (N=187)**	**Private diensten (N=157)**
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)
Minimumleeftijd aanbod volwassenwerking			
Jonger dan 16 jaar	45 (13.1%)	21 (11.2%)	24 (15.3%)
Vanaf 16 jaar	68 (19.8%)	25 (13.4%)	43 (27.4%)
Vanaf 16 jaar mits bepaalde voorwaarden	16 (4.7%)	7 (3.7%)	9 (5.7%)
Vanaf 18 jaar	215 (62.5%)	134 (71.7%)	81 (51.6%)
	N=330	**N=180**	**N=150**
Maximumleeftijd aanbod volwassenwerking	48 (14.5%)	36 (20.0%)	12 (8.0%)

Volgens het merendeel van de deelnemers (weergegeven in Tabel 8) hanteert de dienst een minimumleeftijd van 18 jaar (62.5%) voor het diagnostisch aanbod voor volwassenen. Op 19.8% van de diensten kunnen ook jongeren vanaf 16 jaar terecht, terwijl 4.7% van de diensten jongeren vanaf 16 jaar toelaat onder bepaalde voorwaarden. Daarnaast geeft 13.1% aan ook jongeren jonger dan 16 jaar te ontvangen. Opvallend is dat de minimumleeftijdsgrenzen binnen gesubsidieerde diensten strikter worden afgebakend op 18 jaar (71.7%) in vergelijking met private diensten (51.6%).

De voorwaarden waaronder jongeren vanaf 16 jaar terecht kunnen op de dienst, zijn onder andere de volgende:

- Voldoende hoog cognitief (intelligentie)niveau
- Voldoende kennis van de Nederlandse taal
- Beschikbaarheid van adequate normen bij relevant testmateriaal
- Beschikbare diagnostische capaciteit binnen de dienst

- Juridische randvoorwaarden (bv. gedwongen statuut)
- Deelname aan 6e middelbaar

De grote meerderheid van de deelnemers (85.5%) geeft aan geen maximumleeftijd te hanteren. Wanneer deelnemers wel aangeven dat er een maximumleeftijdsgrens wordt gehanteerd binnen het diagnostisch aanbod voor de volwassenwerking, vermeldt de meerderheid dat deze is vastgesteld op 65 jaar (57.5%). Dit wordt vooral aangegeven door de respondenten die werken in gesubsidieerde diensten, waar 71.0% deze grens opgeeft. In de private sector is dit aandeel aanzienlijk lager (11.1%). Opvallend is dat binnen de private diensten de maximumleeftijd van 65 jaar even vaak wordt genoemd als andere leeftijden, met sterk uiteenlopende gehanteerde grenzen zoals 24, 55 of 67 jaar.

In het algemeen geldt dat andere genoemde leeftijdsgrenzen slechts sporadisch voorkomen, met percentages variërend tussen 2.5% en maximaal 7.5%.

Tabel 9 Bijkomende voorwaarden voor diagnostisch aanbod

	Gesubsidieerde en private diensten (N=293)	**Gesubsidieerde diensten (N=158)**	**Private diensten (N=135)**
Bijkomende voorwaarde algemeen	163 (55.6%)	98 (62.0%)	65 (48.1%)
Doorverwijzing nodig	36 (12.3%)	34 (21.5%)	2 (1.5%)
Hoog cognitief functioneren	8 (2.7%)	3 (1.9%)	5 (3.7%)
Laag cognitief functioneren	9 (3.1%)	9 (5.7%)	/
Voldoende kennis Nederlands	58 (19.8%)	16 (10.1%)	42 (31.1%)
Beperkte kennis Nederlands	15 (5.1%)	8 (5.1%)	7 (5.2%)
Beperkte financiële mogelijkheden	3 (1.0%)	/	3 (2.2%)
Andere diagnose	15 (5.1%)	11 (7.0%)	4 (3.0%)
Andere culturele achtergrond	4 (1.4%)	2 (1.3%)	2 (1.5%)
Aard van de hulpvraag	79 (27.0%)	41 (25.9%)	38 (28.1%)

In Tabel 9 wordt duidelijk dat, 55% van de deelnemers aangeeft naast leeftijd één of meerdere bijkomende voorwaarden te hanteren om toegang te verkrijgen tot het diagnostisch aanbod. De meest genoemde aanvullende voorwaarde betreft de aard van de hulpvraag (27.0%), gevolgd door de vereiste dat cliënten over voldoende kennis van het Nederlands moesten beschikken (19.8%) en de noodzaak van een doorverwijzing (12.3%).

Er wordt echter een duidelijk verschil vastgesteld tussen gesubsidieerde en private diensten. Binnen de gesubsidieerde sector gaf meer dan een vijfde (21.5%) aan dat een doorverwijzing noodzakelijk is voor toegang tot diagnostiek, terwijl dit binnen de private sector slechts in 1.5% van de gevallen het geval was. Omgekeerd stelt 31.1% van de deelnemers werkzaam binnen het private aanbod dat cliënten voldoende kennis van het Nederlands moeten hebben om terecht te kunnen op hun dienst, tegenover slechts 10.1% binnen het gesubsidieerde aanbod.

Daarnaast wordt onder de categorie ‘andere’ meermaals aangegeven dat diagnostiek enkel mogelijk is binnen de dienst indien er tevens een hulpvraag bestaat naar therapie, behandeling of begeleiding. Bovendien wordt als voorwaarde gesteld dat het toestandsbeeld van de cliënt het moet toelaten om met diagnostiek te starten. Concreet worden hierbij verschillende zaken benoemd zoals dat er sprake

moet zijn van voldoende ziekte-inzicht, bereidheid tot vrijwillige participatie, de afwezigheid van een acute crisis of psychose, en – in bepaalde gevallen – een minimale periode van nuchterheid.

Tabel 10 Welke personen doen aan diagnostiek binnen de betrokken dienst

Zorgverstrekker of paramedisch medewerker	Gesubsidieerd en private diensten (N=257)	Gesubsidieerde diensten (N=158)	Private diensten (N=99)
Huisarts	23 (8.9%)	16 (10.1%)	7 (7.1%)
Psychiater	96 (37.4%)	69 (43.7%)	27 (27.3%)
Arts met een andere specialisatie	7 (2.7%)	6 (3.8%)	1 (1.0%)
Klinisch psycholoog	220 (85.6%)	125 (79.1%)	95 (96.0%)
Klinisch orthopedagoog	53 (20.6%)	32 (20.3%)	21 (21.2%)
Psychologisch consulent	64 (24.9%)	43 (27.2%)	21 (21.2%)
Orthopedagogisch consulent	16 (6.2%)	13 (8.2%)	3 (3.0%)
Maatschappelijk/sociaal werker	59 (23.0%)	56 (35.4%)	3 (3.0%)
(Psychiatrisch) Verpleegkundige	13 (5.1%)	13 (8.2%)	0
Logopedist	14 (5.4%)	13 (8.2%)	1 (1.0%)
Ergotherapeut	26 (10.1%)	24 (15.2%)	2 (2.0%)
Audioloog	9 (3.5%)	7 (4.4%)	2 (2.0%)

Opmerking: Arts met andere specialisatie, (psychiatrisch) verpleegkundige, logopedist, ergotherapeut en audioloog werden niet in een aparte vraag gesteld in de bevraging maar afgeleid van de open antwoordoptie “andere” bij de vraag “Wie doet binnen jouw dienst aan diagnostiek”. Het is mogelijk dat deze aantallen en percentages onderschattingen zijn van het werkelijke aantal.

Het merendeel van de deelnemers geeft aan dat klinisch psychologen betrokken zijn in de uitvoer van diagnostiek op hun dienst (85.6%) (zie Tabel 10). Dit geldt zowel voor de gesubsidieerde diensten (79.1%) als – in nog grotere mate – voor de private diensten (96.0%). Daarnaast geven zij aan dat bij hen in 37.4% van de diensten ook diagnostiek verricht wordt door psychiaters, en in 24.9% door psychologisch consulenten. Ergotherapeuten zijn betrokken bij diagnostiek in 10.1% van de diensten. Maatschappelijk werkers, sociaal werkers en klinisch orthopedagogen zijn in ongeveer één op de vijf diensten (circa 20%) actief betrokken bij diagnostisch werk.

Volgens de deelnemers worden andere beroepsgroepen zoals huisartsen, artsen met andere specialisaties (voornamelijk neurologen en NKO-artsen, met ook een enkele geriater), orthopedagogisch consulenten, (psychiatrisch) verpleegkundigen, logopedisten en audiologen, elk slechts in minder dan 9% van de gevallen betrokken bij het uitvoeren van diagnostiek.

Er zijn duidelijke verschillen zichtbaar tussen gesubsidieerde en private diensten. Bij de deelnemers uit het private aanbod ligt het aandeel van klinisch psychologen opvallend hoog, wat mogelijk verklaard kan worden door de oververtegenwoordiging van deelnemers uit individuele privépraktijken in deze groep. Deelnemers van gesubsidieerde diensten geven aan dat er meer diverse beroepsgroepen betrokken zijn bij diagnostiek binnen hun dienst. Zo zijn er in verhouding meer huisartsen, psychiaters, artsen met andere specialisaties, orthopedagogisch consulenten, maatschappelijk en sociaal werkers,

(psychiatrisch) verpleegkundigen, logopedisten, ergotherapeuten en audiologen actief binnen een gesubsidieerde dienst dan binnen een private dienst. Dit betekent niet dat private diensten niet multidisciplinair werken – het duidt wel op een verschil in beschikbare (rechtstreeks toegankelijke) expertise van verschillende professionals binnen de eigen diagnostische dienst.

Tabel 11 Omschrijving diagnostisch aanbod[5]

	Gesubsidieerd en private diensten (N=293)	**Gesubsidieerde diensten (N=158)**	**Private diensten (N=135)**
Breed en niet specifiek	163 (55.6%)	80 (50.6%)	83 (61.5%)
Gespecialiseerd	197 (67.2%)	98 (62.0%)	99 (73.3%)
Zeer uitgebreid	98 (33.4%)	64 (40.5%)	34 (25.2%)
Ernstig en chronisch	51 (17.4%)	44 (27.8%)	7 (5.2%)

Deelnemers werd gevraagd de beschrijvingen te kiezen die het diagnostisch aanbod binnen hun dienst accuraat weerspiegelen, de omschrijving die zij daaraan gaven is weergegeven in Tabel 11. Een meerderheid van 67.2% gaf aan dat er gespecialiseerde diagnostiek wordt toegepast, gericht op personen met complexe of chronische sociale, emotionele en/of mentale problemen. Dit percentage lag hoger binnen het private aanbod (73.3%) dan binnen het gesubsidieerde aanbod (62.0%).

Daarnaast koos een aanzienlijk aandeel van de deelnemers van de private diensten (61.5%) voor de omschrijving van een brede, niet-specifieke diagnostiek, gericht op een eerste inschatting van de hulpvraag of problematiek, met als doel personen te identificeren die behoefte hebben aan verdere zorg of doorverwijzing. Binnen de gesubsidieerde diensten werd deze vorm van diagnostiek minder frequent gehanteerd, maar nog steeds in ongeveer de helft van de gevallen (50.6%).

Ongeveer één derde van de deelnemers (33.4%) geeft aan o.a. aan zeer uitgebreide diagnostiek te doen, gericht op de meest complexe, multifactoriële problematieken waarbij meerdere disciplines samenwerken. Dit wordt dan ook aanzienlijk vaker benoemd binnen het gesubsidieerde aanbod dan binnen de private diensten.

Ten laatste geeft 17.4 % aan dat bij hen diagnostiek wordt toegepast in settings die langdurige zorg bieden bij ernstige en/of chronische mentale aandoeningen. Deze vorm van diagnostiek is voornamelijk gericht op het doen van voorspellingen over het verloop van een zorgtraject en het evalueren van dat traject. Deze invulling komt vooral voor binnen de gesubsidieerde diensten (27.8%) en in veel mindere mate binnen de private sector (5.2%).

---

5 Vraagstelling survey: *Hoe zou je diagnostiek binnen jouw dienst omschrijven?*
Diagnostiek is breed en niet-specifiek, gericht op een eerste inschatting van de hulpvraag of problemen. Het doel is om personen te identificeren die nood hebben aan verdere zorg of doorverwijzing.
Diagnostiek is gespecialiseerd, gericht op mensen met meer complexe of chronische sociale, emotionele en/of mentale problemen. Deze diagnostiek is gericht op mensen met specifieke zorgvragen. Hierbij wordt verder gekeken naar specifieke stoornissen en kan gebruik worden gemaakt van gestandaardiseerde tests en klinische interviews om bijvoorbeeld een diagnose te stellen.
Diagnostiek is zeer uitgebreid en is gericht op de meest complexe, multifactoriële problematieken, vaak met een nauwe integratie van somatische en psychische factoren. Hierbij werken meerdere disciplines samen.
Diagnostiek wordt toegepast in settings die langdurige zorg bieden bij ernstige en/of chronische mentale aandoeningen. Dit soort diagnostiek is veelal gericht op het maken van voorspellingen over en het evalueren van het beloop van een langer zorgtraject.

Tabel 12 Passende termen bij de diagnostiek aangeboden op de dienst

	Gesubsidieerd en private diensten (N=293)	**Gesubsidieerde diensten (N=158)**	**Private diensten (N=135)**
Laagdrempelig	171 (58.4%)	83 (52.5%)	88 (65.2%)
Generalistisch	107 (36.5%)	50 (31.6%)	57 (42.2%)
Oriënterend	185 (63.1%)	100 (63.3%)	85 (63.0%)
Triage	60 (20.5%)	32 (20.3%)	28 (20.7%)
Verwijzing	124 (42.3%)	68 (43.0%)	56 (41.5%)
Vroegdetectie	92 (31.4%)	46 (29.1%)	46 (34.1%)
Signalisatie	87 (29.7%)	46 (29.1%)	41 (30.4%)
Kortdurend	94 (32.1%)	43 (27.2%)	51 (37.8%)
Middendrempelig	57 (19.5%)	28 (17.7%)	29 (21.5%)
Gespecialiseerd	182 (62.1%)	100 (63.3%)	82 (60.7%)
Multidisciplinair	152 (51.9%)	108 (68.4%)	44 (32.6%)
Diepgaand	151 (51.5%)	80 (50.6%)	71 (52.6%)
Langdurig	65 (22.2%)	39 (24.7%)	26 (19.3%)
Hoogdrempelig	16 (5.5%)	10 (6.3%)	6 (4.4%)
Zeer gespecialiseerd	69 (23.5%)	38 (24.1%)	31 (23.0%)
Atypische problematieken	55 (18.8%)	42 (26.6%)	13 (9.6%)
Complex	113 (38.6%)	75 (47.5%)	38 (28.1%)
Intensief	87 (29.7%)	49 (31.0%)	38 (28.1%)
Multimethodologisch	104 (35.5%)	56 (35.4%)	48 (35.6%)

In totaal beschouwt 58.4% van de deelnemers hun dienst als laagdrempelig, 19.5% als middendrempelig en 5.5% als hoogdrempelig (zie Tabel 12). Volgens deze resultaten worden private diensten door deelnemers vaker als laagdrempelig gezien dan gesubsidieerde diensten: 65.2% van de deelnemers uit private diensten geeft dit aan, tegenover 52.5% van de gesubsidieerde diensten.

Wanneer deelnemers gevraagd werd om kernwoorden te selecteren die de diagnostiek op hun dienst typeren, werden duidelijke verschillen zichtbaar tussen de gesubsidieerde en private sector. Zo omschreef het merendeel van de deelnemers de diagnostiek op hun dienst als “gespecialiseerd” (62.1%) en meer dan de helft als “multidisciplinair” (51.9%). Dat de diagnostiek die op de dienst wordt aangeboden multidisciplinair is, wordt echter vooral door de deelnemers van de gesubsidieerde diensten naar voor gebracht: 68.4% van hen beschouwt de diagnostiek die op de dienst wordt aangeboden als multidisciplinair, tegenover slechts 32.6% van de private diensten. Ook de typeringen “atypische problematieken” (26.6%) en “complex” (47.5%) worden vaker door deelnemers uit de gesubsidieerde diensten aangehaald dan door private diensten (respectievelijk 9.6% en 28.1%).

Tabel 13 Binnen welke fase van het zorgtraject komt diagnostiek aan bod

	Gesubsidieerd en private diensten (N=293)	**Gesubsidieerde diensten (N=158)**	**Private diensten (N=135)**
Begin van het zorgtraject	243 (82.9%)	126 (79.7%)	117 (86.7%)
Tijdens het zorgtraject	233 (79.5%)	131 (82.9%)	102 (75.6%)
Einde van het zorgtraject	72 (24.6%)	45 (28.5%)	27 (20.0%)
Geen duidelijke plaats in zorgtraject.	18 (6.1%)	6 (3.8%)	12 (8.9%)

Deelnemers (N=293) geven aan (zoals af te lezen in Tabel 13) dat diagnostiek in alle fasen van het (ruimere) zorgtraject wordt uitgevoerd. Bij de meeste deelnemende diensten vindt diagnostiek plaats aan het begin van het zorgtraject (82.9%) en tijdens het zorgtraject (79.5%). Daarnaast vindt volgens de deelnemers bij ongeveer een kwart van de diensten (24.6%) diagnostiek plaats aan het einde van het traject.

Er worden geen noemenswaardige verschillen tussen gesubsidieerde en private diensten aangegeven met betrekking tot de fase van het zorgtraject waarin diagnostiek wordt toegepast; beide typen diensten volgen een vergelijkbaar patroon. Echter geeft 8.9% van de deelnemers uit de private diensten aan dat diagnostiek niet duidelijk te plaatsen is in het zorgtraject.

Tabel 14 Doelstellingen van diagnostiek

	Gesubsidieerd en private diensten (N=293)	**Gesubsidieerde diensten (N=158)**	**Private diensten (N=135)**
Het in kaart brengen, beschrijven of begrijpen van het psychosociaal functioneren van een persoon	254 (86.7%)	140 (88.6%)	114 (84.4%)
Het aanleveren van informatie die noodzakelijk is voor het organiseren van zorg op maat van de hulpzoekende, zowel op vlak van behandeling als rehabilitatie/revalidatie	233 (79.5%)	137 (86.7%)	96 (71.1%)
Het classificeren van een ziekte, stoornis of syndroom	160 (54.6%)	70 (44.3%)	90 (66.7%)
Het taxeren van de ernst of intensiteit van problemen	218 (74.4%)	114 (72.2%)	104 (77.0%)
Dit is niet zo duidelijk.	1 (0.3%)	/	1 (0.7%)

Volgens de deelnemers zijn de doelstellingen van diagnostiek meervoudig (zie Tabel 14). Zo geeft 86.7% van hen aan dat een doel van de diagnostiek die er op hun dienst wordt gedaan, het in kaart brengen, beschrijven of begrijpen van het psychosociaal functioneren van de hulpvrager is. Daarnaast rapporteert 79.5% dat diagnostiek die op hun dienst wordt uitgevoerd, bedoeld is om informatie te verzamelen die noodzakelijk is voor het organiseren van zorg op maat, zowel op het vlak van behandeling als van rehabilitatie of revalidatie.

Deelnemers uit gesubsidieerde diensten benoemen dit laatste doel vaker (86.7%) dan deelnemers uit private diensten (71.1%). Omgekeerd wordt het classificeren van een ziekte, stoornis of syndroom frequenter als doelstelling genoemd door deelnemers uit private diensten (66.7%) dan door zij die werken in gesubsidieerde diensten (44.3%). Algemeen geeft iets meer dan de helft van alle deelnemers (54.6%) aan dat dit een van de diagnostische doelstellingen is.

Het taxeren van de ernst of intensiteit van de problemen wordt door 74.4% van de deelnemers aangegeven als een doelstelling van diagnostiek.

3.1.4 Inhoud

Tabel 15 Diagnostische instrumenten en methoden (bij cliënt en/of informant)

	Gesubsidieerd en private diensten	**Gesubsidieerde diensten**	**Private diensten**
Gesprekken	272 (96.1%)	144 (95.4%)	128 (97.0%)
Observaties/observatieschalen	225 (79.2%)	122 (80.3%)	103 (78.0%)
Screeningsinstrumenten	244 (85.9%)	128 (84.2%)	116 (87.9%)
Klinische interviews	190 (67.1%)	89 (58.9%)	101 (76.5%)
Klinische vragenlijsten	208 (73.5%)	103 (68.2%)	105 (79.5%)
Prestatietests	167 (58.8%)	92 (60.5%)	75 (56.8%)
Dossierstudie	171 (60.4%)	97 (64.2%)	74 (56.10%)
Beeldvorming	101 (35.6%)	73 (48.0%)	28 (21.2%)
Andere	99 (25.9%)	60 (28.4%)	39 (22.8%)

Respondenten (N=283) werden gevraagd om aan te geven welke diagnostische instrumenten en methoden ze gebruiken, dit zowel bij de cliënt als bij een informant. De resultaten weergegeven in Tabel 15 tonen aan dat diagnostiek bestaat uit heel wat componenten en dat deze verschillende methoden frequent worden gebruikt en gecombineerd binnen het diagnostisch traject, dit zowel binnen het gesubsidieerde en het private aanbod. Algemeen gezien maakt men het vaakst gebruik van gesprekken (96.1%), gevolgd door screeningsinstrumenten (85.9%), observatie of observatieschalen (79.2%), klinische vragenlijsten (73.5%), klinische interviews (67.1%), dossierstudie (60.4%) en prestatietests (58.8%). Ongeveer één op drie respondenten geeft aan ook gebruik te maken van beeldvorming zoals bv. MRI of CT-scan (35.6%).

Onder de categorie “andere” wordt onder andere aangegeven dat er bijkomend gebruik gemaakt wordt van experience sampling, audiogrammen, bloedanalyses, technische onderzoeken, psychofysiologische metingen en risicoanalyses.

Er wordt een duidelijk verschil vastgesteld tussen de deelnemers van de gesubsidieerde en private diensten met betrekking tot het gebruik van klinische interviews, klinische vragenlijsten en beeldvorming. Deelnemers werkzaam binnen het private aanbod maken beduidend vaker gebruik van klinische interviews en klinische vragenlijsten (respectievelijk 76.5% en 79.5% versus 58.9% en 68.2% voor het private en gesubsidieerde aanbod), terwijl gesubsidieerde diensten vaker beeldvorming opnemen als onderdeel van diagnostiek (48.0% van de respondenten) dan private diensten (21.2% van de respondenten).

Tabel 16 Aantal diensten dat samenwerkt met deze zorgaanbieders voor diagnostiek

	Gesubsidieerd en private diensten Aantal ja (%)	**Gesubsidieerde diensten** Aantal ja (%)	**Private diensten** Aantal ja (%)
Huisarts	215 (76.5%)	107 (71.8%)	108 (81.8%)
Psychiater	256 (91.1%)	140 (91.0%)	116 (87.9%)
Klinisch Psycholoog	249 (88.9%)	133 (89.9%)	116 (87.9%)
Klinisch orthopedagoog	111 (39.8%)	56 (38.1%)	55 (41.7%)
Psychologisch consulent	113 (40.5%)	69 (46.6%)	44 (33.6%)
Orthopedagogisch Consulent	41 (14.7%)	23 (15.6%)	18 (13.7%)
Maatschappelijk werker	167 (59.9%)	112 (75.7%)	55 (42.0%)

Respondenten (N = 281) beantwoordden vervolgens de vraag met wie ze samenwerken in het kader van diagnostiek. De resultaten weergegeven in Tabel 16 tonen aan dat ze aangeven frequent multi-disciplinair te werken. Algemeen wordt duidelijk dat deelnemende hulpverleners het vaakst samen-werken met een psychiater (91.1% van de respondenten), gevolgd door een klinisch psycholoog (88.8% van de respondenten) en een huisarts (76.5%). Ruim de helft van de respondenten (59.9%) geeft aan samen te werken met een maatschappelijk werker bij diagnostiek, terwijl 40.5% van de deelnemers samenwerkt met een psychologisch consulent en 14.7% met een orthopedagogisch consulent.

Tussen de samenwerkingen die aangegeven worden door de deelnemers van beide type diensten zijn opvallende verschillen merkbaar. Binnen het gesubsidieerde aanbod wordt vaker samengewerkt binnen het diagnostisch proces met een maatschappelijk werker (75.7% versus 42.0% bij gesubsidieerd en privaat aanbod respectievelijk) en een psychologisch consulent (46.6% voor de gesubsidieerde diensten versus 33.6% voor de private diensten), terwijl binnen het private aanbod frequenter wordt samengewerkt met een huisarts (81.8%) dan binnen het gesubsidieerde aanbod (71.8%). Een meer gedetailleerde beschrijving in termen van hoe vaak samengewerkt wordt met deze verschillende hulpverleners bij diagnostiek (in termen van nooit, af en toe, vaak en altijd) wordt weergegeven in een extra tabel (zie bijlagen).

Hoewel uit Tabel 16 geen noemenswaardig verschil op te merken valt in termen van het al dan niet samenwerken met een psychiater bij diagnostiek, valt hierbij op dat bij gesubsidieerde diensten ruim één vierde van de respondenten (26.2%) aangeeft altijd samen te werken met een psychiater, terwijl dit ongeveer één op zeven van de respondenten (13.6%) betreft van de private diensten. Ook geven dubbel zoveel respondenten van private diensten aan nooit samen te werken met een psychiater in het kader van diagnostiek in vergelijking met hulpverleners binnen het gesubsidieerde aanbod (12.1% versus 6.0%). Een gelijkaardig patroon zien we voor de samenwerking met een maatschappelijk werker. Dit lijkt gebruikelijker binnen het gesubsidieerde aanbod aangezien 10.8% van de respondenten daar aangeeft altijd samen te werken met een maatschappelijk werker bij diagnostiek terwijl maar 1.5% van de respondenten binnen het private aanbod altijd samenwerkt met een maatschappelijk werker. Ruim de helft van de respondenten werkzaam op een private dienst (58.0%) geeft aan nooit samen te werken met een maatschappelijk werker bij diagnostiek, terwijl dit aantal beduidend lager ligt bij de gesubsidieerde diensten (24.3%).

Tabel 17 Inschatting kwaliteit testmateriaal op de dienst

	Geen info	Zo goed als geen materiaal	Een minderheid van het materiaal	Het merendeel van het materiaal	Zo goed als alle materiaal
Beide type diensten (N=277)					
Vlaams genormeerd	60 (21.7%)	16 (5.8%)	52 (18.8%)	102 (36.8%)	47 (17.0%)
Betrouwbaar en valide	34 (12.3%)	2 (0.7%)	15 (5.4%)	137 (49.5%)	89 (32.1%)
Aangepast aan de onderzoeksvraag of -hypothese	29 (10.5%)	3 (1.1%)	12 (4.3%)	133 (48.0%)	100 (36.1%)
Aangepast aan de doelgroep	24 (8.7%)	6 (2.2%)	25 (9.0%)	118 (42.6%)	104 (37.5%)
Recent genormeerd	80 (28.9%)	21 (7.6%)	77 (27.8%)	70 (25.3%)	29 (10.5%)
Aansluitend bij huidige tijd en inzichten	52 (18.8%)	8 (2.9%)	48 (17.3%)	115 (41.5%)	54 (19.5%)
Gesubsidieerde diensten (N=147)					
Vlaams genormeerd	31 (21.1%)	8 (5.4%)	35 (23.8%)	50 (34.0%)	23 (15.6%)
Betrouwbaar en valide	17 (11.6%)	/	7 (4.8%)	88 (59.9%)	35 (23.8%)
Aangepast aan de onderzoeksvraag of -hypothese	18 (12.2%)	1 (0.7%)	8 (5.4%)	80 (54.4%)	40 (27.2%)
Aangepast aan de doelgroep	12 (8.2%)	5 (3.4%)	18 (12.2%)	63 (42.9%)	49 (33.3%)
Recent genormeerd	47 (32.0%)	13 (8.8%)	45 (30.6%)	34 (23.1%)	8 (5.4%)
Aansluitend bij huidige tijd en inzichten	32 (21.8%)	4 (2.7%)	29 (19.7%)	66 (44.9%)	16 (10.9%)
Private diensten (N=130)					
Vlaams genormeerd	29 (22.3%)	8 (6.2%)	17 (13.1%)	52 (40.0%)	24 (18.5%)
Betrouwbaar en valide	17 (13.1%)	2 (1.5%)	8 (6.2%)	49 (37.7%)	54 (41.5%)
Aangepast aan de onderzoeksvraag of -hypothese	11 (8.5%)	2 (1.5%)	4 (3.1%)	53 (40.8%)	60 (46.2%)

Aangepast aan de doelgroep	12 (9.2%)	1 (0.8%)	7 (5.4%)	55 (42.3%)	55 (42.3%)
Recent genormeerd	33 (25.4%)	8 (6.2%)	32 (24.6%)	36 (27.7%)	21 (16.2%)
Aansluitend bij huidige tijd en inzichten	20 (15.4%)	4 (3.1%)	19 (14.6%)	49 (37.7%)	38 (29.2%)

Respondenten (N = 277; 72.5%) beoordeelden de instrumenten die ze ter beschikking hebben op de eigen dienst, op een aantal psychometrische kenmerken en de mate waarin deze aangepast zijn aan de doelgroep, onderzoeksvragen en recente inzichten (zie Tabel 17). Over type diensten heen, is opvallend dat de hoogste percentages terug te vinden zijn aan de rechterkant van de tabel, wat inhoudt dat het merendeel of zo goed als alle materiaal vaak kwaliteitsvol wordt ingeschat door de respondenten.

Ruim 80% van de respondenten beoordeelt het merendeel of zo goed als alle instrumenten als betrouwbaar en valide (81.6%), aangepast aan de onderzoeksvraag of -hypothese (84.1%) en aan de doelgroep (80.1%). Opvallend hierbij is dat wat minder testmateriaal kwalitatief wordt ingeschat op vlak van Vlaamse en recente normering, met respectievelijk 53.8% en 35.8% van de respondenten die aangeeft dat het merendeel of zo goed als alle materiaal Vlaams en recent genormeerd is.

Daarnaast is het opvallend dat 21.7% en 28.9% van de respondenten aangeeft geen zicht te hebben op het feit of de beschikbare instrumenten op hun dienst Vlaams en recent genormeerd zijn.

Bij de vergelijking tussen gesubsidieerde en private diensten, springen de verschillen op vlak van recente normering en aansluitend bij de huidige tijd en inzichten in het oog. Een groter deel van de respondenten werkzaam binnen een private dienst schat de beschikbare instrumenten op de dienst in als recent genormeerd (43.9% versus 28.5%) en aansluitend bij de huidige tijd en inzichten (66.9% versus 55.6%) in vergelijking met respondenten werkzaam binnen een gesubsidieerde dienst. Hiernaast zijn er geen noemenswaardige verschillen op vlak van deze inschatting tussen de gesubsidieerde en private diensten.

Tabel 18 Inschatting kwaliteit testmateriaal in Vlaanderen

	Geen info	**Zo goed als geen materiaal**	**Een minderheid van het materiaal**	**Het merendeel van het materiaal**	**Zo goed als alle materiaal**
Beide type diensten (N= 260)					
Vlaams genormeerd	90 (34.7%)	9 (3.5%)	75 (29.0%)	77 (29.7%)	8 (3.1%)
Betrouwbaar en valide	93 (35.8%)	3 (1.2%)	34 (13.1%)	120 (46.2%)	10 (3.8%)
Aangepast aan de onderzoeksvraag of -hypothese	95 (36.5%)	2 (0.8%)	25 (9.6%)	124 (47.7%)	14 (5.4%)
Aangepast aan de doelgroep	91 (35.0%)	6 (2.3%)	40 (15.4%)	108 (41.5%)	15 (5.8%)
Recent genormeerd	106 (41.1%)	20 (7.8%)	84 (32.6%)	45 (17.4%)	3 (1.2%)
Aansluitend bij huidige tijd en inzichten	102 (39.4%)	5 (1.9%)	70 (27.0%)	74 (28.6%)	8 (3.1%)
Gesubsidieerde diensten (*N* =138)					
Vlaams genormeerd	51 (37.2%)	4 (2.9%)	36 (26.3%)	40 (29.2%)	6 (4.4%)
Betrouwbaar en valide	51 (37.2%)	1 (0.7%)	15 (10.9%)	67 (48.6%)	4 (2.9%)
Aangepast aan de onderzoeksvraag of -hypothese	52 (37.7%)	/	12 (8.7%)	67 (48.6%)	7 (5.1%)
Aangepast aan de doelgroep	50 (36.2%)	5 (3.6%)	25 (18.1%)	49 (35.5%)	9 (6.5%)
Recent genormeerd	57 (41.9%)	14 (10.3%)	45 (33.1%)	18 (13.2%)	2 (1.5%)
Aansluitend bij huidige tijd en inzichten	59 (43.1%)	1 (0.7%)	42 (30.7%)	31 (22.6%)	4 (2.9%)
Private diensten (*N* =122)					
Vlaams genormeerd	39 (32.0%)	5 (4.1%)	39 (32.0%)	37 (30.3%)	2 (1.6%)
Betrouwbaar en valide	42 (34.4%)	2 (1.6%)	19 (15.6%)	53 (43.4%)	6 (4.9%)
Aangepast aan de onderzoeksvraag of -hypothese	43 (35.2%)	2 (1.6%)	13 (10.7%)	57 (46.7%)	7 (5.7%)

Aangepast aan de doelgroep	41 (33.6%)	1 (0.8%)	15 (12.3%)	59 (48.4%)	6 (4.9%)
Recent genormeerd	49 (40.2%)	6 (4.9%)	39 (32.0%)	27 (22.1%)	1 (0.8%)
Aansluitend bij huidige tijd en inzichten	43 (35.2%)	4 (3.3%)	28 (23.0%)	43 (35.2%)	4 (3.3%)

Respondenten (N=260) beoordeelden ook de kwaliteit van de beschikbare instrumenten in Vlaanderen en Brussel (zie Tabel 18). Als eerste is opvallend dat een beduidend lager aantal instrumenten als kwaliteitsvol wordt ingeschat in vergelijking met de beschikbare instrumenten op de dienst zelf. Ongeveer de helft van de respondenten schat in dat het merendeel of zo goed als alle materiaal in Vlaanderen en Brussel betrouwbaar en valide is (50.0%), aangepast is aan de onderzoeksvraag (53.1%) en aangepast aan de doelgroep (47.3%). Ongeveer één derde van de respondenten geeft aan dat het merendeel of zo goed als alle materiaal Vlaams genormeerd is (32.8%) en aansluit bij de huidige tijd en inzichten (31.7%) terwijl minder dan één op vijf respondenten de inschatting maakt dat het merendeel of zo goed als alle testmateriaal recent genormeerd is (18.6%). Belangrijk hierbij is om te vermelden dat 29% van de respondenten aangeeft dat maar een minderheid van het beschikbare materiaal Vlaams genormeerd is en dat 32.6% van de respondenten de inschatting maakt dat een minderheid van het materiaal in Vlaanderen en Brussel recent genormeerd is.

Ook bij de beoordeling van de kwaliteit van het beschikbare diagnostisch materiaal in Vlaanderen en Brussel zien we dat (ruim) meer dan één op drie respondenten (gaande van 34.7% voor Vlaamse normering tot 41.1% voor recente normering) aangeeft geen informatie te hebben over deze kwaliteitscriteria.

De inschatting van de kwaliteit van het testmateriaal in Vlaanderen is vrij gelijklopend tussen gesubsidieerde en private diensten. Toch beoordelen meer respondenten werkzaam binnen een private dienst dat het merendeel of zo goed als alle materiaal beschikbaar in Vlaanderen en Brussel aangepast is aan de doelgroep (53.3%) en aansluitend bij de huidige tijd en inzichten (38.5%) in vergelijking met respondenten van een gesubsidieerde dienst (met 42.3% en 25.5% respectievelijk).

Tabel 19 Tevredenheid over diagnostische thema's binnen de dienst

Thema's	Helemaal niet tevreden	Niet tevreden	Tevreden	Heel tevreden
Beide type diensten (N=255)				
Beschikbare tijd voor diagnostiek	16 (6.3%)	61 (23.9%)	143 (56.1%)	35 (13.7%)
Beschikbaarheid diagnostisch materiaal	10 (3.9%)	79 (31.0%)	141 (55.3%)	25 (9.8%)
Budget voor diagnostisch materiaal	32 (12.5%)	102 (40.0%)	106 (41.6%)	15 (5.9%)
Aantal aanbieders diagnostiek volwassenen	36 (14.2%)	97 (38.2%)	109 (42.9%)	12 (4.7%)
Aanbod vorming diagnostiek voor volwassenen	18 (7.1%)	112 (44.1%)	112 (44.1%)	12 (4.7%)
Raadpleegbare bronnen bij vragen rond diagnostiek	17 (6.7%)	103 (40.7%)	113 (44.7%)	20 (7.9%)
Gesubsidieerde diensten (N=135)				
Beschikbare tijd voor diagnostiek	10 (7.4%)	38 (28.1%)	75 (55.6%)	12 (8.9%)
Beschikbaarheid diagnostisch materiaal	4 (3.0%)	41 (30.4%)	80 (59.3%)	10 (7.4%)
Budget voor diagnostisch materiaal	11 (8.1%)	51 (37.8%)	65 (48.1%)	8 (5.9%)
Aantal aanbieders diagnostiek volwassenen	19 (14.2%)	55 (41.0%)	58 (43.3%)	2 (1.5%)
Aanbod vorming diagnostiek voor volwassenen	8 (6.0%)	58 (43.3%)	62 (46.3%)	6 (4.5%)
Raadpleegbare bronnen bij vragen rond diagnostiek	10 (7.5%)	50 (37.6%)	66 (49.6%)	7 (5.3%)
Private diensten (N=120)				
Beschikbare tijd voor diagnostiek	6 (5.0%)	23 (19.2%)	68 (56.7%)	23 (19.2%)
Beschikbaarheid diagnostisch materiaal	6 (5.0%)	38 (31.7%)	61 (50.8%)	15 (12.5%)
Budget voor diagnostisch materiaal	21 (17.5%)	51 (42.5%)	41 (34.2%)	7 (5.8%)
Aantal aanbieders diagnostiek volwassenen	17 (14.2%)	42 (35.0%)	51 (42.5%)	10 (8.3%)
Aanbod vorming diagnostiek voor volwassenen	10 (8.3%)	54 (45.0%)	50 (41.7%)	6 (5.0%)
Raadpleegbare bronnen bij vragen rond diagnostiek	7 (5.8%)	53 (44.2%)	47 (39.2%)	13 (10.8%)

Tweehonderd vijfenvijftig deelnemers gaven vervolgens aan in welke mate ze tevreden zijn over belangrijke thema's over diagnostiek binnen de eigen dienst, namelijk de beschikbare tijd voor diagnostiek, beschikbaarheid van het diagnostisch materiaal, budget voor het diagnostisch materiaal, aantal aanbieders van diagnostiek bij volwassenen, het aanbod van vorming over diagnostiek voor volwassenen en raadpleegbare bronnen bij vragen rond diagnostiek. De resultaten weergegeven in Tabel 19 tonen aan dat Eén derde tot een ruime helft van de deelnemers aangeeft helemaal niet of niet tevreden te zijn met deze thema's. Meer concreet is 30.2% van de respondenten ontevreden over de beschikbare tijd, 34.9% over de beschikbaarheid van het diagnostisch materiaal, 52.5% over het beschikbare budget, 52.4% over het aantal aanbieders van diagnostiek voor volwassenen; 51.2% over het aanbod van vorming van diagnostiek voor volwassenen en ten slotte is 47.4% van de deelnemers ontevreden over de raadpleegbare bronnen rond diagnostiek.

Binnen de deelnemersgroep uit de gesubsidieerde diensten ligt de ontevredenheid over de beschikbare tijd voor diagnostiek beduidend hoger dan binnen de private diensten (35.5% versus 24.2% van de respondenten), terwijl binnen de private diensten meer ontevredenheid is over het budget voor diagnostisch materiaal in vergelijking met de gesubsidieerde diensten (60.0% versus 45.9% van de respondenten). Met betrekking tot de andere thema's zijn er geen opvallende verschillen op vlak van ontevredenheid/tevredenheid over deze diagnostische thema's.

Andere zaken die door respondenten o.a. worden benoemd zijn (niet-exhaustief) een te sterke nadruk op diagnostische classificatie en labeling, te lange wachtlijsten voor gespecialiseerde diagnostiek, te weinig ruimte voor de kwaliteitsvolle uitvoering van de diagnostische opdracht, een gebrek aan terugbetaling voor diagnostisch onderzoek, en te weinig financiering voor testmateriaal en bijscholing.

Tabel 20 Tevredenheid over diagnostische thema's binnen Vlaanderen en Brussel

Thema's	Helemaal niet tevreden	Niet tevreden	Tevreden	Heel tevreden
Beide type diensten (*N*=248)				
Regelgeving	29 (11.7%)	109 (44.0%)	106 (42.7%)	4 (1.6%)
Beschikbare tijd voor diagnostiek	38 (15.6%)	125 (51.4%)	76 (31.3%)	4 (1.6%)
Beschikbaarheid diagnostisch materiaal	23 (9.5%)	113 (46.7%)	103 (42.6%)	3 (1.2%)
Budget voor diagnostisch materiaal	50 (20.8%)	152 (63.3%)	36 (15.0%)	2 (0.8%)
Aantal aanbieders diagnostiek volwassenen	53 (21.7%)	137 (56.1%)	52 (21.3%)	2 (0.8%)
Aanbod vorming diagnostiek voor volwassenen	29 (11.9%)	102 (41.8%)	110 (45.1%)	3 (1.2%)
Raadpleegbare bronnen bij vragen rond diagnostiek	26 (10.7%)	121 (49.6%)	94 (38.5%)	3 (1.2%)
Gesubsidieerde diensten (*N*=131)				
Regelgeving	14 (10.7%)	52 (39.7%)	64 (48.9%)	1 (0.8%)
Beschikbare tijd voor diagnostiek	18 (14.1%)	69 (53.9%)	40 (31.1%)	1 (0.8%)
Beschikbaarheid diagnostisch materiaal	10 (7.9%)	61 (48.0%)	55 (43.3%)	1 (0.8%)
Budget voor diagnostisch materiaal	18 (14.3%)	85 (67.5%)	22 (17.5%)	1 (0.8%)
Aantal aanbieders diagnostiek volwassenen	27 (21.1%)	74 (57.8%)	26 (20.3%)	1 (0.8%)
Aanbod vorming diagnostiek voor volwassenen	11 (8.5%)	50 (38.8%)	67 (51.9%)	1 (0.8%)
Raadpleegbare bronnen bij vragen rond diagnostiek	12 (9.3%)	65 (50.4%)	51 (39.5%)	1 (0.8%)
Private diensten (*N*=117)				
Regelgeving (wettelijk kader)	15 (12.8%)	57 (48.7%)	42 (35.9%)	3 (2.6%)
Beschikbare tijd voor diagnostiek	20 (17.4%)	56 (48.7%)	36 (31.3%)	3 (2.6%)
Beschikbaarheid diagnostisch materiaal	13 (11.3%)	52 (45.2%)	48 (41.7%)	2 (1.7%)
Budget voor diagnostisch materiaal	32 (28.1%)	67 (58.8%)	14 (12.3%)	1 (0.9%)
Aantal aanbieders diagnostiek volwassenen	26 (22.4%)	63 (54.3%)	26 (22.4%)	1 (0.9%)
Aanbod vorming diagnostiek voor volwassenen	18 (15.7%)	52 (45.2%)	43 (37.4%)	2 (1.7%)
Raadpleegbare bronnen bij vragen rond diagnostiek	14 (12.2%)	56 (48.7%)	43 (37.4%)	2 (1.7%)

Op de vraag in welke mate respondenten (N = 248; 64.9%) tevreden zijn over de belangrijke thema's binnen het aanbod diagnostiek voor volwassenen binnen Vlaanderen en Brussel, worden aanzienlijk lagere tevredenheidscijfers bekomen in vergelijking met de thema's die betrekking hebben op de eigen dienst waar men werkzaam is (zie Tabel 20). Een ruime helft van de respondenten is ontevreden over aanbod vorming diagnostiek voor volwassenen (53.7%), de regelgeving (55.7%) en de beschikbaarheid van het diagnostisch materiaal (56.2%). Ruim 60% is ontevreden over de raadpleegbare bronnen bij vragen rond diagnostiek (60.3%), 67% van de respondenten is ontevreden over de beschikbare tijd voor diagnostiek, 77.8% is ontevreden over het aantal aanbieders van diagnostiek bij volwassenen en 84.1% van de respondenten is ontevreden over het budget voor diagnostisch materiaal.

Voor vijf van de zeven diagnostische thema's zijn geen noemenswaardige verschillen op vlak van tevredenheid tussen de gesubsidieerde en private diensten. Opvallend zijn de grotere ontevredenheid over de regelgeving binnen de private diensten (61.5% ontevreden versus 50.4% ontevreden bij gesubsidieerde diensten) en de grotere ontevredenheid op vlak van het aanbod vorming van diagnostiek voor volwassenen binnen de private diensten (60.9%) in vergelijking met de gesubsidieerde diensten (47.3%).

Tabel 21 Klachten en vragen waarmee volwassenen terecht kunnen in de diensten, gerangschikt volgens het hoogst aantal diensten waar men voor diagnostiek voor deze klachten terechtkan naar het laagst aantal diensten

	Beide type diensten		**Gesubsidieerd**		**Privaat**	
	Klachten	N (%)		N (%)		N (%)
1	Depressie en stemmingsproblemen	183 (72.9%)	Depressie en stemmingsproblemen	90 (66.7%)	Depressie en stemmingsproblemen	93 (80.2%)
2	Emotieregulatie	167 (66.5%)	Cognitieve problemen en intelligentie	88 (65.2%)	Angst en fobieën	89 (76.7%)
3	Cognitieve problemen en intelligentie	158 (62.9%)	Gedragsproblemen	83 (61.5%)	Emotieregulatie	85 (73.3%)
4	Levenskwaliteit en mentaal welzijn	155 (61.8%)	Emotieregulatie	82 (60.7%)	Piekeren	84 (72.4%)
5	Coping	153 (61.0%)	Levenskwaliteit en mentaal welzijn	82 (60.7%)	Stress	84 (72.4%)
6	Angst en fobieën	152 (60.6%)	Coping	77 (57.0%)	Identiteit en zelfbeeld	78 (67.2%)
7	Gedragsproblemen	152 (60.6%)	Persoonlijkheids-problemen	71 (52.6%)	Coping	76 (65.5%)
8	Piekeren	150 (59.8%)	Identiteit en zelfbeeld	68 (50.4%)	Levenskwaliteit en mentaal welzijn	73 (62.9%)
9	Stress	150 (59.8%)	Piekeren	66 (48.9%)	Perfectionisme	73 (62.9%)
10	Identiteit en zelfbeeld	146 (58.2%)	Stress	66 (48.9%)	Cognitieve problemen en intelligentie	70 (60.3%)
11	Persoonlijkheids-problemen	141 (56.2%)	Suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging	66 (48.9%)	Persoonlijkheids-problemen	70 (60.3%)
12	Lichamelijke klachten met psychische oorzaak	126 (50.2%)	Angst en fobieën	63 (46.7%)	Gedragsproblemen	69 (59.5 %)

13	Psychotrauma	126 (50.2%)	Psychotrauma	62 (45.9%)	Lichamelijke klachten met psychische oorzaak	67 (57.8%)
14	Rouw en verlies	123 (49.0%)	Middelengebruik en verslaving	61 (45.2%)	Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen	64 (55.2%)
15	Perfectionisme	120 (47.8%)	Neurologische stoornissen	60 (44.4%)	Psychotrauma	64 (55.2%)
16	Suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging	118 (47.0%)	Rouw en verlies	60 (44.4%)	Rouw en verlies	63 (54.3%)
17	Neurobiologische ontwikkelings-stoornissen	114 (45.4%)	Lichamelijke klachten met psychische oorzaak	59 (43.7%)	Relaties	62 (53.4%)
18	Relaties	112 (44.6%)	Bipolaire stemmingsstoornissen	58 (41.5%)	Existentiële en levensfaseproblemen	60 (51.7%)
19	Bipolaire stemmingsstoornissen	111 (44.2%)	Dissociatieve stoornissen	54 (40.0%)	Neurobiologische ontwikkelings-stoornissen	60 (51.7%)
20	Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen	111 (44.2%)	Neurobiologische ontwikkelings-stoornissen	54 (40.0%)	Werk- of studiegerelateerde problemen	57 (49.1%)
21	Existentiële en levensfaseproblemen	102 (40.6%)	Psychotische stoornissen	51 (37.8%)	Bipolaire stemmings-stoornissen	55 (47.4%)
22	Middelengebruik en verslaving	102 (40.6%)	Relaties	50 (37.0%)	Suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging	52 (44.8%)
23	Werk- of studiegerelateerde problemen	100 (39.8%)	Overige psychische problemen	49 (36.3%)	Slaap-waakproblemen	44 (37.9%)
24	Dissociatieve stoornissen	95 (37.8%)	Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen	47 (34.8%)	Gezin en opvoeding	43 (37.1%)
25	Neurologische stoornissen	89 (35.5%)	Perfectionisme	47 (34.8%)	Dissociatieve stoornissen	41 (35.3%)
26	Slaap-waakproblemen	89 (35.5%)	Slaap-waakproblemen	45 (33.3%)	Middelengebruik en verslaving	41 (35.3%)
27	Psychotische stoornissen	84 (33.5%)	Voedings- en eetstoornissen	45 (33.3%)	Overige psychische problemen	35 (30.2%)
28	Overige psychische problemen	84 (33.5%)	Werk- of studiegerela-teerde problemen	43 (31.9%)	Psychotische stoornissen	33 (28.4%)
29	Gezin en opvoeding	81 (32.3%)	Existentiële en levensfaseproblemen	42 (31.1%)	Neurologische stoornissen	29 (25.0%)
30	Voedings- en eetstoornissen	73 (29.1%)	Andere onderwerpen die een reden tot zorg kunnen zijn	42 (31.1%)	Voedings- en eetstoornissen	28 (24.1%)
31	Andere onderwerpen die een reden tot zorg kunnen zijn	68 (27.1%)	Gezin en opvoeding	38 (28.1%)	Andere onderwerpen die een reden tot zorg kunnen zijn	26 (22.4%)
32	Seksualiteit en seksuele disfuncties	60 (23.9%)	Seksualiteit en seksuele disfuncties	37 (27.4%)	Seksualiteit en seksuele disfuncties	23 (19.9%)

33	Genderdysforie	47 (18.7%)	Genderdysforie	27 (20.0%)	Cultuurspecifieke of migratiegerelateerde problemen of vragen	22 (19.0%)
34	Cultuurspecifieke of migratiegerelateerde problemen of vragen	42 (16.7%)	Cultuurspecifieke of migratiegerelateerde problemen of vragen	77 (14.8%)	Genderdysforie	20 (17.2%)
35	Parafiele stoornissen	35 (13.9%)	Parafiele stoornissen	20 (14.8%)	Parafiele stoornissen	15 (12.9%)
36	Zindelijkheid	18 (7.2%)	Zindelijkheid	6,7 (9.0%)	Zindelijkheid	9 (7.8%)

Respondenten werden gevraagd met welk soort klachten en vragen volwassenen doorgaans op de dienst terechtkomen voor diagnostiek of voor een behandelings- of begeleidingstraject waarin diagnostiek een onderdeel vormt. Ze konden op een lijst van 36 mogelijke klachten/problemen per klacht/probleem aangeven of mensen hiervoor terecht kunnen op hun dienst.

Tabel 21 biedt een overzicht van deze klachten en vragen, gerangschikt in dalende volgorde op basis van het aantal respondenten dat aangeeft dat er op hun dienst met deze klachten gewerkt wordt in het kader van diagnostiek.

Over de verschillende diensten van waaruit de deelnemers deze hebben aangeduid heen blijkt de top 10 vooral te bestaan uit psychische klachten die nauw samenhangen met mentaal welzijn, emotionele regulatie en coping. Dit suggereert dat mensen met moeilijkheden op vlak van psychologisch functioneren op heel wat verschillende diensten terecht kunnen. Hierbij is opvallend dat transdiagnostische factoren, waaronder emotieregulatie, coping, piekeren en identiteit en zelfbeeld, sterk vertegenwoordigd zijn in deze top 10. Daarnaast staan depressie en stemmingsproblemen met stip op de eerste plaats, en dit in beide soorten diensten.

Een opvallende vaststelling is dat slechts een minderheid van de respondenten aangeeft dat volwassenen met cultuurspecifieke of migratiegerelateerde problemen terecht kunnen op de dienst: 16.7% in het totale aanbod, 14.8% binnen het gesubsidieerde aanbod en 17.2% in het private aanbod. Enkel voor parafiele stoornissen en zindelijkheidsproblemen is het aantal beschikbare diensten nog lager.

Als we kijken naar de verschillen tussen gesubsidieerde en private diensten, zien we dat deelnemers vanuit de private diensten vaker aangeven internaliserende klachten te behandelen. Er zijn beduidend hogere prevalentiecijfers binnen het private aanbod bij depressie en stemmingsproblemen (80.2% versus 66.7%), angst en fobieën (76.7% versus 46.7%), piekeren (72.4% versus 48.9%), stress (72.4% versus 59.8%), emotieregulatie (73.3% versus 60.7%) en identiteit en zelfbeeld (67.2% versus 50.4%). Dit zijn allemaal meer internaliserende klachten die meer typische hulpvragen vormen in een hulpverleningssetting waarbij de cliënt zelf het initiatief neemt.

Cognitieve problemen en intelligentie staan binnen het gesubsidieerde aanbod op een tweede plaats en binnen het private aanbod pas op de 10de plaats. Hoewel het verschil in percentages slechts beperkt is (ongeveer 5%), is het verschil in rangorde toch belangrijk. De tweede plaats binnen gesubsidieerde diensten suggereert een sterkere focus op formele diagnostiek (bv. intelligentieonderzoek) in de gesubsidieerde diensten, die vaak gekoppeld is aan indicatiestelling of toegang tot zorg.

Gedragsproblemen vervolledigen de top 3 binnen het gesubsidieerde aanbod terwijl ze pas op plaats 12 staan in het private aanbod. Het verschil in percentage is echter gering (61.5% binnen het gesubsidieerde aanbod en 59.5% binnen het private aanbod).

Angst en fobieën staan dan weer veel hoger in het private aanbod (plaats 2) terwijl ze pas op plaats 12 voorkomen in het gesubsidieerde aanbod.

Tabel 22 Meest frequente klachten en vragen waarmee de diensten in aanraking komen, gerangschikt van hoogste naar laagste frequentie

	Beide type diensten		**Gesubsidieerd**		**Privaat**	
	Klachten	N (%)		N (%)		N (%)
1	Depressie en stemmingsproblemen	151 (60.2%)	Depressie en stemmingsproblemen	78 (57.8%)	Depressie en stemmingsproblemen	73 (62.9%)
2	Emotieregulatie	137 (54.6%)	Cognitieve problemen en intelligentie	73 (54.1%)	Angst en fobieën	69 (59.5%)
3	Cognitieve problemen en intelligentie	120 (47.8%)	Emotieregulatie	72 (53.3%)	Emotieregulatie	65 (56.0%)
4	Angst en fobieën	118 (47.0%)	Persoonlijkheids-problemen	62 (45.9%)	Stress	63 (54.3%)
5	Persoonlijkheids-problemen	108 (43.0%)	Levenskwaliteit en mentaal welzijn	57 (42.2%)	Identiteit en zelfbeeld	54 (46.6%)
6	Stress	104 (41.4%)	Gedragsproblemen	51 (37.8%)	Piekeren	52 (44.8%)
7	Levenskwaliteit en mentaal welzijn	102 (40.6%)	Angst en fobieën	49 (36.3%)	Psychotrauma	48 (41.4%)
8	Identiteit en zelfbeeld	101 (40.2%)	Middelengebruik en verslaving	48 (35.6%)	Cognitieve problemen en intelligentie	47 (40.5%)
9	Psychotrauma	96 (38.2%)	Psychotrauma	48 (35.6%)	Neurobiologische ontwikkelings-stoornissen	46 (39.7%)
10	Coping	95 (37.8%)	Identiteit en zelfbeeld	47 (34.8%)	Persoonlijkheids-problemen	46 (39.7%)
11	Neurobiologische ontwikkelings-stoornissen	89 (35.5%)	Suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging	45 (33.3%)	Levenskwaliteit en mentaal welzijn	45 (38.8%)
12	Piekeren	88 (35.1%)	Neurobiologische ontwikkelings-stoornissen	43 (31.9%)	Coping	44 (37.9%)
13	Gedragsproblemen	85 (33.9%)	Stress	41 (30.4%)	Perfectionisme	44 (37.9%)
14	Lichamelijke klachten met psychische oorzaak	55 (21.9%)	Neurologische stoornissen	38 (28.1%)	Relaties	38 (32.8%)
15	Relaties	76 (30.3%)	Relaties	38 (28.1%)	Gedragsproblemen	34 (29.3%)
16	Middelengebruik en verslaving	69 (27.5%)	Bipolaire stemmingsstoornissen	36 (26.7%)	Existentiële en levensfaseproblemen	33 (28.4%)

17	Suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging	68 (27.1%)	Piekeren	36 (26.7%)	Lichamelijke klachten met psychische oorzaak	28 (24.1%)
18	Perfectionisme	63 (25.1%)	Rouw en verlies	35 (25.9%)	Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen	28 (24.1%)
19	Rouw en verlies	60 (23.9%)	Psychotische stoornissen	32 (23.7%)	Gezin en opvoeding	27 (23.3%)
20	Existentiële en levensfaseproblemen	55 (21.9%)	Lichamelijke klachten met psychische oorzaak	27 (20.0%)	Rouw en verlies	25 (21.6%)
21	Bipolaire stemmingsstoornissen	49 (19.5%)	Andere onderwerpen die een reden tot zorg kunnen zijn	24 (17.8%)	Werk- of studiegerelateerde problemen	25 (21.6%)
22	Neurologische stoornissen	49 (19.5%)	Slaap-waakproblemen	23 (17.0%)	Suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging	23 (19.8%)
23	Gezin en opvoeding	48 (19.1%)	Werk- of studiegerelateerde problemen	23 (17.0%)	Middelengebruik en verslaving	21 (18.1%)
24	Werk- of studiegerelateerde problemen	48 (19.1%)	Existentiële en levensfaseproblemen	22 (16.3%)	Slaap-waakproblemen	17 (14.7%)
25	Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen	47 (18.7%)	Coping	21 (37.8%)	Bipolaire stemmingsstoornissen	13 (11.2%)
26	Psychotische stoornissen	40 (15.9%)	Gezin en opvoeding	21 (15.6%)	Dissociatieve stoornissen	11 (9.5%)
27	Slaap-waakproblemen	40 (15.9%)	Dissociatieve stoornissen	20 (14.8%)	Neurologische stoornissen	11 (9.5%)
28	Dissociatieve stoornissen	31 (12.4%)	Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen	19 (14.1%)	Voedings- en eetstoornissen	11 (9.5%)
29	Andere onderwerpen die een reden tot zorg kunnen zijn	31 (12.4%)	Perfectionisme	19 (14.1%)	Overige psychische problemen	9 (7.8%)
30	Overige psychische problemen	27 (10.8%)	Overige psychische problemen	18 (13.3%)	Psychotische stoornissen	8 (6.9%)
31	Voedings- en eetstoornissen	25 (10.0%)	Seksualiteit en seksuele disfuncties	14 (10.4%)	Cultuurspecifieke of migratiegerelateerde problemen of vragen	7 (6.0%)
32	Cultuurspecifieke of migratiegerelateerde problemen of vragen	17 (6.8%)	Voedings- en eetstoornissen	14 (10.4%)	Andere onderwerpen die een reden tot zorg kunnen zijn	7 (6.0%)
33	Seksualiteit en seksuele disfuncties	16 (6.4%)	Cultuurspecifieke of migratiegerelateerde problemen of vragen	10 (7.4%)	Genderdysforie	3 (2.6%)
34	Parafiele stoornissen	12 (4.8%)	Parafiele stoornissen	9 (6.7%)	Parafiele stoornissen	3 (2.6%)
35	Genderdysforie	10 (4.0%)	Genderdysforie	7 (5.2%)	Seksualiteit en seksuele disfuncties	2 (1.7%)
36	Zindelijkheid	6 (2.4%)	Zindelijkheid	4 (3.0%)	Zindelijkheid	2 (1.7%)

Dezelfde lijst met mogelijke klachten/problemen werd vervolgens voorgelegd aan de respondenten, met de vraag welke klachten zij het vaakst tegenkomen op de dienst. Meerdere antwoorden waren mogelijk. In Tabel 22 zijn de resultaten weergegeven, met bovenaan de klachten die volgens de meeste respondenten het vaakst voorkomen binnen hun dienst, en onderaan de welke het minst vaak worden genoemd.

De top 10 meest door de deelnemers gemelde klachten (over beide type diensten heen) zijn: (1) depressie en stemmingsproblemen (60.2%), (2) problemen met emotieregulatie (54.6%), (3) cognitieve problemen en intelligentie (47.8%), (4) angst en fobieën (47.0%), (5) persoonlijkheidsproblemen (43.0%), (6) stress (41.4%), (7) levenskwaliteit en mentaal welzijn (40.6%), (8) identiteit en zelfbeeld (40.2%), (9) psychotrauma (38.2%) en (10) coping (37.8%). Deze resultaten tonen aan dat diensten - zowel binnen het private en gesubsidieerde aanbod - voornamelijk geconfronteerd worden met klachten die te maken hebben met mentaal welzijn, emotie en (cognitief) functioneren.

Er zijn enkele opmerkelijke verschillen tussen het gesubsidieerde en private aanbod. De deelnemers van de gesubsidieerde diensten melden cognitieve problemen vaker dan bij de private diensten (plaats 3 met 54.1% versus plaats 8 en 40.5%). We zien ook dat middelenmisbruik en verslaving op plaats 8 staat bij de gesubsidieerde diensten (35.6%) en pas op plaats 23 bij de private diensten (18.1%). Gedragsproblemen staan hoger in de lijst bij het gesubsidieerde aanbod (plaats 6; 37.8%) dan bij het private aanbod (plaats 15; 29.3%).

Omgekeerd zijn er klachten die vaker aan bod komen binnen het private aanbod. Daar staat stress op plaats 4 (54.6%), terwijl dit in het gesubsidieerde aanbod pas op plaats 13 verschijnt (30.4%). In private diensten staan angst en fobieën hoger in de top 5 (plaats 2; 59.5%) dan in het gesubsidieerde aanbod (plaats 7; 36.3%).

3.1.5 Matching

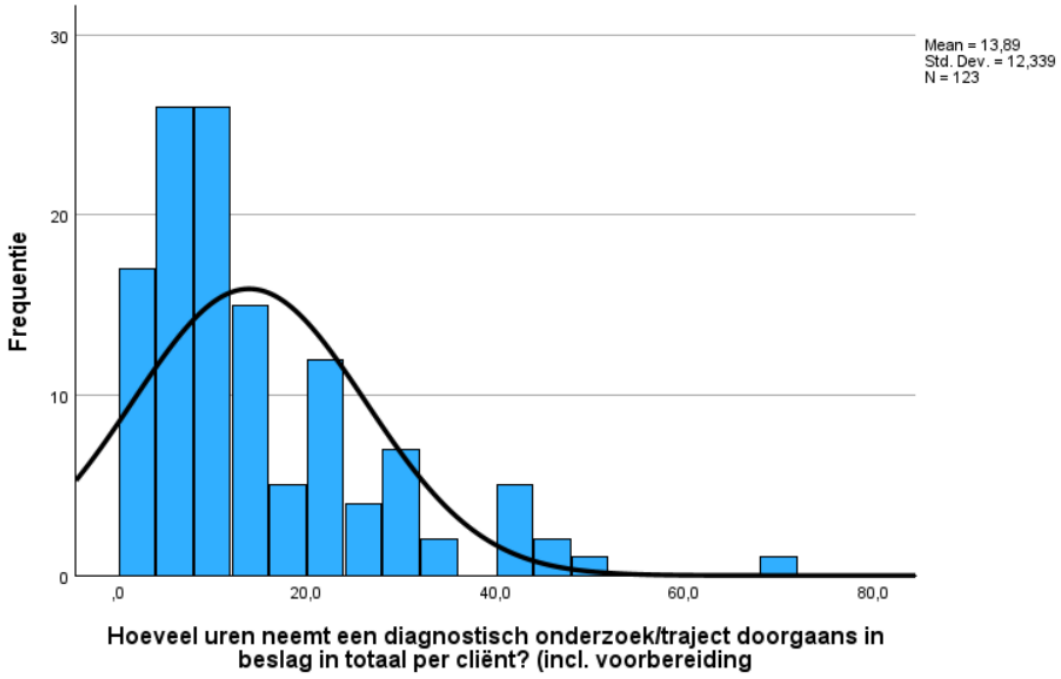
Aantal uren diagnostisch traject per cliënt en aantal uren cliëntcontact binnen diagnostisch traject

Om na te gaan of het aantal uren dat deelnemers per cliënt besteden aan diagnostiek verschilde tussen gesubsidieerde en private diensten, werd een Mann–Whitney U-toets uitgevoerd, omdat het verschil tussen de twee groepen gebaseerd is op niet normaal verdeelde variabelen. Er wordt geen significant verschil gevonden tussen beide groepen, $U = 5880.50$, $Z = -1.51$, $p = .132$.

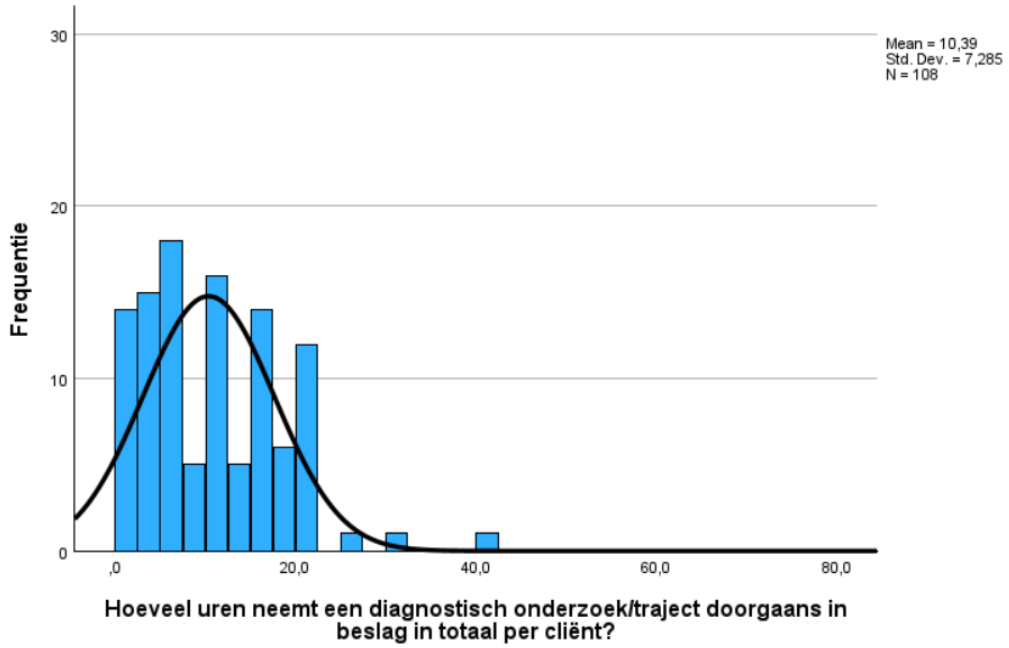
De mediaan voor het aantal uren diagnostiek bedraagt in beide groepen 10.00 uur. Binnen de gesubsidieerde diensten varieert het aantal uren van 0.5 tot 70.0 uur, terwijl dit in de private diensten varieert van 0.5 tot 40.0 uur. Deze resultaten suggereren dat, ondanks verschil in bovengrens, de centrale tendens voor het aantal bestede uren diagnostiek per cliënt gelijk is tussen beide types diensten.

In Figuur 2 en 3 is de spreiding weergegeven van het deelnemers dat een bepaald aantal uren heeft aangegeven dat een diagnostisch onderzoek doorgaans per client in beslag neemt respectievelijk binnen de deelnemersgroep van het gesubsidieerde aanbod en het private aanbod.

Figuur 2 Gesubsidieerde aanbod: Hoeveel uren neemt een diagnostisch onderzoek/traject doorgaans in beslag in totaal per cliënt?



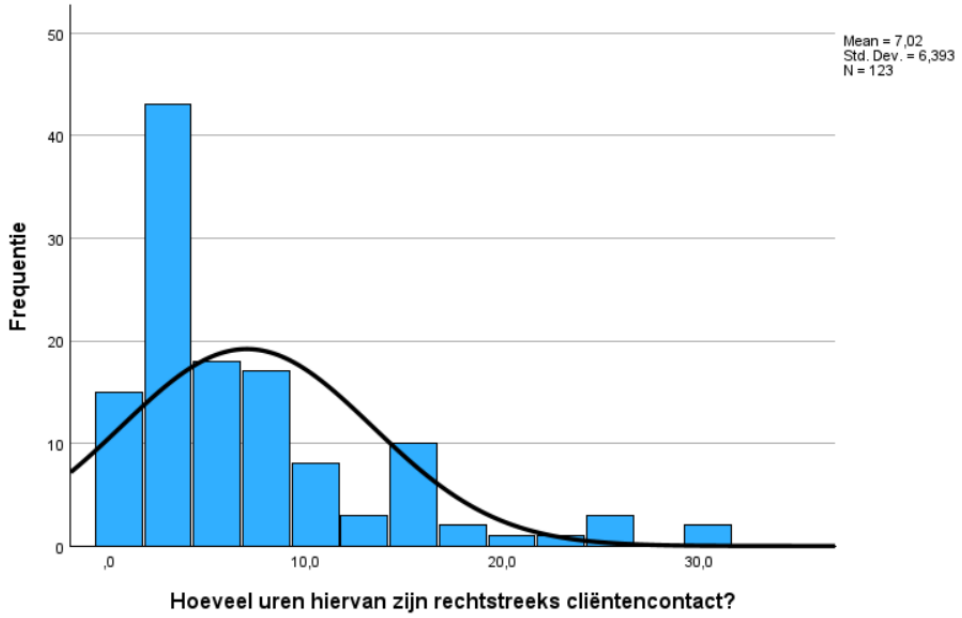
Figuur 3 Private aanbod: Hoeveel uren neemt een diagnostisch onderzoek/traject doorgaans in beslag in totaal per cliënt?



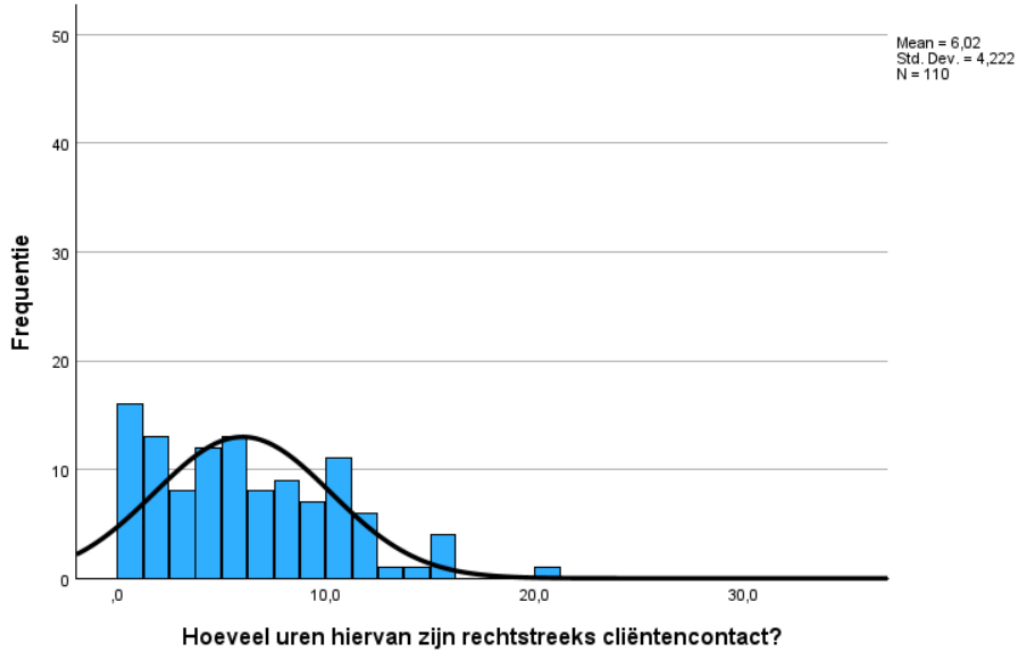
Het aantal uren dat hiervan rechtstreeks cliëntencontact is per diagnostisch traject, vertoont een gelijkaardig patroon binnen beide types diensten (zie respectievelijk Figuur 4 en 5 voor het gesubsidieerde aanbod en het private aanbod). Voor alle diensten samen bedraagt de mediaan 5.00

uur, met een spreiding van 0.5 tot 30.0 uur. Binnen de gesubsidieerde diensten varieert dit van 0.5 tot 30.0 uur (mediaan = 5.00), terwijl het bereik bij de private diensten kleiner is, namelijk van 0.5 tot 20.0 uur (mediaan = 5.05).

Figuur 4 Gesubsidieerde aanbod: Hoeveel uren hiervan zijn rechtstreeks cliëntencontact?



Figuur 5 Private aanbod: Hoeveel uren hiervan zijn rechtstreeks cliëntencontact?



Na verwijdering van outliers werd een Mann–Whitney U-toets uitgevoerd om te onderzoeken of er een significant verschil was in het aantal uren direct cliëntencontact per diagnostisch traject tussen deelnemers vanuit gesubsidieerde en private diensten. De toets toont geen significant verschil aan, U = 6604.50, Z = -0.31, p = .754. Dit wijst erop dat, de mediane tijdsbesteding aan rechtstreeks cliëntencontact binnen het diagnostisch traject vergelijkbaar is voor beide diensttypes.

Na verwijdering van outliers bleef de mediaan voor zowel het totale uren diagnostiek als het aantal uren rechtstreeks cliëntencontact onveranderd. Dit bevestigt dat ongeveer de helft van de totale tijd aan diagnostiek besteed wordt aan rechtstreeks contact met de cliënt.

Tabel 23 Frequentie van overschrijden capaciteit diagnostiek

	Nooit	**Soms**	**Vaak**	**Altijd**
Type dienst				
Beide type diensten (N=236)	24 (10.2%)	87 (36.9%)	82 (34.7%)	43 (18.2%)
Gesubsidieerde diensten (N=126)	9 (7.1%)	42 (33.3%)	51 (40.5%)	24 (19.0%)
Private diensten (N=110)	15 (13.6%)	45 (40.9%)	31 (28.2%)	19 (17.3%)

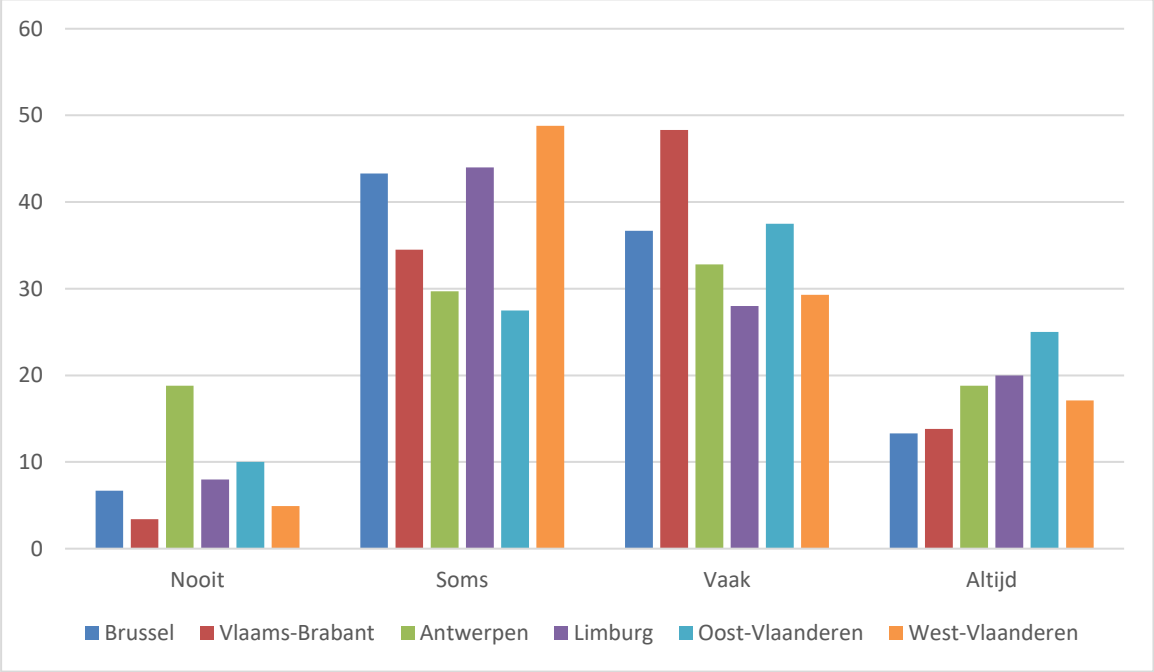
Wanneer respondenten (N=236) wordt gevraagd hoe vaak de vraag naar diagnostiek hoger is dan de beschikbare capaciteit van hun dienst, geeft 36.9% aan dat dit soms voorkomt, terwijl 34.7% rapporteert dat dit vaak het geval is (zie Tabel 23). In 18.2% van de gevallen wordt aangegeven dat de vraag altijd de capaciteit overstijgt. Daarentegen rapporteert 10.2% van de respondenten dat de capaciteit nooit wordt overschreden.

Een nadere analyse op basis van het type dienst toont aan dat de overbevraging vaker voorkomt bij gesubsidieerde diensten dan bij private diensten. Bij gesubsidieerde diensten (N=126) geeft 40.5% aan dat de vraag vaak hoger is dan de capaciteit en 19.0% dat dit altijd het geval is. Voor private diensten (N=110) liggen deze percentages respectievelijk op 28.2% en 17.3%.

Tabel 24 Frequentie van overschrijden capaciteit diagnostiek per provincie (N=229)

	Nooit	**Soms**	**Vaak**	**Altijd**
Brussel	2 (6.7%)	13 (43.3%)	11 (36.7%)	4 (13.3%)
Vlaams-Brabant	1 (3.4%)	10 (34.5%)	14 (48.3%)	4 (13.8%)
Antwerpen	12 (18.8%)	19 (29.7%)	21 (32.8%)	12 (18.8%)
Limburg	2 (8.0%)	11 (44.0%)	7 (28.0%)	5 (20.0%)
Oost-Vlaanderen	4 (10.0%)	11 (27.5%)	15 (37.5%)	10 (25.0%)
West-Vlaanderen	2 (4.9%)	20 (48.8%)	12 (29.3%)	7 (17.1%)

Figuur 6 Frequentie van overschrijden capaciteit diagnostiek per provincie (N=229)



Uit de resultaten weergegeven in Tabel 24 en Figuur 6, blijkt dat de beschikbare capaciteit voor diagnostiek in alle provincies vaak overschreden wordt. Een minderheid van de respondenten, variërend van 3.4% tot 18.8% afhankelijk van de provincie, geeft aan dat dit 'nooit' het geval is. In alle provincies rapporteert ongeveer een derde tot bijna de helft dat de capaciteit 'soms' wordt overschreden.

Wanneer we de provinciale verschillen bekijken, zien we dat Vlaams-Brabant en West-Vlaanderen de laagste scores hebben op 'nooit' (respectievelijk 3.4% en 4.9%). Antwerpen vertoont een opvallend verdeeld patroon: enerzijds de hoogste score op 'nooit' (18.8%), maar tegelijk ook een relatief groot aandeel respondenten dat 'altijd' aangeeft (18.8%). Oost-Vlaanderen springt eruit omdat het een relatief hoog aandeel rapporteert dat 'altijd' een overschrijding ervaart (25.0%). In Vlaams-Brabant rapporteren de meeste deelnemers dat er 'vaak' een overschrijding is (48.3%). In West-Vlaanderen situeert het merendeel van de antwoorden zich in de categorie 'soms' (48.8%).

Samengevat kan gesteld worden dat capaciteitsoverschrijding in alle provincies een structureel probleem vormt, met duidelijke accenten: in Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant is het probleem het meest uitgesproken, terwijl Brussel, Antwerpen, Limburg en West-Vlaanderen een eerder verdeeld beeld vertoont.

Tabel 25 Hantering bij grotere vraag dan diagnostisch aanbod

	Beide type diensten ***N=215*** **ja (%)**	**Gesubsidieerde diensten** ***N=119*** **ja (%)**	**Private diensten** ***N=96*** **ja (%)**
Voorrang geven aan bepaalde vragen/problematieken/groepen/ernst	88 (40.9%)	59 (49.6%)	29 (30.2%)
Uitsluiten van bepaalde vragen/problematieken/groepen/ernst	43 (20.0%)	21 (17.6%)	22 (22.9%)
Chronologische afspraak geven op basis van aanmelddatum	108 (50.2%)	52 (43.7%)	56 (58.3%)
Beperkte screening doen ipv uitgebreide diagnostiek	74 (34.4%)	49 (41.2%)	25 (26.0%)
Doorverwijzing intern	38 (17.7%)	21 (17.6%)	17 (17.7%)
Doorverwijzing naar andere gesubsidieerde diensten extern	99 (46.0%)	50 (42.0%)	49 (51.0%)
Doorverwijzing naar andere privé diensten extern	103 (47.9%)	47 (39.5%)	56 (58.3%)
Aanmeldstop	51 (23.7%)	12 (10.1%)	39 (40.6%)

In totaal beantwoordden 215 deelnemers hoe ze de discrepantie tussen vraag en aanbod beheren (zie Tabel 25) wanneer de vraag groter is dan het aanbod. Hierbij geven de meeste deelnemers aan, cliënten chronologisch in te plannen op basis van de aanmelddatum (50.2%). Deze strategie wordt toegepast binnen zowel het gesubsidieerde (43.7%) als het private aanbod (58.3%). Binnen de gesubsidieerde diensten wordt echter nog frequenter voorrang gegeven aan bepaalde hulpvragen, doelgroepen of de ernst van de problematiek (49.6%).

Daarnaast blijkt doorverwijzing een vaak toegepaste strategie. Zowel gesubsidieerde als private diensten verwijzen frequent door naar andere aanbieders, met een lichte voorkeur voor doorverwijzing naar private diensten (47.9%) en naar andere gesubsidieerde diensten (46.0%) boven interne doorverwijzing (17.7%).

Ook het uitvoeren van een beperkte screening in plaats van een uitgebreide diagnostiek wordt door 34.4% van de deelnemers genoemd als methode om de hoge vraag te kunnen opvangen. Het instellen van een aanmeldstop wordt door 23.7% van de deelnemers gerapporteerd, al komt deze strategie minder frequent voor binnen gesubsidieerde diensten (10.1%), en substantieel vaker wordt gehanteerd binnen het private aanbod (40.6%). Daarnaast geeft 20.0% van de deelnemers aan dat binnen zowel gesubsidieerde als private diensten het uitsluiten van specifieke vragen, problematieken, doelgroepen of ernst als strategie wordt gehanteerd (20.0%).

Andere zaken die door respondenten werden benoemd zijn (niet-exhaustief) wachtlijsten, het feit dat diagnostiek niet tot de kernopdracht van de organisatie behoort, of dat diagnostiek enkel wordt uitgevoerd bij mensen die in de voorziening in kwestie wonen.

Termijn waarbinnen diagnostisch onderzoek of traject het afgelopen jaar gemiddeld kan starten

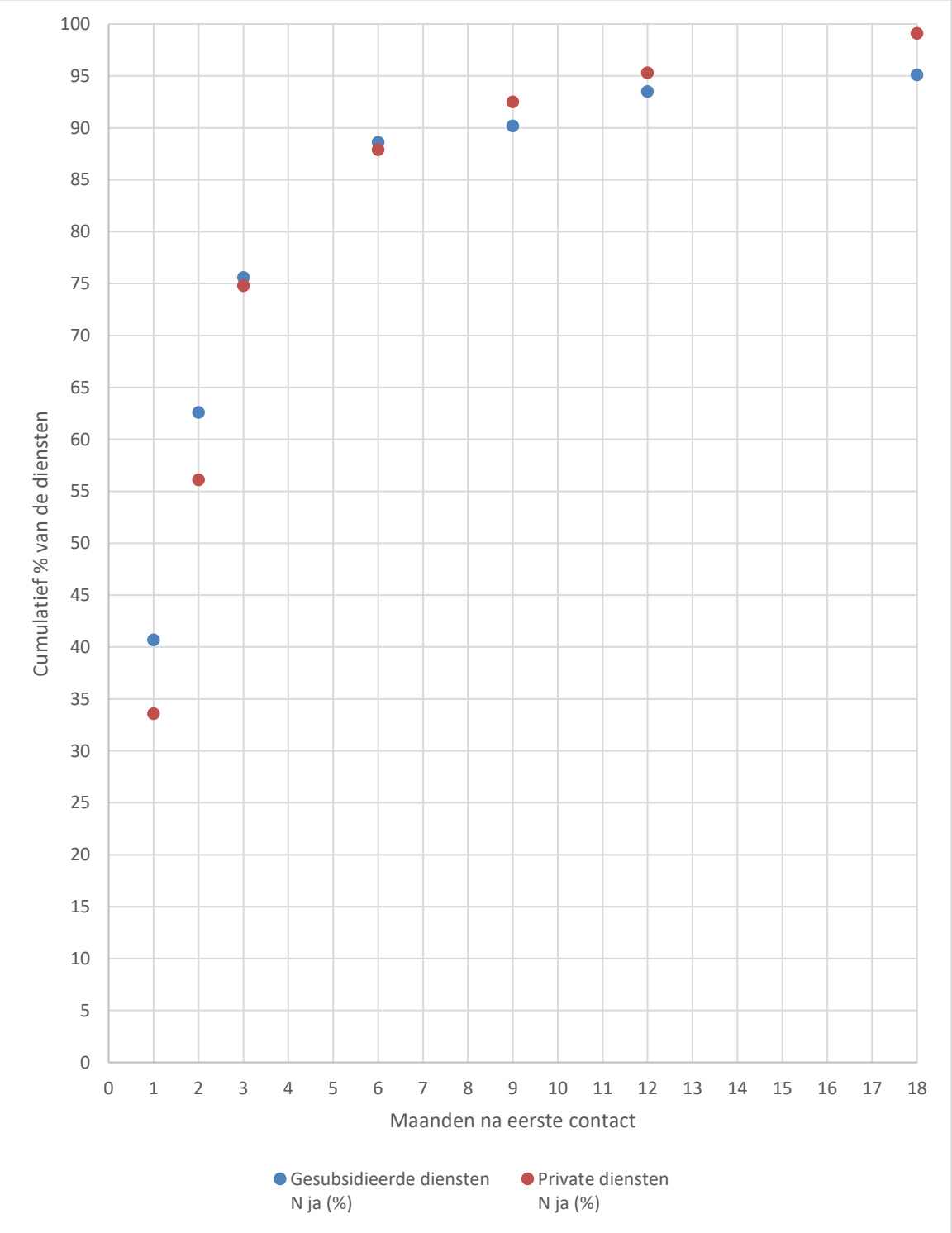
Van de bevraagde deelnemers (N = 230) geeft 37.5% aan dat een diagnostisch onderzoek of traject gemiddeld binnen de eerste maand kan starten na het eerste contact. Bij 59.5% van de cliënten vindt de opstart plaats binnen twee maanden, en bij 75.2% binnen drie maanden. Daarentegen moet 11.7%

van de cliënten langer dan een half jaar wachten, waarbij 5.7% langer dan één jaar en 3% zelfs langer dan anderhalf jaar.

Wanneer de resultaten uitgesplitst worden naar type dienst, blijkt dat gesubsidieerde diensten (N = 123) in grotere mate in staat zijn om cliënten binnen de eerste drie à vier weken op te starten met een diagnostisch traject (40.7%) in vergelijking met private diensten (33.6%). Na de eerste maand trekken de verhoudingen zich echter snel gelijk: vanaf ongeveer een half jaar na het eerste contact kan bij 88.6% van de cliënten binnen de private diensten een diagnostisch traject worden opgestart, tegenover 87.9% binnen de gesubsidieerde diensten. Binnen één jaar na aanmelding is 94.3% van de diagnostische trajecten kunnen opstarten.

Het opstarten van diagnostische trajecten na een wachttijd van meer dan anderhalf jaar wordt slechts sporadisch gerapporteerd door private diensten (0.9%), terwijl dit binnen gesubsidieerde diensten frequenter voorkomt (4.9%).

Figuur 6 Cumulatief percentage van personen dat het afgelopen jaar gemiddeld binnen deze termijn na het eerste contact een diagnostisch onderzoek of traject kon starten, uitgesplitst per type dienst



Er zijn 13 deelnemers (5.7%) die aangeven dat ze niet kunnen starten met diagnostiek binnen het jaar:

- Dit zijn 8 deelnemers uit gesubsidieerde en 5 uit private diensten.
- Binnen het gesubsidieerde aanbod zijn dit 1 uit een universitair ziekenhuis, 1 vanuit CGG, 2 vergunde zorgaanbieders, 3 andere en 1 uit een CAR.

- Bij deelnemers uit het private aanbod zijn dit: 2 solopraktijken, 2 monodisciplinaire groepspraktijken en 1 multidisciplinaire groepspraktijk.
- 3 deelnemers van diensten in Brussel, 4 in Antwerpen, 1 Vlaams-Brabant, 1 Limburg, 2 Oost-Vlaanderen en 2 West-Vlaanderen.
- Soort hulpverlener: 6 klinisch psychologen, 2 klinisch orthopedagoog, 1 maatschappelijk werker, 2 "andere" (2 missings hier).

Tabel 26 Verdeling per provincie van de diensten waarbij cliënten langer dan een jaar moeten wachten voor de start van het diagnostisch traject

	Start binnen 1 jaar	**Langer dan 1 jaar wachttijd**
Brussel	27 (90.0%)	3 (10.0%)
Antwerpen	58 (93.5%)	4 (6.5%)
Vlaams-Brabant	26 (96.3%)	1 (3.7%)
Limburg	23 (95.8%)	1 (4.2%)
Oost-Vlaanderen	38 (95.0%)	2 (5.0%)
West-Vlaanderen	38 (95.0%)	2 (5.0%)

Uit de resultaten van Tabel 26 blijkt dat 10% van de deelnemers die in een Brusselse dienst werkt aangeeft dat cliënten meer dan een jaar moeten wachten voordat het diagnostisch traject kan starten. In de Vlaamse provincies liggen deze percentages dicht bij elkaar, variërend van 3.7% voor Vlaams-Brabant tot 6.5% in Antwerpen. Met andere woorden is het zo dat 90% van de Brusselse deelnemers aangeeft dat cliënten binnen het jaar kunnen starten, met Vlaams-Brabant als koploper (96.3%). Deze cijfers tonen aan dat in alle bevraagde provincies het merendeel van de cliënten binnen het jaar een diagnostisch traject kan starten. Het is echter belangrijk om te benadrukken dat deze cijfers per provincie gebaseerd zijn op relatief kleine aantallen.

Tabel 27 Manier aanmelding voor diagnostiek of vraagverheldering

	Uit eigen beweging	**Op doorverwijzing**	**Beide gelijk**
Beide type diensten (N=232)	67 (28.9%)	94 (40.5%)	71 (30.6%)
Gesubsidieerde diensten (=124)	17 (13.7%)	79 (63.7%)	28 (22.6%)
Private diensten (N=108)	50 (46.3%)	15 (13.9%)	43 (39.8%)

Volgens de resultaten weergegeven in Tabel 27 geven 40.5% van de deelnemers aan dat cliënten zich voor diagnostiek of vraagverheldering voornamelijk aanmelden op basis van een doorverwijzing door een andere hulpverlener. Daarentegen rapporteert 28.9% van de deelnemers dat de aanmelding vaker zonder doorverwijzing plaatsvindt, terwijl 30.6% aangeeft dat beide manieren van aanmelding ongeveer even vaak voorkomen.

Wanneer wordt gekeken naar verschillen tussen gesubsidieerde en private diensten, blijkt dat op 63.7% van de deelnemers uit gesubsidieerde diensten aan dat cliënten zich voornamelijk aanmelden via een doorverwijzing. In de private sector is dit slechts 13.9%. Daarentegen rapporteren aanzienlijk meer

deelnemers uit private diensten (46.3%) dat cliënten zich voornamelijk op eigen initiatief aanmelden, vergeleken met gesubsidieerde diensten.

Tabel 28 Ingeschatte soorten hindernissen of belemmeringen bij de aanmelding voor de cliënt

	Beide type diensten (N=155)	**Gesubsidieerde diensten (N=74)**	**Private diensten (N=81)**
Wachttijden bij diensten	99 (63.9%)	45 (60.8%)	54 (66.7%)
Financiële drempel	102 (65.8%)	27 (36.5%)	75 (92.6%)
Complexiteit van de problematiek	53 (34.2%)	36 (48.6%)	17 (21.0%)
Complexiteit van het hulpverleningslandschap	75 (48.4%)	37 (50.0%)	38 (46.9%)
Behoudendheid in de omgeving	28 (18.1%)	16 (21.6%)	12 (14.8%)
Taal	42 (27.1%)	22 (29.7%)	20 (24.7%)
Beperkte fysieke toegankelijkheid van de dienst	11 (7.1%)	8 (10.8%)	3 (3.7%)
Beperkte bereikbaarheid van de dienst	9 (5.8%)	7 (9.5%)	2 (2.5%)
Verstandelijke beperking	23 (14.8%)	21 (28.4%)	2 (2.5%)
Motivatie bij de cliënt	59 (38.1%)	39 (52.7%)	20 (24.7%)
Drempel om hulp te zoeken rond emotionele, sociale en mentale thema's	73 (47.1%)	39 (52.7%)	34 (42.0%)

Opmerking. Een selectie van deze hindernissen is in samenspraak met de stuurgroep uitgesplitst per provincie; deze resultaten zijn terug te vinden in bijlage 5.

Wanneer wordt ingezoomd op de drempels die hulpverleners inschatten voor cliënten bij aanmelding voor diagnostiek of vraagverheldering, blijkt uit Tabel 28 dat een financiële drempel het vaakst wordt gerapporteerd (65.8%). Deze drempel wordt met name door private diensten frequent benoemd (92.6%), terwijl binnen de gesubsidieerde diensten 36.5% dit aangeeft.

Binnen de gesubsidieerde diensten rapporteren deelnemers de wachttijd het vaakst als belemmering (60.8%). Deze drempel wordt ook door 66.7% van de deelnemers uit private diensten genoemd. Daarnaast worden de complexiteit van het hulpverleningslandschap (48.4%) en de drempel om hulp te zoeken rond emotionele, sociale en mentale thema's (47.1%) door bijna de helft van alle deelnemers als belemmering ingeschat. Taalbarrières worden door 28.1% van de deelnemers als drempel aangeduid.

Er zijn duidelijke verschillen tussen gesubsidieerde en private diensten in de inschatting van bepaalde drempels. Deze verschillen in inschatting van belemmering bij aanmelding tussen de twee soorten diensten is bij de complexiteit van de problematiek, motivatie en verstandelijke beperking die alle drie door de hulpverleners van de gesubsidieerde diensten frequenter als hindernis aangegeven. Op de gesubsidieerde diensten schat 48.6% in dat de complexiteit van de problematiek een hindernis is bij aanmelding, versus 21.0% binnen de private praktijken. Ongeveer de helft (52.7%) van de deelnemers binnen gesubsidieerde diensten schat in dat motivatie een belemmering vormt, hetgeen bij de private diensten maar door 24.7% van de deelnemers als een belemmering wordt ingeschat. Verstandelijke beperking wordt door 28.4% van de deelnemers van gesubsidieerde diensten benoemd, terwijl dit in het private aanbod (2.5%) slechts beperkt als hindernis wordt ingeschat.

Daarnaast worden behoudendheid in de omgeving (18.1%), beperkte fysieke toegankelijkheid van de dienst (7.1%) en beperkte bereikbaarheid van de dienst (5.8%) minder frequent aangehaald, maar zijn deze drempels niet afwezig.

Andere mogelijke hindernissen die door de respondenten worden benoemd zijn (niet-exhaustief) een gebrek aan ziekte-inzicht bij de cliënt, de huisarts die oordeelt dat een aanmelding niet noodzakelijk is, tijdsgebrek, geen vervoer naar de diagnostische dienst, negatieve voorgaande ervaringen of verkeerde verwachtingen, of verslavingsproblematiek die het zoeken naar hulp bemoeilijkt.

Tabel 29 Verwachtingen cliënt bij aanmelding op de dienst

	Beide type diensten (N=237)	**Gesubsidieerde diensten (N=128)**	**Private diensten (N=109)**
Op zoek naar diagnose/label	99 (41.8%)	38 (29.7%)	61 (56.0%)
Op zoek naar verklaring voor problemen en gedrag	172 (72.6%)	82 (64.1%)	90 (82.6%)
Op zoek naar gepaste en effectieve behandeling	191 (80.6%)	99 (77.3%)	92 (84.4%)
Op zoek naar hulpmiddelen	131 (55.3%)	72 (56.3%)	59 (54.1%)
Geen specifieke verwachtingen	25 (10.5%)	18 (14.1%)	7 (6.4%)

De hulpverleners die deelnamen aan de bevraging schatten in (zie Tabel 29) dat de meeste cliënten die zich aanmelden bij hun dienst op zoek zijn naar een gepaste en effectieve behandeling (80.6%) of naar een verklaring voor hun problemen (72.6%). Daarnaast wordt door 55.3% van de respondenten aangegeven dat cliënten bij aanmelding op zoek zijn naar hulpmiddelen.

Wanneer deze inschattingen worden uitgesplitst naar type dienst, blijkt dat binnen private diensten vaker wordt gerapporteerd dat cliënten op zoek zijn naar een verklaring voor hun problemen of gedrag (82.6%) dan hun collega's in gesubsidieerde diensten (64.1%). Ook geven hulpverleners binnen private diensten vaker aan dat cliënten op zoek zijn een diagnose of label (56.0%) in vergelijking met gesubsidieerde diensten (29.7%).

Andere verwachtingen die door respondenten werden benoemd zijn (niet-exhaustief) het opbouwen van veerkracht, hoop en zingeving, handvatten zoeken voor de familie van de cliënt, zijn/haar verhaal kwijt kunnen en gehoord worden, woon- of mobiele ondersteuning of specifieke antwoorden in een juridische/forensische context (bv. risicoprofiel delictgedrag, uitwerking reclasseringsplan).

Gebruikelijk vervolg van het diagnostisch traject

Wanneer wordt bevraagd wat doorgaans volgt op een diagnostisch traject, rapporteren de meeste respondenten dat hierop een begeleiding wordt opgestart. Vooral binnen de private diensten is dit meestal de volgende stap (92.7%). Daarnaast geeft 49.8% van de respondenten aan dat aanpassingen

in de omgeving van de cliënt een gebruikelijke vervolgstap vormen. Ook toegang tot hulpmiddelen of andere diensten wordt frequent genoemd als opvolging na diagnostiek (53.6%).

Andere zaken die door respondenten worden benoemd zijn (niet-exhaustief) dat er geen verdere opvolging volgt, dat cliënten doorstromen naar wachtlijsten of dat er stappen worden gezet qua zorgplanning en keuzes richting levenseinde.

Tabel 30 Officiële rollen van de dienst volgens opdrachtenkader (enkel gesubsidieerd aanbod, N=128)

	Rol behoort tot officiële opdrachten-kader	**Effectieve opname van deze rol**	**Overeen-stemming tussen officiële en effectieve rol**	**Aantal diensten die deze rol opneemt hoewel het niet tot de opdracht behoort (-1)***	**Aantal diensten die deze rol niet opnemen hoewel het toch tot de opdracht behoort (+1) ** **
Zelf begeleiding opstarten	82 (64.1%)	80 (62.5%)	112 (87.5%)	7 (5.5%)	9 (7.0%)
Informatie/verwijsbrief/ attest geven	85 (66.4%)	84 (65.6%)	119 (93.0%)	4 (3.1%)	5 (3.9%)
Zelf contact opnemen met de hulpverlening waarnaar je doorverwijst	76 (59.4%)	79 (61.7%)	113 (88.3%)	9 (7.0%)	6 (4.7%)
Behandelcoördinatie of casemanagement	41 (32.0%)	40 (31.1%)	113 (88.3%)	7 (5.5%)	8 (6.3%)
Terugkoppeling naar de doorverwijzer	81 (63.3%)	74 (57.8%)	109 (85.2%)	6 (4.7%)	13 (10.2%)

Opmerking. *Een negatief verschil geeft aan dat de rol in grotere mate wordt opgenomen dan in het officiële opdrachtenkader voorzien. **Een positief verschil duidt erop dat de betreffende rol in mindere mate wordt opgenomen dan in het officiële opdrachtenkader voorzien.

Binnen de deelnemersgroep vanuit de gesubsidieerde diensten werd nagegaan zoals weergegeven in Tabel 30, welke rollen na diagnostiek behoren tot het officiële opdrachtenkader en in welke mate deze effectief worden opgenomen. Wanneer de gerapporteerde opdrachten en de effectieve uitvoering per dienst worden vergeleken, blijkt dat de meeste diensten de rollen uitvoeren die binnen hun officiële opdrachtenkader vallen.

Toch zijn er op enkele aspecten discrepanties zichtbaar. Zo geeft 10.2% van de respondenten aan dat terugkoppeling naar de doorverwijzer tot het officiële opdrachtenkader behoort, maar dat deze taak niet effectief wordt opgenomen. Daarnaast rapporteert 7.0% dat het opstarten van begeleiding formeel binnen hun opdrachtenkader valt, maar niet in de praktijk wordt uitgevoerd. Voor behandelings-coördinatie betreft dit 6.3% van de deelnemers. Verder geeft 4.7% aan dat het zelf contact opnemen met de hulpverlening waarnaar wordt doorverwezen behoort tot het opdrachtenkader, maar niet effectief gebeurt. Tot slot meldt 3.9% dat het geven van informatie, bezorgen van een verwijsbrief of afleveren van attesten formeel tot hun opdrachtenkader behoort, maar in de praktijk niet wordt uitgevoerd.

Tabel 31 Effectief opgenomen rollen na diagnostiek bij gesubsidieerde en private diensten

	Gesubsidieerde diensten (N=128)	**Private diensten (N=109)**
Zelf begeleiding opstarten	80 (62.5%)	85 (78.0%)
Informatie/verwijsbrief/ attest geven	84 (65.6%)	81 (74.3%)
Zelf contact opnemen met de hulpverlening waarnaar je doorverwijst	79 (61.7%)	56 (51.4%)
Behandelcoördinatie of casemanagement	40 (31.1%)	14 (12.8%)
Terugkoppeling naar de doorverwijzer	74 (57.8%)	69 (63.3%)

Wanneer wordt nagegaan welke rollen na het diagnostisch traject effectief worden opgenomen, blijkt (zie Tabel 31) dat het zelf opstarten van begeleiding frequenter wordt gerapporteerd door respondenten van private diensten (78.0%) dan door gesubsidieerde diensten (62.5%). Behandelcoördinatie of casemanagement daarentegen wordt vaker opgenomen binnen gesubsidieerde diensten (31.1%) in vergelijking met private praktijken (12.8%).

3.2 Focusgroepen

3.2.1 Responsgraad en samenstelling

Er zijn drie focusgesprekken georganiseerd. Deze focusgesprekken vonden plaats op drie afzonderlijke data, zijnde maandag 31/03, woensdag 02/04 en donderdag 03/04. We ontvingen 26 ingevulde vragen tot deelname. Hiervan vulden 21 personen het geïnformeerde toestemmingsformulier volledig in. Op basis van de beschikbaarheden werden hiervan 20 personen uitgenodigd om deel te nemen aan een focusgesprek op één van de drie voorgestelde data. Hierbij was de indeling als volgt:

- Focusgroep 1 (31/03): 7 deelnemers ontvingen een uitnodiging tot deelname; hiervan namen 5 personen effectief deel aan het focusgesprek.
- Focusgroep 2 (02/04): 6 deelnemers ontvingen een uitnodiging tot deelname; hiervan namen 5 personen effectief deel aan het focusgesprek.
- Focusgroep 3 (03/04): 7 deelnemers ontvingen een uitnodiging tot deelname; hiervan namen 3 personen effectief deel aan het focusgesprek.

Bij de samenstelling van deze focusgroepen werd gestreefd naar een zo heterogeen mogelijke samenstelling (zie methode). Een overzicht van de uiteindelijke samenstelling van de focusgroepen is terug te vinden in bijlage 6.

3.2.2 Thematische analyse

De geïdentificeerde thema's per stelling zijn de volgende:

- **Waarom doen mensen doorgaans beroep op het diagnostisch aanbod?**
    - Toegang tot faciliteiten: dit thema gaat in op de toegang die diagnostiek verschaft tot bepaalde gespecialiseerde voorzieningen en vormen van ondersteuning. Vaak is dit geregeld vanuit een specifiek wetgevend kader.

  - Inzicht: dit thema gaat in op de manier waarop diagnostiek mensen (en hun omgeving) kan helpen om zichzelf, en de problemen die zij ervaren, beter te begrijpen.
  - Diagnose: dit thema gaat in op één van de functies van diagnostiek, namelijk het classificeren van stoornissen en het toekennen van een specifieke diagnose.
  - Functies diagnostiek: dit thema gaat in op verschillende functies van diagnostiek, namelijk het afstemmen van zorg op de hulpvraag van mensen (gerichte indicatiestelling en doorverwijzing), maar ook het verschaffen van toegang tot bepaalde hulpverleningsvormen.

- **Kan je als hulpverlener, met de kennis en de middelen waarover je beschikt, effectief inspelen op de noden en verwachtingen van de cliënt?**
  - Goede/slechte praktijken[6]: dit thema gaat in op de verschillende diagnostische praktijken die plaatsvinden in het werkveld, zowel in positieve als negatieve zin.
  - Competentie/kennis/scholing: dit thema gaat in op de competenties, kennis en scholing die je nodig hebt als diagnosticus om effectief te kunnen inspelen op de noden en verwachtingen van de cliënt.
  - Kost bijscholing: dit thema gaat in op de kosten die gepaard gaan met bijscholing.
  - Middelen: dit thema gaat in op de verschillende middelen waarover je beschikt als diagnosticus, zoals budgetten, testmateriaal, bruikbare informatie, enzovoort.
  - Setting: dit thema gaat in op de rol die de setting speelt in het effectief inspelen op de noden en verwachtingen van de cliënt.
  - Tijd: dit thema gaat in op de tijd die je beschikbaar hebt als diagnosticus en nodig hebt om effectief te kunnen inspelen op de noden en verwachtingen van de cliënt.
- **Ervaar je drempels in het huidige diagnostische aanbod, en welke dan?**
  - Kostprijs: dit thema gaat in op de kostprijs van diagnostisch onderzoek.
  - Kennis aanbod: dit thema gaat in op de kennis van mensen over het diagnostisch aanbod en het ruimere zorglandschap.
  - Wachttijd: dit thema gaat in op de snelheid waarmee mensen beroep kunnen doen op het diagnostisch aanbod.
  - Toegenomen vraag: dit thema gaat in op de (omvang van de) vraag naar diagnostiek binnen de psychosociale sector.
  - Kwaliteit van diagnostiek door collega's: dit thema gaat in op de ervaring, kennis en competentie van zorgverleners die actief zijn in het diagnostisch werkveld.
  - Algemeen kwaliteitskader: dit thema gaat in op de aan- of afwezigheid van een wetgevend kader dat betrekking heeft op de kwaliteit van diagnostiek. Dergelijk kader gaat in op de regelgeving/organisatie van het diagnostisch aanbod.
- **Hebben cliënten na een diagnostisch traject voldoende tools en informatie om verder aan de slag te kunnen?**
  - Tools/handvatten: dit thema gaat in op de handvatten en tools waarover mensen beschikken na het doorlopen van een diagnostisch traject.

6 Het gaat hier om praktijken die door de deelnemers zelf zijn benoemd als goed of slecht; er is door de onderzoekers zelf geen kwalificatie of oordeel toegepast.

  - Effectief geholpen: dit thema gaat in op de mate waarin mensen effectief geholpen zijn met hun aanmeldingsklacht(en) na het doorlopen van een diagnostisch traject.
  - Aansluiting: dit thema gaat in op de mate waarin mensen aansluiting kunnen vinden op andere vormen van hulpverlening na het doorlopen van een diagnostisch traject.
- **Waar zie je mogelijkheden om op korte/lange termijn de diagnostiek op jouw dienst te verbeteren?**
  - Geïntegreerde zorg: dit thema gaat in op samenwerking met collega's en andere zorgverstrekkers binnen het diagnostisch werkveld.
  - Betaalbare zorg: dit thema gaat in op de mate waarin het beschikbare diagnostische aanbod betaalbaar is voor diegene die er beroep op wenst te doen.
  - Beleid: dit thema gaat in op de manier waarop de verschillende beleidsniveaus kunnen ingrijpen op het diagnostisch werkveld aan de hand van concrete maatregelen.

Analyses van de tekstfragmenten

- <u>Toegang tot faciliteiten</u>

Volgens sommige deelnemers doet niet iedereen beroep op het diagnostisch aanbod om zichzelf of hun klachten/problemen beter te begrijpen. Mensen maken in bepaalde gevallen enkel gebruik van het diagnostisch aanbod omdat het noodzakelijk is om, via een classificatie of diagnose, toegang te krijgen tot bepaalde faciliteiten ("In dit land hebben we het blijkbaar wel nodig om de ondersteuning te krijgen"). In heel wat gevallen verschaft een diagnose immers toegang tot verdere ondersteuning of hulpverlening ("Het is soms echt nodig om mensen echt de zorg te kunnen geven die ze nodig hebben"). Een aantal deelnemers geeft aan dat het verkrijgen van een label of diagnose daarom niet altijd intrinsiek gewenst is ("Dat je denkt komaan, is dat allemaal wel nodig?"), maar soms wel noodzakelijk om toegang te krijgen tot bepaalde voordelen, faciliteiten of hulpverlening (bv. VAPH-statuten, verhoogde tegemoetkoming, examenfaciliteiten, medicatie, subsidies). In de focusgroepen komt aan bod dat diagnostiek soms een rol speelt om institutionele, juridische en administratieve drempels te overwinnen: de diagnose is een poortje dat opengaat naar rechten en ondersteuning, eerder dan een puur klinisch-inhoudelijke nood ("De bureaucratie die er soms aan te pas komt. Dat is voor de betrokken families een raar gegeven").

- <u>Inzicht</u>

Volgens een aantal deelnemers doen cliënten vaak beroep op diagnostiek vanuit een behoefte aan erkenning ("Wat heb ik nu eigenlijk?"), zelfinzicht ("Wat is er aan de hand en hoe kan ik ermee omgaan?"), een verklaring voor het eigen functioneren ("Hoe komt het dat…?") of ter verbetering van (lopende) behandeltrajecten. Sommige cliënten komen bij diagnostiek terecht na jaren therapie zonder voldoende vooruitgang. Hierbij kan het zijn dat er onderliggende problemen spelen die niet direct zichtbaar zijn (bv. "autisme bij vrouwen", "ADHD bij hoogbegaafden", "trauma als onderliggende oorzaak"). Diagnostiek dient er toe de probleemsamenhang in kaart te brengen. Volgens bepaalde deelnemers zien cliënten diagnostiek vaak als een oplossing voor hun problemen, terwijl het eigenlijk een startpunt is.

Sommige cliënten hopen op een duidelijke naam of verklaring die niet alleen henzelf houvast biedt, maar ook richting geeft aan hun omgeving en/of hulpverlening ("Kijk, dat is hoe ik in elkaar zit"). Die duidelijke naam is ook helpend in de communicatie en inzicht in de problematiek naar anderen. Het

inzicht is dus drieledig, namelijk zelfinzicht, inzicht voor het behandeltraject en inzicht voor mensen in de omgeving.

- Diagnose

Volgens sommige deelnemers doen heel wat cliënten beroep op het diagnostisch aanbod om tot een (officiële) classificatie of diagnose te komen ("Is er sprake van autisme?", "Heb ik een ontwikkelingsstoornis?") terwijl bij andere deelnemers de vraag naar een diagnose eerder zeldzaam is. Diagnostische labels kunnen functioneel zijn voor communicatie ("Dan kunnen cliënten beter uitleggen aan anderen hoe ze functioneren"), en optimalisatie van behandeling ("Ook bij psychisch lijden is het belangrijk om er een juiste naam op te plakken zodat we ook de juiste begeleiding kunnen voorzien"). Een diagnose (het 'label') wordt door sommige cliënten gevraagd om ondersteuning te krijgen op school, werk of in begeleiding. Tegelijkertijd signaleren de deelnemers dat er een genuanceerde kijk op het nut van labels moet zijn: deze zijn functioneel, maar niet altijd gewenst als identiteitsbepalend etiket ("Een etiket hoeft niet te definiëren"). De vraag naar een diagnostische classificatie is contextafhankelijk en weerspiegelt spanningen tussen hulpverleningspraktijk, verwachtingen van cliënten en de (maatschappelijke) rol van het label.

- Functies diagnostiek

In de focusgroepen komt aan bod dat een diagnostisch traject zelden een eindpunt, maar eerder een voorwaarde en startpunt vormt voor verdere zorg, ondersteuning en maatschappelijke participatie. De formele diagnose wordt herhaaldelijk benoemd als voorwaarde om toegang te krijgen tot (of uitgesloten te worden van) bepaalde voorzieningen, medicatie of therapieën ("In dit land hebben we het blijkbaar wel nodig om de ondersteuning te krijgen", "Heb je een IQ van 72, dan heeft het VAPH daar vraagtekens bij; heb je een IQ van 69, dan heb je geluk"). Tegelijk worden er structurele en organisatorische drempels voor de hulpverleners benoemd om tot diagnosestelling te komen, zoals schaarste aan psychiaters ("Het is een naald in een hooiberg om psychiaters te vinden"), die de verdere hulpverlening beïnvloeden ("Medicatie wordt enkel opgestart na een multidisciplinaire diagnose"). Labels hebben bovendien een langdurige impact op het zorgtraject, zowel in positieve (toegang) als in potentieel negatieve (stigmatiserende of beperkende) zin ("Eens er een persoonlijkheidsstoornis diagnose aan het medisch dossier hangt, kunnen ze later ook problemen veroorzaken").

- Goede/slechte praktijken

Deelnemers benoemen het gebruik van EPD's (elektronisch patiëntendossier) als een meerwaarde voor het verminderen van administratieve lasten, zoals bij de aanmeldprocedure en de opvolging van patiënten. Hierbij wordt wel de kanttekening gemaakt dat digitalisering niet ten koste mag gaan van klinische interpretaties bij bijvoorbeeld gedigitaliseerde testafnames en een geautomatiseerde verwerking ("Ik werk nog graag met mijn hoofd", "Waar dan die protocolletjes uitgerold worden… ben ik niets"). Andere voorbeelden van goede praktijken liggen in het toepassen van psycho-educatie tijdens het diagnostisch proces, het bieden van werkoriëntering na diagnose ("Enkel de diagnose krijgen is vaak niet genoeg voor mensen") of het toewerken naar een holistische en verklarende probleemsamenhang.

- Competentie/kennis/scholing

In de gesprekken wordt een gebrek aan kennis over (nieuwe) tests als een belangrijk knelpunt benoemd ("Ik mis een beetje informatie als er bijvoorbeeld nieuwe testen zouden zijn"). Informatie is te versnipperd; hulpverleners zijn afhankelijk van losse nieuwsbrieven al dan niet van specifieke uitgeverijen, eigen netwerken, toevallige tips of beperkte platforms. Voor sommige deelnemers is er

een behoefte aan gecentraliseerde en toegankelijke databanken, kennisplatformen en studiedagen voor uitwisseling van info over diagnostische instrumenten.

Sommige deelnemers ervaren dat de basisopleidingen onvoldoende zijn op het vlak van diagnostiek, zeker rond specifieke instrumenten of interpretaties ("Toen ik van de universiteit kwam, had ik het gevoel dat ik niks kende op vlak van diagnostiek"). Deelnemers geven aan dat dit vandaag de dag nog steeds geldt voor de stagiairs die ze jaarlijks begeleiden ("Jaarlijks komen hier uiteraard heel wat stagiairs (masters) over de vloer. Ik merk dat de kennis aan diagnostiek eigenlijk erg beperkt is"). Bovendien variëren de kwaliteit en inhoud van opleidingen per universiteit of instelling. Er is vraag naar algemene vakken over diagnostiek en meer praktische training in gebruikte tests ("Als het gaat over psychometrische tests, en de interpretatie ervan, dan vind ik wel dat er soms wat te weinig kennis is bij psychiaters omdat we daar onvoldoende in geschoold zijn").

In het algemeen wordt het veld bemoeilijkt door een gebrek aan centrale info, standaardisatie, duidelijke kwaliteitscriteria en structurele ondersteuning. Het ontbreken van overkoepelende platforms en een "kenniskloof" tussen opleidingen, settings en regio's wordt als frustrerend ervaren. Bijscholing, intervisie en supervisie zijn essentieel, maar het vinden van het juiste aanbod wordt door sommigen als lastig ervaren.

- <u>Kost bijscholing</u>

Opleidingen, studiedagen en up-to-date blijven worden door de deelnemers gezien als een essentiële investering voor kwalitatieve diagnostiek. Niet alleen de basisopleiding, maar vooral permanente vorming is noodzakelijk om kwaliteitsvol werk te leveren. De kostprijs van opleidingen is vaak echter zeer hoog. Voor zelfstandigen en kleine praktijken is dit een zware financiële last, die meestal niet doorgerekend wordt aan cliënten ("Opleiding is een grote kost die we nog niet durven doorrekenen aan onze cliënten"). Hierdoor ontstaat een evenwichtsoefening: investeren in bijscholing zonder de tarieven onbetaalbaar te maken voor cliënten. Hierdoor ontstaat een risico op onderinvestering in bijscholing ("het hele financiële plaatje vormt een belemmering voor privétherapeuten"). Ook kleinere voorzieningen hebben vaak een beperkt budget om structureel te investeren in opleidingen.

- <u>Middelen</u>

Volgens sommige deelnemers zijn er tekorten aan specifiek testmateriaal (bv. voor bepaalde doelgroepen, talen, lagere IQ's), en hiaten in normeringen, leeftijdscategorieën en culturele afstemming. Daarnaast leeft er een duidelijke behoefte aan toegankelijke testotheken/bibliotheken voor minder courante of dure testen waar materiaal kan worden uitgeleend. De kostprijs voor testmateriaal ligt immers hoog, zeker voor individuele praktijken en kleine voorzieningen ("Testmateriaal is niet goedkoop. Dus interessant testmateriaal kan niet altijd aangekocht worden"). Ten slotte wordt verwezen naar een kwaliteitscontrole, de COTAN-database wordt benoemd als referentie, maar de toegang hiertoe is niet altijd vanzelfsprekend of betaalbaar.

Personeelstekorten worden ook benoemd: er zijn te weinig psychologen/psychiaters om diagnostisch onderzoek uit te voeren ("Er is een ongelooflijke behoefte, maar de middelen zijn beperkt"), of er is te beperkte tijd voor kwalitatieve diagnostiek ("Het gaat vooral over de financiën: kunnen we mensen genoeg betalen om hier voldoende tijd aan te besteden?"). De grote tijdsinvestering die diagnostiek vereist, wordt ook aangehaald: diagnostiek is tijdsintensief en wordt vaak niet volledig gedekt door het beschikbare budget ("Je moet eigenlijk voortdurend opletten wat je met je middelen doet, want het is balanceren tussen je medewerkers en over kwalitatief testmateriaal beschikken").

- Setting

Redenen waarom samenwerking met een arts aangewezen is, zijn bijvoorbeeld voor medicamenteuze behandeling, of diagnostiek bij complexe psychiatrische stoornissen. Doorverwijzing is nodig voor medische of zeer complexe psychiatrische problematiek, zware mentale beperkingen, of als medicatie overwogen wordt ("Je bent gewapend om alles te doen, behalve het medische"). Ook de aanwezigheid van specifieke expertise speelt een rol: voor specifieke en complexe problemen, zoals ontwikkelingsstoornissen, wordt door sommige deelnemers doorverwezen naar specifieke centra.

Acute of ernstige psychiatrische toestanden (zoals depressie tijdens opname) bemoeilijken een goede diagnostiek. Op crisisafdelingen is het niet eenvoudig om de tijd nemen om aan goede diagnostiek te doen. Je kan vaak slechts een inschatting doen van het toestandsbeeld, wat een momentopname is. Tegelijkertijd wordt er vaak veel gewicht gehangen aan de diagnostiek die op crisisafdelingen plaatsvindt. In crisissituaties wordt soms te snel gelabeld ("De inschatting van het toestandsbeeld wordt het diagnostisch label").

Diagnostiek in ambulante settings gaat gepaard met bepaalde uitdagingen. Persoonlijkheids-diagnostiek wordt door een deelnemer als risicovol en te complex gezien voor ambulante settings omdat langdurige observatie en intensief contact ontbreken. Dit ligt in lijn met wat een andere deelnemer zegt, namelijk dat multidisciplinair werken als een voordeel wordt ervaren omdat er door verschillende collega's vanuit verschillende invalshoeken kan worden gekeken naar een persoon ("Voor complexe casussen kan er input vanuit verschillende brillen worden gegeven"). In multidisciplinaire (derdelijns) teams is het voordeel dat er veel expertise en input is vanuit verschillende disciplines. Deze settings bieden meer mogelijkheden voor diepgaande, integrale diagnostiek, vooral bij complexe problematiek. Een andere deelnemer gaf aan wel aan persoonlijkheidsdiagnostiek te doen in een ambulante setting, maar benoemde hierbij de hoge kostprijs omwille van de lange duur van het traject.

Tijd voor diagnostiek is vaak beperkt, zeker in settings waar het zorgsysteem snelle diagnostiek en terugbetaling verlangt. Sommige settings kunnen niet altijd alle nazorg of vervolgvragen beantwoorden ("de diagnose krijgen roept nog veel meer vragen op die ze oorspronkelijk niet hadden").

Conclusie: de kwaliteit en mogelijkheden van diagnostiek worden sterk beïnvloed door de setting waarin de diagnosticus werkt.

- Tijd

Voldoende tijd is voor de meeste deelnemers een voorwaarde voor kwaliteit. Grondige diagnostiek vraagt immers veel tijd: intake, testafname, consultaties met context/omgeving, analyse, rapportering, overleg met collega's/supervisie. Veel tijd gaat onzichtbaar op aan administratie, overleg, uitwerken van rapporten, opvolging van mails, uitnodigen en betrekken van familie. Sommige diagnostische methoden zijn tijdsintensiever en dragen bij aan kwaliteit, maar zijn moeilijk te verantwoorden als tijd/kost een probleem is. Zo zijn semigestructureerde interviews bijvoorbeeld niet zo duur qua aankoop, maar wel qua tijdsinvestering. De verloning of het tarief weerspiegelt vaak niet het werkelijke aantal uren dat aan een cliënt besteed wordt ("ik reken altijd minder aan dan dat ik er [qua tijd] aan spendeer").

Dit vertaalt zich ook in lange wachttijden, vooral bij kwalitatieve, procesgerichte diagnostiek ("We hebben een wachtlijst van enkele jaren, maar goede procesdiagnostiek vraagt 6 tot 8 maanden"). Anderen organiseren hun praktijk zo dat er structureel tijd wordt vrijgemaakt voor diagnostiek, wat de wachttijden beperkt, maar ook zorgt voor hoge werkdruk en nood aan administratieve ondersteuning. In sommige settings kunnen cliënten snel terecht, als tijd en middelen beschikbaar zijn, maar in andere

gevallen is diagnostiek niet prioritair of moet ze wijken voor therapie of andere taken. Tijdgebrek leidt soms tot te snelle diagnostiek, met risico op foute conclusies of gemiste differentiaaldiagnoses. “Schade door te korte diagnostiek” wordt expliciet genoemd door de deelnemers.

Conclusie: onvoldoende tijd zet druk op kwaliteit en verhoogt het risico op fouten, maar tijd investeren betekent vaak langere wachttijden en hoge werkdruk. De realiteit dwingt diagnostici om keuzes te maken over prioritering, organisatie en diepgang. Voldoende tijdsinvestering is een voorwaarde voor kwalitatieve, procesgerichte diagnostiek, maar wordt zelden erkend in verloning.

- Kostprijs

Er komt aan bod dat in de privésector de prijzen hoger zijn, maar de wachttijden korter; in ziekenhuizen/voorzieningen liggen de tarieven doorgaans lager, maar zijn de wachttijden vaak zeer lang. Er ontstaat zo een vorm van “tweesporenbeleid”: wie kan betalen heeft snelle toegang, wie niet, moet wachten of krijgt soms helemaal geen diagnostiek. Toegang tot privédiagnostiek is vooral mogelijk voor mensen met voldoende financiële middelen. Minder kapitaalkrachtigen wijken uit naar (goedkopere) ziekenhuizen of vallen uit de boot (“De wachtlijsten bestaan uit mensen die het kunnen betalen”, “Het probleem is dat mensen die het niet kunnen betalen, zich inschrijven voor het ziekenhuis”). Er is een grote zorg dat “kwalitatieve diagnostiek een privilege wordt voor de midden- en hogere klasse”, met risico op uitsluiting voor kwetsbare groepen.

Er wordt ook aangehaald dat diagnostisch onderzoek “gewoon duur” is, ongeacht of het in privé, ambulant of binnen een ziekenhuiscontext gebeurt. De hoge kostprijs zit niet enkel in de aankoop van het instrument zelf, maar ook in de uren die aan intake, analyse, rapportering, overleg, enzovoort besteed worden. Zelfs waar tarieven relatief laag gehouden worden, blijft de betaalbaarheid een probleem voor veel cliënten. Afbetalingsplannen of spreiding van kosten worden soms aangeboden, maar zijn geen structurele oplossing. In sommige instellingen wordt diagnostiek mee “verstopt” in therapietrajecten, omdat een aparte kostprijs niet wenselijk/haalbaar is.

Hulpverleners worstelen met het morele dilemma: “Je wilt er niet failliet aan gaan, maar het moet wel betaalbaar blijven”. De maatschappelijke roep om structurele oplossingen en betere overheidssteun is duidelijk aanwezig (“beleidsmakers moeten dit oplossen, niet de individuele centra”).

- Kennis aanbod

Volgens sommige deelnemers is er onvoldoende kennis en transparantie bij zorgverleners over het beschikbare aanbod. Volgens hen weten zowel verwijzers (huisartsen, psychiaters, scholen) als cliënten vaak niet goed welke diagnostiek waar aangeboden wordt, wat de wachttijden zijn, wie welke expertise heeft of welke aanpak gevolgd wordt. Zelfs voor de professionals die diagnostiek uitvoeren, is het aanbod van collega’s niet altijd duidelijk (“Naar wie kan ik verwijzen? Hoe weet ik wie goede psychologen en psychiaters zijn?”).

Het zorglandschap is onoverzichtelijk, waardoor doorverwijzen tijd en energie kost. Hulpverleners geven aan te weinig structurele informatie te hebben over (multidisciplinaire) werkvormen, richtlijnen, kostprijzen en kwaliteitscriteria. Volgens de deelnemers willen professionals meer weten over wie doet wat, willen ervaringen delen, en een duidelijkere structuur/kaart van het landschap.

- Wachttijd

Volgens de deelnemers zijn wachtlijsten van maanden tot meerdere jaren geen uitzondering. Over het algemeen wordt een tekort aan diagnostici (met name psychiaters) benoemd. Daarnaast is er ook een tekort aan middelen: personeel, tijd, infrastructuur.

Mensen staan zeer lang op een wachtlijst, zonder zicht op snelle hulp ("Na jaren wachten heb je nog niet eens hulp, enkel diagnostiek. Dan kun je niet meer spreken van inspelen op noden"). Dit heeft een impact op de kwaliteit van hulp. Paradoxaal genoeg werkt kwaliteit de wachtlijsten ook in de hand: kwaliteitskeuzes gaan vaak samen met langere wachttijden.

Deelnemers geven aan dat ze zelf soms diagnostische taken op zich nemen, hoewel dit buiten hun reguliere takenpakket valt, omdat mensen anders lange tijd (soms jaren) moeten wachten ("Rekening houdend met de tijdsdruk die we soms hebben, als [de diagnostiek] extern zou kunnen dan zouden we dit waarschijnlijk ook wel doen. Het is omdat de middelen er globaal niet zijn, dat diensten met wachttijden zitten van jaren soms, dat we noodgedwongen zelf doen").

Oplossingen om met wachtlijsten om te gaan worden benoemd, zoals het aanwerven van nieuwe medewerkers. Dit doet wachtlijsten echter traag afnemen gezien de inwerktijd die nodig is ("Onze wachtlijst is wisselend, maar zal nu ongeveer 2 à 4 jaar zijn. Soms vallen mensen bij ons uit. Soms krijgen we plotseling wel een nieuwe collega. Er zijn er nu net een paar nieuwe gestart. Die moeten dan ook helemaal opgeleid worden").

Hulpverleners kunnen suggesties geven over wat cliënten intussen kunnen doen, maar de vraag naar diagnostiek blijft meestal bestaan. Soms verlaten mensen de wachtlijst of vinden ze elders hulp. Er ontstaat ook een ethische spanning: hulpverleners balanceren vaak tussen kwaliteit en beschikbaarheid ("We zijn niet trots op onze wachtlijst").

- Toegenomen vraag

Volgens de deelnemers is de vraag naar diagnostiek sterk toegenomen omdat er meer voorzieningen, rechten en faciliteiten bestaan (bv. examenspreiding, VAPH-erkenning). Ook maatschappelijk is er het één en ander veranderd: waar vroeger bepaalde gedragingen (b.v. "druk gedrag") zelden leidden tot onderzoek, is nu de toegang tot hulp, ondersteuning en accommodaties meer ingeburgerd.

Dit gaat gepaard met een bezorgdheid over overdiagnostiek en overlabeling: een overaanbod van diagnostiek kan leiden tot te veel "labels" zonder dat dit altijd gepast is.

- Kwaliteit van diagnostiek door collega's

Volgens sommige deelnemers is er een grote variatie in competentie en ervaring tussen collega's. Er zijn collega's met diepe (domein)expertise en betrokkenheid, maar ook collega's die weinig voeling, praktijkervaring of up-to-date kennis hebben. Deze competentieverschillen komen o.a. voort uit een verschil in opleiding (bachelor vs. master, variatie in stages en universiteiten), of een verschil in loopbaan en achtergrond ("... generatie DSM-IV-psychologen"). Opleidingen bieden niet altijd voldoende diagnostische bagage, zeker rond praktische skills (de academische opleidingen) en kritische interpretatie. Ervaring opdoen gebeurt vaak "al doende", maar dat leidt tot grote verschillen tussen professionals. Deelnemers geven aan dat samenwerking noodzakelijk is voor kwaliteitsvolle diagnostiek. Revalidatiecentra, residentiële settings en multidisciplinaire teams hebben vaak andere expertise dan privépraktijken. De breedte en diepgang van de diagnostiek hangen samen met het netwerk, de sector, intervisie en opleidingscultuur van de dienst waarin de diagnosticus actief is.

Er wordt door deelnemers kritiek geuit op diensten waar diagnostiek 'afgevinkt' wordt zonder diepgang of juiste indicatie. Praktijken die goedkope, snelle diagnostiek aanbieden worden als problematisch gezien. Ook zijn collega's vaak niet transparant over welke richtlijnen of criteria ze volgen ("Het is niet altijd duidelijk op welke richtlijnen collega's zich baseren"). Een gebrek aan Vlaamse richtlijnen zorgt voor verwarring en inconsistente werkwijzen. Hierdoor zien veel deelnemers de nood aan minimale kwaliteitscriteria, uniformiteit en controle. Er is een spanningsveld: enerzijds wil men geen "overheidsbemoeienis", anderzijds voelt men dat het veld nu te vrijblijvend is.

- Algemeen kwaliteitskader

Er is volgens sommige deelnemers een nood aan meer uniformiteit en samenhang, zowel in de opleiding als in het diagnostisch handelen. Richtlijnen zijn belangrijk om een minimale kwaliteitsstandaard te garanderen ("We hebben richtlijnen voor een reden"). Er worden parallellen getrokken met sectoren die ISO-certificatie gebruiken: kwaliteitslabels en controlemechanismen kunnen bijdragen aan het handhaven van kwaliteit.

Er klinkt ook voorzichtigheid: uniformiteit mag geen rigide keurslijf worden. Strenge of uitgebreide richtlijnen zijn moeilijk volledig te implementeren in elk centrum; minimumnormen zijn nodig, maar met ruimte voor maatwerk ("We hebben niet per iets nodig van, 'dit moet het zijn', maar wel een richtlijn over wat kwalitatief noodzakelijk is"). Men pleit voor uniformiteit zonder starheid.

- Tools/handvatten

Wat diagnostische rapporten betreft mogen deze niet te technisch zijn en worden deze best op maat van de cliënt geschreven. Een rapport wordt volgens sommige deelnemers in de eerste plaats voor de cliënt geschreven, en niet voor andere professionals ("We schrijven best niet in medische termen, mensen moeten het snappen"). Adviezen en uitleg moeten helder en begrijpelijk zijn, zodat cliënten na het traject écht verder kunnen. Ze zijn niet altijd voldoende geholpen met alleen het rapport of een terugkoppelingsgesprek.

Cliënten hebben desgevallend ook behoefte aan begeleiding na het stellen van de diagnose Psycho-educatie – voor cliënten en eventueel hun netwerk - vormt hierbij een belangrijk onderdeel volgens sommige deelnemers, ("In een terugkoppelingsgesprek kan je niet de volledige breedte van de diagnostische concepten meenemen. Dus we hebben daar een apart psycho-educatief traject voor uitgewerkt").

Het belang van herhaalcontact wordt ook benoemd: cliënten hebben soms weken of maanden later extra vragen, willen dingen opnieuw horen of samen met partner/familie bespreken. De mogelijkheid voor cliënten om terug te komen voor extra uitleg of verduidelijking is essentieel voor duurzame hulp.

Conclusie: niet iedereen krijgt voldoende handvatten of nazorg: In de praktijk gebeurt het dat cliënten niet meer terugkomen, geen verdere begeleiding krijgen, of niet weten waar ze met vervolgvragen terechtkunnen. Daarnaast blijft het een uitdaging om te zorgen dat het diagnostisch advies daadwerkelijk wordt opgevolgd en geïntegreerd in het dagelijks leven.

- Effectief geholpen

Cliënten met een heel concrete vraag (bv. "Heb ik recht op medicatie?", "Kan ik voordelen krijgen op school?") zijn vaak effectief geholpen: de diagnose opent de juiste "poort" of geeft een duidelijk antwoord, waarmee ze verder kunnen Niet alle cliënten voelen zich echter onmiddellijk geholpen, ook niet na duidelijke diagnostiek. Dit hangt samen met het feit dat diagnostiek wel handvatten kan bieden,

maar de échte verandering of verbetering vraagt langdurige opvolging, begeleiding en afstemming. Bovendien hangt de effectiviteit af van contextuele factoren: betrokkenheid van scholen, CLB's, families en netwerken, en de mate waarin aanbevelingen daadwerkelijk worden opgevolgd.

- Aansluiting

Volgens sommige deelnemers, vallen veel cliënten na diagnostiek (te) snel 'uit het traject'. Er is vaak geen structurele nazorg of garantie dat het advies wordt opgevolgd, vooral na opname ("Mensen worden na hun diagnose een beetje aan hun lot overgelaten". Gebrek aan goede aansluiting kan ook schade veroorzaken. Vooral voor mensen met autisme of complexe problematiek kan herhaaldelijk "opnieuw moeten beginnen" erg belastend zijn. Ook het vinden van een geschikte psycholoog of psychiater met voldoende kennis is niet evident, zelfs als er advies wordt gegeven. Structurele problemen zoals lange wachtlijsten in de GGZ maken het moeilijk om snel door te stromen naar verdere hulp. De diagnosticus heeft overigens vaak weinig zicht op wat er verder gebeurt na overdracht. Volgens een aantal deelnemers zou een goede samenwerking en duidelijke afspraken met verwijzers (huisarts, psycholoog, GGZ-team) vergroten de kans op succes; versnippering en gebrek aan netwerkwerking bemoeilijken doorstroom.

Volgens hen omvat een goede overdracht: rechtstreeks overleg, gezamenlijke bespreking, begeleiding door dezelfde of een bekende collega. In andere gevallen gebeurt overdracht vooral via het verslag, zonder persoonlijk contact; info gaat hierdoor verloren, cliënten moeten telkens hun verhaal opnieuw doen ("Het verslag reist niet altijd mee met de patiënt - hierdoor gaat veel info verloren"). In groepspraktijken kan een collega een eventueel vervolgtraject overnemen, op deze manier is nazorg garandeert zonder dat de vertrouwensrelatie te veel onder druk komt te staan of de cliënt helemaal van nul moet beginnen. In ziekenhuizen, residentiële settings of losse praktijken is de aansluiting veel minder vanzelfsprekend en afhankelijk van beschikbare capaciteit, samenwerking en bestaande netwerken.

- Geïntegreerde zorg

Volgens een aantal deelnemers is momenteel sprake van versnippering van informatie en slechte overdracht tussen disciplines of instellingen. EPD's en digitale dossiervoering bieden (nog) niet altijd een oplossing voor dit probleem: klinisch psychologen kunnen niet altijd info toevoegen aan medische dossiers.

Er leeft een sterke wens tot meer samenwerking, uitwisseling van expertise en uitbreiding van multidisciplinaire teams. Multidisciplinaire teams zijn waardevoller, zeker als er ruimte is voor extra expertise (logopedist, orthopedagoog, consulent, etc.). Het samenbrengen van diverse disciplines verhoogt de kwaliteit, maar het vinden van voldoende personeel en matchende collega's blijft een uitdaging ("Wij hebben geen interne psychiater. Wij hangen dus vast aan [...] psychiaters die bereid zijn om onze cliënten toch aan te nemen. Maar ook dat is een naald in een hooiberg om psychiaters te vinden die daartoe bereid zijn"). Sommige teams werken wel samen, maar door tijdsdruk, hiaten in expertise of personeelsgebrek is echte samenwerking vaak beperkt. Echt multidisciplinair werken vraagt echter meer dan elkaars rapporten lezen of aftekenen; het vraagt samenwerken van bij de start, gezamenlijke bespreking, en elkaar leren begrijpen.

Maar er wordt ook opgemerkt dat geïntegreerde zorg maakt dat de autonomie van bepaalde zorgberoepen met elkaar in conflict komen. Er is soms discussie over wie welke rol heeft in het diagnostisch traject en waar de grenzen liggen. Psychiaters en psychologen werken bijvoorbeeld niet altijd gelijkwaardig samen; soms is er een onduidelijke hiërarchie aanwezig ("Psychiaters bepalen het

beleid, en psychologen moeten volgen"). Samenwerking vereist echter duidelijke rollen en respect voor elkaars expertise. Sommige disciplines (zoals psychologisch consulenten) worden bovendien onderbenut, maar kunnen een waardevolle bijdrage leveren.

- Betaalbare zorg

Terugbetaling voor diagnostiek is vooral in ziekenhuizen en bepaalde instellingen mogelijk, maar niet of nauwelijks voor volwassenen in de ambulante of privésector. Er leeft daarom een grote bezorgdheid over de tweedeling: kapitaalkrachtige mensen hebben sneller toegang tot zorg, en wie het niet kan betalen moet langer wachten, of krijgt misschien geen toegang ("We willen niet dat er een soort klasse komt van mensen die het kunnen betalen en mensen die het niet kunnen betalen en dus vier jaar moeten wachten").

Privé-diagnostici kunnen hun werk vaak niet voldoende laten vergoeden zonder hoge tarieven aan te rekenen ("je wilt er niet failliet aan gaan, maar het moet wel betaalbaar blijven"). Diagnostiek wordt bovendien minder gehonoreerd dan therapie, wat leidt tot minder gemotiveerde keuzes ("Diagnostiek doen loont minder dan aan therapie doen. Dat zou eigenlijk niet zo mogen zijn…. En diagnostiek is echt wel een tak van onze takenlijst die zo minder gehonoreerd wordt"), financiële stress en een scheve taakverdeling. Het loonmodel en de manier waarop diagnostiek wordt beloond, hypothekeren het beroep en leiden tot onderwaardering van diagnostisch werk.

Bepaalde instanties zoals hogescholen, universiteiten en CAW's voorzien (gedeeltelijke) tussenkomsten voor studenten die diagnostiek nodig hebben—dit wordt als positief en innovatief ervaren, maar is slechts beperkt toepasbaar ("Ik vind het mooi dat ze dit doen maar is dit eigenlijk wel hun taak? Zouden zij dit eigenlijk wel moeten doen? Ik denk dat de hogescholen hun budgetten voor heel veel andere zaken ook nog zullen kunnen gebruiken en inzetten"). Er is een duidelijke oproep aan de overheid om in te grijpen: hogere terugbetaling, meer middelen voor cliënten én voor diagnostici, zodat betaalbaarheid en kwaliteit gegarandeerd blijven.

- Beleid

Er is een grote nood aan structurele terugbetaling van diagnostiek buiten het ziekenhuis, zeker voor volwassenen. Huidige conventies en nomenclatuur sluiten diagnostiek uit of maken het financieel onaantrekkelijk voor zorgverleners. Er is een oproep om diagnostiek te erkennen binnen specifieke conventies of om hiervoor een aparte financiering te voorzien (bv. eigen RIZIV-codes). Hulpverleners, scholen en organisaties zoeken eigen "tussenkomsten" en creatieve oplossingen ("We worden gedwongen tot ad hoc oplossingen en gebricoleer om beleidsmatige tekortkomingen op te vangen"), maar dat blijft symptoombestrijding van structurele problemen. Daarnaast zijn de middelen voor psychologen vaak niet geoormerkt voor diagnostiek vs. therapie; het beleid zou gericht moeten differentiëren en de diagnosticus apart honoreren.

Verder worden de competentieverschillen en rolonduidelijkheid benoemt: wie mag wat doen (bachelor/master), en met welke opleiding? Daarnaast is een structurele inbedding van diagnostiek in de opleidingen noodzakelijk, alsook meer aandacht voor professionalisering.

Er is een gebrek aan wettelijke kwaliteitsnormen: het beleid moet duidelijke kwaliteitskaders, minimumnormen en (eventueel) certificering voorzien. Richtlijnen, codes en terugbetaling sturen gedrag, maar mogen niet leiden tot louter afvink- of categoriale diagnostiek. Wat de actualisatie van softwaresystemen (EPD, in ziekenhuizen zijn de terugbetaling en de medische systemen vaak nog gebaseerd op verouderde inzichten of modellen) betreft: up-to-date blijven is financieel en

organisatorisch lastig. Het maakt ook dat sommige ziekenhuizen niet ‘mee’ zijn met de laatste ontwikkelingen en de kwaliteit van de diagnostiek hierdoor aangetast wordt. Ziekenhuis- en beleidsstructuren zijn traag, hiërarchisch en gericht op bestaande belangen; veranderingen vergen overheidsverplichting of financiële incentives. Er is behoefte aan meer centrale ondersteuning, goede praktijkrichtlijnen en wetenschappelijk onderbouwde protocollen.

Hoofdstuk 4
Discussie

Het doel van het huidige onderzoek was het verkrijgen van een duidelijk beeld van het beschikbare diagnostische aanbod voor volwassenen in Vlaanderen en Brussel. Een inventarisatie van zowel het gesubsidieerde als privéaanbod was hierbij noodzakelijk. Daarnaast werd nagegaan welke doelstellingen en inhoudelijke focus deze diagnostiek kenmerkt, om zo het werkelijke aanbod in kaart te brengen. Deze gegevens zijn essentieel om te kunnen beoordelen in welke mate het huidige diagnostische aanbod aansluit bij de bestaande noden en vraag in de samenleving.

1 Antwoord op de onderzoeksvragen

1.1 Waar wordt diagnostiek voor volwassenen aangeboden in Vlaanderen en Brussel?

Wat de geografische spreiding betreft, zien we dat diagnostiek in Vlaanderen redelijk goed aanwezig is in de basisstructuren.

Algemene en universitaire ziekenhuizen zijn verspreid over heel Vlaanderen en vormen zo een stevige basis. Hetzelfde geldt voor de private zorgverstrekkers. Ook centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) en centra voor ambulante revalidatie (CAR) hebben een provinciaal of regionaal werkingsgebied, soms met verschillende lokale antennepunten, waardoor er in de meeste regio's een minimumaanbod aanwezig is[7]. Daarnaast zijn ook welzijnsvoorzieningen, zoals de centra algemeen welzijnswerk (CAW), OCMW's en studentenvoorzieningen, lokaal of regionaal georganiseerd en dus relatief goed gespreid.

Voor hooggespecialiseerde diensten ligt de situatie echter anders. Dergelijke aanbieders, zoals referentiecentra voor autisme, expertisecentra of forensische voorzieningen zijn schaars en vaak geconcentreerd in grootstedelijke regio's zoals Antwerpen, Gent, Leuven of Brussel. Ook universitaire ziekenhuizen, die vaak meer complexe diagnostische trajecten aanbieden, bevinden zich in een beperkt aantal steden. Hierdoor ontstaan er mogelijks regionale ongelijkheden.

Uit de inventarisering van het diagnostisch aanbod is gebleken dat diagnostiek kan plaatsvinden in zeer uiteenlopende settings.

Binnen het gesubsidieerde aanbod kunnen diagnostische settings variëren van algemene, universitaire en psychiatrische ziekenhuizen tot ambulante voorzieningen zoals centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor ambulante revalidatie of wijkgezondheidscentra. Daarnaast zijn er ook woon- en zorgvoorzieningen, zoals woonzorgcentra, beschut wonen of psychiatrische verzorgingstehuizen, waar diagnostiek een rol kan spelen. Parallel aan dit gezondheidszorgcircuit loopt er ook een welzijnscircuit, waarin onder meer CAW, OCMW's en studentenvoorzieningen actief zijn. Daarbovenop bestaan er nog aparte circuits voor forensische contexten, onderwijs en handicapzorg, die elk hun eigen diagnostische praktijken hebben.

---

7 Dit betekent echter niet dat er een optimale afstemming is met de populatiebehoeften. De spreiding van de CGG en CAR is (nog) niet afgestemd op de lokale behoeften binnen een bepaalde regio waardoor niet elk aanbod in ieder centrum aanwezig is.

Binnen het private aanbod wordt diagnostiek in de meeste gevallen aangeboden binnen multidisciplinaire groepspraktijken, gevolgd door een aanzienlijk deel solopraktijken en ten slotte ook monodisciplinaire groepspraktijken.

1.2 Hoe ziet het diagnostisch aanbod voor volwassenen er inhoudelijk uit?

1.2.1 Organisatievorm en demografisch profiel

- Gesubsidieerde diensten

Bijna een kwart van de deelgenomen gesubsidieerde diensten is een psychiatrisch ziekenhuis. Daarnaast is een op vijf een vergunde zorgaanbieder (i.e. door het VAPH erkende diensten). Beide type diensten vormen samen bijna de helft van alle gesubsidieerde diensten in onze verzamelde steekproef. Dit zegt mogelijkerwijze iets over de plek die diagnostiek inneemt binnen deze voorzieningen – mogelijk voelen dit type voorzieningen zich sterker aangesproken door het topic van diagnostiek. Daarnaast heeft het ook implicaties voor de mate van generaliseerbaarheid van de bekomen onderzoeksresultaten. De beleids-, praktijk- en organisatiekenmerken van psychiatrische ziekenhuizen en vergunde zorgaanbieders (bijvoorbeeld teamwerking, doelgroep, infrastructuur, mate van specialisatie, financiering…) kunnen sterk verschillen van andere gesubsidieerde settings zoals algemene ziekenhuizen, de CGG of kleine residentiële voorzieningen. Dit betekent dat generalisatie naar “alle gesubsidieerde diensten” eerder beperkt is. De specificiteit van hun werking zal immers doorwerken in de verzamelde responsen. Trends, noden of aanbevelingen die we op basis van de werkveldbevraging formuleren gelden wellicht hoofdzakelijk voor de groepen die groot waren in onze steekproef, maar mogelijk niet voor alle diensten in het werkveld of kleinere, meer specifieke of perifere diensten.

De resultaten tonen dat gesubsidieerde diensten doorgaans intern, een breder palet aan disciplines (meer orthopedagogen, maatschappelijk of sociaal werkers, verpleegkundigen) en ondersteunende functies (meer stafmedewerkers of administratief medewerkers) kennen, wat mogelijks wijst op een meer multidisciplinaire en omkaderde werking binnen de dienst. Het kan ook wijzen op het bredere zorg- en welzijnskarakter van gesubsidieerde organisaties.

- Private diensten

Iets meer dan veertig procent van de private diensten in onze steekproef werkt als een multidisciplinaire groepspraktijk, i.e. met samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen. Mogelijk speelt de algemene tendens richting geïntegreerde en multidisciplinaire zorg hierin een rol, met de multidisciplinaire groepspraktijk als meest voorkomende organisatiemodel in onze steekproef.

Toch blijft de solopraktijk een stevige tweede plaats innemen: bijna een derde van de private zorgverstrekkers werkt alleen. Monodisciplinaire groepspraktijken zijn minder frequent voorkomend, maar nog steeds ongeveer één op vijf respondenten werkt binnen de praktijk samen met collega’s uit hetzelfde vakgebied (bv. enkel psychologen).

Private diensten zijn vaker psychologenpraktijken en vertonen doorgaans minder diversiteit in beroepsprofielen in vergelijking met gesubsidieerde diensten; ze hebben ook relatief meer coördinatoren, wellicht door kleinere teams. Het aandeel huisartsen ligt ook hoger binnen de private sector. Vermoedelijk heeft dit te maken met samenwerkingen in groepspraktijken.

1.2.2 Doelgroepen en opdrachtenkader

- Diagnostische opdracht

Uit de resultaten blijkt dat nagenoeg alle respondenten uit gesubsidieerde diensten aangeven dat er binnen hun dienst diagnostiek wordt uitgevoerd, ook wanneer dit formeel niet tot het officiële opdrachtenkader behoort. Dit duidt op een discrepantie tussen formele mandaten en feitelijke praktijk, en kan verschillende verklaringen hebben. Een verklaring ligt mogelijk in de verwevenheid van diagnostiek en behandeling, wat zou kunnen betekenen dat behandelcentra of -afdelingen (ten dele) inzetten op diagnostiek als noodzakelijke voorwaarde voor de behandelcomponent van hun aanbod. Een andere verklaring is dat diensten diagnostiek uitvoeren onder druk van (toenemende) vraag, zonder dat dit bestuurlijk verankerd is in de werking van de dienst.

Anderzijds blijkt het bestaan van een formeel mandaat geen garantie voor daadwerkelijke implementatie van diagnostiek: hoewel de meeste diensten waarbij diagnostiek tot het opdrachtenkader behoort dit ook effectief uitvoeren, is dat bij een kleine minderheid niet het geval. Ook wanneer we kijken naar de taken die een dienst kan opnemen na een diagnostisch traject (zoals behandelcoördinatie en terugkoppeling naar doorverwijzer), zien we dat een (nog groter) aantal diensten deze taken niet uitvoert, ondanks dat ze formeel tot hun opdracht behoren. Dit wijst mogelijk op bepaalde belemmeringen in implementatie en/of interne prioritering (bijvoorbeeld tijdsdruk op de dienst).

- Tijdsbesteding aan diagnostiek

Uit de cijfers blijkt dat er een grote spreiding bestaat qua tijdsbesteding aan diagnostiek, bij zowel de gesubsidieerde diensten als de private diensten. De ruime spreiding – van minder dan één uur per week tot voltijdse bestedingen – geeft aan dat er geen standaard is voor de tijdsbesteding aan diagnostiek. De mate van tijdsbesteding varieert sterk en hangt vermoedelijk samen met factoren zoals functie, organisatievorm, sector (privé of gesubsidieerd), teamgrootte en individuele specialisatie. Het kan ook te maken hebben met het feit dat diagnostiek zeer breed kan worden opgevat en gevarieerd kan worden ingevuld/toegepast. Ten slotte wijst de grote spreiding er ook op dat diagnostiek slechts door weinig mensen voltijds wordt uitgeoefend, ongeacht het type setting.

- Voorwaarden voor toegang tot diagnostisch aanbod

Wat de toegang tot diagnostiek betreft, hanteert volgens de respondenten de meerderheid van de diensten een ondergrens van 18 jaar. Een niet-verwaarloosbaar deel laat ook jongeren vanaf 16 jaar toe. Dit creëert een spanningsveld. Enerzijds biedt het een oplossing voor jongeren die in het jeugdaanbod moeilijk terechtkunnen. Anderzijds beschikken hulpverleners in het volwassenenaanbod niet altijd over de specifieke expertise of aangepaste instrumenten die nodig zijn om diagnostiek bij adolescenten zorgvuldig uit te voeren. Hierdoor ontstaat het risico dat deze jongeren minder passende diagnostiek ontvangen dan leeftijdsgenoten die wel binnen het jeugdkader worden geholpen. Deze bevinding wijst op een structurele knelzone tussen jeugd- en volwassenenvoorzieningen en onderstreept de nood aan meer afstemming en duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheden met betrekking tot transitieleeftijden.

Maximumleeftijden worden minder toegepast, maar toch nog bij een aanzienlijk deel van de diensten[8]. Wanneer een maximumleeftijd wordt gehanteerd, ligt deze meestal op 65 jaar. Opvallend is dat gesubsidieerde diensten beduidend strikter zijn in zowel het hanteren van de onder- als bovengrens dan private.

Een mogelijke verklaring voor het verschil tussen beide type diensten is dat gesubsidieerde diensten werken binnen formele erkennings- en financieringskaders die duidelijke(re) scheidslijnen hanteren tussen jeugd- en volwassenenwerking. Private diensten hebben meer autonomie en flexibiliteit, waardoor zij cliënten rond de transitieleeftijd (16–18 jaar) soms toch opnemen als dit klinisch wenselijk is. Bovendien kan het strikt afbakenen van doelgroepen in gesubsidieerde voorzieningen ook een manier zijn om de beperkte capaciteit te beschermen en de inzet van middelen te verantwoorden. Meer dan de helft van de deelnemers geeft aan bijkomende voorwaarden te stellen voor toegang, met verschillen tussen sectoren: binnen gesubsidieerde diensten wordt vaker een formele doorverwijzing (wat de drempel voor zelfaanmelders verhoogt) gevraagd, terwijl private diensten vaker taalvereisten hanteren. Dit kan mogelijk te maken hebben met het feit dat toegang tot ondersteunende faciliteiten, zoals een tolk, moeilijker is voor private diensten. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan dat er één of meerdere bijkomende voorwaarden zijn voor toegang tot het diagnostisch aanbod, waaronder bijvoorbeeld de nood aan therapie, de psychische toestand van de cliënt en bereidheid tot deelname. De focusgroepen bevestigen deze bevindingen: deelnemers signaleren dat toegang tot diagnostiek vaak afhankelijk is van structurele voorwaarden (bv. doorverwijzing, juridische drempels) en dat diagnostiek soms wordt ingezet als toegangspoort tot faciliteiten of hulpverlening in plaats van uit klinische nood.

- <u>Aard en doelstellingen van de diagnostiek</u>

Zowel private als gesubsidieerde diensten geven aan dat hun diagnostisch aanbod zowel gespecialiseerd is, als gericht op het maken van een brede, eerste inschatting. Er zijn echter ook verschillen tussen beide types dienst. Zo geeft ongeveer 1 op 4 van de gesubsidieerde diensten aan dat het diagnostisch aanbod gericht is op personen met een ernstige en chronische problematiek, terwijl dit slechts 1 op 20 is bij private diensten. Gesubsidieerde diensten benoemen vaker dat de diagnostiek die wordt aangeboden binnen de eigen dienst multidisciplinair is. We zien dat private diensten op vlak van diagnostiek ook multidisciplinair samenwerken, maar dan eerder buiten de eigen dienst (zie ook 1.2.3.).

De resultaten laten zien dat diagnostiek in vrijwel alle fasen van het zorgtraject wordt toegepast, met een duidelijke concentratie aan het begin van het traject. Aan het einde van het traject wordt diagnostiek minder vaak toegepast. Dit patroon geldt in beide sectoren.

De resultaten illustreren dat de doelstellingen van diagnostiek veelzijdig zijn: door de meeste respondenten wordt het in kaart brengen of begrijpen van het psychosociaal functioneren het vaakst benoemd, gevolgd door het aanleveren van informatie voor zorg op maat, het taxeren van de ernst en intensiteit van problemen, en het classificeren van ziektebeelden.

---

8 Wat betreft de bovengrens, blijkt dat deze vaker gehanteerd wordt door deelnemers uit psychiatrische ziekenhuizen (17/51; 33.3%), maar ook één universitair ziekenhuis (1/6; 16.7%), één niet-verbonden expertisecentrum (1/3; 33.3%), drie CGG (3/12; 25.0%), één multifunctioneel centrum (1/4; 25.0%), één revalidatiecentrum psychische revalidatie (1/2; 50.0%), vijf vergunde zorgaanbieders (5/32; 15.6%) en één CAR (1/6; 11.1%). Geen maximumleeftijd werd gemeld door onder meer algemene, forensisch-psychiatrische en revalidatieziekenhuizen, CAW, ELP, mobiele GGZ-teams, PSD-gevangenis, studentenvoorzieningen en woonzorgcentra.

Het verzamelen van informatie ter ondersteuning van zorg op maat wordt vaker benoemd binnen gesubsidieerde diensten. Daarentegen lijken private diensten vaker gericht te zijn op classificatie van ziektebeelden. Deze verschillen kunnen verband houden met het type cliënten dat deze diensten bedienen. In private praktijken komen cliënten vaak op eigen initiatief of via doorverwijzing terecht met heel concrete vragen (bv. "Binnen mijn privépraktijk krijg ik vaak de vraag of er sprake is van een ontwikkelingsstoornis, naar autisme, dit is eigenlijk de hoofdvraag." Of "Ik krijg vaak de vraag of wat iemand voorheeft, past binnen één of ander officieel diagnostisch label, eventueel om een attest hiervan te krijgen".). Dit fenomeen versterkt mogelijks de focus op classificatie. Omgekeerd komen cliënten vaker in gesubsidieerde settings terecht via bredere zorgtrajecten waar de focus meer op behandelindicatie, zorgcoördinatie of bredere probleemanalyse ligt.

1.2.3 Inhoud, doel en methode van diagnostiek

- <u>Samenwerking rond diagnostiek</u>

In beide sectoren is samenwerking[9] met andere beroepsgroepen gangbaar: binnen gesubsidieerde diensten zien we dit vaker binnen de dienst; bij private diensten vaker erbuiten. Private diensten rapporteren iets vaker samenwerking met huisartsen dan gesubsidieerde diensten. Mogelijk zijn huisartsen in de private praktijk vaker de centrale verwijzer of toegangspoort tot diagnostiek. In beide sectoren is de samenwerking met psychiaters zeer gebruikelijk, maar net iets hoger in de gesubsidieerde sector. Dit kan wijzen op een structureel nauwere band met het psychiatrisch veld in gesubsidieerde voorzieningen, al speelt de grotere vertegenwoordiging van psychiatrische ziekenhuizen in de steekproef hier wellicht ook mee. Gesubsidieerde diensten werken beduidend vaker samen met psychologisch consulenten en maatschappelijk werkers, wat kan wijzen op een bredere sociale werking en hun doelgroep (bv. maatschappelijk kwetsbare personen, ernst en chroniciteit van de problematieken). Dit kan ook te maken hebben met het feit dat beide minder snel aan de slag gaan onder een zelfstandig statuut en zich dus sneller richten op gesubsidieerde voorzieningen.

Binnen de private sector is het aandeel klinisch psychologen opvallend hoog, wat deels verklaard kan worden door de oververtegenwoordiging van individuele praktijken in onze steekproef. Gesubsidieerde diensten daarentegen geven aan dat diagnostiek binnen hun dienst vaker in een multidisciplinair kader plaatsvindt, met betrokkenheid van uiteenlopende beroepsgroepen zoals psychiaters of maatschappelijk werkers. Dit verschil hoeft niet te betekenen dat private diensten niet multidisciplinair werken, maar wijst wel op een andere organisatievorm: in gesubsidieerde diensten is multidisciplinaire expertise intern aanwezig en rechtstreeks toegankelijk, terwijl private praktijken vaak via externe samenwerking en doorverwijzing multidisciplinariteit realiseren. Dit maakt van gesubsidieerde diensten een geschikte partner voor het bieden van (hoog-)gespecialiseerde diagnostiek.

De resultaten tonen ook dat klinisch psychologen binnen de meeste diensten de meest betrokken beroepsgroep is bij diagnostiek, zowel in private als in gesubsidieerde diensten. Dit betekent uiteraard niet dat diagnostiek uitsluitend door psychologen wordt uitgevoerd – ook psychiaters, orthopedagogen en andere disciplines doen frequent aan diagnostiek binnen de betrokken diensten. Het toont wel aan dat er maar weinig diagnostische diensten zijn waarbij geen klinisch psycholoog betrokken is.

---

9 We hebben op basis van de resultaten geen precies zicht op wat deze samenwerking concreet inhoudt (bv. inhoudelijk overleg, doorverwijzing, etc.).

- Tevredenheid over de kwaliteit van beschikbare instrumenten en methodieken

De resultaten tonen aan dat hulpverleners binnen Vlaanderen en Brussel betrokken bij diagnostiek, gebruik lijken te maken van een breed scala aan methoden en instrumenten. Het veld gebruikt een brede mix van interviews, vragenlijsten, testbatterijen en – vaker in gesubsidieerde settings – beeldvorming zoals CT- of MRI-scans.

Respondenten beoordelen de betrouwbaarheid, validiteit en aansluiting van diagnostisch materiaal bij de onderzoeksvraag of doelgroep op hun dienst overwegend positief, maar dit wordt algemeen als iets minder kwaliteitsvol ingeschat. De grootste gebreken situeren zich op het vlak van Vlaamse normering en recente normering. Slechts een kleine meerderheid geeft aan dat het gebruikte materiaal Vlaams genormeerd is; voor de actualiteit van de normering liggen de scores nog lager, vooral in gesubsidieerde diensten. Het is opvallend dat een significant deel van de respondenten aangeven geen zicht te hebben op het feit of de beschikbare instrumenten op de eigen dienst Vlaams en/of recent genormeerd zijn. Een verklaring (ook aangehaald tijdens de focusgroepen) kan zijn dat hulpverleners bestaande werkwijzen van hun collega's overnemen zonder voldoende kritisch te zijn over het gebruikte materiaal (of gaan er impliciet van uit dat het materiaal van goede kwaliteit is zonder zich erover te informeren).

Relatief veel respondenten geven aan onvoldoende zicht te hebben op de kwaliteit, normering en actualiteit van het materiaal in Vlaanderen en Brussel – wat mogelijks bij hen wijst op een kennis- en informatiekloof. Ook in de focusgroepen werd dit probleem benoemd. Dit kan verschillende verklaringen hebben. Mogelijks wordt er onvoldoende informatie in de basisopleiding voorzien over psychometrische eigenschappen van testmateriaal, iets wat ook in de focusgroepen werd benadrukt in het kader van de opleiding tot psychiater. Ook een beperkte toegang (bv. vanwege de hoge kostprijs en versnippering van het aanbod) tot recente databanken met psychometrische informatie (b.v. Nederlandse database COTAN) of een gebrek aan Vlaamse test-equivalenten kunnen een mogelijke verklaring zijn. Onvoldoende tijd (door werkdruk) om zich hierin te verdiepen kan ook meespelen, evenals het ontbreken van duidelijke richtlijnen of transparante kwaliteitsstandaarden over het aanbevolen testmateriaal. Ten slotte kan dit ook te maken hebben met het feit dat heel wat respondenten slechts sporadisch aan diagnostiek doen, of weinig in aanraking komen met testmateriaal, waardoor hun zicht op het beschikbare testmateriaal mogelijk eerder beperkt is. Een algemene verklaring voor het beperkte aanbod van testmateriaal dat specifiek is aangepast aan een Vlaamse populatie, ligt wellicht gedeeltelijk in de marktstructuur. Grote testuitgeverijen zoals Pearson, Hogrefe en Boom richten zich primair op de Nederlandse markt en beschouwen Vlaanderen als een bijkomende afzetmarkt. Daarbij wordt doorgaans geen aparte normering voor Vlaanderen ontwikkeld, omdat dit voor uitgeverijen financieel weinig interessant is gezien de relatief kleine populatie. Bovendien beschikt Vlaanderen zelf niet over een eigen grote testuitgeverij, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Nederland of Duitsland, waar zulke spelers wél structureel normerings- en ontwikkelingswerk op zich nemen. Dit maakt dat Vlaamse professionals vaak noodgedwongen werken met Nederlandse of internationale normen, die niet altijd volledig aansluiten bij de Vlaamse context.

- Tevredenheid over regelgeving

Er is een grotere ontevredenheid over de regelgeving binnen Vlaanderen en Brussel vastgesteld binnen de private diensten in vergelijking met de gesubsidieerde diensten. Een mogelijke verklaring is dat gesubsidieerde voorzieningen nauwer ingebed zijn in het beleid en hierdoor meer vertrouwd zijn met regelgeving en de bijhorende procedures. Regelgeving maakt deel uit van hun kernopdracht en financiering; ze hebben hierdoor meer ervaring en bovendien ook interne structuren om hiermee om te

gaan. Daardoor ervaren ze regelgeving mogelijk als iets minder negatief. Voor private praktijken, die vaak buiten formele mandaten en terugbetalingsmechanismen vallen, wordt regelgeving daarentegen sneller ervaren als onduidelijk of onvoldoende afgestemd op hun werkcontext.

- Tevredenheid over beschikbare tijd en budget

Private diensten zijn iets tevredener over de beschikbare tijd voor diagnostiek, maar in beide sectoren is ongeveer een kwart van de respondenten ontevreden. De grootste ontevredenheid heerst rond de beschikbaarheid en het budget van diagnostisch materiaal. Deze ontevredenheid zien we vooral binnen kleine private praktijken waar hoge kosten vaak sterker doorwegen en desgevallend moeten worden doorgerekend naar cliënten.

Daarnaast heerst er ontevredenheid omtrent opleiding en bijscholing, voornamelijk in de private sector. Gesubsidieerde diensten beschikken doorgaans over interne opleidingsbudgetten en mogelijkheden voor collegiale uitwisseling, terwijl professionals in de privésector aangewezen zijn op hun eigen middelen en individuele nascholing. Deze bevinding onderstreept de nood aan een meer gestructureerd en breed toegankelijk vormingsaanbod rond diagnostiek voor volwassenen, dat zowel gesubsidieerde als private actoren kan bereiken. Ook in de focusgesprekken kwam de hoge kost van bijscholing aan bod als terugkerend knelpunt.

- Tevredenheid over het diagnostisch aanbod in het werkveld

Minder dan de helft van de respondenten is tevreden over het aantal aanbieders van diagnostiek dat beschikbaar is in het werkveld. Dit wijst erop dat heel wat deelnemers een tekort aan capaciteit in het diagnostisch veld ervaren in zowel de private als de gesubsidieerde sector, en worstelen met de lange wachtlijsten.

Verder worden er in de focusgroepen grote verschillen in diagnostische praktijken vernoemd. Zo zijn er grote verschillen tussen diagnostische trajecten en de manier waarop deze worden ingevuld en uitgevoerd. Er bestaan in het veld mogelijks heel wat twijfels bij zorgverstrekkers over de geleverde kwaliteit van andere diensten. Uit de focusgesprekken leren we bijvoorbeeld dat omwille hiervan sommige diagnostische diensten geen verslagen aanvaarden of erkennen van andere collega's. Dit kan tot gevolg hebben dat de cliënt het diagnostisch traject geheel of gedeeltelijk opnieuw dient te doorlopen. Dit heeft op zijn beurt financiële gevolgen, maar voedt ook onnodig de wachtlijsten. De grote verschillen in diagnostische praktijken en kwaliteit hebben wellicht te maken met een gebrek aan uniforme (en afdwingbare) richtlijnen rond diagnostische praktijkvoering. Ook lijkt er onvoldoende kennis en eensgezindheid te zijn over elkaars visie en werkwijze.

- Hulpvragen en klachten

Uit de analyse van de meest voorkomende klachten bij diagnostische diensten blijkt dat zowel private als gesubsidieerde diensten vooral te maken krijgen met depressie en stemmingsproblemen. Dit sluit aan bij de hoge prevalentie van stemmingsproblemen en -stoornissen in de algemene bevolking (lifetime prevalentie van 27.6%; NEMESIS-3 ten Have et al., 2023). Depressie en stemmingsproblemen staan tevens op de eerste plaats bij beide type diensten als het type problemen waarvoor mensen op de betreffende dienst terecht kunnen. Dit betekent dat het voorziene aanbod en de prevalentie van problemen goed op elkaar lijken afgestemd.

Toch zijn er verschillen per sector. Gesubsidieerde diensten zien een breder en complexer spectrum van klachten, met meer cognitieve problemen, gedragsproblemen en middelenmisbruik. Dit hangt wellicht samen met hun focus op maatschappelijk kwetsbare doelgroepen, langdurige zorg en complexere

casuïstiek, waarbij doorverwijzing vaak verloopt via justitie, OCMW of crisisopvang. Middelenproblematiek en gedragsproblemen worden in deze context sneller gedetecteerd, mede door een multidisciplinaire aanpak en specifieke afdelingen voor verslavingszorg. Middelenmisbruik komt namelijk vaker voor bij personen met bijkomende sociale, financiële (Richardson et al., 2013) of psychische kwetsbaarheden (Lai et al., 2015).

Private diensten rapporteren vaker internaliserende en emotionele problemen zoals angst, stress, piekeren, emotieregulatie, coping en perfectionisme, klachten waarvoor cliënten sneller zelfstandig hulp zoeken en die vaak laagdrempelig in het private aanbod worden behandeld. Ook persoonlijkheidsproblemen worden in de private sector frequenter gerapporteerd.

Binnen het private aanbod is er meer nadruk op zelfzorg en welzijn, waardoor stressklachten en beginnende problemen sneller als hulpvraag naar voren komen. Angst en fobieën zijn typische klachten waarmee cliënten zelfstandig naar private praktijken stappen, terwijl deze in gesubsidieerde settings vaker secundair zijn aan andere problematieken. Cognitieve problemen worden in gesubsidieerde diensten systematischer in kaart gebracht, vooral bij diverse en maatschappelijk kwetsbare doelgroepen (Wang et al., 2023).

Tot slot valt op dat er in beide sectoren veel aandacht is voor transdiagnostische factoren zoals emotieregulatie, coping en stresshantering. Deze vormen vaak een direct aangrijpingspunt voor behandeling, en weerspiegelen de evolutie naar een meer transdiagnostische benadering van psychische klachten (Dalgleish et al., 2020; Kotov et al., 2021).

Bij de interpretatie van deze resultaten is het belangrijk rekening te houden met het achterliggend kader van de werkveldbevraging: bij de lijst met klachten en probleemgebieden was vooraf vastgelegd en gebaseerd op een bijgewerkt DSM-classificatiesysteem. Hoewel dit een bruikbaar kader bood om antwoorden te structureren en te vergelijken, kan het format ook beperkingen hebben opgelegd. Niet elke klacht laat zich eenvoudig in één categorie onderbrengen en mogelijk zijn bepaalde klachten of hulpvragen niet expliciet opgenomen. Dit kan hebben geleid tot een zekere reductie of vereenvoudiging van de diversiteit aan problematieken waarmee diensten in de praktijk geconfronteerd worden.

1.3 In welke mate matcht de aanbodzijde met de vraagzijde?

1.3.1 Capaciteit en wachttijd

Uit de werkveldbevraging blijkt dat gemiddeld gezien het aantal uren diagnostiek per cliënt, zowel in totaal als in rechtstreeks cliëntencontact, gelijk is tussen gesubsidieerde en private diensten. De hogere maximale tijdsbesteding binnen gesubsidieerde diensten suggereert dat daar mogelijk intensievere trajecten worden aangeboden voor cliënten met complexere hulpvragen. Ongeveer de helft van de tijd wordt besteed aan direct contact; de andere helft wordt ingevuld door taken zoals verslaggeving, overleg, scoring en interpretatie van tests, administratieve opvolging of multidisciplinair overleg. Deze hoge mate van niet cliënt-gericht contact heeft in het bijzonder gevolgen voor de private praktijken, waar deze prestaties in sommige gevallen doorgerekend worden aan cliënten en in grote mate bijdragen aan de hoge kostprijs van ambulante private diagnostiek; in andere gevallen worden deze prestaties net niet doorgerekend om de kostprijs te drukken, maar waardoor de diagnostiek als activiteit minder rendeert.

Beide sectoren rapporteren regelmatig een hogere vraag naar diagnostiek dan de capaciteit toelaat, vooral in gesubsidieerde diensten. Een aanzienlijk deel van de diensten ervaart een structurele

overvraging: 1 op 3 rapporteert frequent capaciteitsoverschrijding en bijna 1 op 5 ervaart deze zelfs permanent. Slechts een kleine minderheid (1 op 10) gaf aan dat hun capaciteit nooit wordt overschreden. Gesubsidieerde diensten rapporteren vaker dat de vraag hun capaciteit overstijgt. Deze discrepantie kan wijzen op verschillen in financieringsstructuur, organisatiecapaciteit of doelgroep. Gesubsidieerde diensten richten zich mogelijk vaker op kwetsbare populaties waarvoor de toegang tot diagnostiek laagdrempeliger moet zijn, wat kan leiden tot een verhoogde instroom en dus een hogere druk op de capaciteit. Daarnaast kan het zijn dat private diensten meer sturingsmogelijkheden hebben inzake instroombeperking en capaciteitsplanning.

1.3.2 Aanmeld- en verwijzingsbeleid

Meer dan 1 op 3 van de diensten gaf aan dat een diagnostisch traject gemiddeld binnen de eerste maand na het eerste contact kan starten. Binnen twee maanden was dit het geval voor 2 op 3 diensten, en binnen drie maanden voor 3 op 4 diensten. We mogen tegelijkertijd niet uit het oog verliezen dat 12 procent van de cliënten langer dan een half jaar moet wachten, waarbij de wachtlijst in een aantal gevallen oploopt tot 1 jaar en soms zelfs meer dan anderhalf jaar. Gesubsidieerde diensten kunnen urgentere of complexere casussen sneller opstarten, maar kennen ook iets vaker zeer lange wachttijden. Wachttijden overstijgen in bijna 80 procent van de diensten de intern gewenste termijn. Hoewel uit deze bevraging blijkt dat wachttijden voor diagnostiek in het volwassen aanbod kunnen oplopen tot meer dan 1 jaar, kunnen volwassenen gemiddeld gezien echter wat sneller terecht voor een diagnostisch traject dan kinderen en jongeren, voor wie wachttijden voor diagnostiek in bepaalde voorzieningen niet zelden meer dan twee jaar bedragen (Van der velde et al., 2024).

De analyses tonen dat aanmeldingen bij diagnostische diensten in Vlaanderen en Brussel divers verlopen, met een duidelijk verschil tussen sectoren: gesubsidieerde diensten ontvangen overwegend aanmeldingen via verwijzers (bijna 2 op 3), terwijl private diensten vaker directe aanmeldingen hebben (bijna 1 op 2). Dit verschil hangt vermoedelijk samen met de structuur en positionering van beide sectoren; gesubsidieerde diensten zijn meestal ingebed in een netwerk met formele verwijzingen, terwijl private diensten autonoom opereren en makkelijker toegankelijk zijn.

Strategieën om met de capaciteitsdruk om te gaan, variëren van chronologische wachtlijsten tot triage op ernst en doorverwijzing, waarbij private diensten vaker een aanmeldstop hanteren. Dit verschil kan verklaard worden door een grotere structurele druk op toegankelijkheid binnen gesubsidieerde diensten, waar een aanmeldstop maatschappelijk of beleidsmatig bovendien minder aanvaardbaar is. In de focusgroepen vreest men dat 'lopende wachtlijsten' leiden tot onderbehandeling, tot minder kwaliteitsvolle diagnostiek ("*korte/snelle diagnostiek om wachtrij te verkleinen*") of tot selectie op basis van financiële draagkracht ("*wie kan betalen, geraakt er sneller in*"). Een andere strategie is het chronologisch inplannen van cliënten op basis van hun aanmelddatum. Deze strategie wordt in beide sectoren gehanteerd, maar vaker door private dan door gesubsidieerde diensten. Binnen gesubsidieerde diensten is er vaker sprake van zwaardere, complexere en meer atypische hulpvragen, waardoor chronologische instroom niet altijd wenselijk of haalbaar is. Dit komt ook tot uiting in het feit dat gesubsidieerde diensten beduidend vaker voorrang geven op basis van de aard of ernst van de problematiek, wat wijst op een sterkere focus op urgentie of maatschappelijke prioriteit bij de toewijzing van hulp.

1.3.3 Drempels en ongelijkheid

De meest gerapporteerde is de financiële drempel, vooral benoemd door private diensten waar structurele terugbetaling vaak ontbreekt. Cliënten van private diensten kunnen geconfronteerd worden met kosten die niet altijd (volledig) door verzekeraars worden vergoed, wat mogelijk invloed heeft op hun keuze voor een dienst en op het moment waarop zij een traject starten. Gesubsidieerde diensten zijn vaak goedkoper of gratis voor cliënten, waardoor financiële drempels hier minder uitgesproken zijn, maar tegelijkertijd kunnen zij door hun publieke karakter geconfronteerd worden met een grotere vraag en complexere casuïstiek, wat de wachttijden kan verlengen.

Daarnaast blijkt dat wachttijden in beide sectoren ook als een belangrijke drempel worden ervaren: ruim twee derde van alle diensten ziet wachttijden als de primaire belemmering, wat wijst op een breder capaciteitsprobleem.

Een andere belangrijke, maar vaak onderbelichte, drempel betreft de taalvereiste binnen diagnostiek. Verschillende deelnemers geven aan een goede kennis van het Nederlands als expliciete voorwaarde voor aanmelding te hanteren. Dit heeft o.a. mogelijk te maken met het feit dat het huidige diagnostisch arsenaal sterk talig is ingebed: het beschikbare testmateriaal is hoofdzakelijk Nederlandstalig opgesteld en genormeerd, en er zijn maar weinig gevalideerde alternatieven voor anderstalige doelgroepen. Dit maakt dat anderstalige cliënten potentieel worden uitgesloten van het diagnostisch aanbod en het benadrukt de nood aan meertalige of taalvrije instrumentontwikkeling.

Andere factoren zoals bereikbaarheid en fysieke toegankelijkheid zijn niet te verwaarlozen. Deze structurele en contextuele factoren kunnen specifieke doelgroepen disproportioneel treffen, zoals personen met beperkte mobiliteit, mensen uit rurale gebieden of cliënten met beperkte sociale ondersteuning. Ook cliëntgebonden factoren zoals motivatie en verstandelijke beperking kunnen een rol spelen.

Ten slotte worden kennis van het aanbod en complexiteit van het zorglandschap nog benoemd als drempels. Dit kan wijzen op een gebrek aan helderheid over waar en hoe hulp gevonden kan worden.

Onderstaand voorbeeld illustreert het probleem (*dit voorbeeld is niet afkomstig uit de werkveld-bevraging of focusgesprekken, maar is aangehaald door de onderzoekers*):

Een bestaande Antwerpse vzw biedt diagnostiek aan voor zowel kinderen als volwassenen. De organisatie wordt gesubsidieerd door drie verschillende overheidskanalen: het VAPH, het Agentschap Opgroeien en het Departement Onderwijs. Binnen deze vzw zijn de diagnostische diensten strikt opgesplitst naar leeftijd: kinderen tussen 3 en 17 jaar worden doorverwezen naar de ene dienst, terwijl volwassenen tussen 18 en 65 jaar enkel terechtkunnen bij een andere dienst. De dienst voor volwassenen heeft bovendien een specifieke erkenning als multidisciplinair team (MDT) door het VAPH, waardoor het ook instaat voor onderzoeken in het kader van een persoonsvolgend budget of hulpmiddelen. Voor kinderen ligt die erkenning dan weer bij het Agentschap Opgroeien. Daarnaast werkt de dienst voor volwassenen samen met het Referentiecentrum Autisme (RCA), één van de zeven erkende referentiecentra in België, waarvan de erkenning via het RIZIV verloopt. Het RCA Antwerpen is op zijn beurt een samenwerkingsverband tussen de dienst volwassenen van deze vzw en het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen.

Dit voorbeeld maakt duidelijk hoe één enkele organisatie ingebed is in meerdere circuits, elk met hun eigen subsidiëring, erkenningsvoorwaarden en doelgroepen. Voor hulpzoekenden en verwijzers is het daardoor niet altijd eenvoudig om te weten waar ze met een diagnostische vraag terechtkunnen. Het

illustreert hoe versnipperd het aanbod is en hoe sterk de organisatie van diagnostiek afhankelijk is van sectorale en institutionele grenzen.

1.3.4 Opvolging cliënt

Na diagnostiek volgt meestal begeleiding, en dit aanzienlijk vaker in de private dan de gesubsidieerde sector. Dit verschil kan mogelijk verklaard worden door het feit dat binnen private praktijken diagnostiek en begeleiding vaak door dezelfde hulpverlener of binnen éénzelfde setting worden aangeboden, waardoor de overgang van diagnostiek naar begeleiding naadloos kan verlopen. In gesubsidieerde diensten is de zorgstructuur doorgaans meer gefragmenteerd, met een scheiding tussen diagnostiek en begeleidingsaanbod, wat het rechtstreeks opstarten van begeleiding kan bemoeilijken. Gesubsidieerde diensten nemen daarentegen vaker de rol van behandelcoördinatie op zich, wat past bij hun netwerkgerichte en maatschappelijke opdracht.

Ook aanpassingen in de omgeving en toegang tot hulpmiddelen zijn veelgenoemde vervolgstappen, wat het belang van diagnostiek als toegangspoort tot verdere ondersteuning onderstreept. Dit vereist een goede afstemming tussen diagnose en beleid, zodat cliënten effectief de juiste hulp ontvangen.

Volgens de focusgroepen voelen cliënten zich effectief geholpen wanneer diagnostiek concrete toegang tot zorg of faciliteiten oplevert. Overdracht naar verwijzers is echter vaak fragmentarisch, herhaalcontact met patiënten ontbreekt, en geformuleerde adviezen worden niet steeds opgevolgd – dit ondanks bereidheid om te zorgen voor een warme overdracht. Nazorg wordt gezien als cruciale maar ondergefinancierde schakel. Onvoldoende aansluiting na diagnostiek vergroot het risico op heraanmeldingen en frustraties bij cliënten.

De resultaten tonen aan dat de meeste gesubsidieerde diensten aangeven de rollen die tot hun officiële opdrachtenkader behoren na diagnostiek effectief op te nemen. Deze hoge mate van overeenstemming wijst op een brede inzet op continuïteit en taakuitvoering binnen de diagnostische werking. Toch roept dit ook de vraag op of, gezien de formele taakafspraken, niet een nog hogere graad van overeenstemming verwacht mocht worden. Het feit dat bepaalde taken – ondanks hun formele verankering in het opdrachtenkader – in een minderheid van de diensten niet effectief worden uitgevoerd, wijst op structurele of organisatorische knelpunten.

Specifiek blijkt dat taken zoals terugkoppeling naar de doorverwijzer, het opstarten van begeleiding, behandelingscoördinatie, en contactname met vervolgvoorzieningen binnen een deel van de diensten wel tot het officiële opdrachtenkader behoren, maar niet worden uitgevoerd. Dit suggereert dat er mogelijk onvoldoende afstemming bestaat tussen beleid en praktijk, of dat diensten niet over voldoende middelen, tijd of mandaat beschikken om deze opdrachten structureel op te nemen.

Bij het interpreteren van deze resultaten dient echter voorzichtigheid te worden betracht. Uit de respons blijkt namelijk dat slechts ongeveer een derde van de respondenten de functie van coördinator bekleedt. Niet-coördinerende respondenten kunnen daardoor mogelijk onvoldoende inzicht hebben in alle aspecten van het opdrachtenkader en de feitelijke taakuitvoering binnen hun organisatie. Dit kan de betrouwbaarheid van de inschattingen beperken en verklaren waarom sommige taken als ‘niet effectief uitgevoerd’ worden gemeld, terwijl dit in de praktijk wellicht anders is.

1.4 Beperkingen

- **Responsgraad**: Ondanks een goede algemene responsgraad zien we dat sommige groepen sterker vertegenwoordigd zijn dan andere, en dat sommige groepen zelfs ontbreken. Deze gebreken in de steekproef geven mogelijk een vertekend beeld van het werkveld. Een hogere responsgraad, waarin alle relevante deelnemers betrokken zijn volgens een verdeling conform de realiteit van het werkveld, zou de resultaten robuuster hebben gemaakt. Een grotere steekproef zou er bovendien voor hebben gezorgd dat bepaalde fijnmazigere analyses uitgevoerd hadden konden worden. Zo hadden we graag nog bijkomende analyses gedaan om bepaalde aspecten van dit onderzoek beter in kaart te brengen, zoals bijvoorbeeld wachttijden, capaciteitsproblemen, regionale verschillen of verschillen tussen type diensten. Mogelijke invloeden die in een rol kunnen hebben gespeeld in de responsgraad zijn: een moeilijk te bereiken doelgroep of een complex onderwerp; een overbevraagde doelgroep, in het bijzonder in de voorzieningen; te moeilijke eerste vragen, weinig relevantie of herkenning in de vragen, of een gebrek aan motivatie of duidelijkheid over het belang voor de respondent; onduidelijkheid over het doel van het onderzoek of de anonimiteit ten aanzien van de respondent; wantrouwen voor de verwerking van de verzamelde gegevens.
- **Postcodes van private diensten**: Na het beëindigen van de dataverzameling werd vastgesteld dat er geen postcodes geregistreerd waren voor de werkadressen van respondenten die aangaven een privaat aanbod te verstrekken. Meer concreet ging het om de volgende vraag: *Wat is de postcode van de dienst waarvoor je de vragenlijst invult?* Volgens het onderzoeksopzet diende iedere respondent deze vraag in te vullen, ongeacht het type dienst (privé of gesubsidieerd) waarvoor de vragenlijst werd ingevuld. Vanwege een fout bij het inbouwen van de vragenlijst in QuestionPro, meer bepaald bij het correct invoegen van meerdere vertakkingen ('branching'), was het enkel de groep van het gesubsidieerde aanbod die deze vraag kreeg te zien. Bijgevolg is deze informatie niet verzameld voor de groep van het private aanbod. In samenspraak met de stuurgroep zocht de onderzoeksgroep gezocht oplossingen. Het softwareprogramma QuestionPro registreert standaard het IP-adres en de corresponderende provincie van waaruit de vragenlijst wordt ingevuld. De onderzoeksgroep stelde voor om deze data aan te wenden ter benadering van de plek van waaruit de dienst haar aanbod doet. Hoewel de plek van waaruit de vragenlijst is ingevuld niet noodzakelijk correspondeert met de plek waar dienst aanwezig is, vond de stuurgroep het een meerwaarde om deze data te gebruiken voor verdere analyses. Daarnaast werd beslist dat de mapping van het private aanbod zich zou beperken tot het provinciale niveau, aangezien werd ingeschat dat het verlies van informatie op dit niveau relatief beperkt zou zijn.
- **Overige beperkingen**: In de werkveldbevraging is er een oververtegenwoordiging van psychiatrische ziekenhuizen en vergunde zorgaanbieders, wat sectorbrede extrapolatie kan vertekenen. Hoewel er ook kwalitatieve input werd verzameld, ligt de nadruk vooral op kwantitatieve surveydata. Hierdoor is er mogelijk minder diepgang in het begrijpen van achterliggende redenen, contextfactoren of nuance in de antwoorden. Bovendien ligt er ook een nadruk op zelfrapportage: zowel het survey-onderzoek als de focusgroepen baseren zich op perceptie, niet op objectieve kwaliteitsmetingen. Ten slotte moeten we ook rekening

houden met een mogelijke responsbias: respondenten die zich sterker met het thema identificeren of voldoende tijd en middelen hebben, zullen eerder deelnemen, wat het beeld kan vertekenen.

1.5 Sterktes

- **Breedte van de studie**: dit is de eerste systematische mapping van het diagnostisch aanbod voor volwassenen in Vlaanderen en Brussel, waarbij zowel het gesubsidieerde als het private aanbod in kaart is gebracht. Daarnaast is gekozen voor verschillende onderzoeksmethoden: rapid review, inventarisatie, een grootschalige werkveldbevraging en focusgroepen. Door deze combinatie konden we triangulatie realiseren en de bevindingen vanuit verschillende invalshoeken onderbouwen.
- **Breedte en diversiteit van de steekproef**: Een bijkomende sterkte van dit onderzoek is de diversiteit van de steekproef. Respondenten kwamen uit uiteenlopende disciplines, functies en soorten voorzieningen, verspreid over de verschillende provincies en Brussel. Hierdoor werd een breed en divers beeld verkregen van het diagnostische werkveld.
- **Inclusieve begripsconceptualisatie**: Daarnaast kozen we bewust voor een brede conceptualisatie van het begrip diagnostiek. Door diagnostiek niet louter te beperken tot strikt psychometrische of classificerende activiteiten, maar ook vraagverheldering, indicatiestelling en transdiagnostische processen te betrekken, konden we de volledige breedte van het werkveld aanspreken. Dit maakte het mogelijk om ook minder klassieke aanbieders van diagnostiek in kaart te brengen. Bovendien hadden we expliciet oog voor de stappen die volgen na een diagnostisch traject: door ook aandacht te besteden aan de manier waarop diagnostiek doorwerkt in behandeling, begeleiding, revalidatie en verwijzing, werd de betekenis van diagnostiek in het bredere zorgcontinuüm zichtbaar gemaakt.
- **Stuur- en klankbordgroep**: Verder werd tijdens het onderzoeksproces gewerkt met een klankbordgroep van stakeholders en experten. Hun inbreng heeft de inhoudelijke kwaliteit van de bevraging versterkt en de aansluiting bij de praktijk en het beleid vergroot. Tot slot is dit onderzoek sterk beleidsgericht: de resultaten bieden niet alleen inzicht in de huidige stand van zaken, maar werden ook expliciet vertaald naar concrete aanbevelingen. Daarmee levert de studie niet enkel academische kennis op, maar ook een duidelijke meerwaarde voor beleidsontwikkeling en praktijkverbetering.
- **Cliëntenperspectief (via hulpverlener)**: Tot slot werd het cliëntenperspectief indirect mee opgenomen door het bevragen van hulpverleners over de ervaringen, verwachtingen en belemmeringen die zij bij hun cliënten vaststellen. Hoewel dit geen vervanging vormt van rechtstreeks patiëntenonderzoek, bood het wel een waardevol venster op hoe cliënten diagnostiek ervaren en welke drempels zij tegenkomen.

1.6 Suggesties voor vervolgonderzoek

- **Cliëntperspectief (rechtstreeks)**: In het huidige onderzoek werd de matching tussen vraag en aanbod uitsluitend in kaart gebracht via bevraging van hulpverleners (aanbieders van diagnostiek). Voor een volledig beeld is het aangewezen om in een vervolgstudie ook de ervaringen, noden en drempels van patiënten/cliënten zelf te onderzoeken. Dit kan inzicht geven in hoe gebruikers het diagnostisch traject ervaren, welke verwachtingen zij hebben, welke obstakels zij ondervinden (financieel, logistiek, communicatief) en in welke mate de geboden diagnostiek aansluit bij hun hulpvragen. Het combineren van het perspectief van aanbieders én gebruikers kan leiden tot een vollediger en evenwichtiger beeld, en vormt zo een sterkere basis voor beleidsaanpassingen.
- **Inclusie van alle diagnostische diensten**: In het huidige onderzoek bleken bepaalde groepen van diagnostiekaanbieders – zoals chat- en hulplijnen, CAW's en andere eerstelijns-organisaties – ondervertegenwoordigd in de surveyrespons. Dit ondanks een ruime operationalisering van het begrip "diagnostiek" die ook laagdrempelige, screenende en vraagverhelderende activiteiten omvatte. In een vervolgonderzoek is het aangewezen om de onderzoekscommunicatie en wervingsstrategie nog beter af te stemmen op deze groepen.
- **Regionale verschillen en toegankelijkheid**: Verder onderzoek kan zich richten op factoren die bijdragen aan wachttijden, zoals zorgvraagcomplexiteit, organisatorische kenmerken, regionale verschillen en financiële barrières, om zo effectief beleid te kunnen ontwikkelen dat de toegankelijkheid voor alle cliënten verbetert.
- **Complementariteit tussen gesubsidieerde en private diensten:** Een interessante piste voor vervolgonderzoek is het verder onderzoeken en uitdiepen van de mate van complementariteit tussen gesubsidieerde en private diagnostische diensten. Dit onderzoek suggereerde al duidelijke verschillen in opdrachtenkader, organisatievorm en toegankelijkheid, maar systematisch inzicht in hoe beide sectoren elkaar aanvullen ontbreekt. Een verdiepend onderzoek kan nagaan in welke mate gesubsidieerd en privaat aanbod samen een coherent geheel vormen, of eerder parallel functioneren met risico op overlap en inefficiëntie. Dit kan waardevolle inzichten opleveren voor beleid rond samenwerking, doorverwijzing en het vermijden van dubbele diagnostiek.

2 Conclusies

De resultaten tonen aan dat diagnostiek zeer breed wordt ingevuld en in uiteenlopende settings plaatsvindt, gaande van laagdrempelige en screenende vormen van diagnostiek, tot complexe en hooggespecialiseerde vormen van diagnostiek. In het gesubsidieerde aanbod wordt diagnostiek eerder gekenmerkt door haar multidisciplinariteit binnen de dienst en verankering in een breder opdrachtenkader. Binnen gesubsidieerde diensten omschrijven deelnemers hun diagnostisch aanbod eerder als zeer uitgebreid en ernstig, complex en atypisch, terwijl dit binnen private diensten frequenter als breed en niet-specifiek benoemd wordt. Op vlak van doelstellingen van diagnostiek zien we dat dit bij het gesubsidieerde aanbod vaker gericht is op het aanleveren van noodzakelijke informatie voor het organiseren van zorg op maat betreft, terwijl de doelstelling binnen het private aanbod vaker gericht is op het classificeren van een ziekte, stoornis of syndroom.

De vergelijking tussen vraag en aanbod maakt duidelijk dat de huidige capaciteit ontoereikend is om in te spelen op de noden van de bevolking. De meest voorkomende hulpvragen situeren zich rond depressie, angst en stressgerelateerde problemen, maar ook rond transdiagnostische thema's zoals emotieregulatie en veerkracht. Het diagnostisch aanbod sluit hier slechts gedeeltelijk op aan, onder meer door de beperkte beschikbaarheid van gespecialiseerde diagnostiek en door mogelijke regionale verschillen in capaciteit. In een minimaal aantal diensten wordt gerapporteerd dat diagnostiek wordt uitgevoerd zonder dat het formeel in het opdrachtenkader is opgenomen. Omgekeerd rapporteert een minimaal aantal diensten dat zij hun diagnostische opdracht niet altijd kunnen realiseren in de praktijk. Voornamelijk op de rollen die volgen op een diagnostiek wordt ingeboet, mogelijks omwille van tijdsdruk en beperkte capaciteit.

Wat de toegankelijkheid betreft, bevestigen de resultaten de aanwezigheid van belangrijke drempels. Lange wachttijden, soms oplopend tot meer dan een jaar, vormen een structureel knelpunt. Financiële barrières zijn eveneens significant, aangezien wachtlijsten op de gesubsidieerde diensten soms oplopen en de niet-terugbetaalde private diagnostiek slechts voor een select publiek financieel haalbaar is. Ook taligheid vormt een beperking: een goede kennis van het Nederlands wordt door heel wat diensten als voorwaarde gesteld, waardoor anderstalige cliënten vermoedelijk moeilijker toegang hebben tot kwaliteitsvolle diagnostiek.

Professionals rapporteren over het algemeen een ontevredenheid wat betreft de beschikbaarheid van recente, Vlaams-genormeerde instrumenten. Ruim één derde van de respondenten geeft bovendien aan geen informatie te hebben over de psychometrische kwaliteit van diagnostisch materiaal. Binnen de private diensten wordt het materiaal dat beschikbaar is in Vlaanderen en Brussel frequenter als aangepast aan de doelgroep ingeschat dan door de deelnemende gesubsidieerde diensten.

Bij het interpreteren van de huidige conclusie moet rekening gehouden worden met een mogelijk onvoldoende representatieve steekproef waarop het onderzoek is gebaseerd. Zo waren vergunde zorgaanbieders en psychiatrische ziekenhuizen oververtegenwoordigd. Bovendien zijn alle resultaten gebaseerd op zelfrapportage en niet op objectieve kwaliteitsmetingen. Ondanks deze bedenkingen bieden de huidige resultaten aanknopingspunten om verbeteringen door te voeren zodat het diagnostisch aanbod toegankelijker en efficiënter wordt voor zoveel mogelijk volwassenen die hier nood aan hebben.

Hoofdstuk 5
Aanbevelingen

Het Vlaamse diagnostische landschap combineert een rijkdom aan expertise met een structuur van gesubsidieerde diensten en private praktijken. Die diversiteit creëert kansen, maar gaat ook gepaard met uitdagingen. Uit dit onderzoek blijkt dat de huidige diagnostische praktijk voor volwassenen in Vlaanderen met enkele knelpunten kampt.

Een eerste knelpunt situeert zich op vlak van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van het diagnostische aanbod. Zo rapporteren deelnemers onder andere lange wachttijden voor diagnostisch onderzoek binnen het gesubsidieerde aanbod, een gebrek aan structurele terugbetaling voor diagnostiek in het private aanbod, een tekort aan onderlinge afstemming en samenwerking tussen professionals, en diverse barrières die de toegang voor cliënten bemoeilijken (bv. de kennis van het Nederlands).

Een tweede knelpunt situeert zich op vlak van de kwaliteit. Professionals signaleren onder meer een gebrek aan centrale informatiebronnen om hun werk als diagnosticus uit te oefenen, uiteenlopende kwaliteit van diagnostiek in het werkveld, alsook de aanwezigheid van verouderd en onaangepast testmateriaal.

Deze problemen ondermijnen de betrouwbaarheid van diagnoses en zorgen voor ongelijkheid in toegang tot zorg, waaronder diagnostiek. In dit hoofdstuk formuleren we een samenhangend pakket van beleidsaanbevelingen om de diagnostiek voor volwassenen in Vlaanderen en Brussel te verbeteren. We presenteren de verschillende aanbevelingen in twee blokken, waarbij ieder blok aansluit op deze twee knelpunten. Per aanbeveling beschrijven we de gesignaleerde problemen, de voorgestelde oplossingen en concrete acties voor implementatie. Bij het lezen van onderstaande aanbevelingen is het belangrijk te benadrukken dat diagnostiek in Vlaanderen en Brussel vandaag in grote mate op een kwaliteitsvolle manier wordt uitgevoerd door hoogopgeleide en deskundige professionals. Echter gebeurt dit werk vaak in moeilijke omstandigheden en onder druk van verschillende belemmerende factoren, waaronder tijdsdruk en beperkte capaciteit. De aanbevelingen die volgen zijn dan ook niet bedoeld als kritiek op de huidige praktijk, maar als handvatten om structurele randvoorwaarden te verbeteren, samenwerking te versterken en de kwaliteit op systematisch niveau verder te borgen. Ze beogen dus vooral het creëren van een meer duurzaam en toegankelijk diagnostisch landschap, waarin de sterktes van het huidige werkveld maximaal tot hun recht komen.

1 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van het diagnostisch aanbod

1.1 In kaart brengen van diagnostisch aanbod, vraag en expertise

- Probleem?

Uit onze werkveldbevraging en focusgroepen blijkt dat het diagnostisch aanbod voor volwassenen in Vlaanderen en Brussel vandaag **versnipperd en weinig transparant** is. Afhankelijk van de regio verschilt het aanbod, met structurele tekorten en wachtlijsten in bepaalde gebieden. Professionals geven aan **moeilijk zicht te krijgen** op wie wat aanbiedt, voor welke doelgroep, met welke werkwijze en kostprijs. Dit maakt **doorverwijzen moeilijk** en zal ertoe leiden dat de juiste **expertise onbenut** blijft. Vermoedelijk botsen hulpzoekenden ook op de **complexiteit van het zorglandschap**, wat navigeren moeilijk maakt, hetgeen mogelijk voor een extra drempel tot de hulpverlening zal zorgen.

- Oplossing

Om het aanbod beter af te stemmen op de noden is transparantie essentieel. We stellen voor een structureel en publiek toegankelijk overzicht te creëren van het volledig diagnostisch aanbod voor volwassenen, zowel in de gesubsidieerde sector als het private circuit. Dit betekent **een centrale "mapping" of databank** vanuit de Vlaamse overheid (macroniveau), die per regio aangeeft welke voorzieningen en praktijken diagnostiek aanbieden, met welke specialisaties en praktische kenmerken. Zo'n centrale inventaris verhoogt de transparantie voor verwijzers en cliënten: men kan gericht zoeken naar een dienst die past bij de hulpvraag (bv. snel een centrum vinden dat gespecialiseerd is in autisme-diagnostiek bij volwassenen, of een aanbieder die anderstalige cliënten kan testen). Daarnaast kan door structurele monitoring van vraag en wachttijden op regionaal niveau het beleid proactief capaciteit bijsturen waar nodig. De uiteindelijke doelstelling is een overzichtelijk diagnostisch zorglandschap waarin elke cliënt vlot de weg vindt naar diagnostiek van gelijke kwaliteit, ongeacht woonplaats.

- Concrete voorstellen

1. **Centrale inventarisatie**: Een overzicht van alle diensten die diagnostiek aanbieden, met specificatie van doelgroepen, problematieken en diagnostische methodieken, kan bijdragen aan een betere afstemming. Ook contactgegevens, wachttijdinformatie en kostprijsbeleid kunnen worden opgenomen. Door zichtbaar te maken welke diensten gespecialiseerd zijn in bepaalde doelgroepen of problematieken, wordt de kans op een juiste match tussen cliënt en dienst verhoogd.
2. **Structurele monitoring & regionale planning**: Het is wenselijk een systeem op te zetten voor continue monitoring van diagnostische vraag en aanbod zowel overkoepelend van Vlaams en Brussels niveau tot op lokaal niveau waarbij per gemeente wordt weergegeven waar er diagnostiek wordt aangeboden. Hierdoor kunnen provincie- en zorgregiogrenzen overschreden worden zodat cliënten terecht kunnen op plaatsen die voor hen goed bereikbaar zijn, en waar capaciteit is. Daarbij kunnen gegevens worden verzameld over aantallen aanmeldingen, wachttijden, uitval wegens capaciteitstekort, en kenmerken van de populatie die diagnostiek zoekt. Daarnaast is het nuttig om de uitkomsten te analyseren, bijvoorbeeld in welke mate diagnostische trajecten leiden tot gepaste doorverwijzing of hulp. Deze data kunnen vervolgens gebruikt worden om op de verschillende niveaus, maar vooral overkoepelend regionaal gerichte beslissingen te nemen, zoals het uitbreiden van capaciteit waar de wachttijdnorm overschreden wordt of het investeren in extra opleiding waar bepaalde expertise ontbreekt. Een planmatige

aanpak zorgt ervoor dat middelen efficiënt ingezet worden en elke regio een voldoende dekkend aanbod heeft. Op deze manier kan er een optimale afstemming zijn met de populatiebehoeften op lokaal niveau.

3. **Transparantie naar werkveld**: Het beschikbaar stellen van de informatie via een digitaal platform (zie aanbeveling 2.2) kan bijdragen aan transparantie. Via een zoekfunctie kan zichtbaar worden welke voorzieningen gespecialiseerd zijn in bepaalde doelgroepen of problematieken. Dit verhoogt de kans op een juiste match tussen cliënt en voorziening.

- <u>Implementatie</u>
    - **Integratie**: Dergelijk overzicht kan gekoppeld worden aan een centraal kennisplatform (zie aanbeveling 2.2) zodat alle informatie – van testkwaliteit tot adressen van diensten – centraal gebundeld beschikbaar is. Dit voorkomt dubbele initiatieven en versnippering.
    - **Coördinatie en samenwerking**: Het Departement Zorg kan op Vlaams niveau de regierol opnemen in de ontwikkeling en onderhoud van een centraal kennisplatform. Voor het aanleveren van informatie kan interfederaal worden samengewerkt: federale overheidsdiensten (bv. FOD Volksgezondheid) kunnen informatie aanleveren over de betrokken gezondheidszorgberoepen en eventuele terugbetalingsvoorwaarden; voor regionale dataverzameling en monitoring kan worden samengewerkt met regionale structuren (mesoniveau) zoals de intersectorale Netwerken Geestelijke Gezondheid of de Eerstelijnszones.
    - **Gefaseerde aanpak**: Een gefaseerde aanpak is aan te raden: men kan starten met het in kaart brengen van alle bestaande diensten en het opzetten van de digitale catalogus, om vervolgens uit te breiden met het luik monitoring. De grootste uitdaging wordt het engagement van alle aanbieders om hun gegevens up-to-date aan te leveren. Hier kunnen incentives (bv. koppeling aan subsidiëring of erkenning) helpen om volledige deelname te verzekeren.
- **Link met bestaande initiatieven**

Voor de praktische uitwerking kan men voortbouwen op reeds beschikbare bouwstenen. Zo bestaat er in Vlaanderen de Sociale Kaart database, die reeds een basisoverzicht van zorgvoorzieningen biedt. Dit online platform van de Vlaamse overheid dat informeert over het zorgaanbod en deze informatie centraliseert kan als startpunt dienen en uitgebouwd worden met meer diagnostiek-specifieke info (aangevuld met monitoring per zorgregio). Tijdens dit onderzoek werd vastgesteld dat zoeken op diagnostiek-specifieke info beperkingen heeft: zo is niet altijd duidelijk of het begrip diagnostiek op eenzelfde manier wordt ingevuld door de beschikbare diensten, voor welke doelgroep het aanbod beschikbaar is, welke de gehanteerde werkwijze is, etc. Het resultaat is één geïntegreerd platform, transparant voor burgers, bruikbaar voor verwijzers en beleidsmatig inzetbaar voor capaciteit en planning.

1.2 Vergroten van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van diagnostiek

- Probleem?

Uit onze werkveldbevraging en focusgroepen blijkt dat de toegankelijkheid van diagnostiek in Vlaanderen onder druk staat. Het werkveld kampt met **structurele overvraging**, vooral bij gesubsidieerde diensten. **Capaciteitstekorten in het gesubsidieerde aanbod** zijn eerder de regel dan de uitzondering, en sommige wachtlijsten lopen op tot meer dan een jaar. Hier zijn te weinig mensen en te weinig middelen beschikbaar om te voldoen aan de hoge vraag die op hen af komt. Het totaal budget voor de zorg is momenteel ontoereikend waardoor er te weinig tijd over blijft voor zowel diagnostiek als behandeling, waarbij vaak -uit noodzaak- de tijd al wordt ingevuld door acute zorgvragen. Cliënten die het zich kunnen veroorloven, wijken uit naar de private sector, maar **diagnostiek in het private aanbod wordt nauwelijks terugbetaald**. Hierdoor dragen cliënten hoge kosten, wat leidt tot ongelijkheid in toegang (tweesporenbeleid). Mensen met beperkte financiële middelen zitten vast op de wachtlijsten in de publieke sector, terwijl betalende cliënten sneller geholpen worden. Ook de kostprijs van kwaliteitsvol testmateriaal is (logischerwijze) hoog en weegt door.

Voor zowel het gesubsidieerde aanbod als het private aanbod wordt er onvoldoende rekening gehouden met het totaalpakket dat diagnostiek inhoudt: een aanzienlijk deel van diagnostisch werk (dossierstudie, scoring, verslag schrijven, overleg) gebeurt indirect, waardoor de **kwaliteit onder druk kan komen te staan** doordat hulpverleners die tijd moeten inperken. Binnen het gesubsidieerde aanbod worden deze taken momenteel onvoldoende ingecalculeerd en is hier geen tijd voor voorzien. Binnen het private aanbod wordt deze extra tijd niet mee opgenomen in de vergoeding en terugbetaling.

Ten slotte zijn er nog enkele specifieke knelpunten: voor psychiatrische diagnostiek bij volwassenen bestaan **geen aparte nomenclatuurnummers** (waardoor dit soort diagnostiek vaak geen rendabele activiteit is). Daarnaast is een voldoende goede beheersing van het Nederlands vaak een voorwaarde voor diagnostiek binnen de private sector, waardoor anderstalige cliënten moeilijker toegang hebben tot dit aanbod.

- Oplossing

De toegankelijkheid en betaalbaarheid van diagnostiek moet structureel verbeteren door gerichte financieringsmaatregelen door in te zetten op twee fronten. Zo dient binnen de gesubsidieerde diensten de **capaciteit voor diagnostiek verhoogd en gewaarborgd** te worden zonder in te boeten op de begeleiding die er op volgt. Zo kan bovendien behandeling verder geoptimaliseerd worden. Daarnaast stellen we voor om **diagnostiek (gedeeltelijk) terugbetaalbaar** te maken in de ambulante private sector en financiële drempels hier te verlagen. Een spreiding van diagnostische zorg over de eerste lijn, de private praktijken en de gesubsidieerde diensten zal de druk verlichten en wachttijden terugdringen. Stepped-care modellen tonen aan dat vroegdetectie en een snelle in- en doorstroom, kosteneffectief zijn en zwaardere zorgvraag kunnen voorkomen. Door eerstelijnsdiagnostiek te vergoeden, kan de instroom naar duurdere gespecialiseerde centra afnemen en worden wachtlijsten stapsgewijs korter.

- Concrete voorstellen

1. **Optrekken van capaciteit voor diagnostiek binnen de gesubsidieerde diensten:** Het vergroten van de beschikbare budgetten zodat er meer ruimte komt voor diagnostische taken is noodzakelijk. Daarnaast dient de diagnostiek binnen de gesubsidieerde diensten meer prioriteit te krijgen dan momenteel in sommige settings het geval is. Door bijvoorbeeld tijd structureel te voorzien voor diagnostische taken, vooraleer de beschikbare tijd volledig wordt ingenomen door

de acute zorgnoden. Het zou een opdracht van de Zorginspectie van de Vlaamse overheid (macroniveau) kunnen zijn om er op toe te zien dat gespendeerde middelen effectief worden ingezet ten behoeve van het versterken van het diagnostisch aanbod binnen de gesubsidieerde diensten (zie aanbeveling 1.1). Een uitbreiding van de diagnostische capaciteit kan ook de kwaliteit en effectiviteit van begeleiding en behandeling versterken, wat op zijn beurt kan bijdragen tot kortere wachtlijsten en een vlottere uitstroom.

2. **Structurele terugbetaling in de private sector:** Het is wenselijk een (gedeeltelijke) terugbetaling te voorzien voor diagnostische onderzoeken in de private sector. Dit kan via de ziekteverzekering of specifieke RIZIV-conventies (macroniveau). Daarbij kan een plafond op de eigen bijdragen helpen zodat de kost voor cliënten binnen de perken blijft. Voor sociaal kwetsbare groepen kunnen hogere terugbetalingspercentages of volledige kostendekking worden toegepast, zodat ongelijkheid wordt verminderd. Het uitgangspunt is dat geen enkele volwassene die nood heeft aan psychodiagnostisch onderzoek die hulp zou moeten uitstellen of vermijden om financiële redenen.
3. **Voorzien van tijd voor prestaties buiten rechtstreeks cliëntencontact:** Vandaag neemt indirecte diagnostische arbeid ruwweg de helft van de tijd van de professional/hulpverlener in. Deze diagnostische taken die buiten rechtstreeks contact met de patiënt vallen (dossierstudie, scoring, verslaggeving, overleg) dienen ingecalculeerd te worden. Om dit te stimuleren voor professionals actief in gesubsidieerde diensten kan een percentage van de middelen formeel voorbehouden worden voor indirecte diagnostische arbeid. Zo kan in de subsidievoorwaarden, functiebeschrijvingen én (Vlaamse) kwaliteitskaders expliciet worden opgenomen dat naast cliëntcontact ook dossierstudie, scoring en verslaggeving essentiële kerntaken zijn van de professional en tevens een noodzakelijk onderdeel van kwaliteitsvolle diagnostiek. Werkdruk-monitoring en capaciteitsplanning zullen belangrijk zijn om te garanderen dat diensten effectief tijd vrijmaken voor deze taken. Voor de diensten binnen het private aanbod zou diagnostische arbeid die buiten rechtstreeks contact met de patiënt valt als apart vergoedbare prestatie moeten opgenomen worden. Door dergelijke incentives te installeren krijgen professionals de ruimte om grondige diagnostiek te leveren zonder onder druk te staan door tijdsgebrek.
4. **Nomenclatuurnummers ook voor volwassenendiagnostiek** (RIZIV, macroniveau): Specifieke nomenclatuurnummers voor diagnostiek bij volwassenen kunnen worden ingevoerd. Momenteel voorzien de RIZIV-nomenclaturen enkel voor kinderen en jongeren aparte codes voor diagnostiek door psychiaters; voor volwassenen ontbreekt dit, waardoor voor hen het uitvoeren van diagnostiek vaak niet rendabel is. Passende codes met vergoeding kunnen een positief effect hebben op de beschikbare capaciteit van psychiatrische diagnostiek voor volwassenen.
5. **Toegankelijkheid voor anderstaligen vergroten:** Hiervoor is investeren in meertalige hulp-verlening aangewezen[10], afgestemd op de noden van de cliënt. Zo zijn er wijkgezondheidscentra (gefinancierd door de federale overheid), die financieel, fysiek en sociaal-cultureel toegankelijk zijn. Sommige van deze centra zetten in op taalprogramma's en -projecten in een poging de communicatie in de zorg te verbeteren. Hoe meertalige hulpverlening kwaliteitsvol en kostenefficiënt kan worden ingezet vereist nog verder onderzoek. Mogelijkheden zijn de uitbouw en structurele financiering van een professioneel tolk- en vertaalaanbod (zowel fysiek

[10] Dit is een breed te kaderen en complex maatschappelijk vraagstuk dat niet enkel zorgsector raakt, maar ook onderwijs, werk en integratie. Het vraagt dus om structurele en geïntegreerde inspanningen.

als via video/telefoon), al dan niet in combinatie met een investering in de vertaling, normering en culturele adaptatie van diagnostische instrumenten. Ten slotte kan ook het in kaart brengen van meertalige zorgverleners per regio soelaas bieden (zie aanbeveling 1.1).

- Implementatie
    - **Koppeling financiering aan kwaliteit**: Uitbreiding van subsidies en nieuwe terugbetalingsmogelijkheden zouden samengaan met het hieronder genoemde kwaliteitskader (zie aanbeveling 2.1). Zo wordt verzekerd dat publieke middelen enkel gaan naar diagnostiek die voldoet aan uniforme criteria. Hierdoor blijft de investering doelmatig én kwaliteit verhogend.
- Link met bestaande initiatieven

Praktisch kan men voortbouwen op de bestaande initiatieven: de federale overheid (macroniveau) is sinds 2019 gestart met een gefaseerde terugbetaling van eerstelijns psychologische zorg via de RIZIV-conventie '*Eerstelijns psychologische zorg verlenen via netwerken voor geestelijke gezondheid*'. Deze conventie omvat reeds eerstelijns-assessment: dit soort assessment is niet gericht op classificatie of diagnosticering, maar eerder op vraagverheldering, probleemsamenhang en het in kaart brengen van copingstijlen, vaardigheden en veerkracht. De modaliteiten (sessieduur, vergoeding van niet-klinisch contact) sluiten echter nog onvoldoende aan bij de diagnostische realiteit. Het aanpassen van deze modaliteiten zou een logische volgende stap zijn in het werkbaar maken van eerstelijns-assessment. Daarnaast kan er ook worden gekeken naar de ontsluiting van andere vormen van (gespecialiseerde) diagnostiek via specifieke tweede- of derdelijnsconventies.

Extra capaciteit voorzien in knelpuntspecialismen (bv. psychiaters) en inzetten op mobiele (multi-disciplinaire) teams haakt in op bestaande interfederale (macroniveau) initiatieven waar bijvoorbeeld mobiele crisis- of outreach-teams worden ingezet om wachttijden te overbruggen. Nieuw zou de focus op diagnostiek zijn, maar het concept is bekend.

1.3 Stimuleren van efficiënte samenwerking en geïntegreerde zorg

- Probleem?

Goede diagnostiek staat niet op zichzelf – het is onderdeel van een ruimer zorgtraject dat naadloos zou moeten aansluiten op behandeling en nazorg. In de praktijk gebeurt al veel samenwerking binnen het diagnostische werkveld, maar er blijven belangrijke knelpunten bestaan. Ten eerste **kennen professionals niet altijd elkaars visie, werkwijze en expertise**; hierdoor maakt men niet optimaal gebruik van elkaars sterktes. Ten tweede is er **onduidelijkheid over de rolverdeling** tussen de verschillende betrokken beroepsgroepen in een diagnostisch traject – wie wordt wanneer betrokken en waar ligt ieders verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld bij het stellen van bepaalde diagnoses? Zonder afspraken hierover kunnen taken dubbel gebeuren of juist blijven liggen. Ten derde schort het soms aan **opvolging na diagnostiek**: Wat de rollen betreft die diensten kunnen opnemen na een diagnostisch traject (zoals behandelcoördinatie en terugkoppeling naar doorverwijzer), werd zichtbaar dat een aantal diensten deze taken niet steeds kan uitvoeren, ondanks dat ze formeel tot hun opdracht behoren. Dit wijst mogelijk op bepaalde belemmeringen in implementatie en/of interne prioritering. Dit brengt het risico met zich mee dat cliënten na een diagnostisch onderzoek niet naadloos doorstromen naar

passende behandeling of begeleiding, waardoor ze zonder vervolg blijven[11]. Tot slot zien we dat samenwerking veelal binnen de gesubsidieerde sector en binnen de private sector plaatsvindt, maar **minder tussen beide soorten diensten**. Het resultaat is een gefragmenteerd zorglandschap waarin informatie-uitwisseling en doorverwijzing bemoeilijkt worden.

- Oplossing

Om diagnostiek zijn volledige meerwaarde voor de cliënt te laten hebben, is het belangrijk dat de **schakels diagnostiek, behandeling en nazorg geïntegreerd** worden en dat alle betrokken zorgverleners efficiënt samenwerken. Initiatieven die samenwerking over de grenzen van disciplines en sectoren heen bevorderen, kunnen bijdragen aan een vlottere afstemming van het zorgaanbod en een betere continuïteit voor de patiënt. Door samenwerking en geïntegreerde zorg te stimuleren:

  - Krijgen verschillende diagnostici en hulpverleners inzicht in elkaars visie op diagnostiek en expertise (beter) waardoor samenwerking hierop beter kan worden afgestemd.
  - Wordt geïnvesteerd in complementaire werking (vanuit een samenwerkingslogica) tussen alle verschillende betrokken partijen (voorzieningen en zelfstandig zorgverstrekkers).
  - Worden diagnostiek, behandeling en nazorg cyclisch op elkaar afgestemd.

- Concrete voorstellen

1. Structurele samenwerkingen tussen klinisch psychologen, psychiaters, huisartsen, orthopedagogen en andere hulpverleners die betrokken zijn in het diagnostisch proces kunnen versterkt worden door **rolafspraken betreffende diagnostiek te formaliseren**. Momenteel worden de verantwoordelijkheden en autonomie van de verschillende beroepsgroepen opgenomen in verschillende wettelijke kaders[12]. Via KB's en RIZIV-regels (federaal, macroniveau) kan nog verder worden verduidelijkt welke rol elke beroepsgroep kan opnemen om aan kwaliteitsvolle diagnostiek te doen. Ook in Vlaamse kwaliteitswetgeving en sectorale kaders (GGZ, jeugdhulp, welzijn) kan verduidelijkt worden welke rollen en taken verwacht worden in diagnostiek. Dit kan bijdragen aan een vlotte overgang tussen diagnostiek, behandeling en nazorg, en neemt onzekerheid weg over "wie mag wat".

---

11 Er gaat soms kennis verloren in de overgang van diagnostiek naar behandeling, bijvoorbeeld omdat behandeltrajecten vaak door andere diensten worden opgenomen. Ook de aanwezigheid van lange wachttijden voor behandeling helpen hier niet bij – de uit diagnostiek vergaarde info gaat dan verloren of is niet meer relevant/actueel. Ook wordt aangegeven dat behandelaars niet altijd de reflex hebben om contact te zoeken met de diagnosticus die eerder onderzoek heeft uitgevoerd. Mogelijks is dit een groter probleem bij volwassenen dan bij kinderen of jongeren.

12 Voor sommige betrokken beroepsgroepen, zoals de psychologisch consulent, ontbreekt momenteel nog een wettelijk kader die het beroep regelt. Het strekt tot de aanbeveling om dergelijk kader te voorzien zodat iedere betrokken zorgactor duidelijk kan handelen binnen wettelijk bepaalde grenzen.

2. **Zorgcontinuïteit kan gestimuleerd worden** door kortdurende vervolgcontacten na diagnostiek (zoals uitleg, shared decision making, "contact warm houden" of "warm doorverwijzen", coördinatie) in te schalen als aparte prestatie. Door deze opvolggesprekken expliciet te mee op te nemen in functiebeschrijvingen en (Vlaamse) kwaliteitskaders (of binnen het private aanbod te vergoeden als aparte prestatie), ontstaat een incentive[13] voor diagnostici om deze overgang goed te begeleiden. Daarnaast kunnen gedeelde zorgmodellen waarin diagnostiek, behandeling en nazorg cyclisch op elkaar aansluiten, bijdragen aan een meer geïntegreerd zorgtraject.
3. **Ondersteuning voor interdisciplinaire samenwerking** kan verschillende vormen aannemen. Een robuust duurzaam EPD[14]-systeem dat aansluit bij de ethische standaarden binnen de geestelijke gezondheidszorg en de principes van geïntegreerde zorg vormt hierbij een hoeksteen. Daarnaast kunnen andere tools (bv. gedeelde rapporttemplates) en initiatieven worden ingezet en ontwikkeld waarbij bijscholing, intervisies en casusbesprekingen (bv. via billijk vergoede MDO's) gestimuleerd worden.

- <u>Implementatie</u>

Het stimuleren van samenwerking vergt eerder organisatie en cultuurverandering dan zware financiële investeringen, al kunnen gerichte incentives helpen. Het is aangewezen om samenwerkingseisen ook op te nemen in een Vlaams kwaliteitskader: bijvoorbeeld verwachten dat elke erkende dienst een samenwerkingsprotocol heeft met partners in de regio, of deelname aan netwerkoverleg. Bestaande interfederale GGZ-netwerken en overlegplatformen kunnen dienen om afspraken uit te werken en best practices uit te wisselen. Verder kan de overheid tijdelijk projectsubsidies voorzien voor vernieuwende samenwerkingsmodellen (bijvoorbeeld een piloot waar een privaat en publiek centrum samen een doorlopend diagnostiek-behandelingstraject organiseren), om te tonen wat werkt en zo draagvlak te creëren. Het formaliseren van samenwerking zou ook onderdeel kunnen uitmaken van de erkennings-voorwaarden of financiering: bijvoorbeeld extra financiering voor diagnostiek toe te kennen aan netwerkverbanden in plaats van losse diensten, om zo samenwerking en geïntegreerde zorg te stimuleren.

- <u>Link met bestaande initiatieven</u>

Deze aanbeveling sluit nauw aan bij lopende initiatieven op Vlaams en federaal niveau. Op Vlaams niveau wordt via de eerstelijnszones en het decreet geestelijke gezondheidszorg sterk ingezet op netwerkvorming en samenwerking tussen sectoren. Federaal bouwt de conventie eerstelijns-psychologische zorg en de hervorming art. 107 voort op dezelfde logica van continuïteit en geïntegreerd werken. Door diagnostiek expliciet in dit kader te verankeren, kan onze aanbeveling bijdragen tot een betere inbedding van diagnostiek binnen bestaande zorgtrajecten, en zo de samenhang en efficiëntie van het geestelijke gezondheidszorgsysteem versterken.

Binnen de RIZIV-conventie voor Long COVID is een multidisciplinair overleg (MDO) expliciet voorzien en vergoed. Dit overleg brengt verschillende zorgverleners (o.a. huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut,

---

13 Het is belangrijk om deze incentive te koppelen aan een algemene capaciteitsuitbreiding voor diagnostiek (zie aanbeveling 1.2). De praktijk leert ons immers dat het onvoldoende is om enkel extra financiering te voorzien voor nazorg als de algemene capaciteit niet ook wordt aangepast; zoniet zal men dergelijke taken toch naast zich neerleggen om zich te focussen op andere (kern)taken (bv. instroom beheren).

14 Momenteel loopt het project "Patient Journey" van FOD Volksgezondheid, RIZIV en eHealt, dat de elektronische uitwisseling van gezondheidsgegevens in kaart brengt en standaarden ontwikkelt voor betere digitale samenwerking. Aansluiting bij zulke projecten zal cruciaal zijn om versnipperde ICT-systemen te vermijden.

psycholoog/neuropsycholoog) samen om het zorgplan af te stemmen en de opvolging te coördineren. Het vormt zo een concreet voorbeeld van hoe diagnostisch overleg en samenwerking structureel kunnen worden gefinancierd. Er zou dan in kaart moeten worden gebracht welke tijdsinvestering hiervoor noodzakelijk is, om tot een billijke vergoeding te komen die hulpverleners stimuleert hieraan te participeren.

2 Kwaliteit

2.1 Ontwikkeling van een Vlaams kwaliteitskader voor diagnostiek

- Probleem?

Er ontbreekt momenteel een uniform kwaliteitskader voor diagnostiek in de geestelijke gezondheidszorg. In het huidig onderzoek werden dan ook **verschillen in werkwijzen en kwaliteit** tussen diensten (ook van hetzelfde type) aangegeven. Zorgverleners geven aan **onvoldoende zicht** te hebben op de kwaliteit van diagnostiek in Vlaanderen. In de focusgesprekken wordt benoemd dat rapporten of testresultaten van andere diensten **soms niet worden erkend**[15], wat kan leiden tot hertesting (dubbel werk) en daarmee ook langere wachttijden en hogere kosten voor de cliënt (en de samenleving).

- Oplossing

Een **Vlaams kwaliteitskader met minimale kwaliteitscriteria** kan de kwaliteit, transparantie en efficiëntie van diagnostiek enkel ten goede komen. Het definieert wat "goede diagnostiek" inhoudt en voorziet een kader voor up-to-date, betrouwbare richtlijnen (van aanmelding tot verslaggeving). Het definieert de noodzakelijke competenties van diagnostici en kan gekoppeld worden aan bestaande wetgeving (bv. Wet betreffende de Uitoefening van de Gezondheidzorgberoepen (WUG)) en achterliggende financieringsmodellen.

De belangrijkste actiepunten zijn:

1. **De verdere ontwikkeling van minimale kwaliteitscriteria** of duidelijke standaarden voor kwaliteitsvolle diagnostiek, van aanmelding tot verslaggeving. Deze criteria verschaffen o.a. duidelijkheid over kwaliteitsvolle diagnostische gespreksvoering, de kwaliteit en bruikbaarheid van instrumenten of diagnostische verslaglegging, en kunnen worden gebaseerd op bestaande nationale en internationale kwaliteitsstandaarden[16]. Indien nodig kan een praktische Vlaamse vertaling gemaakt worden van internationale bronnen.
2. **Stimuleren van het naleven van kwaliteitsvolle diagnostiek.** Vanuit een kwaliteitskader kunnen objectieve kwaliteitscriteria worden afgeleid over kwaliteitsvolle diagnostiek, met mogelijkheid tot gemotiveerde afwijking[17], zodat heraanmeldingen en dubbele trajecten zoveel mogelijk worden vermeden en/of beperkt. Indien nodig kan de overweging gemaakt worden om

15 Dit kan te maken hebben met een gebrek aan vermeende kwaliteit (volgens hun eigen inschatting), een verschil in werkwijze, of nog andere factoren.

16 Bv. EFPA Test Review Model; COTAN-criteria; diagnostische richtlijnen Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek; richtlijnen Belgische Testcommissie.

17 Dit kan bijvoorbeeld worden ingeroepen omwille van gebrek aan tijd of om de hoge kostprijs te drukken. Hiermee wordt de diagnostische realiteit op het terrein, met gebrek aan tijd en aangepaste instrumenten, voldoende erkend terwijl het principe van de acceptatieplicht wel wordt vooropgesteld.

afdwingbaarheid te installeren door structureel toezicht, gekoppeld aan een Vlaams en sectoraal kwaliteitsbeleid op het niveau van gesubsidieerde voorzieningen, of via accreditering/periodieke kwaliteitsaudits. De Zorginspectie van het Departement Zorg (Vlaamse overheid, macroniveau) kan hier desgevallend een rol in opnemen.

3. **Het uitwerken en toepassen van kwaliteitscriteria met betrekking tot beroepsspecifieke competenties** (al dan niet onder de vorm van beschermde beroepstitels). Hierbij dient ook de (gespecialiseerde) kennis van diagnostici erkend en gevaloriseerd te worden opgenomen in de Wet op de Uitvoering van de Gezondheidszorgberoepen. Kwaliteitscriteria kunnen betrekking hebben op domein-specifieke competenties (bv. neuropsychologie, forensische psychologie), of op test-specifieke competenties (bv. via een 'test user system[18]' dat bepaalt wie welke instrumenten mag afnemen). Kwaliteitslabels kunnen worden ingezet als kwaliteitsgarantie voor diagnostiek, door te werken met gediplomeerde diagnostici. Deze kwaliteitslabels kunnen gekoppeld worden aan specifieke opleidingsvoorwaarden, en indien wenselijk ook aan achterliggende financiering.

- **Implementatie**
    - Een kwaliteitskader uitwerken is ambitieus maar haalbaar op middellange termijn. Idealiter worden snelle winsten (zoals het beschikbaar stellen van het kennisplatform, modelverslagen, minimale verslagnormen) eerst gerealiseerd, terwijl structurele hervormingen (kwaliteitslabels, audits, financieringskoppelingen) op langere termijn worden ingevoerd. Een centraal kennisplatform (zie aanbeveling 2.2) is een belangrijke bouwsteen om een kwaliteitskader geïmplementeerd te krijgen. Zo kunnen via deze weg bruikbare instrumenten zoals actuele richtlijnen, modelverslagen en checklists geïntroduceerd worden.
    - Opleidingsinstellingen spelen een belangrijke rol: zij kunnen voorzien in een minimum aantal opleidingsonderdelen, al dan niet gecombineerd met praktijkervaring[19], die gewijd zijn aan de ontwikkeling van diagnostische basiscompetenties. Er wordt aangeraden deze kwaliteitsnormen uit te werken voor iedere beroepsgroep die zich wettelijk mag begeven op het terrein van de (psycho)diagnostiek. Eén helder en uniform kwaliteitskader zou opleidingen bovendien kunnen stimuleren om meer aandacht te besteden aan diagnostiek doordat het gemakkelijker te integreren is in hun curriculum. Hiervoor wordt idealiter eerst in kaart gebracht wat er in welke (basis)opleiding zit op vlak van diagnostiek.
    - Een kwaliteitskader kan mogelijk weerstand opwekken in het veld (bv. vrees voor extra administratie of inmenging in autonomie). Het is daarom aanbevolen dat men bij de implementatie voldoende aandacht besteed aan de opportuniteiten/mogelijke kansen die deze aanbeveling biedt (bv. centraal informatiepunt, bescherming en valorisatie van hun expertise).

---

18 In dergelijk systeem wordt opgenomen welke opleidingsachtergrond of bijkomende competenties nodig zijn om specifieke onderdelen binnen de diagnostiek uit te voeren, tests af te nemen en te interpreteren. In dit onderzoek werd benoemd dat er onvoldoende aandacht is voor psychometrie en testgebruik in de basisopleiding van psychiaters. Deze aanbeveling haakt in op wat in andere Europese landen al gangbaar is – de uitwerking ervan kan desgevallend gekoppeld worden aan bestaande systemen (bv. EFPA Test User System).

19 Dit kan georganiseerd worden binnen de opleidingen zelf, maar ook erbuiten (Bv. professionele gesuperviseerde praktijk (GPP) voor klinisch psychologen is hier een goed voorbeeld van).

- Afdwingbaarheid kan op termijn worden overwogen, bijvoorbeeld via accreditering of inspectie zoals bijvoorbeeld ook binnen de Zorginspectie reeds gekend is.

- Link met bestaande initiatieven

De uitvoerbaarheid stijgt als men voortbouwt op bestaande richtlijnen en kaders: het Kwaliteitscentrum Diagnostiek publiceerde reeds een intersectorale richtlijn met pijlers voor goede diagnostiek[20]. Ook andere richtlijnen die bijdragen aan kwaliteitsvolle diagnostiek werden reeds gepubliceerd door deze kennisinstelling. Dit biedt een inhoudelijke basis waarop het Vlaamse kader kan steunen. Er zijn ook andere instanties en deelinitiatieven die kunnen bijdragen aan een kwaliteitskader (zie eerder). Stapsgewijze implementatie en betrokkenheid van alle stakeholders (opleidingen, beroepsverenigingen, kennisinstellingen) zal het succes van dit kader verhogen.

Bovendien spoort dit voorstel met het bredere kwaliteitsbeleid in de zorg: het Vlaams kwaliteitsdecreet en de federale kwaliteitswet zetten in op gedegen kwaliteitssystemen en normen in de zorg. Het koppelen van financiering en erkenning aan een kwaliteitskader kan sterk bijdragen tot een geïntegreerde aanpak waarbij kwaliteit daadwerkelijk wordt beloond en afgedwongen.

Deze aanbeveling sluit mogelijk aan bij het uitvoeringsbesluit CAR-CGG dewelke de nadruk legt op expertise, samenwerking en netwerken waarin ook gesproken wordt over een kwaliteitskader, dat momenteel in ontwikkeling is en waarbij concrete financiering in pilootprojecten het komende jaar wordt onderzocht.

2.2 Ontwikkeling van een centraal kennisplatform voor diagnostiek

- Probleem?

Uit onze werkveldbevraging en focusgroepen blijkt dat er in het diagnostische werkveld een kennis kloof bestaat. Hulpverleners geven aan dat er verschillende plaatsen zijn waar er informatie aangeboden wordt, maar dat er **geen centrale, toegankelijke bron** is waar men informatie over kwaliteitsvolle diagnostiek kan vinden. Men heeft graag **beter zicht op de psychometrische kwaliteit en actualiteit** van beschikbare tests, en men wil gemakkelijker toegang krijgen tot **het juiste aanbod** aan bijscholing, intervisie of supervisie. Deze **versnippering van kennis** kan de betrouwbaarheid en kwaliteit van hun diagnostisch handelen ondermijnen.

[20] Dit is vergelijkbaar met de “generieke module Diagnostiek” die in Nederland recent gepubliceerd is als kwaliteitsstandaard en een breed draagvlak kent. Dit toont aan dat het mogelijk is om stakeholders rond uniforme diagnostiekafspraken te verenigen.

- Oplossing

Om de kennisskloof te dichten en kwaliteit te bevorderen, stellen we de ontwikkeling voor van een **onafhankelijk en vrij toegankelijk kennisplatform voor diagnostiek**[21]. Dit platform fungeert als centrale wegwijzer en digitaal trefpunt waar alle professionals in Vlaanderen en Brussel die met diagnostiek bezig zijn up-to-date informatie en richtlijnen kunnen vinden. Het platform beoogt een duurzaam kader te bieden voor kennisdeling en kwaliteitsbewaking, en hulpverleners te ondersteunen in hun professioneel handelen. Door één centrale hub te creëren voor diagnostische expertise en informatie, versterken we de uniformiteit en verbeteren we de kwaliteit van diagnostiek over organisaties heen.

De belangrijkste actiepunten zijn:

- Een platform dat toegang biedt tot een online catalogus met **objectieve beoordelingen van diagnostische instrumenten** per doelgroep en probleemtype, inclusief informatie over psychometrische kwaliteit, testversies en normen. Zo'n centrale databank helpt hulpverleners om bewuste keuzes te maken uit gevalideerd materiaal.
- Een platform dat toegang biedt tot **actuele diagnostische richtlijnen en duidelijke informatie** over wat "kwaliteitsvol diagnostisch handelen" inhoudt. Het verwijst ook door naar externe expertisedocumenten en wetenschappelijke bronnen (universiteiten, expertisecentra, enz.) voor wie dieper wil graven.
- Een centraal overzicht van **relevante opleidingen en bijscholingen**. Hulpverleners kunnen zo gemakkelijk nascholingskansen vinden om hun kennis up-to-date te houden. Ook recent onderzoek en wetenschappelijke updates rond diagnostiek kunnen hier gedeeld worden.
- Een kanaal waar vragen en suggesties uit het werkveld kunnen worden ingestuurd. Bijvoorbeeld: verzoeken om een nieuwe richtlijn te ontwikkelen, ervaringen met bepaalde tests, of vragen om beoordeling van een instrument. Specifieke werkgroepen met inhoudelijke experten (uit het werkveld, kennisinstellingen…) met betrekking tot het bepaald topic, kunnen deze input evalueren op haalbaarheid en relevantie, zodat het platform echt leeft in **wisselwerking met de noden van het veld**.
- Een **onafhankelijke beheerdersstructuur** voor het platform. Idealiter neemt een neutrale groep experten met diepgaande brede kennis van diagnostiek het beheer en de curatie van de inhoud op zich. Zij kunnen externe expertise inschakelen waar nodig (bv. academici of specialisten voor bepaalde topics). Dit voorkomt commerciële of partijdige sturing en bewaakt de objectiviteit.
- Via het kennisplatform wordt het **Vlaams kwaliteitskader voor diagnostiek** (zie aanbeveling 2.1). verankerd. Het platform wordt zo hét praktische instrument om het kwaliteitskader tot op de werkvloer te brengen. Omgekeerd kan het kwaliteitskader ertoe leiden dat gebruik van het platform gestimuleerd wordt.

---

21 Dit hoeft niet noodzakelijk de ontwikkeling van een nieuw platform te zijn, maar kan ook neerkomen op de versterking van reeds bestaande initiatieven die (ten dele) aansluiten bij de doelstellingen die hier geformuleerd worden. In Vlaanderen is immers al heel wat informatie beschikbaar (bv. KCE-rapporten, richtlijnen vanuit Departement Zorg, protocollen vanuit Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, informatie vanuit universiteiten, hogescholen en beroepsverenigingen), maar deze bronnen zijn versnipperd. Deze zouden best worden samengebracht op één centraal punt (van waaruit kan worden verwezen).

- Implementatie
  - Dergelijk platform kan op federaal of Vlaams niveau (macroniveau) ontwikkeld worden. Het vereist bovendien **structurele financiële ondersteuning** voor de ontwikkeling, het onderhoud en de permanente actualisering. Alleen met een stabiel budget kan het platform actueel en gebruiksvriendelijk gehouden worden. Denk aan kosten voor ICT-infrastructuur, contentontwikkeling, moderatie, enz., die op lange termijn gedragen moeten worden.
  - Een **gefaseerde uitbouw** is noodzakelijk. Bij voorkeur wordt in een eerste fase voorrang gegeven aan een thematisch georganiseerd platform op basis van psychologische constructen (bv. aandacht, depressie, angst), van waaruit gebruikers testmateriaal en bijhorende beoordelingen kunnen terugvinden[22].
  - Een platform is pas waardevol als het actief gebruikt wordt door het werkveld. Een flankerend beleid is nodig om **bekendheid en gebruik te stimuleren**. Dit kan bijvoorbeeld door een gerichte communicatiecampagne uit te werken en te verspreiden via de verschillende beroepsverenigingen en andere stakeholders. Daarnaast kan het platform gekoppeld worden aan een Vlaams kwaliteitskader (zie aanbeveling 2.1). Ook het betrekken van opleidingen (bv. het gebruik van het platform integreren in curricula) is een slimme strategie om het gebruik te verankeren.
  - Een **periodieke evaluatie** van het gebruik en de impact is mogelijk door professionals te bevragen over de mate waarin zij hun diagnostisch handelen aanpassen of verbeteren dankzij gebruik van het platform. Dit zou mogelijk opgenomen kunnen worden door de Zorginspectie.
- Link met bestaande initiatieven

Deze aanbeveling bundelt bestaande expertise-initiatieven die al ten dele aansluiten bij bovenstaande doelstellingen. In Vlaanderen bestaan al deelinitiatieven waarbij relevante diagnostische bronnen (zoals richtlijnen, protocollen, testfiches, opleidingsaanbod) worden verzameld[23]. Momenteel zijn deze bronnen echter versnipperd en niet centraal toegankelijk. Eén platform kan dergelijke bestaande kennisbronnen bundelen en breed toegankelijk maken. Dit ligt in lijn met succesvolle kennisportalen in aanverwante domeinen (bv. het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie met online richtlijnen, Kennisplatform voor professionals (https://onlinehulp-vlaanderen.be)), of zoals we deze in andere landen zien (bv. het Nederlandse portaal 'GGZ-standaarden'[24]).

---

22 Transparante testbeoordelingen zijn een hoeksteen in veel Europese landen. In Nederland publiceert de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) via het NIP systematische testbeoordelingen dewelke een belangrijke rol spelen in de kwaliteitsbewaking. Ook in Duitsland (via het Testkuratorium van de Deutsche Gesellschaft für Psychologie) en het Verenigd Koninkrijk (via de Psychological Testing Centre van de British Psychological Society) bestaan soortgelijke initiatieven. In Vlaanderen bestaan al deelinitiatieven waarbij relevante diagnostische bronnen worden verzameld. Momenteel zijn deze bronnen echter versnipperd.

23 Bv. de Testcommissie van de Belgische Federatie van Psychologen (BFP-FBP), het Kwaliteitscentrum Diagnostiek (KCD), Assessment Hub van Thomas More, Prodia, VCLB Netwerk, Divisie Psychodiagnostiek van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen, etc.

24 https://www.ggzstandaarden.nl/

2.3 Versterking van de Vlaamse normering en kwaliteit van diagnostisch materiaal

- Probleem?

Uit de werkveldbevraging en focusgroepen blijkt een brede ontevredenheid in het werkveld over de beschikbaarheid van Vlaams-genormeerde en actuele diagnostische instrumenten. Veel tests zijn **verouderd** of **niet aangepast** aan de Vlaamse populatie. Dit heeft in grote mate te maken met de achterliggende markstructuur[25] en de **afhankelijkheid van buitenlandse instrumenten**. Het risico bestaat dat diagnostiek dan **minder valide, minder betrouwbaar en minder toepasbaar** wordt, en dat de betrouwbaarheid van beslissingen in de klinische praktijk wordt aangetast.

- Oplossing

Naast de ontwikkeling van een algemeen Vlaams kwaliteitskader voor diagnostiek (zie aanbeveling 2.1), is er nood aan een structureel beleid rond normering en testkwaliteit waarmee wordt ingezet op de wetenschappelijke onderbouw van diagnostisch materiaal. Wanneer de Vlaamse overheid mee waakt over de kwaliteit en beschikbaarheid van psychodiagnostisch materiaal, kan dit de testmarkt gezond houden en voorkomen dat structurele tekorten de kwaliteit van diagnostiek ondergraven. Wij stellen daarom de oprichting van een **structureel Vlaams normerings- en kwaliteitsprogramma** voor, dat zowel de ontwikkeling van Vlaamse normen als bredere psychometrische kwaliteitsbewaking verzekert.

Hiermee:

- Wordt de wetenschappelijke basis en betrouwbaarheid van diagnostiek versterkt.
- Wordt materiaal ontwikkeld en beschikbaar gesteld dat aansluit bij de noden en een correct beeld geeft van de Vlaamse populatie zodat professionals/hulpverleners (psychologen, orthopedagogen, psychiaters, psychologisch consulenten, etc.) minder afhankelijk zijn van buitenlands materiaal.
- Worden normeringsinitiatieven minder ad hoc, en meer planmatig georganiseerd.

- Concrete voorstellen

1. **Structureel samenwerkingsverband voor testontwikkeling en normering:** In dit samenwerkingsverband werken universiteiten, hogescholen, beroepsverenigingen, en werkveldpartners structureel samen aan de ontwikkeling, periodieke herziening en transparante ontsluiting van Vlaamse normen voor diagnostische tests. Het samenwerkingsverband ontwikkelt niet enkel actuele normen, maar ontwikkelt/vernieuwt instrumenten en doet ook onderzoek naar betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van instrumenten. Alle resultaten worden toegankelijk gemaakt via een kennisplatform (zie aanbeveling 2.2).
2. **Overkoepelende coördinatie:** Dit samenwerkingsverband wordt aangestuurd door een onafhankelijke coördinerende instantie (bijvoorbeeld een Vlaams agentschap of een apart expertisecentrum op macroniveau) die systematisch de noden in kaart brengt, onderhandelt met testuitgeverijen, projecten coördineert en kwaliteitsbewaking verzekert. Bijvoorbeeld in het onderhandelen met buitenlandse uitgeverijen (in het bijzonder Nederlandse[25] uitgeverijen)

[25] Nederlandse uitgeverijen zoals Pearson, Hogrefe of Boom nemen een sterke positie in binnen Vlaanderen en richten zich expliciet op de Vlaamse testgebruiker. Door de beperkte schaalgrootte wordt echter zelden in aparte Vlaamse normen geïnvesteerd. Bovendien ontbreekt in Vlaanderen een eigen grote testuitgeverij die structureel instaat voor ontwikkeling en normering. Hierdoor zijn professionals aangewezen op Nederlandse of internationale normen, die niet altijd optimaal aansluiten bij de Vlaamse context.

kunnen deze gestimuleerd – en waar nodig verplicht – worden om voldoende rekening te houden met Vlaamse gebruikers. Dit kan onder andere door bij samenwerkingsprojecten voorwaarden te koppelen aan subsidiëring, of door hen te verplichten Vlaamse normen te ontwikkelen wanneer tests in Vlaanderen breed worden gebruikt.

3. **Prioritering:** Het is belangrijk om duidelijke prioriteringscriteria vast te leggen voor het ontwikkelen van normen of aanpassen van tests. Hierbij kan bijvoorbeeld gekeken worden naar klinische nood (welke instrumenten zijn dringend nodig in het veld), beschikbaarheid voor kwetsbare doelgroepen[26] en specifieke noden binnen knelpuntspecialismen. Deze prioriteiten moeten aansluiten bij het algemene kwaliteitskader (zie aanbeveling 2.1), zodat geïdentificeerde hiaten in instrumentarium planmatig en strategisch worden aangepakt.
4. **Transparantie rond testkwaliteit verplichten:** Testontwikkelaars dienen transparant te zijn over de psychometrische kwaliteit van hun instrumenten zodat testgebruikers geïnformeerde keuzes kunnen maken bij het selecteren van materiaal. Deze transparantie omvat een uniforme weergave van de minimaal vereiste psychometrische informatie, zoals betrouwbaarheid, validiteit en de samenstelling van de normeringssteekproef voor Vlaanderen. Nederlandse testuitgeverijen voorzien idealiter ook informatie over equivalentieonderzoek en Vlaamse normering waar nodig.
5. **Stimuleren van de testontwikkeling en -onderzoek:** De Vlaamse overheid kan competitie bevorderen en vermijden dat de Vlaamse testmarkt gemonopoliseerd wordt door enkele buitenlandse spelers. Een actieve stimulans voor Vlaamse uitgeverijen of kennisinstellingen om zich te begeven op de testmarkt is hierbij cruciaal. Daarnaast is het van belang in kaart te brengen waarom er vandaag geen Vlaamse testuitgeverijen bestaan en welke randvoorwaarden nodig zijn om dit te verhelpen. Ten slotte kan de overheid kwaliteitsvolle initiatieven uit het werkveld – bijvoorbeeld ziekenhuizen of universiteiten die eigen normeringen of instrumenten ontwikkelen – stimuleren via tijdelijke projectsubsidies. Zulke impulsen maken het mogelijk dat innovatieve projecten uitgroeien tot duurzaam en breed inzetbaar materiaal, in plaats van geïsoleerde initiatieven te blijven.
6. **Flexibilisering klinische dataverzameling:** Het is aangewezen om wettelijke bepalingen die normeringsonderzoek belemmeren te herbekijken. Zo is een aanvraag bij het Medisch Ethisch Comité (MEC), wat doorgaans administratief complex en langdurig is, zelfs vereist voor de ontwikkeling van algemene screeningsvragenlijsten in klinische populaties. Er zou een flexibel kader ontwikkeld kunnen worden dat de bescherming van patiënten combineert met de mogelijkheid om noodzakelijke data te verzamelen voor normeringsdoeleinden.

- <u>Implementatie</u>
    - Het uitbouwen van een duurzaam normeringsprogramma is inhoudelijk nodig maar praktisch veeleisend. Overkoepelende coördinatie (zie concrete voorstellen hierboven) is noodzakelijk om objectiviteit te waarborgen en zicht te houden op de prioriteiten, verwarring of versnippering te voorkomen. Het vergemakkelijkt ook samenwerking en leidt tot efficiëntiewinsten.
    - Normeringsonderzoek is duur en tijdsintensief en vraagt daarom structurele ondersteuning. Een duurzame business case is daarbij essentieel, met een model

[26] Denk hierbij bijvoorbeeld aan het gebrek aan gepast materiaal voor personen die de Nederlandse taal niet of slechts beperkt beheersen, of personen met een andere culturele achtergrond. Dit is voornamelijk in voorzieningen, die geconfronteerd worden met een steeds groter wordende populatie van anderstaligen, een toenemend probleem.

dat toelaat Vlaamse normen blijvend te ontwikkelen en actualiseren, ook voor nieuwe instrumenten. In dat kader is het zinvol na te denken over afspraken met testuitgeverijen (cofinanciering, datadeling) zodat de lasten niet uitsluitend bij de overheid of academische instellingen terechtkomen.

- Ontwikkelde normen en kwaliteitsinformatie worden centraal toegankelijk gemaakt via het eerder vernoemde centrale kennisplatform (zie aanbeveling 2.2). Het is daarbij belangrijk clinici te betrekken en te overtuigen van de meerwaarde, om te vermijden dat buitenlandse of verouderde normen in gebruik blijven. Dit vraagt om heldere communicatie, voldoende aandacht aan dit thema via (basis)opleidingen en kan eventueel ondersteund worden door accreditatie of verplicht gebruik.

- Link met bestaande initiatieven

Vlaanderen heeft een traditie van initiatieven die inzetten op de ontwikkeling en (her)normering van diagnostische instrumenten – verschillende kennisinstellingen en expertisegroepen dragen hier al vele jaren aan bij. De uitvoering van dergelijke initiatieven gebeurt echter ad hoc en eerder onafhankelijk van elkaar. Bovendien merken we een steeds kleiner wordende bereidheid bij deze partners om nog normeringsprojecten uit te voeren, gezien de grote inspanningen die deze met zich meebrengen. Deze aanbeveling zou normeringsinitiatieven de nodige impuls kunnen geven door deze losse inspanningen structureel te verankeren, te voorzien van een duidelijk kader en ook uit te breiden. Het bestaande Kwaliteitscentrum Diagnostiek (KCD) bevindt zich in een unieke positie om hier de rol van onafhankelijke coördinerende instantie op zich te nemen.

Belangrijk is ook de koppeling met aanbeveling 2.1: een kwaliteitskader. Door normering en kwaliteit van instrumenten in dat kader op te nemen, ontstaat een integrale kwaliteitsketen (van instrument, competentie tot praktijk).

Referenties

Agentschap Opgroeien (2022). *Strategische cirkel diagnostiek & inschaling: Eindnota*. Agentschap Opgroeien. Geraadpleegd op https://www.opgroeien.be/

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Americal Psychiatric Publishing.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101.

Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J., & Prodinger, B. (2019). Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and rehabilitation*, *41*(5), 574-583. https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1145258

Cloet, E., Kimpe, E., Van Ransbeeck, T. & Leys, M. (2020). *De toegankelijkheid van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in Vlaanderen*. Beleidsondersteunend rapport. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en gezin

Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) (z.d.). COTAN Documentatie. Boom Uitgevers in opdracht van Nederlands Instituut van Psychologen. https://www.cotandocumentatie.nl/

Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88(3), 179–195. https://doi.org/10.1037/ccp0000482

De Bruyn, E. E. J., Ruijssenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K., & Van Aarle, E. (2003). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer.* Leuven / Apeldoorn: Acco Uitgeverij. ISBN 978-9033452987

Decreet houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Vlaams Parlement), 21 juni 2013. *Belgisch Staatsblad*, 14 augustus 2013, bladzijde 54437-54458.

European Federation of Psychologists' Associations AISBL (EFPA). (2025, augustus). Model for the review, description and evaluation of psychological and educational tests (Test Review Model, versie 5.0). https://www.efpa.eu/sites/default/files/2025-08/efpa_test_review_model_v2025_5.pdf

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.

KCD vzw. (2024, december). Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek Leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk. Geraadpleegd op 3 november 2024, van https://kcdvzw.be/sites/default/files/2024-12/AIRD.pdf

Kind & Gezin/FOD-partners. (2015). *Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren*. Geraadpleegd op https://www.psy0-18.be/

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Latzman, R. D., Mullins-Sweatt, S. N., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., & Wright, A. G. C. (2021). *The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence*. *Annual Review of Clinical Psychology, 17*, 83–108. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304

Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. Drug and Alcohol Dependence, 154, 1–13. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031

Lebeer, J. & 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.

Momsen, A.H., Stapelfeldt, C.M., Rosbjerg, R., Escorpizo, R., Labriola, M. & Bjerrum, M. (2019). International Classification of Functioning, Disability and Health in Vocational Rehabilitation: A Scoping Review of the State of the Field, *Journal of Occupational Rehabilitation*, *29*(2), 241-273. doi: 10.1007/s10926-018-9788-4

Qualtrics XM Institute. (2021). Survey Response Rates Explained. Qualtrics. Geraadpleegd op 25 juli 2025, van https://www.qualtrics.com/experience-management/research/survey-response-rates/

Richardson, T., Elliott, P., & Roberts, R. (2013). The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 33(8), 1148–1162. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.009

RIZIV (z.j.). Eerstelijns psychologische zorg via netwerken voor GGZ. Geraadpleegd op https://www.riziv.fgov.be/

SurveyMonkey. (2022). Industry Benchmarks: Survey Response Rates. Momentive Inc. Geraadpleegd op 25 juli 2025, van https://www.surveymonkey.com/curiosity/survey-benchmarks/

Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., & de Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007–2009 to 2019–2022: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-3. World Psychiatry, 22(2), 275–285. https://doi.org/10.1002/wps.21087

Van der Velde, K., Cloet, E., & Leys, M. (2024). Mapping van het diagnostisch aanbod in Vlaanderen en Brussel [Onderzoeksrapport]. VUB.

Van Mol, C., & de Leeuw, E. D. (2015). Improving survey response rates: Four tactics for getting more responses from your survey. *Survey Practice*, 8(3).

Vlaamse Codex (2019). Decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod. Codex Vlaanderen. Geraadpleegd op 3 november 2024, van https://codex.vlaanderen.be/

Vlaamse overheid (2004). Decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp. Codex Vlaanderen.

Vlaamse Overheid WVG. Vroeg en nabij. De organisatie van diagnostiek binnen Vroeg en Nabij. Geraadpleegd op 15 oktober 2024, van https://opgroeien.be/

Wang, X., Bakulski, K. M., Paulson, H. L., Albin, R. L., & Park, S. K. (2023). *Associations of healthy lifestyle and socioeconomic status with cognitive function in U.S. older adults.* Scientific Reports, 13(1), 7513. https://doi.org/10.1038/s41598-023-34648-0

Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (2002). FOD Volksgezondheid (gecoördineerde versie).

World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and Health (ICF). World Health Organization.

Bijlagen

Bijlage 1: Inventaris van het diagnostische aanbod en aantal contactadressen per type dienst

Bijlage 2: Werkveldbevraging

Bijlage 3: Informed consent focusgroepen

Bijlage 4: Draaiboek focusgroepen

Bijlage 5: Extra tabellen resultaten werkveldbevraging

Bijlage 6: Samenstelling focusgroepen

Bijlage 7: Visuele codeerboom (thematische analyse)

Bijlage 1. Inventaris van het diagnostische aanbod en aantal contactadressen (N) per type dienst

Diagnostische dienst	Afkorting
(P) = Private aanbod	
Solopraktijken & Groepspraktijken (multi- en monodisciplinair) (N=595)	Solo/Groep
Universitaire praktijkcentra (N=3)	Univ. Praktijkcentra
Huisartsenpraktijken (N=814)	HAP

Opmerking bij het P-aanbod: heel wat private zorgverstrekkers zijn ook opgenomen in gesubsidieerde voorzieningen (bv. hulplijnen, ziekenhuizen, expertisecentra, …)

(G) = Gesubsidieerde aanbod	
Algemeen ziekenhuis (N=165)	AZ
Beschut wonen (N=67)	BW
Centrum voor Ambulante Revalidatie (N=55)	CAR
Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (N=222)	CAW
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (N=114)	CGG
Centrum voor integrale gezinshulp (N=8)	CIG
Consultatiebureau (N=3)	CBU
Diensten Maatschappelijk Werk (N=42)	DMW
Eerstelijnspsychologische functie (onrechtstreeks aangeschreven, N onbekend)	ELP
Expertisecentra (N=428)	Expertise
Forensisch Psychiatrisch Centrum (N=5)	FPC
Forensische Diensten (incl. VAPH & PSD) (N=108)	Forensisch
Hulplijn (telefonisch, chat, mail) & online hulp (N=196)	Hulplijn
Intersectorale samenwerkingsverbanden op de eerste lijn met welzijns- en geestelijke gezondheidsactoren ('Kruispunten') (N=10)	Kruispunten
Mobiele Teams GGZ (N=47)	MBT GGZ
OCMW sociale dienst en welzijn (N=220)	OCMW
ODB Units (N=4)	ODB
Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (N=59)	PAAZ
Psychiatrisch Verzorgingstehuis (N=56)	PVT
Psychiatrische ziekenhuizen (incl. Forensische diensten) (N=136)	PZ
Psychosociale Revalidatie (N=56)	PsyRev
Revalidatiecentrum (N=37)	RevaC
Revalidatieziekenhuis (N=9)	RevaZ
Referentiecentra Autisme (N=12)	RCA
Studentenbegeleidingsdiensten (bv. Stuvo KULeuven en TM) (N=35)	Student
Trajectbegeleiding (N=42)	Traject
Universitaire Ziekenhuizen (N=4)	UZ
Verslavingszorgcentra (N=122)	VZC
Wijkgezondheidscentra (N=79)	WGC
Woonzorgcentra (N=947)	WZC

Opmerking over VAPH-sector: deze zitten opgenomen in verschillende gesubsidieerde voorzieningen (bv. geïnterneerden met een handicap, MDT's, …)

Bijkomende toelichting bij het geïnventariseerde aanbod[27]

- **Algemeen ziekenhuis**: Een ziekenhuis dat een breed scala aan medische diensten biedt, inclusief spoedeisende hulp, chirurgie, psychiatrie, en interne geneeskunde.
- **Beschut Wonen (BW)**: Initiatieven voor beschut wonen bieden ambulante zorg en ondersteuning aan volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige psychiatrische problematiek.
- **Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR)**: Biedt gespecialiseerde diagnostiek en therapie personen met een complexe ontwikkelingsstoornis, gehoorstoornis en/of hersenletsel.
- **Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW)**: Helpt mensen met vragen rond welzijn, zoals relatieproblemen, huisvesting, schulden of psychisch welzijn.
- **Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)**: Biedt ambulante diagnostiek, behandeling en begeleiding voor mensen met psychische of psychiatrische problemen.
- **Centrum voor integrale gezinszorg (CIG)**: Biedt hulp aan gezinnen en (aanstaande) ouders met ernstige opvoedingsproblemen.
- **Consultatiebureau**: Een dienst van Kind en Gezin waar ouders terechtkunnen voor de opvolging van de groei, gezondheid en ontwikkeling van jonge kinderen.
- **Diensten Maatschappelijk Werk (DMW)**: Begeleiden mensen bij administratieve, financiële of psychosociale vragen, vaak verbonden aan mutualiteiten.
- **Eerstelijnspsychologische functie (ELP)**: Laagdrempelige, kortdurende psychologische hulp voor mensen met milde tot matige psychische klachten. Dit aanbod wordt georganiseerd door de netwerken geestelijke gezondheid.
- **Expertisecentra**: Instellingen die gespecialiseerd zijn in specifieke aandoeningen of problematieken, zoals autisme, dementie of chronische pijn.
- **Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC)**: Gesloten instelling dat zich richt zich op geïnterneerden met een hoog risicostatuut, die psychiatrische begeleiding nodig hebben.
- **Forensische Diensten** (incl. VAPH & PSD): Richten zich op mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd, maar die zorg nodig hebben door hun psychische problematiek en/of beperking(en).
- **Hulplijn** (telefonisch, chat, mail) **& online hulp**: Anonieme, toegankelijke hulpkanalen voor mensen met dringende psychische of sociale noden.
- **Intersectorale samenwerkingsverbanden op de eerste lijn ('Kruispunten')**: Netwerken die zorg- en welzijnsactoren samenbrengen om gecoördineerde zorg te bieden.

27 Bronnen: websites van de Vlaamse en federale overheid, RIZIV, Departement Zorg, Agentschap Opgroeien, Sociale Kaart en individuele websites.

- **Mobiele Teams GGZ**: Teams van hulpverleners die psychiatrische zorg aan huis of op locatie geven. Het kan gaan om kortdurende behandeling in crisissituaties of een langdurige ondersteuning bij chronische problemen.
- **OCMW sociale dienst en welzijn**: Lokale diensten die financiële, materiële en psychosociale ondersteuning bieden aan inwoners.
- **ODB Units**: Een observatie-, diagnose- en behandelingsunit biedt ondersteuning aan personen vanaf 16 jaar met een handicap met ernstige gedragsstoornissen.
- **Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ)**: Afdeling binnen een algemeen ziekenhuis die kortdurende psychiatrische zorg biedt.
- **Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT)**: Biedt residentiële hulpverlening aan volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige en een psychiatrische problematiek.
- **Psychiatrische ziekenhuizen**: Gespecialiseerde ziekenhuizen voor behandeling van ernstige psychische stoornissen, zowel residentieel als ambulant.
- **Psychosociale Revalidatie**: Gericht op herstel van mensen met psychische problemen door hen te ondersteunen in hun dagelijks functioneren.
- **Revalidatiecentrum**: Biedt therapie aan mensen die moeten revalideren na een ongeval, ziekte of operatie.
- **Revalidatieziekenhuis**: Gespecialiseerd ziekenhuis voor intensieve revalidatiezorg, vaak na een ziekenhuisopname.
- **Referentiecentra Autisme**: Gespecialiseerde centra voor diagnostiek, begeleiding en advies bij autismespectrumstoornissen.
- **Studentenbegeleidingsdiensten**: Diensten binnen onderwijsinstellingen die studenten ondersteunen bij psychische, studiegerelateerde of sociale problemen.
- **Trajectbegeleiding**: Individuele begeleiding voor mensen die hulp nodig hebben bij het vinden van werk, opleiding of passende zorg.
- **Universitaire Ziekenhuizen**: Ziekenhuizen verbonden aan universiteiten, waar patiëntenzorg, onderzoek en opleiding hand in hand gaan.
- **Verslavingszorgcentra**: Instellingen die hulp bieden bij verslavingen, zowel ambulant als residentieel.
- **Wijkgezondheidscentra**: Multidisciplinaire zorgcentra waar eerstelijnszorg (huisarts, verpleegkundige, psycholoog) gratis of tegen vast tarief wordt aangeboden.
- **Woonzorgcentra**: Instellingen voor ouderen die niet langer zelfstandig thuis kunnen wonen, met focus op zorg en ondersteuning.

Bijlage 2. Werkveldbevraging

STEUNPUNT WELZIJN VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Vlaanderen is zorgzaam samenleven

THOMAS MORE

"Diagnostiek" kan gaan van breed en niet-specifiek tot gespecialiseerd. Het komt echter steeds neer op gegevensverzameling met het oog op begrijpen van de problemen/vragen en/of het organiseren van zorg.

Met "dienst" bedoelen we de plaats waar diagnostiek wordt aangeboden en dit over alle settings, sectoren en statuten heen. Deze term omvat onder andere "afdeling", "praktijk", "centrum" en "voorziening".

Beste

Dankjewel dat je de tijd neemt om deze vragenlijst in te vullen. We willen zicht krijgen op het **diagnostisch aanbod** in Vlaanderen en Brussel dat gericht is op **mentale, emotionele of sociale** problemen, of vragen hierrond bij **volwassenen**. Enkele belangrijke opmerkingen hierbij zijn:

1. Diagnostiek heeft hoofdzakelijk als doel deze problemen of vragen gestructureerd en dynamisch in kaart te brengen en eventueel op basis daarvan zorg op maat te organiseren.
2. Alle mogelijke vormen van psychosociale diagnostiek komen in aanmerking, ongeacht de sector, specialisatie of zorglijn waarin deze wordt aangeboden.
3. Diagnostiek gaat dus breder dan enkel test-diagnostisch onderzoek of "diagnosestelling". We erkennen dat diagnostiek en behandeling soms niet

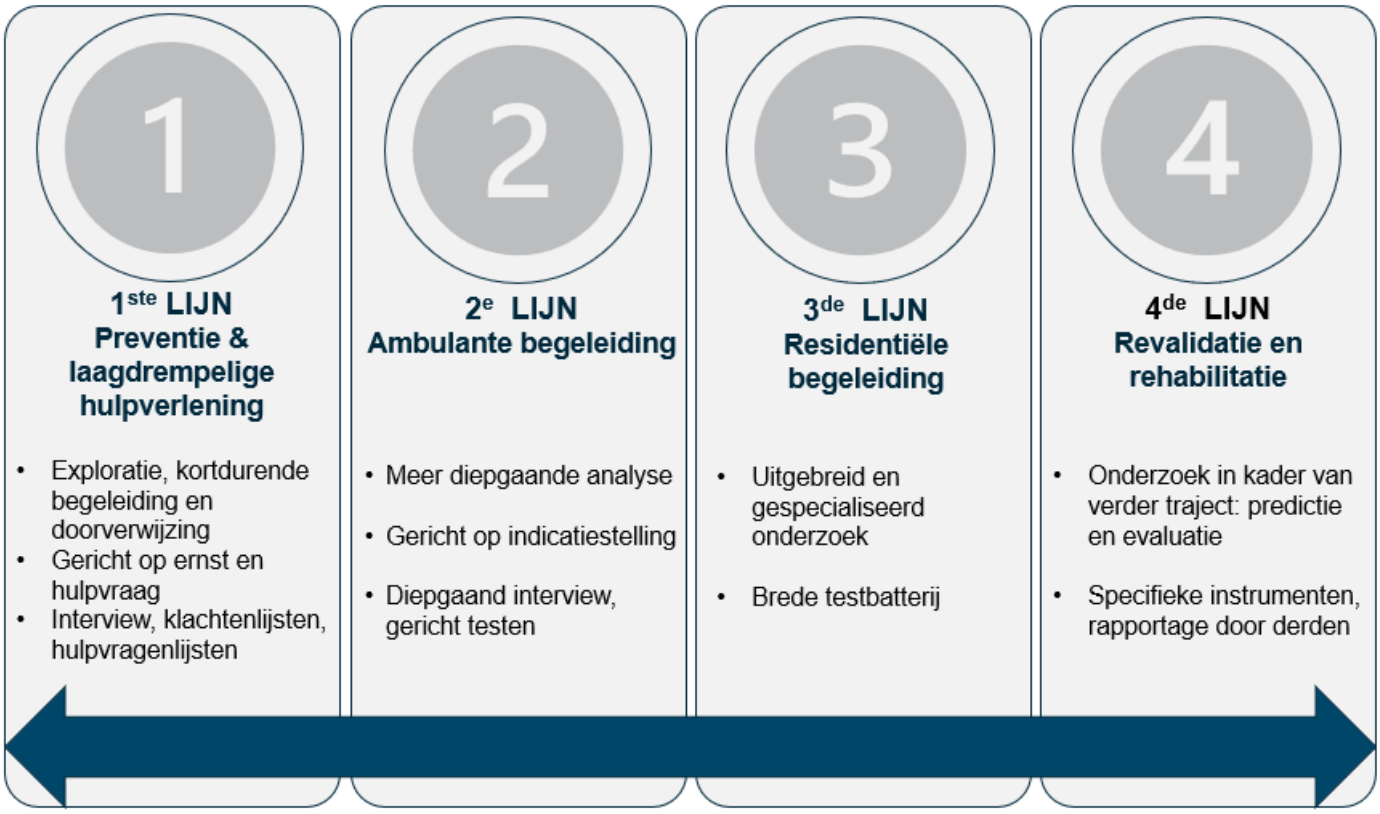
strikt gescheiden kunnen worden.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de onderzoeksgroep Mens en Welzijn van Thomas More in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het is beleidsondersteunend van aard en is cruciaal om tot een gedegen en onderbouwd beleidstraject rond diagnostiek voor volwassenen te komen. Input vanuit het werkveld is een belangrijke bron voor het verdere beleid.

De brede inhoud van diagnostiek kan geïllustreerd worden aan de hand van de volgende **drie voorbeelden**:

1. Een psychologisch consulent, werkzaam in het CAW, maakt op basis van de eerste gesprekken een initiële, brede inschatting van de psychosociale problemen waarmee een cliënt zich aanmeldt. De psychologisch consulent stelt vervolgens een begeleidingsplan op.
2. Een maatschappelijk werker inventariseert concrete doelen, wensen, vragen en krachten samen met een cliënt met een blijvende psychotische kwetsbaarheid die verblijft in een studio van Beschut Wonen. Dit vormt de rode draad doorheen de verdere individuele begeleiding.
3. Een klinisch psycholoog, werkzaam in een CGG of een privépraktijk, stelt bij een cliënt vast dat er sprake is van een depressieve stemmingsstoornis. De hulpverlener komt tot deze conclusie op basis van een aantal gesprekken en een gespecialiseerd testonderzoek, in overleg met enkele collega's en een psychiater verbonden aan de dienst.

Diagnostiek in dit onderzoek wordt opgevat als een systematisch en dynamisch proces van gegevensverzameling en/of hypothesetoetsing.



Het is gericht op het begrijpen van klachten en/of het organiseren van zorg voor een hulpzoekende.

Diagnostiek kan hierdoor zowel (1) beschrijvend of verklarend, als (2) interventie- of handelingsgericht zijn. De doelstellingen zijn diagnosestelling (*begrijpen van de klachten en functioneren*), verwijzing (*beter inspelen op de zorg- of hulpvraag*), opstellen van behandeling/behandelplanning of rehabilitatie/revalidatie.

Om zicht te krijgen op het huidige aanbod en praktijk willen we vragen om de vragenlijst in te vullen op basis van de reële, dagelijkse praktijk. Er is hier geen “evaluatie” aan gekoppeld. Dit houdt in dat de kwaliteit van de diagnostiek van jouw dienst niet geëvalueerd wordt.

Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 15 à 20 minuten in beslag nemen.

Diagnostiek hoeft niet jouw hoofdactiviteit te zijn om deel te nemen aan dit

onderzoek. **Wanneer je op meerdere diensten werkzaam bent (bv. in een ziekenhuis en eigen praktijk), is het mogelijk de vragenlijst twee maal in te vullen, telkens vanuit een andere dienst. Kies je ervoor om de vragenlijst slechts éénmaal in te vullen, dan is het belangrijk dat je de vragenlijst echt invult enkel vanuit deze ene specifieke dienst (en de andere dienst volledig buiten beschouwing laat).**

Deze studie voldoet aan de ethische richtlijnen, opgelegd door het Ethisch Comité van Thomas More hogeschool. Het gunstig advies werd gegeven op 3 februari 2025. Alle gegevens in dit onderzoek worden vertrouwelijk en op groepsniveau verwerkt. We vragen nergens jouw naam. Deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig en kan je op elk ogenblik stoppen, zonder hiervoor een reden te geven.

Indien je op dit moment vragen of opmerkingen hebt, of meer informatie wenst over dit onderzoek, kan je contact opnemen met onderzoeker Steven Joris via steven.joris@thomasmore.be.

Alvast hartelijk bedankt voor je medewerking!

Steven Joris
Noortje Hermans
Mieke Decuyper

Thomas More
Campus Sanderus | Molenstraat 8 | 2018 Antwerpen

Voor je van start gaat met het invullen van de vragenlijst, verzoeken we je om onderstaande punten te bevestigen.

- Ik heb duidelijk informatie gekregen over het hoe en waarom van dit onderzoek.
- Ik weet dat ik zal deelnemen aan een beleidsondersteunend onderzoek naar het aanbod van hulpverleners in Vlaanderen en Brussel die psychische problemen (of klachten) systematisch

en dynamisch in kaart brengen en/of op basis daarvan zorg op maat organiseren voor een hulpzoekende.

- Ik weet dat er geen beloning of compensatie gekoppeld is aan mijn deelname aan het onderzoek.
- Ik weet dat mijn deelname aan dit onderzoek vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan.

- Ik weet dat de resultaten van dit onderzoek zullen worden opgenomen in een eindrapport. Ik weet dat nergens mijn naam in de vragenlijst wordt gevraagd, wel worden een aantal demografische gegevens verzameld zoals postcode, functie, soort dienst,... Deze gegevens worden enkel op groepsniveau verwerkt. Resultaten worden niet bekeken per individuele deelnemer. De onderzoeksgroep van Thomas More heeft als enige toegang tot de ruwe data. De kwalitatieve data zullen geanonimiseerd doorgegeven worden aan het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Voor de verdere verwerking van de verzamelde gegevens geldt het algemeen belang als rechtsgrond voor de privacywetgeving. Doorheen dit onderzoek zullen mijn gegevens steeds vertrouwelijk behandeld worden. Voor vragen evenals voor de uitoefening van mijn rechten (inzage gegevens, correctie ervan...) weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij Steven Joris (steven.joris@thomasmore.be). Meer informatie met betrekking tot privacy in onderzoek kan ik terugvinden op https://thomasmore.be/nl/privacyverklaring. Verdere vragen over privacyaspecten kan ik richten tot de functionaris voor gegevensbescherming: dpo@thomasmore.be.
- De onderzoekers zullen de volgende maatregelen nemen om mijn privacy te beschermen: antwoorden op de vragenlijst zullen bijgehouden worden op een beschermde server van Thomas More en gegevens worden na 10 jaar verwijderd.

- Het onderzoeksrapport (resultaten op groepsniveau) kan enkel ingekeken worden na vrijgave door de betrokken minister. Deze dient het rapport over deze studie vrij te geven, vooraleer het rapport publiek kan gemaakt worden.

- ◯ Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en heb antwoord gekregen op al mijn vragen over dit onderzoek. Ik stem toe om deel te nemen.

Voor welk type dienst vul je deze vragenlijst in?

- ◯ Een gesubsidieerde dienst: een instelling of dienst die financiële steun ontvangt van de overheid (e.g. CGG, ziekenhuis, ...)
- ◯ Een private dienst: een praktijk of dienst die geen financiële steun ontvangt van de overheid (e.g. zelfstandige (groeps)praktijk)

Binnen de gesubsidieerde aanbieders: Voor welke dienst vul je deze vragenlijst in?

- ◯ Algemeen ziekenhuis
- ◯ Forensisch-psychiatrisch ziekenhuis/centrum
- ◯ Psychiatrische ziekenhuis
- ◯ Revalidatieziekenhuis
- ◯ Universitair ziekenhuis, inclusief expertisecentra
- ◯ Expertise centrum niet verbonden aan een universitair ziekenhuis
- ◯ Beschut wonen
- ◯ Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
- ◯ Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)
- ◯ Eerstelijnspsychologische zorg (ELP)
- ◯ Hulplijn (telefonisch, chat, mail)
- ◯ Mobiel Team Geestelijke Gezondheidszorg
- ◯ Multifunctioneel centrum
- ◯ Psychiatrisch Verzorgingstehuis
- ◯ Psychosociale Dienst gevangenis

- ○ Revalidatiecentrum voor psychische revalidatie
- ○ Studentenvoorziening of studentenbegeleidingsdienst (bv. Stuvo KULeuven en TM)
- ○ Vergunde zorgaanbieder (bv. thuisbegeleidingsdienst)
- ○ Woonzorgcentrum
- ○ Andere:...

Namelijk

Je hebt "ziekenhuis" aangeduid. Gelieve hieronder aan te geven voor welke dienst je dit invult.

Wat is de postcode van de dienst waarvoor je de vragenlijst invult?

Welke rol vervul je binnen de dienst waarvoor je de vragenlijst invult? Duid alle antwoorden aan die van toepassing zijn.

- ☐ Zorgverstrekker of paramedisch medewerker
- ☐ Stafmedewerker of administratief medewerker
- ☐ Coördinator of dienstverantwoordelijke

Binnen het niet-gesubsidieerde aanbod: voor welk soort dienst vul je deze vragenlijst in?

- ○ Ik werk in een solopraktijk
- ○ Ik werk in een monodisciplinaire groepspraktijk

- ◯ Ik werk in een multidisciplinaire groepspraktijk
- ◯ Andere:

Namelijk:

Welke rol vervul je binnen de dienst waarvoor je de vragenlijst invult? Duid alle antwoorden aan die van toepassing zijn.

- ☐ Zorgverstrekker of paramedisch medewerker
- ☐ Administratief medewerker
- ☐ Praktijkhouder of coördinator

Welke soort zorgverstrekker of paramedisch medewerker ben je?

- ◯ Psychiater
- ◯ Huisarts
- ◯ Arts met een andere specialisatie
- ◯ Klinisch psycholoog
- ◯ Klinisch orthopedagoog
- ◯ Psychologisch consulent
- ◯ Orthopedagogisch consulent
- ◯ Maatschappelijk/sociaal werker
- ◯ Psychiatrisch verpleegkundige
- ◯ Ik ben geen zorgverstrekker of paramedisch medewerker
- ◯ Andere:

Namelijk:

Hoeveel uren in de week ben je gemiddeld per week bezig met diagnostiek? (incl. voorbereiding, (hetero)anamnese, gesprekken, testafnames, scoring, verslaggeving, multidisciplinair overleg, terugkoppeling, ...)

Behoort (een vorm van) diagnostiek tot het officiële opdrachtenkader van de dienst? (hoe groot of hoe klein ook)

- Ja
- Nee
- Hier heb ik geen zicht op.

Vindt er een vorm van diagnostiek plaats? (hoe groot of hoe klein ook)

- Ja
- Nee

Vanaf welke leeftijd kunnen mensen (volgens het officiële opdrachtenkader of intern reglement) gebruik maken van het diagnostisch aanbod voor de volwassenwerking?

- Jonger dan 16 jaar
- Vanaf 16 jaar
- Vanaf 18 jaar
- Vanaf 16 jaar mits bepaalde voorwaarden, namelijk

Vanaf welke leeftijd kunnen kinderen en jongeren gebruik maken van het diagnostisch aanbod?

- Kies een van deze
- 15 jaar
- 14 jaar
- 13 jaar
- 12 jaar
- 11 jaar
- 10 jaar
- 9 jaar
- 8 jaar
- 7 jaar
- 6 jaar
- 5 jaar
- 4 jaar
- 3 jaar
- 2 jaar
- 1 jaar

Waarom wijken jullie af van de standaardleeftijd 18 jaar als aanvangsleeftijd voor het volwassenaanbod?

Hanteren jullie een bovengrens voor de volwassenwerking op vlak van leeftijd?

- Ja
- Nee

Tot welke leeftijd kunnen mensen op jullie dienst terecht voor diagnostiek?

- Kies een van deze
- jonger dan 21
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36

- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59

- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66
- 67
- 68
- 69
- 70
- 71
- 72
- 73
- 74
- 75
- 76
- 77
- 78
- 79
- 80
- 81

- 82
- 83
- 84
- 85
- 86
- 87
- 88
- 89
- 90
- 91
- 92
- 93
- 94
- 95
- 96
- 97
- 98
- 99
- 100

Hanteren jullie (buiten leeftijd) andere voorwaarden om gebruik te maken van het diagnostische aanbod (volgens het officiële opdrachtenkader en/of intern reglement)? Deze voorwaarde(n) is/zijn noodzakelijk om beroep te kunnen doen op het aanbod.

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- [ ] Nee, we hanteren geen andere voorwaarden
- [ ] Er is een doorverwijzing nodig
- [ ] Hoog niveau van cognitief functioneren
- [ ] Laag niveau van cognitief functioneren
- [ ] Goede beheersing van het Nederlands
- [ ] Beperkte beheersing van het Nederlands (bv. aanbod specifiek gericht op anderstaligen)
- [ ] Beperkte financiële middelen
- [ ] Andere diagnose
- [ ] Andere culturele achtergrond
- [ ] Aard van de hulpvraag
- [ ] Andere:

Wie doet binnen jouw dienst aan diagnostiek?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- [ ] Huisarts
- [ ] Psychiater
- [ ] Klinisch psycholoog
- [ ] Klinisch orthopedagoog
- [ ] Psychologisch consulent
- [ ] Orthopedagogisch consulent
- [ ] Maatschappelijk/sociaal werker
- [ ] Andere:

Hoe zou je diagnostiek binnen jouw dienst omschrijven?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- [ ] Diagnostiek is **breed** en niet-specifiek, gericht op een **eerste inschatting** van de hulpvraag of problemen. Het doel is om personen te identificeren die nood hebben aan verdere zorg of doorverwijzing.
- [ ] Diagnostiek is **gespecialiseerd**, gericht op mensen met **meer complexe** of chronische sociale, emotionele en/of mentale problemen. Deze diagnostiek is gericht op mensen met specifieke zorgvragen. Hierbij wordt verder gekeken naar specifieke stoornissen en kan gebruik worden gemaakt van gestandaardiseerde tests en klinische interviews om bijvoorbeeld een diagnose te stellen.
- [ ] Diagnostiek is **zeer uitgebreid** en is gericht op de **meest complexe, multifactoriële problematieken**, vaak met een nauwe **integratie** van somatische en psychische factoren. Hierbij werken meerdere disciplines samen.
- [ ] Diagnostiek wordt toegepast in settings die langdurige zorg bieden bij **ernstige en/of chronische mentale aandoeningen**. Dit soort diagnostiek is veelal gericht op het maken van voorspellingen over en het evalueren van het beloop van een langer zorgtraject.
- [ ] Wat ik doe, past niet meteen in één van deze opties. Je kan dit hier verder toelichten.

Duid alle woorden aan die van toepassing zijn op de diagnostiek die op jouw dienst wordt uitgevoerd

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- [ ] Laagdrempelig
- [ ] Generalistisch
- [ ] Oriënterend
- [ ] Triage
- [ ] Verwijzing
- [ ] Vroegdetectie
- [ ] Signalisatie
- [ ] Kortdurend
- [ ] Middendrempelig

- [ ] Gespecialiseerd
- [ ] Multidisciplinair
- [ ] Diepgaand
- [ ] Langdurig
- [ ] Hoogdrempelig
- [ ] Zeer gespecialiseerd
- [ ] Atypische problematieken
- [ ] Complex
- [ ] Intensief
- [ ] Multimethodologisch
- [ ] Langdurig

In welke fase van het (ruimere) zorgtraject wordt er aan diagnostiek gedaan?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- [ ] Aan het begin van het zorgtraject (eerder focus op vraagverheldering, casusconceptualisatie, verwijzing, ...)
- [ ] Tijdens het zorgtraject (eerder focus op bepalen van behandeleffectiviteit, classificatie, verwijzing, ...)
- [ ] Aan het einde van het zorgtraject (eerder focus op rehabilitatie, revalidatie, ...)
- [ ] Dit is niet zo duidelijk

Welke zijn de doelstellingen? Waarop is het diagnostisch aanbod doorgaans gericht?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- [ ] Het in kaart brengen, beschrijven of begrijpen van het psychosociaal functioneren van een persoon.

- [ ] Het aanleveren van informatie die noodzakelijk is voor het organiseren van zorg op maat van de hulpzoekende, zowel op vlak van behandeling als rehabilitatie/revalidatie.
- [ ] Het classificeren van een ziekte, stoornis of syndroom.
- [ ] Het inschatten van de ernst of intensiteit van problemen.
- [ ] Dit is niet zo duidelijk.

Welke diagnostische instrumenten en methoden worden er gebruikt? Dit kan zowel bij de cliënt als bij een informant worden toegepast.

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- [ ] Gesprekken
- [ ] Observaties/observatieschalen (gestructureerd of semi-gestructureerd)
- [ ] Screeningsinstrumenten (vragenlijsten of prestatietests die bijvoorbeeld oppervlakkig en snel peilen naar bepaalde klachten of symptomen)
- [ ] Klinische interviews (gestructureerd of semi-gestructureerd)
- [ ] Klinische vragenlijsten (die bijvoorbeeld peilen naar persoonlijkheidskenmerken, de aanwezigheid van een depressieve stoornis, ...)
- [ ] Prestatietests (waar mensen opdrachten of taken moeten uitvoeren, zoals bijvoorbeeld geheugentaken)
- [ ] Dossierstudie
- [ ] Beeldvorming
- [ ] Andere:

Hoe vaak doe je, wanneer je aan diagnostiek doet, beroep op de volgende personen?

	nooit	af en toe	vaak	altijd
Huisarts	○	○	○	○
Psychiater	○	○	○	○

Klinisch psycholoog	○	○	○	○
Klinisch orthopedagoog	○	○	○	○
Psychologisch consulent	○	○	○	○
Orthopedagogisch consulent	○	○	○	○
Maatschappelijk/sociaal werker	○	○	○	○

Onderstaande vragen hebben betrekking op de **kwaliteit van instrumenten**. We vragen je eerst om **de instrumenten die je zelf ter beschikking hebt** te beoordelen. Nadien vragen we je om een inschatting te maken over de algemene kwaliteit van het testmateriaal in Vlaanderen en Brussel.

Hoeveel van het materiaal dat je ter beschikking hebt is:

	Ik heb hier geen info over	zo goed als geen materiaal	een minderheid van het materiaal	het merendeel van het materiaal	zo goed als alle materiaal
Aangepast aan de Vlaamse populatie (Vlaams genormeerd)?	○	○	○	○	○
Betrouwbaar en valide?	○	○	○	○	○
Aangepast aan de onderzoeksvraag of -hypothese?	○	○	○	○	○
Aangepast aan de doelgroep?	○	○	○	○	○
Recent genormeerd?	○	○	○	○	○
Aansluitend bij de huidige tijd en recente inzichten?	○	○	○	○	○

Optioneel: Indien je dit nodig vindt, kan je hier bijkomende toelichting geven over de kwaliteit van het beschikbare testmateriaal op jouw dienst (vorige vraag).

We hebben je net gevraagd het materiaal dat je zelf ter beschikking hebt te beoordelen. Nu vragen

we je om een inschatting te maken over de **algemene kwaliteit van het testmateriaal in Vlaanderen en Brussel**.

Hoeveel van het materiaal beschikbaar in Vlaanderen en Brussel is:

	Ik heb hier geen info over	zo goed als geen materiaal	een minderheid van het materiaal	het merendeel van het materiaal	zo goed als alle materiaal
Aangepast aan de Vlaamse populatie (Vlaams genormeerd)?	○	○	○	○	○
Betrouwbaar en valide?	○	○	○	○	○
Aangepast aan de onderzoeksvraag of -hypothese?	○	○	○	○	○
Aangepast aan de doelgroep?	○	○	○	○	○
Recent genormeerd?	○	○	○	○	○
Aansluitend bij de huidige tijd en recente inzichten?	○	○	○	○	○

Optioneel: Indien je dit nodig vindt, kan je hier bijkomende toelichting geven over de kwaliteit van het beschikbare testmateriaal in Vlaanderen en Brussel (vorige vraag).

Onderstaande vragen hebben betrekking op je tevredenheid over bepaalde thema's binnen diagnostiek voor volwassenen. We vragen je eerst om je **tevredenheid** aan te geven over deze **thema's binnen je eigen dienst**. Nadien vragen we je om je tevredenheid aan te geven over deze thema's voor Vlaanderen en Brussel.

	helemaal niet tevreden	niet tevreden	tevreden	heel tevreden
Beschikbare tijd voor diagnostiek	○	○	○	○
Beschikbaarheid van diagnostisch materiaal	○	○	○	○
Budget voor diagnostisch materiaal	○	○	○	○

Aantal aanbieders voor diagnostiek voor volwassenen	○	○	○	○
Aanbod vorming diagnostiek voor volwassenen	○	○	○	○
Bronnen die je kan raadplegen omtrent vragen over diagnostiek	○	○	○	○

Optioneel: Indien je dit nodig vindt, kan je hier bijkomende toelichting geven over je tevredenheid over bepaalde thema's met betrekking tot diagnostiek voor volwassenen op jouw dienst (vorige vraag).

Onderstaande vragen peilen opnieuw naar je **tevredenheid over bepaalde thema's** over diagnostiek voor volwassenen, nu **gericht op Vlaanderen en Brussel** in plaats van jouw specifieke dienst.

	helemaal niet tevreden	niet tevreden	tevreden	heel tevreden
Regelgeving (wettelijk kader)	○	○	○	○
Beschikbare tijd voor diagnostiek	○	○	○	○
Beschikbaarheid van diagnostisch materiaal	○	○	○	○
Budget voor diagnostisch materiaal	○	○	○	○
Aantal aanbieders voor diagnostiek voor volwassenen	○	○	○	○
Aanbod vorming diagnostiek voor volwassenen	○	○	○	○
Bronnen die je kan raadplegen omtrent vragen over diagnostiek	○	○	○	○

Optioneel: Indien je dit nodig vindt, kan je hier bijkomende toelichting geven over je tevredenheid over bepaalde thema's met betrekking tot diagnostiek voor volwassenen voor Vlaanderen en Brussel (vorige vraag).

Met welk soort klachten en vragen kunnen volwassenen terecht op jullie dienst voor diagnostiek of voor een behandelings- of begeleidingstraject waarbinnen diagnostiek aan bod komt?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- [ ] Angst en fobieën
- [ ] Bipolaire stemmingsstoornissen
- [ ] Cognitieve problemen en intelligentie
- [ ] Coping
- [ ] Cultuurspecifieke of migratiegerelateerde problemen of vragen
- [ ] Depressie en stemmingsproblemen
- [ ] Dissociatieve stoornissen
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Existentiële en levensfaseproblemen (pubertijd, midlife, pensioen)
- [ ] Gedragsproblemen
- [ ] Genderdysforie
- [ ] Gezin en opvoeding
- [ ] Identiteit en zelfbeeld
- [ ] Levenskwaliteit en mentaal welzijn
- [ ] Lichamelijke klachten met psychische oorzaak

- [ ] Middelengebruik en verslaving
- [ ] Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (e.g. leerstoornissen, taalstoornissen, cognitieve beperking)
- [ ] Neurologische stoornissen (e.g. NAH)
- [ ] Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
- [ ] Parafiele stoornissen
- [ ] Perfectionisme
- [ ] Persoonlijkheidsproblemen
- [ ] Piekeren
- [ ] Psychotische stoornissen
- [ ] Psychotrauma
- [ ] Relaties
- [ ] Rouw en verlies
- [ ] Seksualiteit en seksuele disfuncties
- [ ] Slaap-waakproblemen
- [ ] Stress (e.g. burn-out, chronische stress, veerkracht)
- [ ] Suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging
- [ ] Voedings- en eetstoornissen
- [ ] Werk- of studiegerelateerde problemen
- [ ] Zindelijkheid
- [ ] Overige psychische problemen
- [ ] Andere onderwerpen die een reden voor zorg kunnen zijn

Met welke van deze klachten komen jullie op de dienst het meest in aanraking?

Meerdere antwoorden mogelijk

- [ ] Angst en fobieën
- [ ] Bipolaire stemmingsstoornissen
- [ ] Cognitieve problemen en intelligentie
- [ ] Coping
- [ ] Cultuurspecifieke of migratiegerelateerde problemen of vragen
- [ ] Depressie en stemmingsproblemen
- [ ] Dissociatieve stoornissen
- [ ] Emotieregulatie
- [ ] Existentiële en levensfaseproblemen (pubertijd, midlife, pensioen)
- [ ] Gedragsproblemen
- [ ] Genderdysforie
- [ ] Gezin en opvoeding
- [ ] Identiteit en zelfbeeld
- [ ] Levenskwaliteit en mentaal welzijn
- [ ] Lichamelijke klachten met psychische oorzaak
- [ ] Middelengebruik en verslaving
- [ ] Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (e.g. leerstoornissen, taalstoornissen, cognitieve beperking)
- [ ] Neurologische stoornissen (e.g. NAH)
- [ ] Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
- [ ] Parafiele stoornissen
- [ ] Perfectionisme

- [ ] Persoonlijkheidsproblemen
- [ ] Piekeren
- [ ] Psychotische stoornissen
- [ ] Psychotrauma
- [ ] Relaties
- [ ] Rouw en verlies
- [ ] Seksualiteit en seksuele disfuncties
- [ ] Slaap-waakproblemen
- [ ] Stress (e.g. burn-out, chronische stress, veerkracht)
- [ ] Suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging
- [ ] Voedings- en eetstoornissen
- [ ] Werk- of studiegerelateerde problemen
- [ ] Zindelijkheid
- [ ] Overige psychische problemen
- [ ] Andere onderwerpen die een reden voor zorg kunnen zijn

De volgende vragen peilen naar tijdsinschattingen.
Ook indien je werkt op een dienst met minder afgebakende onderzoekstrajecten (bv. waar diagnostiek en interventies nauwer met elkaar verweven zijn) vragen we je om een schatting te maken.

Hoeveel **uren** neemt een diagnostisch onderzoek/traject doorgaans in beslag in totaal per cliënt? (incl. voorbereiding, (hetero)anamnese, gesprekken, testafnames, observaties, scoring, verslaggeving, multidisciplinair overleg, terugkoppeling, ...)

Hoeveel **uren** hiervan zijn rechtstreeks cliëntencontact?

Hoe vaak ligt volgens jou de vraag naar diagnostiek hoger dan je kan bieden binnen jouw dienst?

- ○ Nooit
- ○ Soms
- ○ Vaak
- ○ Altijd

Hoe ga je ermee om als je meer vragen krijgt dan je kan beantwoorden/opnemen?

Meerdere opties zijn mogelijk.

- ☐ Voorrang geven aan bepaalde vragen/problematieken/groepen/ernst
- ☐ Uitsluiten van bepaalde vragen/problematieken/groepen/ernst
- ☐ Chronologisch afspraak geven op basis van aanmelddatum
- ☐ Beperkte screening doen in plaats van uitgebreide diagnostiek
- ☐ Doorverwijzing intern
- ☐ Doorverwijzing naar andere gesubsidieerde dienst extern
- ☐ Doorverwijzing naar andere privé dienst extern
- ☐ Aanmeldstop
- ☐ Iets anders, namelijk:

Welke vragen/problematieken/groepen krijgen voorrang voor diagnostiek?

Welke vragen/problematieken/groepen worden uitgesloten voor diagnostiek?

Binnen welke termijn kon een diagnostisch onderzoek/traject het afgelopen jaar gemiddeld starten vanaf het eerste contact (telefonisch, via mail, boekingssysteem, ...)?

- Kies een van deze
- Binnen een week
- Tussen één à twee weken
- Tussen drie à vier weken
- Tussen één à twee maanden
- Tussen twee à drie maanden
- Tussen drie à zes maanden
- Tussen zes à negen maanden
- Tussen negen à 12 maanden
- Tussen 1 jaar à 1,5 jaar
- Langer dan 1,5 jaar

Hoe lang bedraagt momenteel de gemiddelde wachttijd voor deze onderzoeken/trajecten? Geef dit aan in weken.

Op welke manier melden mensen zich doorgaans aan voor diagnostiek of vraagverheldering?

- De meeste mensen melden zich uit eigen beweging aan.
- De meeste mensen melden zich aan op verwijzing van een andere hulpverlener.
- Dit is ongeveer gelijk.

Zijn er - volgens jouw inschatting - hindernissen of belemmeringen voor de cliënt wanneer die zich aanmeldt?

- Ja
- Nee

Welke hindernissen of belemmeringen zijn er volgens jouw inschatting voor de cliënt bij de aanmelding?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- [ ] Wachttijden bij diensten
- [ ] Financiële drempel
- [ ] Complexiteit van de problematiek
- [ ] Complexiteit van het hulpverleningslandschap
- [ ] Behoudendheid in de omgeving
- [ ] Taal
- [ ] Beperkte fysieke toegankelijkheid van de dienst

- [ ] Beperkte bereikbaarheid van de dienst
- [ ] Verstandelijke beperking
- [ ] Motivatie bij de cliënt
- [ ] Drempel om hulp te zoeken rond emotionele, sociale en mentale thema's
- [ ] Andere, namelijk:

Mensen die zich aanmelden op jouw dienst hebben doorgaans bepaalde verwachtingen. Hoe schat jij deze verwachtingen in?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- [ ] Mensen zijn op zoek naar een diagnose/label
- [ ] Mensen zijn op zoek naar een verklaring voor hun problemen/gedrag/...
- [ ] Mensen zijn op zoek naar een gepaste en effectieve behandeling voor hun problemen/gedrag/...
- [ ] Mensen zijn op zoek naar hulpmiddelen (bv. attest, toegang tot diensten)
- [ ] Mensen hebben geen specifieke verwachtingen
- [ ] Andere, namelijk:

Wat gebeurt er doorgaans na het diagnostisch traject?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- [ ] Start van een begeleiding voor de cliënt (optie zelf of doorverwijzen)
- [ ] Aanpassingen in de omgeving van de cliënt (thuis, werk of school)
- [ ] Toegang tot hulpmiddelen of diensten (uitkering, ondersteuning, ...)
- [ ] Andere , namelijk:

Welke van onderstaande rollen die je dienst kan opnemen na de diagnostiek, behoren tot het officiële opdrachtenkader?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- [ ] Zelf een begeleiding opstarten
- [ ] Informatie/verwijsbrief/attest geven voor gepaste, verdere hulpverlening
- [ ] Zelf contact opnemen met de hulpverlening waarnaar je doorverwijst
- [ ] Behandelcoördinatie of casemanagement
- [ ] Terugkoppeling naar de doorverwijzer
- [ ] Hierna neem ik geen verdere rol meer op
- [ ] Ik werk in een privépraktijk en heb geen officieel opdrachtenkader

Welke rol neemt je dienst effectief verder op in het proces na diagnostiek?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- [ ] Zelf een begeleiding opstarten
- [ ] Informatie/verwijsbrief/attest geven voor gepaste, verdere hulpverlening
- [ ] Zelf contact opnemen met de hulpverlening waarnaar je doorverwijst
- [ ] Behandelcoördinatie of casemanagement
- [ ] Terugkoppeling naar de doorverwijzer
- [ ] Hierna neem ik geen verdere rol meer op

Hartelijk dank voor je deelname!

Hieronder kan je nog bemerkingen meegeven en je eventuele interesse voor deelname aan een focusgroep kenbaar maken.

Heb je nog bepaalde feedback, bedenkingen of opmerkingen (vertrouwelijk) over deze bevraging? Dit kan je hier anoniem vermelden.

Heb je interesse om deel te nemen aan een verdiepende focusgroep over het diagnostisch aanbod voor volwassenen in Vlaanderen en Brussel? Dit omvat **één groepsgesprek** van **maximaal 2 uur** en zal **online** doorgaan.

- ◯ Ja
- ◯ Nee

Je gaf hierboven aan dat je interesse hebt om deel te nemen aan een focusgroep over het diagnostisch aanbod voor volwassenen in Vlaanderen en Brussel. Deze focusgroep wordt ook uitgevoerd door de onderzoeksgroep Mens en Welzijn van Thomas More in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Klik op onderstaande link om je eventuele beschikbaarheid hiervoor door te geven.

>> link deelname focusgroep <<

Indien je nog vragen of opmerkingen hebt over het onderzoek zelf, kan je contact opnemen met Steven Joris, de coördinator van dit onderzoek (steven.joris@thomasmore.be).
Dit wordt uiteraard volledig vertrouwelijk behandeld.

Hartelijk dank voor je deelname!

Met dit onderzoek willen we de diagnostische praktijk in kaart brengen. Daarom willen we de mensen bereiken die diagnostiek effectief uitvoeren. We willen je vragen de mail met uitnodiging tot deelname aan dit onderzoek te bezorgen aan een zorgverstrekker of paramedisch medewerker van jouw team die effectief diagnostiek uitvoert.

Hier vind je bijkomend de link naar de vragenlijst zelf: https://thomasmore.questionpro.eu/t/AB3uwJUZB3v0dF

Indien je nog vragen of opmerkingen hebt over het onderzoek zelf, kan je contact opnemen met Steven Joris, de coördinator van dit onderzoek (steven.joris@thomasmore.be).
Dit wordt uiteraard volledig vertrouwelijk behandeld.

Aangezien je hebt aangegeven dat er geen diagnostiek plaatsvindt op jouw dienst, zijn de overige vragen niet meer van toepassing.

Hartelijk dank voor je deelname!

Heb je nog bepaalde feedback, bedenkingen of opmerkingen (vertrouwelijk) over deze bevraging? Dit kan je hier anoniem vermelden.

Indien je nog vragen of opmerkingen hebt over het onderzoek zelf, kan je contact opnemen met Steven Joris, de coördinator van dit onderzoek (steven.joris@thomasmore.be).
Dit wordt uiteraard volledig vertrouwelijk behandeld.

Bijlage 3. Draaiboek focusgroepen

Doelstellingen en onderzoeksvraag

Met onze focusgroepen trachten we een beter zicht te krijgen op de mate waarop er voldoende afstemming is tussen het diagnostisch aanbod en de vraag ernaar. Dit doen we door enkele focusgroepen te organiseren met diverse zorgverstrekkers die diagnostiek aanbieden. Deze focusgroepen zijn complementair aan de enquête en laten ons toe om diepgaander te peilen naar de noden en verwachtingen die zorgverleners zien bij volwassenen die zich aanmelden voor diagnostiek.

Centrale onderzoeksvraag: *In welke mate is er (on)voldoende afstemming tussen het diagnostisch aanbod en de vraag ernaar?*

Doelgroep en selectiecriteria

Deelnemers aan de focusgroepen worden geselecteerd op basis van de volgende criteria:

- Achtergrond: de persoon in kwestie moet actief zijn binnen de ruime sector van de geestelijke gezondheidszorg. Leeftijd, geslacht, ervaring, statuut, ... zijn niet relevant.
- Aanvullende criteria: de persoon in kwestie dient aanbieder te zijn van diagnostiek bij volwassenen. We vermijden hierbij expliciet en bewust personen met directie- of kaderfuncties.
- Vrijwillige deelname: deelnemers worden geworven via een online bevraging die we in de periode januari-februari online verspreiden. Deelnemers kunnen aan het einde van deze bevraging aangeven of ze al of niet wensen deel te nemen aan een focusgroep die verder bouwt op de bevraging in kwestie.

Praktische organisatie

- Aantal focusgroepen: Er worden 3 expertpanels (met mogelijkheid tot uitbreiding als er geen datasaturatie is).
- Aantal deelnemers per groep: Per focusgesprek zullen telkens maximaal 10 deelnemers worden opgezet.
- Samenstelling van de groepen: Voor de samenstelling van de deelnemersgroepen zal gerekruteerd worden onder zowel de gesubsidieerde voorzieningen als de zelfstandig zorgverstrekkers, en dit zowel in Vlaanderen als in Brussel. Er zal worden gemikt op een gemengde samenstelling van de focusgroepen.
- Locatie: Om de drempel tot deelname te verlagen en de reeds drukbezette zorgverleners niet onnodig te belasten, zullen de focusgroepen online worden georganiseerd.
- Duur: Een focusgesprek zal telkens maximaal 120 minuten duren per gesprek.
- Overige opmerkingen: De deelnemers kunnen hun stem laten horen in dit beleidsondersteunend onderzoek en zo mee invloed uitoefenen op het beleid.

Verloop en inhoud van de gesprekken

De focusgroepen worden georganiseerd op semi-gestructureerde wijze. We hanteren hierbij enkele kernvragen als leidraad. In functie van de opmerkingen die komen vanuit de groep kunnen bijvragen worden gesteld om de hoofdvragen verder te verfijnen.

Overzicht van de timing (120 minuten)

- Kadering onderzoek: 5 minuten
- Voorstellingsrondje: 10 minuten
- Praktische toelichting: 5 minuten
- Focusgroep: 90 minuten (6x15 min.)
- Afronding: 10 minuten

Concrete toelichting

- Toelichting van het onderzoek (max. 5 min.): We leggen de link met de uitgevoerde werkveldbevraging en lichten toe welke de doelstellingen zijn van de focusgroepen. De centrale vraag die we beantwoord willen zien is de volgende: *In welke mate matcht de aanbodzijde met de vraagzijde wanneer het gaat over diagnostiek bij volwassenen?*
- Kennismakingsrondje (max. 1 min. per persoon): Hier vragen we de deelnemers om zichzelf even voor te stellen (naam, functie, werkplek, affiniteit met diagnostiek).
    - Voorbeeldvragen: Kan je jezelf even voorstellen? Waar werk je? Wat is je affiniteit met diagnostiek?
- Praktische toelichting (max. 5 min.): Hier geven we kort wat praktische toelichting over het medium (Zoom) en het gebruik ervan doorheen de focusgroepen, alsook eventuele afspraken qua werking.
    - Voorbeeldinstructies: Rechts vanboven is er een handje; je mag ook fysiek je hand opsteken als je iets wil zeggen. Spreek vrijuit. Je mag gerust ook inpikken op wat anderen zeggen, beschouw het als een panel 'gesprek' met elkaar.
- Onderzoeksvragen: hier volgen we met de verschillende onderzoeksvragen. De vragen zijn open en niet-sturend om spontane en eerlijke reacties te stimuleren.
    - *Waarom doet men doorgaans beroep op het diagnostisch aanbod (vanuit welke noden, met welke doelstelling of finaliteit)?*
    - *Met welke verwachtingen doet men doorgaans beroep op het diagnostisch aanbod en in hoeverre worden deze ingelost?*
    - *In hoeverre kan je als hulpverlener, met de kennis en de middelen waarover je beschikt, doorgaans effectief inspelen op de noden van de patiënt?*
        - *Mogelijke bijvragen: Over welke middelen beschik je om te voldoen aan deze verwachten? (bv. doorverwijzen naar externe/interne HV of dienst, zelf verder opvolgen, ...)*
        - *Gebrek aan specifieke opleidingen (te weinig aanbod, gebrek aan tijd, geen financiering, ...)*
    - *Ervaar je drempels als hulpverlener in het huidige diagnostische aanbod (bv. wachtlijsten, kostprijs)?*

    - *Hebben cliënten na dit diagnostisch traject hiermee voldoende tools om verder aan de slag kunnen?*
    - *Zijn er positieve evoluties? Wat is haalbaar op korte termijn om te verbeteren?*
- Afronding (max. 10 minuten)

Daarnaast willen we ook ruimte voorzien om dieper in te gaan op enkele resultaten uit de online bevraging, om indien nodig meer verduidelijking te kunnen verkrijgen op bepaalde onderwerpen.

Methode van dataverzameling

- Moderator: Twee van de onderzoekers zullen optreden als moderator: deze personen maken onderlinge afspraken over wie de sessie zal leiden en op welke manier; beide zorgen voor een veilige en respectvolle omgeving.
- Registratie: De focusgroepen worden opgenomen aan de hand van de audio-videofunctie van Zoom om nauwkeurige analyse mogelijk te maken. Er worden ook notities gemaakt door de aanwezige onderzoekers. Deelnemers worden hierover op voorhand geïnformeerd en geven hiervoor expliciet toestemming. Voor de deelname aan de focusgroep zullen de deelnemers na hun kandidaatstelling via mail persoonlijk worden uitgenodigd. Bij deze uitnodiging zal een link worden meegestuurd voor naar een QuestionPro-bevraging waarin deelnemers de geïnformeerde toestemming invullen. Op voorhand zullen de onderzoekers controleren of iedere deelnemer deze correct heeft ingevuld. Van de focusgroepen worden gedetailleerde transcripten neergeschreven en gestructureerd. Op basis hiervan wordt een geïntegreerd rapport opgesteld met daarin de voornaamste bevindingen. De opnames worden nadien verwijderd.
- Verwerking: De gegevens worden geanonimiseerd en opgeslagen in een beveiligde omgeving.

Informed Consent

Een toestemmingsformulier wordt verstrekt aan alle deelnemers. Hierin wordt het volgende uitgelegd:

- Het doel van het onderzoek.
- De aard van de deelname en het recht om op elk moment te stoppen.
- Hoe de gegevens worden verwerkt, opgeslagen en geanonimiseerd.
- Contactgegevens voor verdere vragen.

Ethische overwegingen

- Vrijwilligheid: Deelname is volledig vrijwillig.
- Veiligheid: Er wordt gezorgd voor een respectvolle sfeer waarin deelnemers zich vrij voelen om hun mening te uiten. Opnames van de gesprekken worden tijdelijk opgeslagen op een veilige locatie en worden na het transcriberen verwijderd.

Contactgegevens

Deelnemers kunnen nadien contact opnemen met de betrokken onderzoekers via onderstaande contactgegevens.

- Onderzoeker: Steven Joris, onderzoeker Thomas More, steven.joris@thomasmore.be

Focusgesprek

- Overkoepelende stelling
- Waarom doen mensen doorgaans beroep op het diagnostisch aanbod?
    - Of anders gesteld: *Welke vragen en verwachtingen hebben mensen doorgaans bij aanvang van een traject?*
    - Welke hulpvragen zie jij het vaakst terugkomen bij een aanmelding voor diagnostiek?
    - Wat verwachten cliënten volgens jou van een diagnostisch onderzoek? Zijn die verwachtingen altijd realistisch?
    - In welke mate komt de vraag van de cliënt overeen met de vraag van de verwijzer (bijv. huisarts, CLB, psychiater)?
    - Komt het voor dat cliënten vooral op zoek zijn naar een 'label' of erkenning? Hoe ga je daar mee om?
- Kan je als hulpverlener, met de kennis en de middelen waarover je beschikt, effectief inspelen op de noden en verwachtingen van de patiënt?
    - Of anders gesteld: *In welke situaties kan je goed inspelen op de noden en* verwachtingen? En waarin bots je op grenzen wanneer dat minder goed lukt?
    - Heb je toegang tot de juiste instrumenten en protocollen?
    - In hoeverre voel je je geschoold en ondersteund in het werken met bepaalde doelgroepen of problematieken?
    - Zijn er vormen van diagnostiek waar je momenteel niet (voldoende) in kan voorzien, maar waarvan je denkt dat er wél nood aan is?
    - Wordt je rol als diagnosticus voldoende erkend en ondersteund binnen je team of organisatie? Heb je voldoende ruimte om diagnostiek te doen zoals jij denkt dat het zou moeten? (bv. te weinig kwaliteitsvol testmateriaal, te weinig ruimte om zelf bij te scholen, minder uitgebreide diagnostiek mogelijk dan gewenst door tijdsgebrek/kostprijs, …)
- Ervaar je drempels als hulpverlener in het huidige diagnostische aanbod, en welke dan? Welke drempels zitten er tussen vraag en aanbod?
    - Of anders gesteld: *Voor wie is diagnostiek vlot bereikbaar, en voor wie niet? En waarom dan niet?*
    - Financieel kwetsbaren en kostprijs die zij als drempel zouden ervaren: zijn er daarnaast nog andere groepen die moeilijk de weg vinden naar diagnostiek, en welke drempels ervaren zijn dan?
    - Welke rol spelen kost, locatie, taal of cultuur in het al dan niet toegang hebben tot diagnostiek?

  - Zijn er structurele drempels die zorgen dat er een afstand is tussen vraag en aanbod (bv. wachttijden, gebrek aan terugbetaling)?
  - Zijn er specifieke groepen (bv. mensen met migratieachtergrond, ouderen, personen met verstandelijke beperking) waarvoor je extra drempels ervaart?
  - Wat mis je zelf in het bestaande netwerk om diagnostiek goed te kunnen uitvoeren?
- Hebben cliënten na dit diagnostisch traject voldoende tools om verder aan de slag kunnen?
  - Of anders gesteld: *In hoeverre zijn mensen na een diagnostisch traject effectief 'geholpen'? Is de diagnostiek op jouw dienst voldoende om mensen te helpen, of is aansluiting op een ander stukje hulpverlening noodzakelijk? En zo ja, hoe verloopt die aansluiting?*
  - Ervaar je soms dat cliënten blijven hangen in een diagnostisch proces, zonder dat het leidt tot gepaste hulp of verandering?
  - Worden je bevindingen voldoende opgevolgd, binnen of buiten je eigen dienst?
  - In hoeverre worden je adviezen overgenomen in verdere hulpverlening of behandeling?
  - Wat hebben mensen doorgaans 'nodig' na een diagnostisch traject, om verder te kunnen? (een diagnose/label, een attest, bevestiging of erkenning, …)
- Waar zie je mogelijkheden om op korte/lange termijn de diagnostiek op jouw dienst te verbeteren?
  - Of anders gesteld: *Stel dat je beleidsmakers één concreet voorstel mag doen om diagnostiek beter te organiseren: wat zou dat dan zijn?*
  - Welke beleidsmatige randvoorwaarden en kansen zie je om vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen?
  - Wat heb jij als hulpverlener nodig om zo optimaal mogelijk te werken als diagnosticus?
  - Stel dat je beleidsmakers één concreet voorstel mag doen om diagnostiek beter te organiseren: wat zou dat dan zijn?
  - Welke goede praktijken of modellen (eventueel uit andere sectoren of regio's) inspireren jou?

Bijlage 4. Informed consent focusgroepen

GEINFORMEERDE TOESTEMMING FOCUSGROEPEN: ONDERZOEK MAPPING VAN HET AANBOD EN DE NODEN BIJ DIAGNOSTIEK VOOR VOLWASSENEN

Om jou als deelnemer te beschermen lees je hieronder wat je kan verwachten en wat je rechten zijn:

Ik heb duidelijke informatie gekregen over het hoe en waarom van dit onderzoek.

Ik weet dat ik zal deelnemen aan een online focusgroep met verschillende zorgverleners om de match tussen aanbodzijde en vraagzijde van het diagnostisch aanbod in Vlaanderen en Brussel voor volwassenen na te gaan. Met dit onderzoek willen we als onderzoekers beter zicht krijgen op de mate waarop er afstemming is tussen het diagnostisch aanbod en de vraag ernaar. In deze focusgroep zal onder andere gepeild worden naar noden en verwachtingen die zorgverleners zien bij volwassenen die zich aanmelden voor diagnostiek. Dit onderzoek is complementair aan de werkveldbevraging waaraan je reeds hebt deelgenomen. Per online focusgroep van maximaal 2 uur zullen maximaal 10 zorgverleners deelnemen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan dit onderzoek vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik weet dat er tijdens de focusgroep opnames van mij gemaakt worden. De online focusgroep wordt opgenomen waarna de inhoud getranscribeerd wordt. Dit betekent dat letterlijk neergeschreven wordt wat elke deelnemer zegt tijdens de focusgroep. Van zodra de onderzoekers dit transcript hebben, worden de opnames zelf verwijderd. De kennismaking in het begin van de focusgroep wordt niet mee opgenomen in het transcript.

Op basis van de focusgroepen wordt een geïntegreerd rapport opgesteld met daarin de belangrijkste bevindingen. Deze resultaten zullen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden. Voor de verdere verwerking van de verzamelde gegevens geldt het algemeen belang als rechtsgrond volgens de privacywetgeving. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd. Doorheen dit onderzoek zullen mijn gegevens steeds vertrouwelijk behandeld worden.

De onderzoekers zullen de volgende maatregelen nemen om mijn privacy te beschermen:

- De focusgroepen worden online georganiseerd via het beveiligd platform Zoom.
- Opnames van deze focusgroepen worden na transcriptie onmiddellijk verwijderd.
- De transcripten van de focusgroepen zullen bijgehouden worden op een beschermde server van Thomas More en deze gegevens worden na 10 jaar verwijderd.

Het onderzoeksrapport (resultaten op groepsniveau) kan enkel ingekeken worden na vrijgave door de betrokken minister. Deze dient het rapport over deze studie vrij te geven, vooraleer het rapport publiek kan gemaakt worden. Hierin worden enkel niet identificeerbare gegevens gedeeld. Het zal voor anderen dus niet mogelijk zijn om te achterhalen dat ik hieraan deelnam of welke gegevens van mij afkomstig zijn.

De resultaten worden niet vrijgegeven of bekeken per individuele deelnemer/focusgroep.

Voor vragen evenals voor de uitoefening van mijn rechten (inzage gegevens, correctie ervan…) weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij Steven Joris (steven.joris@thomasmore.be). Meer informatie met betrekking tot privacy in onderzoek kan ik terugvinden op https://thomasmore.be/nl/privacyverklaring.

Verdere vragen over privacyaspecten kan ik richten tot de functionaris voor gegevensbescherming: dpo@thomasmore.be

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en heb antwoord gekregen op al mijn vragen over dit onderzoek. Ik stem toe om deel te nemen.

(Hierop dient de deelnemer te klikken in de QuestionPro vragenlijst die voor deze informed consent aangemaakt is. Voorafgaand aan de start van de focusgroep zelf zullen de onderzoekers nakijken of elke deelnemer dit informed consent ondertekend heeft. Indien dit niet het geval is, zal bij de start van de focusgroep gevraagd worden om dit in orde te brengen en wordt de link nogmaals gedeeld.)

Bijlage 5. Extra tabellen resultaten werkveldbevraging

Wat betreft het gebruik van beeldvorming binnen het gesubsidieerde aanbod (*N* = 73) per dienst:

	N Ja (%)	**N Nee (%)**
Algemeen ziekenhuis	8 (80.0%)	2 (20.0%)
Forensisch psychiatrisch ziekenhuis	2 (40.0%)	3 (60.0%)
Psychiatrisch ziekenhuis	22 (48.9%)	23 (51.1%)
Revalidatieziekenhuis	2 (100%)	0
Universitair ziekenhuis	1 (33.3%)	2 (66.7%)
Expertisecentrum niet verbonden	1 (33.3%)	2 (66,7%)
CAW	0 (0%)	1 (100%)
CGG	0 (0%)	11 (100%)
ELP	1 (33.3%)	2 (66.7%)
Mobiel team GGZ	1 (16.7%)	5 (83.3%)
Multifunctioneel centrum	2 (66.7%)	1 (33.3%)
PSD gevangenis	0 (0%)	2 (100%)
Revalidatiecentrum psychische revalidatie	0 (0%)	1 (100%)
Studentenvoorziening SSB	0 (0%)	2 (100%)
Vergunde zorgaanbieder	23 (88,5%)	3 (11.5%)
WZC	0 (0%)	2 (100%)
CAR	2 (25%)	6 (75%)
Andere	8 (42.1%)	11 (57.9%)

Soort zorgverstrekker die aangeeft binnen gesubsidieerde aanbod gebruik te maken van beeldvorming: 44 klinisch psychologen (60.3%), 15 klinisch orthopedagogen (20.5%), 3 psychologisch consulenten en “andere” (telkens 4.1%), 2 orthopedagogisch consulenten, maatschappelijk werkers, psychiatrisch verpleegkundigen en “geen zorgverstrekkers” (2.7%)

Wat betreft het gebruik van beeldvorming binnen het private aanbod[28]:

	N Ja (%)	N Nee (%)
Solopraktijk	6 (17.6%)	28 (82.4%)
Monodisciplinaire groepspraktijk	4 (12.1%)	29 (87.9%)
Multidisciplinaire groepspraktijk	18 (31.0%)	40 (69.0%)
Andere	0 (0%)	7 (100%)

Soort zorgverstrekker die aangeeft binnen het private aanbod gebruik te maken van beeldvorming[29]: 1 huisarts (5.9%), 11 klinisch psychogen (64.7%), 1 klinisch orthopedagoog (5.9%), 3 psychologisch consulenten (17.6%) en 1 andere (5.9%).

Frequentie samenwerking met verschillende zorgaanbieders

	Nooit	Af en toe	Vaak	Altijd
Beide type diensten				
Huisarts	66 (23.5%)	146 (52.0%)	58 (20.6%)	11 (3.9%)
Psychiater	25 (8.9%)	119 (42.3%)	80 (28.5%)	57 (20.3%)
Klinisch Psycholoog	31 (11.1%)	66 (23.6%)	73 (26.1%)	110 (39.3%)
Klinisch orthopedagoog	168 (60.2%)	67 (24.0%)	27 (9.7%)	17 (6.1%)
Psychologisch consulent	166 (59.5%)	63 (22.6%)	25 (9.0%)	25 (9.0%)
Orthopedagogisch Consulent	237 (85.3%)	30 (10.8%)	6 (2.2%)	5 (1.8%)
Maatschappelijk werker	112 (40.1%)	107 (38.4%)	42 (15.1%)	18 (6.5%)
Gesubsidieerde diensten (N=149)				
Huisarts	42 (28.2%)	69 (46.3%)	31 (20.8%)	7 (4.7%)
Psychiater	9 (6.0%)	54 (36.2%)	47 (31.5%)	39 (26.2%)

28 132 van de 171 deelnemers binnen private aanbod hebben de vraag rond het gebruik van diagnostisch materiaal beantwoord (77,2%). Van deze 132 zijn er 28 die aangeven beeldvorming te gebruiken (21,2%).

29 28 deelnemers binnen het private aanbod hebben aangegeven beeldvorming te gebruiken; er zijn veel ontbrekende data (missings) op 'soort zorgverstrekker': 17 valide en 11 ontbrekende antwoorden.

Klinisch Psycholoog	15 (10.1%)	26 (17.6%)	40 (27.0%)	67 (45.3%)
Klinisch orthopedagoog	91 (61.9%)	28 (19.0%)	15 (10.2%)	13 (8.8%)
Psychologisch consulent	79 (53.4%)	35 (23.6%)	17 (11.5%)	17 (11.5%)
Orthopedagogisch Consulent	124 (84.4%)	15 (10.2%)	4 (2.7%)	4 (2.7%)
Maatschappelijk werker	36 (24.3%)	60 (40.5%)	36 (24.3%)	16 (10.8%)
Private diensten (N=132)				
Huisarts	24 (18.2%)	77 (58.3%)	27 (20.5%)	4 (3.0%)
Psychiater	16 (12.1%)	65 (49.2%)	33 (25.0%)	18 (13.6%)
Klinisch Psycholoog	16 (12.1%)	40 (30.3%)	33 (25.0%)	43 (32.6%)
Klinisch orthopedagoog	77 (58.3%)	39 (29.5%)	12 (9.1%)	4 (3.0%)
Psychologisch consulent	87 (66.4%)	28 (21.4%)	8 (6.1%)	8 (6.1%)
Orthopedagogisch Consulent	113 (86.3%)	15 (11.5%)	2 (1.5%)	1 (0.8%)
Maatschappelijk werker	76 (58.0%)	47 (35.9%)	6 (4.6%)	2 (1.5%)

Termijn waarbinnen diagnostisch onderzoek of traject het afgelopen jaar gemiddeld kan starten

	Beide type diensten ***N=230*** **ja (%)**	**Gesubsidieerde diensten** ***N=123*** **ja (%)**	**Private diensten** ***N=107*** **ja (%)**
Binnen 1 week	13 (5.7%)	8 (6.5%)	5 (4.7%)
Tussen 1 à 2 weken	39 (17.0%)	24 (19.5%)	15 (14.0%)
Tussen 3 à 4 weken	34 (14.8%)	18 (14.6%)	16 (15.0%)
Tussen 1 à 2 maanden	51 (22.2%)	27 (22.0%)	24 (22.4%)
Tussen 2 à 3 maanden	36 (15.7%)	16 (13.0%)	20 (18.7%)
Tussen 3 à 6 maanden	30 (13.0%)	16 (13.0%)	14 (13.1%)
Tussen 6 à 9 maanden	7 (3.0%)	2 (1,6%)	5 (4.7%)
Tussen 9 à 12 maanden	7 (3.0%)	4 (3.3%)	3 (2.8%)
Tussen 1 à 1,5 jaar	6 (2.6%)	2 (1.6%)	4 (3.7%)
Langer dan 1,5 jaar	7 (3.0%)	6 (4.9%)	1 (0.9%)

Selectie van hindernissen per provincie

Hindernis	**Brussel**	**Antwerpen**	**Vlaams-Brabant**	**Limburg**	**Oost-Vlaanderen**	**West-Vlaanderen**
Wachttijden	15 (75.0%)	21 (48.8%)	11 (55.0%)	10 (76.9%)	18 (60.0%)	21 (84.0%)
Complexiteit van de problematiek	8 (40.0%)	19 (44.2%)	5 (25.0%)	3 (23.1%)	7 (23.3%)	10 (40.0%)
Complexiteit van het hulpverlenings-Landschap	14 (70.0%)	19 (44.2%)	10 (50.0%)	6 (46.2%)	12 (40.0%)	12 (48.0%)
Beperkte bereikbaarheid	0 (0%)	3 (7.0%)	1 (5.0%)	0 (0%)	1 (3.3%)	4 (16.0%)

Bijlage 6. Samenstelling van de focusgroepen

Soort zorgverstrekker	Type dienst	Rol binnen de dienst	Postcode
Psycholoog (N=7)	Gesubsidieerd (N=7)	Zorgverlener (N=13)	9000-9999 (N=3)
Orthopedagoog (N=2)	Privaat (N=9)	Praktijkhouder (N=4)	8000-8999 (N=5)
Psychologisch consulent (N=2)		Coördinator (N=4)	3500-3999 (N=2)
Psychiater (N=2)			2000-2999 (N=2)
			1000-1999 (N=1)

Opmerking. De rol van zorgverstrekker en coördinator/praktijkhouder kan simultaan uitgeoefend worden.

Focusgroep 1

- X1 (klinisch orthopedagoog, werkt in een revalidatieziekenhuis)
- X2 (klinisch psycholoog, werkt in een groepspraktijk & psychiatrisch ziekenhuis)
- X3 (klinisch psycholoog, werkt in een groepspraktijk)
- X4 (psychologisch consulent, werkt in een psychiatrisch ziekenhuis)
- X5 (klinisch psycholoog, werkt in een privépraktijk)

Focusgroep 2

- Y1 (klinisch psycholoog en psychotherapeut, werkt in een privépraktijk)
- Y2 (psychiater, werkt in een privépraktijk en in forensische psychiatrie)
- Y3 (klinisch neuropsycholoog, werkt in 3 verschillende privépraktijken)
- Y4 (klinisch psycholoog, werkt in een privépraktijk en ziekenhuis)
- X5 (klinisch orthopedagoog, werkt in een voorziening)

Focusgroep 3

- Z1 (psychologisch consulent, werkt in een zelfstandige praktijk)
- Z2 (psychiater, werkt in een zelfstandige praktijk)
- Z3 (klinisch psycholoog, werkt in een voorziening)

Bijlage 7. Visuele codeerboom (thematische analyse)

Waarom doen mensen doorgaans beroep op het diagnostisch aanbod?

- 1.1. Toegang tot faciliteiten
- 1.2. Inzicht
- 1.3. Diagnose
- 1.4. Functies diagnostiek

Kan je als hulpverlener, met de kennis en de middelen waarover je beschikt, effectief inspelen op de noden en verwachtingen van de cliënt?

- 2.1.Goede/slechte praktijken
- 2.2. Competentie/kennis/scholing
- 2.3. Middelen
- 2.4. Setting
- 2.5. Tijd
- 2.6. Kost bijscholing

Ervaar je drempels in het huidige diagnostische aanbod, en welke dan?

- 3.1. Kostprijs
- 3.2. Kennis aanbod
- 3.3. Kwaliteit van diagnostiek door collega's
- 3.4. Wachttijd
- 3.5. Toegenome vraag
- 3.6. Algemeen kwaliteitskader

Hebben cliënten na een diagnostisch traject voldoende tools en informatie om verder aan de slag kunnen?

- 4.1. Tools, handvatten
- 4.2. Effectief geholpen
- 4.3. Aansluiting

Waar zie je mogelijkheden om op korte/lange termijn de diagnostiek op jouw dienst te verbeteren?

- 5.1. Geïntegreerde zorg
- 5.3. Betaalbare zorg
- 5.4. Beleid