

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**De toegankelijkheid van multidisciplinaire diagnostiek  
van ontwikkelingsstoornissen in Vlaanderen**

Eva Cloet  
Eva Kimpe  
Tom Van Ransbeeck  
Mark Leys



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



Publicatie nr. 2020/09  
 SWVG-Rapport 39  
 Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
 Titel rapport: De toegankelijkheid van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in Vlaanderen  
 Promotor: Mark Leys<sup>1</sup>  
 Onderzoekers: Eva Cloet<sup>1</sup>, Eva Kimpe<sup>1</sup>, Tom Van Ransbeeck<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> VUB, vakgroep OPIH (Organisation, Policy and Social Inequalities in Health Care)

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest 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

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
<b>KU Leuven</b>	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
<b>UGent</b>	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. An De Sutter
<b>Vrije Universiteit Brussel</b>	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
<b>Universiteit Antwerpen</b>	
· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b>	
· Centrum voor Statistiek	
<b>Thomas More Hogeschool</b>	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b>	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
<b>Hogeschool Gent</b>	
· Faculteit Mens en Welzijn	
<b>UC Leuven-Limburg</b>	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

## Rapport 39

April 2020

### De toegankelijkheid van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in Vlaanderen

Onderzoekers: Eva Cloet<sup>1</sup>, Eva Kimpe<sup>1</sup>, Tom Van Ransbeeck<sup>1</sup>

Promotor: Prof. dr. Mark Leys<sup>1</sup>

<sup>1</sup> VUB, vakgroep OPIH (Organisation, Policy and Social Inequalities in Health Care)

## Samenvatting

### *Situering en onderzoeksvragen*

Elk kind met een mogelijk risico op of een vermoeden van een ontwikkelingsstoornis, zou zo snel mogelijk toegang moeten hebben tot een gespecialiseerde multidisciplinaire diagnostische setting, waar een adequaat en kwaliteitsvol diagnostisch proces doorlopen kan worden. Ook op volwassenen leeftijd is er een vraag naar diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen.

Ondanks het bestaan van verschillende soorten door de overheid erkende en gesubsidieerde organisaties en diensten in Vlaanderen die als (deel)opdracht de multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen hebben, kan vlotte toegankelijkheid niet gegarandeerd kan worden.

Dit onderzoek beoogt meer inzicht te verschaffen in de toegankelijkheid van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij kinderen. Het maakt een inventaris van samenwerking tussen verschillende types aanbieders. Het onderzoek staat kort stil bij aanbod, vraag en wachttijden voor multidisciplinaire diagnostiek van autisme- en andere ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen, binnen het gesubsidieerde aanbod in Vlaanderen.

### *Methodologie*

Data werden verzameld op basis van literatuuronderzoek, documenten- en websiteanalyse, vragenlijsten en focusgroepen. Sommige organisaties (observatie- en behandelcentra) die niet konden deelnemen aan een focusgroep, gaven schriftelijk feedback op de topiclist. Het vragenlijstonderzoek voor volwassenen werd aangevuld via telefonische interviews. De resultaten van de vragenlijst-onderzoeken werden verwerkt aan de hand van SPSS. De focusgroepen werden thematisch geanalyseerd door een proces van data- en onderzoekerstriangulatie. Resultaten van de analyses werden getoetst met experts en die inzichten werden meegenomen bij het finaliseren van het rapport.

### *Belangrijkste bevindingen*

Voor het domein van kinderen kregen we 155 ingevulde vragenlijsten. Daarvan waren 67 vragenlijsten bruikbaar om te includeren. Omwille van de beperkte kwaliteit van de data van de K-diensten en de Centra voor Leerlingenbegeleiding, werd enkel de respons van de Centra Ambulante Revalidatie, Referentiecentra Autisme, Centra Ontwikkelingsstoornissen, Centra Geestelijke Gezondheidszorg weerhouden. Aan de focusgroepen m.b.t. het diagnostisch aanbod voor kinderen namen 71 personen deel.

De respons op het vragenlijstonderzoek gericht op organisaties en diensten die diagnostiek aanbieden voor volwassenen, betrof N=51. Deze data werd aangevuld met data uit 24 telefonische interviews en schriftelijke bevestigingen.

De analyse leidde tot volgende conclusies:

1. De verschillende organisaties en professionals hebben geen eenduidige visie op het concept diagnostiek en ook niet hoe diagnostiek concreet ingevuld moet worden. Dit leidt tot onduidelijkheden tussen spelers over de vorm van diagnostiek die wordt aangeboden. Mede als gevolg daarvan leven verschillende verwachtingen rond diagnostiek, wat belemmeringen geeft bij verwijzing en samenwerking.
2. Diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen moet gezien worden als een (iteratief) proces en niet als een *one shot* activiteit. Het wordt te weinig geconceptualiseerd als een proces dat geïntegreerd kan worden met andere type activiteiten.
3. De grootste drempel om interorganisatorisch samen te werken is het gebrek aan wederzijds vertrouwen in de kwaliteit van de geleverde diagnostiek, wat versterkt wordt door onvoldoende wederzijdse detailkennis over de wijze waarop gewerkt wordt. Wat beschouwd wordt als kwaliteitsvolle diagnostiek, verschilt tussen de types organisaties.
4. Organisaties doen aan en werken met diagnostiek vanuit uiteenlopende organisatiedoelstellingen en gewoonten, met uiteenlopende samenstelling van teams en vanuit verschillende werkpraktijken. Het ontbreekt nog aan een tussen type organisaties gedeelde visie op hoe de integratie van activiteiten vorm kan krijgen.
5. Continuïteit van het zorg is zowel bij kinderen als volwassenen een probleem, waardoor kostbare tijd verloren gaat en primaire en secundaire kenmerken van de ontwikkelingsstoornis kunnen toenemen. Er is meer inzicht nodig hoe periodes waarin “niets” wordt aangeboden (“in afwachting”) ingevuld kunnen worden om grote sociale ongelijkheden te vermijden.
6. Het landschap van voorzieningen die diagnostiek aanbieden is heterogeen. De toegang tot het diagnostisch aanbod, de aard van de diagnostiek en de doelgroep (leeftijd en pathologie) verschilt tussen de organisaties en is niet afgestemd, noch tussen organisaties van hetzelfde type als van verschillende types.
7. Het diagnostisch aanbod voor volwassenen is niet gestructureerd. Er is weinig tot geen samenwerking en afstemming tussen de aanbieders van diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen voor volwassenen.
8. Er is in elke regio een aanbod van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen, maar er zijn niet in elke regio dezelfde competenties, kennis, expertise en capaciteit aanwezig.
9. Beleidsoriëntaties en regelgeving voor de verschillende types organisaties actief in het domein van ontwikkelingsstoornissen zijn historisch versnipperd ontwikkeld, wat een impact heeft op de manier van (samen)werken. Er is nood aan een meer gedeeld beleidskader, opgezet vanuit een samenwerkingslogica.
10. Er is een gebrek aan capaciteit in Vlaanderen om de huidige vraag naar diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in te vullen, er is behoefte aan investeringen en regionale spreiding van capaciteit voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen.

11. Er is geen eenvormige rapportering van diagnostiek en trajecten van kinderen/volwassenen met ontwikkelingsstoornissen over alle organisaties heen, op basis waarvan de problematiek volledig en correct in kaart gebracht kan worden.

### **Aanbevelingen**

**Het concept diagnostiek.** Stel op korte termijn als overheid, samen met wetenschappers en de spelers uit veld, het concept diagnostiek helder. Vertrek hierbij vanuit de doelstellingen van diagnostiek voor het invullen van behoeften van de persoon: stel centraal dat diagnostiek steeds in functie moet zijn van behandeling en ondersteuning. Laat diagnostiek zo vroeg mogelijk in het traject van kinderen/volwassenen met ontwikkelingsstoornissen beginnen maar laat toe dat onderdelen van complexe diagnostiek in verschillende fasen van het traject van de persoon een plaats kan krijgen. Zet bij het uitwerken van de visie in op interdisciplinaire diagnostiek, waarbij collectief genomen resultaten en analyses gedeeld worden tussen verschillende disciplines die actief en interactief bijdragen bij het diagnostisch proces en werken in een geïntegreerd dossier. Zet in het model van diagnostiek (dat benaderd wordt als proces), in op een model van brugzorg, waarbij in de overgang tussen de verschillende fasen waar mogelijk ondersteunende activiteiten (brugzorg) kunnen starten, ook al voor het diagnostisch proces volledig afgerond is. In het verlengde hiervan moet ook ingezet worden op een intersectorale en interorganisatorisch gedeelde kwaliteitsvisie m.b.t. de diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen.

**Systeemontwerp van samenwerking.** De overheid moet beleidsdomein-overschrijdend aansturen om, samen met wetenschappers en spelers in het veld, een systeemontwerp van het samenwerkingsverband te maken.

Zet in op vroegdiagnostiek, maar interpreteer dit als diagnostiek zo vroeg mogelijk in het traject van de persoon met een (vermoeden van een) ontwikkelingsstoornis.

Zet vanuit het ontwerp in op capaciteitsverhoging van het huidige aanbod. Zorg voor een regionale spreiding die toegankelijke diagnostiek garandeert en voorzie in alle regio's voldoende competenties, kennis, expertise en capaciteit.

Stem financierings- en organisatiemodaliteiten die betrekking hebben op het diagnostisch aanbod van de verschillende types organisaties meer op elkaar af en overweeg performance financiering afgestemd op vooropgestelde kwaliteitscriteria.

**Organiseer het aanbod van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen voor volwassenen.** Er kan gekozen worden voor een vraag- of aanbodgestuurde programmatiebenadering. In elk geval moet ingezet worden op het stimuleren van een samenwerkingsmodel waarbij rekening wordt gehouden met regionale verschillen in capaciteit en expertise.

**Registratie.** Stem (een deel van) de registratie en rapportering van de verschillende types organisaties die diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aanbieden op elkaar af om volledige en bruikbare registratiegegevens te verzamelen voor monitoring, evaluatie en beleidsmatige, klinische en organisatorische ondersteuning.

Zorg voor opvolging en wetenschappelijke ondersteuning om verdere beleidsopties evidence informed te onderbouwen.



## Inhoud

<b>Lijst afkortingen</b>	<b>11</b>
<b>Hoofdstuk 1      Inleiding</b>	<b>13</b>
1      Achtergrond	13
2      Doelstellingen van het onderzoek	13
<b>Hoofdstuk 2      Theoretische inzichten</b>	<b>15</b>
1      Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	15
2      Multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen	17
3      Het zorgtraject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen	17
4      Toegankelijkheid van zorg	19
5      Samenwerking en afstemming	19
6      Organisaties die gesubsidieerde multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aanbieden in Vlaanderen en Nederlandstalig Brussel	20
<b>Hoofdstuk 3      Methoden</b>	<b>23</b>
1      Databronnen en -verzameling	23
2      Data-analyse	24
3      Toetsing met de experts	24
<b>Hoofdstuk 4      Resultaten</b>	<b>25</b>
1      Diagnostiek bij kinderen en jongeren	25
1.1      De regelgeving en de rol van verschillende voorzieningen mbt diagnostiek	25
1.2      Respondenten	29
1.3      Diagnostiek en zorgtrajecten bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen	32
1.4      Het zorgtraject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen	34
1.5      Samenwerking tussen de organisaties die multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aanbieden	53
2      Diagnostiek bij kinderen en jongeren via de intersectorale toegangspoort: OBC en OIOC	62
2.1      Inleiding	62
2.2      De regelgeving en de rol van de voorzieningen met betrekking tot diagnostiek	63
2.3      Focusgroep	64
2.4      Diagnostiek binnen de OBC en OIOC	65
3      Diagnostiek voor Volwassenen	69
3.1      De regelgeving en de rol van de voorzieningen met betrekking tot diagnostiek	69
3.2      De respondenten	70
3.3      Het zorgtraject van volwassenen met een ontwikkelingsstoornis	72
3.4      Diagnostiek	75
3.5      De toegankelijkheid tot multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen	78
3.6      De samenwerking tussen organisaties die multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen aanbieden	86

<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Discussie</b>	<b>87</b>
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Conclusies</b>	<b>91</b>
1	Concept 'diagnostiek'	91
2	Diagnostiek als proces	91
3	De kwaliteit van diagnostiek	92
4	Multidisciplinaire diagnostiek?	92
5	Onderbroken traject	92
6	Het aanbod: een versnipperd landschap	93
7	Het aanbod voor volwassenen is niet gestructureerd	94
8	Regionale spreiding	94
9	De behoefte aan een gedeeld beleidskader voor een heterogeen veld van spelers	94
10	Capaciteit	94
11	Registratie	95
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Beleidsaanbevelingen</b>	<b>97</b>
1	Concept 'diagnostiek'	97
1.1	Interdisciplinaire diagnostiek	97
1.2	Brugzorg	97
1.3	De kwaliteit van de diagnostiek	97
2	Systeemontwerp van samenwerking	98
2.1	Een model van algemene en gespecialiseerde componenten	98
2.2	Zet in op capaciteitsverhoging vanuit het systeemontwerp	98
2.3	Toegankelijke diagnostiek in alle regio's	99
2.4	Beleidskaders en regelgeving	99
3	Organiseer het aanbod van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen voor volwassenen	100
4	Registratie	100
5	Nood aan opvolging en wetenschappelijk ondersteuning	100
	<b>LITERATUURLIJST</b>	<b>101</b>
	<b>BIJLAGEN</b>	<b>103</b>



## Lijst Tabellen

Tabel 1	Classificatiemodel voor neurobiologische ontwikkelingsstoornissen volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014)	16
Tabel 2	Organisaties die multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aanbieden	21
Tabel 3	De diagnostische opdracht en doelgroep van de geïncludeerde organisaties	25
Tabel 4	Algemene respons voor datacleaning (minderjarigen)	29
Tabel 5	Respons na datacleaning (minderjarigen)	30
Tabel 6	Regio van vestiging van de geïncludeerde organisaties, per soort organisatie	30
Tabel 7	Profiel invuller vragenlijst per soort organisatie (minderjarigen).	31
Tabel 8	Overzicht focusgroepen (minderjarigen) en profiel participanten	32
Tabel 9	Aantal diagnostische trajecten per soort organisatie per jaar.	40
Tabel 10	Aantal trajecten per regio van vestiging, per jaar.	41
Tabel 11	Aantal gerapporteerde jaarlijks opgestarte trajecten per soort organisatie per regio van vestiging	41
Tabel 12	Wachtlijsten voor multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij kinderen per regio en per soort organisatie.	44
Tabel 13	Aantal kinderen op de wachtlijst voor diagnostiek dd. 31/12/2018, per regio	45
Tabel 14	Gemiddeld aantal kinderen op de wachtlijst op 31/12/2018, per soort organisatie	45
Tabel 15	Gemiddelde wachttijd (uitgedrukt in weken) tussen het moment van aanmelden en het eerste gesprek, per leeftijdscategorie en per regio van vestiging.	47
Tabel 16	Gemiddelde wachttijd (uitgedrukt in weken) tussen het eerste gesprek en het eerste onderzoek, per leeftijdscategorie en per regio van vestiging.	48
Tabel 17	Gemiddelde wachttijd (uitgedrukt in weken) tussen het moment van aanmelden en het eerste gesprek, per leeftijdscategorie en per soort organisatie.	49
Tabel 18	Gemiddelde wachttijd (uitgedrukt in weken) tussen het eerste gesprek en het eerste onderzoek, per leeftijdscategorie en per soort organisatie.	50
Tabel 19	Diagnostische opdracht en doelgroep OOC en OBC	63
Tabel 20	Kernopdracht van de verschillende typen organisaties	70
Tabel 21	Overzicht participerende organisaties vragenlijstonderzoek	71
Tabel 22	Rol van de invullers van de vragenlijst binnen de organisatie	71
Tabel 23	Regionale spreiding participerende organisaties	71
Tabel 24	Organisatie, aantal en profiel respondent binnen de organisatie van de participanten van de aanvullende telefonische of schriftelijke bevraging	72

Tabel 25	Verloopt de diagnostiek in uw organisatie multidisciplinair?	77
Tabel 26	Biedt de organisatie diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aan?	78
Tabel 27	Aanbod van diagnostiek voor volwassenen per regio per soort organisatie	81
Tabel 28	Wachtlijsten per soort organisatie	82
Tabel 29	Aantal cliënten op de wachtlijst dd. 31/12/2018	82
Tabel 30	Wachttijden per soort organisatie	83

### **Lijst Figuren**

Figuur 1	Zorgtraject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen.	18
Figuur 2	Diagnostisch traject bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen	18
Figuur 3	Beïnvloedende factoren voor interorganisatorische samenwerking	20
Figuur 4	De Vlaamse voorzieningen in het zorgtraject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen	36
Figuur 5	Instroom (per type voorziening) gelinkt aan typen volwassenen met ontwikkelingsstoornissen	73
Figuur 6	Manieren waarop organisaties een antwoord bieden op hulpvragen rond multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen	80

## Lijst afkortingen

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ASS	Autismespectrumstoornis
AZ	Algemeen Ziekenhuis
A-dienst	Dienst neuropsychiatrie
A-doc	Aanmeldingsdocument
CAR	Centrum voor Ambulante Revalidatie
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
CLB GO!	Centrum voor Leerlingenbegeleiding van het Gemeenschapsonderwijs
COS	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	Expertisecentrum Autisme
EVO	Centrum voor Volwassenen met een Ontwikkelingsstoornis
GES	Gedrags- en emotionele stoornis
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	International Classification of Functioning, Disability and Health
ITP	Intersectorale Toegangspoort
K-dienst	Dienst neuropsychiatrie voor kinderen
MDT	Multidisciplinair team
nRTH	Niet rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp
OBC	Observatie- en behandelcentrum
OCJ	Ondersteuningscentrum Jeugdzorg
OCMW	Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
ODB	Observatie-, diagnose- en behandelunit
OLO	Openluchtvoeding (vzw)
OOOC	Onthaal-, observatie- en oriëntatiecentrum
PAAZ	Psychiatrische afdeling binnen een Algemeen Ziekenhuis
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis
RCA	Referentiecentrum Autisme
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RTH	Rechtstreeks Toegankelijke Jeugdhulp
SDJ	Sociale Dienst van de Jeugdrechtbank
UZ	Universitair Ziekenhuis
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VCLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding van het Vrij Onderwijs
VIST	Versnelde Indicatiestelling en Toewijzing
VK	Vertrouwenscentrum Kindermishandeling
WVCB DIASS+	West-Vlaams Consultatiebureau voor Diagnostiek en Zorg (vzw)



# Hoofdstuk 1

## Inleiding

### 1 Achtergrond

Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen zijn stoornissen die vroeg in de ontwikkeling van het kind ontstaan en die een vertraagde of afwijkende ontwikkeling van het kind veroorzaken (American Psychiatric Association, 2014). Ontwikkelingsstoornissen kunnen een invloed hebben op onder andere de sociale vaardigheden van het kind, de persoonlijkheidsontwikkeling, het verwerven van schoolse vaardigheden, de tewerkstelling later (Glascoe, 2005; Majnemer, 1998; Ozonoff, 2015).

Vroegdetectie van ontwikkelingsstoornissen heeft een belangrijke impact op de ontwikkeling en toekomstmogelijkheden van het kind. Vroegdetectie werkt vroegtijdige interventie en begeleiding in de hand, wat preventief werkt ten aanzien van onder andere schools falen, gedragsproblemen, dropout, delinquentie en de ontwikkeling van bijkomende geestelijke gezondheidsproblemen in de latere kindertijd, adolescentie en volwassenheid (Majnemer, 1998; Ozonoff, 2015). Elk kind met een mogelijk risico op of een vermoeden van een ontwikkelingsstoornis, zou zo snel mogelijk toegang moeten hebben tot een gespecialiseerde multidisciplinaire diagnostische setting, waar een adequaat en kwaliteitsvol diagnostisch proces doorlopen wordt (American Psychiatric Association, 2014).

Ondanks het bestaan van verschillende soorten door de overheid erkende en gesubsidieerde organisaties in Vlaanderen die als (deel)opdracht de multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen hebben, toont onderzoek (Leys, Cloet, & Vissers, 2019) en ervaring dat vlotte toegankelijkheid niet gegarandeerd kan worden, wat tot uiting komt in lange wachttijden en hiaten in het gesubsidieerde aanbod voor bepaalde doelgroepen.

Ook bij volwassenen is er vraag naar multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen. Door het evoluerende karakter van ontwikkelingsstoornissen, uitens symptomen en secundaire kenmerken van stoornissen gediagnosticeerd op kinderleeftijd zich anders op volwassen leeftijd, en er ontstaat vraag door nieuwe vermoedens van ontwikkelingsstoornissen op volwassen leeftijd. Die laatste duiken op wanneer men eerst tekortkomingen op bepaalde ontwikkelingsgebieden kon compenseren, maar deze zich op volwassen leeftijd toch manifesteren (Asherson, Buitelaar, Faraone, & Rohde, 2016; Clegg, Hollis, Mawhood, & Rutter, 2005; Lewis, 2016). Op heden is echter weinig geweten over deze vraag naar diagnostiek, heeft men slechts beperkt zicht op het aanbod aan gesubsidieerde diagnostiek voor volwassenen in Vlaanderen en op de toegankelijkheid van dit aanbod.

### 2 Doelstellingen van het onderzoek

Dit onderzoek beoogt meer inzicht te verschaffen in de wachttijden/wachtlijsten voor multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij kinderen, binnen erkende en gesubsidieerde organisaties in Vlaanderen. De huidige samenwerking tussen de aanbieders wordt in kaart gebracht en er worden opties geformuleerd naar toekomstige samenwerking en netwerkontwikkeling binnen de sector, met het oog op het verhogen van de toegankelijkheid.

Er wordt tevens een verkennend onderzoek gedaan naar aanbod, vraag en wachttijden voor multidisciplinaire diagnostiek van autisme- en andere ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen, binnen het gesubsidieerde aanbod in Vlaanderen.

## Hoofdstuk 2

### Theoretische inzichten

#### 1 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen omvatten een brede groep van stoornissen met een aantal gemeenschappelijke kenmerken: ze ontstaan in de vroege kindertijd, ze veroorzaken een vertraging of afwijking in functies waarvan de ontwikkeling sterk gerelateerd is aan de biologische maturatie en ze vertonen een redelijk vast verloop, zonder remissie of terugval (Zero to Three, 2016). Ontwikkelingsstoornissen veroorzaken beperkingen in het persoonlijke, sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren (American Psychiatric Association, 2014). De prevalentie van ontwikkelingsstoornissen is 15% in geïndustrialiseerde landen. Ze komen meer voor bij jongens dan bij meisjes (Zero to Three, 2016).

Binnen de brede groep van ontwikkelingsstoornissen worden verschillende categorieën onderscheiden. Er bestaan verschillende classificatiesystemen, zoals de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (World Health Organization, 2007), als opvolger van de International Classification of Illness, Disabilities and Handicaps (ICIDH) (World Health Organization, 1980), de International Statistical Classification of Diseases and Health related problems - 10th revision (ICD-10) (World Health Organization, 2016), de DC 0-5 Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (Zero to Three, 2016) en de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014).

Dit onderzoek gebruikt als referentiekader de DSM-5 (2014) die door alle spelers in het Vlaamse veld van de diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen gekend is (tabel 1):

Tabel 1 Classificatiemodel voor neurobiologische ontwikkelingsstoornissen volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014)

VERSTANDELIJKE BEPERKINGEN	VERSTANDELIJKE BEPERKING	LICHT MATIG ERNSTIG ZEER ERNSTIG
	Globale ontwikkelingsachterstand	
	Ongespecificeerde verstandelijke beperking	
COMMUNICATIESTOORNISSEN	Taalstoornis	
	Spraakklankstoornis	
	Ontwikkelingsstotteren	
	Sociale (pragmatische) ontwikkelingsstoornissen	
	Ongespecificeerde communicatiestoornis	
AUTISMESPECTRUMSTOORNIS	AUTISMESPECTRUMSTOORNIS	
AANDACHTSDEFICIENTIE- /HYPERACTIVITEITSSTOORNIS	AANDACHTSDEFICIENTIE- /HYPERACTIVITEITSSTOORNIS	GECOMBINEERD BEELD
		OVERWEGEND ONOPLETTEND BEELD
		OVERWEGEND HYPERACTIEF-IMPULSIEF BEELD
	ANDERE GESPECIFIEERDE AANDACHTS-DEFICIENTIE/HYPERACTIVITEITSSTOORNIS	
	ONGESPECIFIEERDE AANDACHTS-DEFICIENTIE/HYPERACTIVITEITSSTOORNIS	
SPECIFIEKE LEERSTOORNIS	SPECIFIEKE LEERSTOORNIS	MET BEPERKINGEN IN HET LEZEN
		MET BEPERKINGEN IN DE SCHRIFTELIJKE UITDRUKKINGSVAARDIGHEDEN
		MET BEPERKINGEN IN HET REKENEN
MOTORISCHE STOORNISSEN	COORDINATIEONTWIKKELINGSSTOORNIS	
	STEREOPTIEPE BEWEGINGSSTOORNIS	
	TICSTOORNISSEN	STOORNIS VAN GILLES DE LA TOURETTE
		PERSISTENTE (CHRONISCHE) MOTORISCHE OF VOCALE TICSTOORNIS
		VOORLOPIGE TICSTOORNIS
		ANDERE GESPECIFIEERDE TICSTOORNIS
		ONGESPECIFIEERDE TICSTOORNIS
ANDERE NEUROBIOLOGISCHE ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN	ANDERE GESPECIFIEERDE NEUROBIOLOGISCHE ONTWIKKELINGSSTOORNIS	
	ONGESPECIFIEERDE NEUROBIOLOGISCHE ONTWIKKELINGSSTOORNIS	

Er is een grote kans op comorbiditeit tussen de verschillende stoornissen.



## 2 Multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen

Binnen de sector wordt gesproken over classificerende of categoriserende diagnostiek (soms ook benoemd als *labeling*) en handelingsgerichte diagnostiek. Deze soorten diagnostiek worden binnen de verschillende soorten organisaties gecombineerd aangeboden afhankelijk van de doelstelling van het diagnostische proces en de opdracht van de organisatie.

Ondersteund door de literatuur (American Psychiatric Association, 2014; Hoge Gezondheidsraad, 2019; Kwaliteitscentrum Diagnostiek vzw, 2019; Majnemer, 1998; Ozonoff, 2015; Pameijer, 2006; Zero to Three, 2016), wordt binnen dit onderzoek het concept diagnostiek als volgt ingevuld.

**Diagnostiek** is het systematisch verzamelen en ordenen van informatie, testgegevens en observaties aangaande het functioneren van het kind, met als mogelijke doelstellingen

- het classificeren van een ziekte, stoornis of syndroom;
- het inventariseren van symptomen, hun aard en hun graad;
- het inventariseren van de noden gerelateerd aan de stoornis;
- de indicatiestelling van de nodige zorg en ondersteuning;
- het creëren van toegang tot specifieke revalidatie- of zorgprogramma's en/of zorgvoorzieningen;
- het creëren van toegang tot ondersteunende financieringssystemen.

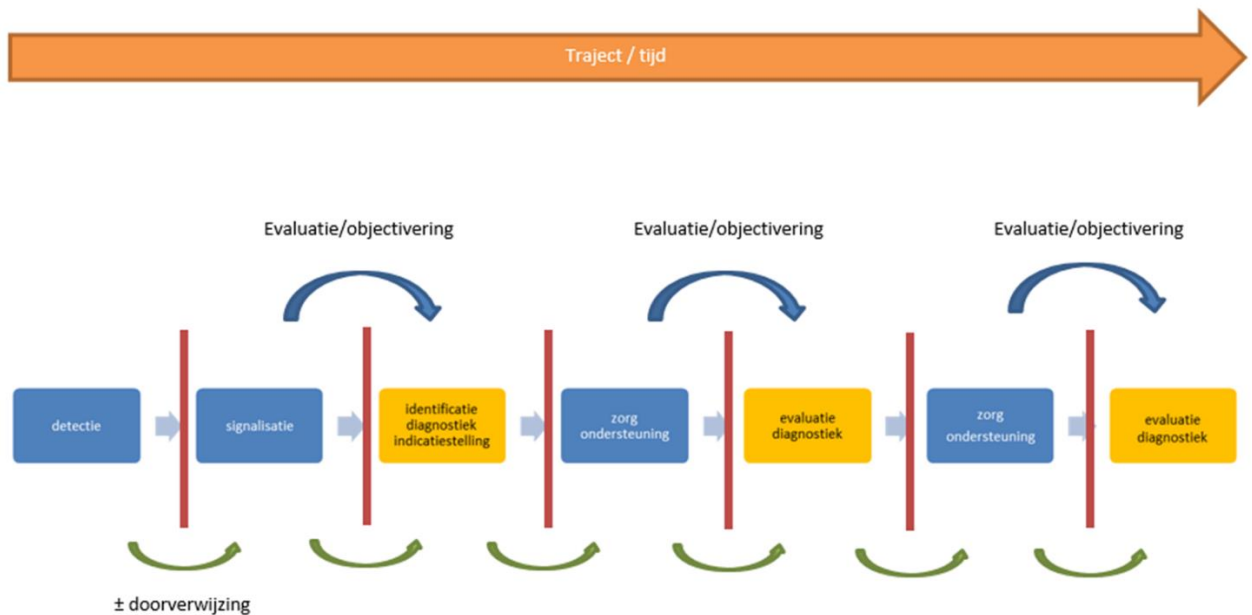
In de loop van het traject van het kind kan de doelstelling van de diagnostiek variëren, maar het systematisch verzamelen en ordenen van informatie, testgegevens en observaties aangaande het kind, is steeds aanwezig binnen het diagnostisch proces.

Ontwikkelingsstoornissen kunnen een invloed hebben op het functioneren van het kind op alle ontwikkelingsdomeinen, waarbij een gedrag te veel, te weinig of afwijkend gesteld kan worden (American Psychiatric Association, 2014). Voor correcte diagnostiek is een evaluatie van alle ontwikkelingsdomeinen (cognitieve, communicatieve, motorische, sociaal-emotionele ontwikkeling) noodzakelijk (American Psychiatric Association, 2014; Majnemer, 1998; Zero to Three, 2016). Deze evaluatie gebeurt door een multidisciplinair team met expertise op vlak van alle ontwikkelingsdomeinen. Multidisciplinair kan geïnterpreteerd worden als minstens twee disciplines, maar in praktijk strekt de expertise met betrekking tot de ontwikkeling van een kind op deze diverse levensdomeinen zich over meerdere disciplines (bv. neuroloog, psychiater, revalidatiearts, KNO-arts, psycholoog, logopedist, audioloog, kinesitherapeut, orthopedagoog, ergotherapeut). De multidisciplinaire samenstelling van het team kan variëren naargelang de (vermoede) stoornis en de voorgestelde doelstelling van de diagnostiek.

## 3 Het zorgtraject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen

Kinderen met een (vermoeden) van (een) ontwikkelingsstoornis(sen) doorlopen een zorgtraject. Op verschillende tijdstippen (*gebeurtenissen*) binnen dit traject hebben deze kinderen nood aan diagnostiek. Aan de vraag naar diagnostiek gaat in de meeste gevallen een (aantal) fase(n) vooraf, zoals de detectie van problemen en signalisatie ervan aan betrokkenen. De doelstelling van de diagnostiek kan, afhankelijk van het moment in het traject, variëren en kan gekoppeld worden aan de erop volgende fase van zorg en ondersteuning. Abstraherend ziet het zorgtraject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen er schematisch uit zoals figuur 1. De figuur abstraheert omdat het

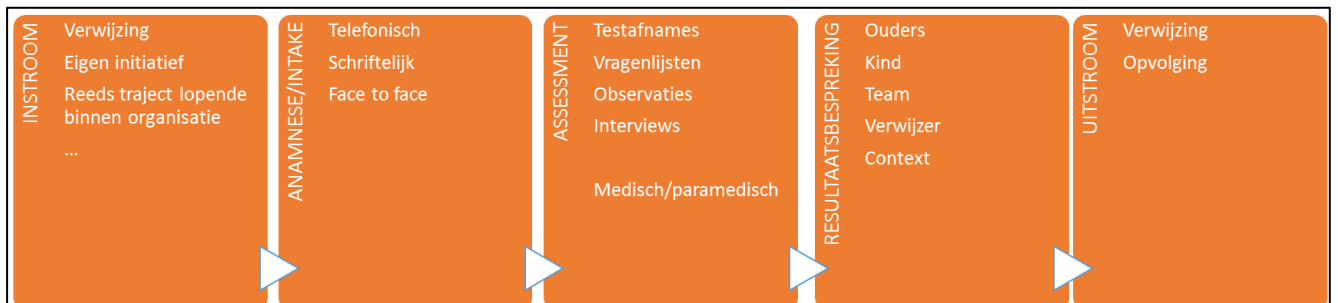
zorgtraject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen geen lineair verloop kent, maar iteratief verloopt: Diagnostiek is een proces met repetitieve acties en gebeurtenissen die kunnen variëren op vlak van inhoud, doelstellingen en verwachte output.



Figuur 1 Zorgtraject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen.

*Het diagnostisch traject*

Diagnostiek is geen eenmalige activiteit. Een diagnostisch traject verloopt in verschillende fasen met als doel zo veel mogelijk informatie te verzamelen, die bijdraagt aan de besluitvorming aan het einde van het traject (figuur 2). Deze informatie kan zowel objectief (testgegevens) als subjectief (beleving van het probleem door het kind, volgens de ouders) zijn. Het diagnostisch traject kan verweven zijn met andere trajecten die binnen de organisatie lopen (zoals revalidatie, begeleiding), maar kan ook geïsoleerd zijn, los van begeleiding, ondersteuning, revalidatie.



Figuur 2 Diagnostisch traject bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen

#### 4 Toegankelijkheid van zorg

Dit onderzoek focust in essentie op de *beschikbaarheid van diensten voor multidisciplinaire diagnostiek*, en het probleem van wachtlijst-/wachtijdproblematiek. De toegankelijkheid van zorg wordt echter bepaald door meerdere factoren (Israel, 2016; Penchansky & Thomas, 1981; Saurman, 2016):

- Beschikbaarheid: de beschikbaarheid van diensten, rekening houdend met leeftijdscategorieën, pathologie, taal, beschikbaarheid van voldoende plaatsen en voorzieningen, de regionale spreiding, beschikbaarheid van technologie en competent personeel.
- Geografische toegankelijkheid, reistijd en de fysieke afstand inclusief directe en indirecte transportkosten.
- Betaalbaarheid: de prijs voor de patiënt/cliënt in verhouding tot het inkomen (en de eventuele tussenkomst van de ziekteverzekering of andere financiële compensatiemechanismen).
- Adequaatheid van de accommodatie: de aanwezige infrastructuur, maar ook het mechanisme van afspraken en bejegening in de praktijk, met andere woorden de afstemming van werkuren, de mogelijkheid om diensten te krijgen met of zonder afspraak, de telefonische bereikbaarheid en manier van omgaan, etc.
- Aanvaardbaarheid van diensten: rekening houdend met bejegening, cultuur, preferenties, normen, waarden van de patiënten/gebruikers.
- Bewustzijn: communicatie en informatie over de dienst(verlening), effectieve communicatie en communicatiestrategieën met relevante gebruikers (clinici, patiënten, gemeenschap).

#### 5 Samenwerking en afstemming

Meerdere actoren en organisaties zijn betrokken bij het zorgtraject van zowel kinderen als volwassenen met ontwikkelingsstoornissen. Specifiek voor *diagnostiek*, hebben verschillende soorten organisaties een specifiek aanbod. De verschillen en overeenkomsten in de aard van het aanbod zal mee bepalen waar mogelijkheden liggen om af te stemmen en samen te werken. Samenwerking is echter niet steeds vanzelfsprekend en wordt belemmerd of gefaciliteerd door interne en externe factoren. *Figuur 3* omvat factoren die potentieel een invloed hebben op interorganisatorische samenwerking (Kozuch & Sienkiewicz-Malyjurek, 2016; Leys, Cloet, & Vissers, 2019).



Figuur 3 Beïnvloedende factoren voor interorganisatorische samenwerking

## 6 Organisaties die gesubsidieerde multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aanbieden in Vlaanderen en Nederlandstalig Brussel

Dit onderzoek focust op organisaties die door de overheid erkend zijn en gesubsidieerd worden om in Vlaanderen en Nederlandstalig Brussel multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij kinderen en/of volwassenen aan te leveren. Dit als hoofdactiviteit of als activiteit binnen een ruimer opdrachtenkader en al dan niet rechtstreeks toegankelijk voor de cliënt. (Tabel 2)

Hoewel er ook private initiatieven bestaan, zoals multidisciplinaire groepspraktijken, werden zij niet geïnccludeerd in dit onderzoek daar de overheid geen rechtstreekse rol speelt in de organisatie, regelgeving of financiering van deze praktijken.

Tabel 2 Organisaties die multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aanbieden

Kinderen en jongeren	Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR)
	Centra voor Ontwikkelingsstoornissen (COS)
	Referentiecentra Autisme (RCA)
	Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)
	Poliklinische ziekenhuisdiensten kinderpsychiatrie (K-diensten)
	Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB)
	Observatie- en behandelcentra (OBC)
	Onthaal-, oriëntatie en observatiecentra (OOOC)
Volwassenen	Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)
	Oriëntatiecentrum OLO vzw (OLO)
	West-Vlaams Consultatiebureau – DIASS+ (DIASS)
	Psychiatrische diensten algemene ziekenhuizen (A-dienst ZH)
	Psychiatrische diensten psychiatrische Ziekenhuizen (A-dienst PZ)
	Units voor Observatie, Diagnose en Behandeling (ODB)



## Hoofdstuk 3

### Methoden

#### 1 Databronnen en -verzameling

##### *Literatuuronderzoek en documenten- en websiteanalyse.*

- Er werd een verkennend literatuuronderzoek uitgevoerd naar de concepten (neurobiologische) ontwikkelingsstoornissen, (multidisciplinaire) diagnostiek, zorgtrajecten, toegankelijkheid van zorg, interorganisatorische samenwerking.
- Vervolgens werd een documenten- en websiteanalyse uitgevoerd voor het in kaart brengen van de regelgeving en opdracht van de geïncludeerde organisaties. Hiervoor werden het staatsblad en de websites van de bevoegde overheden en departementen geconsulteert, evenals websites van individuele organisaties.

##### **Vragenlijsten**

Vervolgens werden twee *vragenlijstonderzoeken* uitgevoerd waarbij het aanbod aan diagnostiek, het aanmeldingsbeleid van de organisatie, de wachtlijstproblematiek binnen de organisaties en de huidige samenwerking in functie van diagnostiek, bevestigd werden. De vragenlijsten werden opgesteld door de onderzoekers met feedback van de leden van de experten- en stuurgroep.

Er werden verschillende vragenlijsten opgesteld voor de organisaties die zich tot minderjarigen richten (bijlage 1.1) en zij die zich tot volwassenen richten (bijlage 1.2). De vragenlijst voor organisaties die een aanbod van diagnostiek voor minderjarigen hebben, had tot doel het in kaart brengen van het huidige aanbod, het toegangsbeleid en de problematiek van toegankelijkheid en een analyse van de wachttijden. De vragenlijst voor het aanbod voor volwassenen, had als doel een zicht te krijgen op de huidige vraag en aanbod van gesubsidieerde diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen.

De vragenlijst voor minderjarigen werd gericht aan de CAR, RCA, K-diensten, COS, CLB's en CGG met een kinder- en jongerenteam. De OBC's en OOC's werden niet geïncludeerd in het vragenlijstonderzoek, daar hun toegankelijkheid en het beheer van de wachtlijsten hoofdzakelijk bepaald en opgevolgd wordt door de intersectorale toegangspoort. De OOC's en OBC's hebben hier voor het grootste deel van hun aanbod dus zelf geen rechtstreekse controle over.

De vragenlijsten werden verspreid door de afgevaardigden van de verschillende soorten organisaties binnen de expertengroep. Er werd in een begeleidend schrijven gevraagd om de vragenlijst te laten invullen door de persoon binnen de organisatie die het beste op de hoogte is van deze problematiek en om, indien de organisatie gedelokaliseerd werkt, per organisatorische eenheid (of antenne) een vragenlijst in te vullen.

Aan de OBC's werd de topiclijst met open vragen *schriftelijk* (via e-mail) bezorgd en toegelicht aan de afgevaardigde van de OBC's in de expertengroep (directielid). Deze beantwoordde de vragenlijst schriftelijk, met input van collega's uit andere OBC's. De ingevulde vragenlijst werd per e-mail terugbezorgd aan de onderzoeker.

Omwille van de eerder beschreven verschillen in beheer van toegankelijkheid en wachtlijsten, werden aparte topiclijsten ontwikkeld voor de CAR, COS, CLB, RCA, K-diensten en CGG enerzijds (bijlage 2.1) en de OBC's en OOC's anderzijds (bijlage 2.2).

De resultaten uit het vragenlijstonderzoek voor organisaties die diagnostiek aanbieden voor volwassenen, werd aangevuld via *telefonische interviews* op basis van vooraf opgestelde open vragen.

### **Focusgroepen**

Om de resultaten van het vragenlijstonderzoek uit te diepen, werden - voor de organisaties die diagnostiek bieden aan minderjarigen - *focusgroepen* per soort organisatie, georganiseerd met als deelnemers waren medewerkers die vertrouwd zijn met het aanmeldingsbeleid, de problematiek van de wachtlijsten en het wachtlijstbeleid binnen de organisatie.

## **2 Data-analyse**

### *Vragenlijstonderzoek*

De data uit het vragenlijstonderzoek werd eerst beoordeeld op kwaliteit. Hierop volgend gebeurde de datacleaning. Het volledige protocol van datacleaning kan opgevraagd worden bij de onderzoekers. De data uit deze vragenlijsten werden statistisch verwerkt aan de hand van SPSS.

### *Focus groepen*

De audio-opnames werden niet getranscribeerd. De thematische analyse van de inzichten gebeurde op basis van de nota's en het beluisteren van de audiofiles. De thematische analyse is gemaakt door een proces van data- en onderzoekerstriangulatie.

## **3 Toetsing met de experts**

Na de analyse van het vragenlijstonderzoek, de schriftelijke en telefonische bevestigingen en de focusgroepen werden de voorlopige bevindingen van de onderzoekers getoetst in een expertengroep die bestond uit vertegenwoordigers van de verschillende soorten geïnccludeerde organisaties. De inzichten en commentaren uit dit overlegorgaan werden meegenomen bij het finaliseren van de bevindingen in dit rapport.



## Hoofdstuk 4

### Resultaten

In Vlaanderen en Vlaamstalig Brussel zijn er verschillende soorten organisaties die zich richten tot enerzijds **kinderen en jongeren (minderjarigen)** en anderzijds **volwassenen**. De resultaten werden apart beschreven voor beide groepen.

De toegankelijkheid van het aanbod voor kinderen en jongeren is op verschillende manieren georganiseerd: voor de OBC en OIOC wordt de toegang verleend via de intersectorale toegangspoort binnen de integrale jeugdhulp (<https://jongerenwelzijn.be/jeugdhulp/intersectorale-toegangspoort>), voor de CAR, RCA, CLB, CGG, COS en K-diensten wordt de toegang georganiseerd in eigen beheer, binnen regelgevende randvoorwaarden (bv. Het al dan niet enkel werken op doorverwijzing). De resultaten voor de kinderen en jongeren werden daarom opgesplitst in twee delen, **(1) diagnostiek bij kinderen en jongeren** en **(2) diagnostiek bij kinderen en jongeren via de toegangspoort**.

#### 1 Diagnostiek bij kinderen en jongeren

##### 1.1 De regelgeving en de rol van verschillende voorzieningen mbt diagnostiek

In Vlaanderen zijn verschillende soorten organisaties erkend en gesubsidieerd om diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen uit te voeren bij kinderen en jongeren. (tabel 3).

Tabel 3 De diagnostische opdracht en doelgroep van de geïncludeerde organisaties

Type voorziening	Opdracht mbt diagnostiek ontwikkelingsstoornissen	Doelgroep	Referentie
CAR	<p>Art 9 §2. Het multidisciplinair aanvangsbilan dient om na te gaan of de symptomatologie van de rechthebbende overeenstemt met één van de in artikel 3 voorziene groepen (...) kan alleen gerealiseerd worden als het de bedoeling is om daaropvolgend effectief multidisciplinaire of monodisciplinaire revalidatie aan te vatten. Het multidisciplinair aanvangsbilan is in dat opzicht ook bedoeld om de richting van de revalidatie te bepalen.</p> <p><i>Groep 10:</i> verworven gehoorstoornissen min. 40 dB, ook volwassenen</p> <p><i>Groep 11:</i> gehoorstoornissen met cochleaire implantaat</p>	<p>Art 3. Rechthebbenden:</p> <p><i>Groep 1:</i> kinderen/ volwassenen met hersenletsel van vasculaire, toxische, tumorale, infectueuze of traumatische oorsprong zonder tekenen van dementie</p> <p><i>Groep 2:</i> mentale handicap volgens ICD-10 met IQ&lt;70, tot ten laatste de dag voor de 19<sup>e</sup> verjaardag</p> <p><i>Groep 3:</i> pervasieve ontwikkelingsstoornissen volgens ICD-10, tot ten laatste de dag voor de 19<sup>e</sup> verjaardag</p> <p><i>Groep 4:</i> complexe stoornissen, tot ten laatste de dag voor de 19<sup>e</sup> verjaardag. Stoornis is minstens 2 van 6 domeinen: (1) gesproken taal</p>	<p>Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling gespecialiseerde zorg. Typeovereenkomst CAR. Revalidatieovereenkomst tussen de Vlaamse Gemeenschap en xxx (2019)</p>

	<p><i>Groep 12:</i> ernstige gedragsstoornissen volgens IDC-10, tot ten laatste de dag voor de 19<sup>e</sup> verjaardag</p> <p><i>Groep 13:</i> stemmingsstoornissen volgens ICD-10, tot ten laatste de dag voor de 19<sup>e</sup> verjaardag</p> <p><i>Groep 14:</i> hersenverlamming, tot ten laatste de dag voor de 19<sup>e</sup> verjaardag</p> <p><i>Groep 20:</i> ernstige pathologie met vermoedensdiagnose door gebrek aan gevalideerde testen owv de zeer jonge leeftijd en met nood aan intensieve multidisciplinaire revalidatie, tot ten laatste de dag voor de 7<sup>e</sup> verjaardag</p>	<p>en schoolse vaardigheden, (2) motoriek, (3) aandacht en/of geheugen, (4) het psychosociale (gedrag), (5) auditieve en/of visuele perceptie, (6) visuospatieel functioneren;</p> <p><i>Groep 5:</i> hyperkinetische stoornissen, gecombineerd aandachtstekort en overactiviteit, tot ten laatste de dag voor de 19<sup>e</sup> verjaardag</p> <p><i>Groep 6:</i> kinderen/volwassenen die lijden aan stotteren</p> <p><i>Groep 7:</i> n.v.t.</p> <p><i>Groep 8:</i> gehoorstoornissen min. 40 dB, verworven voor 6 jaar, rechthebbend tot ten laatste de dag voor de 19<sup>e</sup> verjaardag</p> <p><i>Groep 9:</i> gehoorstoornissen min. 70 dB, verworven na 6 jaar, rechthebbend tot ten laatste de dag voor de 19<sup>e</sup> verjaardag</p>	
<b>COS</b>	<p>§1. Het centrum heeft als opdracht multidisciplinaire onderzoeken uit te voeren bij kinderen die behoren tot de doelgroepen (...)</p> <p>§2. Bij het uitvoeren van die opdracht houdt het centrum rekening met de volgende vier belangrijke doelstellingen: detectie; diagnosestelling; oriëntering; toegepast wetenschappelijk onderzoek.</p> <p>Het multidisciplinair onderzoek: een afgerond geheel van twee of meer gecombineerde deelonderzoeken op medisch, paramedisch, psychologisch, pedagogisch of sociaal vlak met betrekking tot één cliënt, samengevoegd tot een geïntegreerd multidisciplinair verslag</p>	<p>De client: de minderjarige bij wie een hoog risico op een ontwikkelingsstoornis blijkt, of bij wie dergelijke stoornis wordt vermoed of vastgesteld en bij wie een multidisciplinair onderzoek wordt opgestart, alsmede zijn/haar ouders of de wettelijke vertegenwoordigers</p>	<p>Besluit van de Vlaamse Regering van 16 juni 1998 tot regeling van de erkenning en de subsidiëring van de centra voor ontwikkelingsstoornissen</p>
<b>RCA</b>	<p>Art 2. De algemene doelstellingen van het RCA omvatten het stellen van een <i>juiste en</i></p>	<p>Art 3. Diagnostiek wordt uitgevoerd bij personen die <i>symptomen vertonen</i> die</p>	<p>(Vlaamse overheid - Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.,</p>

	<p><i>nauwkeurige diagnose</i>, uitvoeren van een <i>functionele evaluatie</i> (diagnostiek) en voorstellen van een <i>gepaste tenlasteneming</i> (of opname = coördinatie)</p> <p>Art 4. §2. Diagnostiek heeft als doel om (1) <i>een exacte categorale diagnose te stellen van de stoornissen [...] in de bewoordingen van de DSM-IV en/ of de ICD-10</i>, (2) de oorzaak (<i>etiologie</i>) van de stoornis te achterhalen, (3) een <i>functioneel bilan op te stellen van de specifieke beperkingen en vaardigheden</i> en (4) <i>concrete oplossingen voor te stellen voor een eerste tenlasteneming</i>.</p> <p>Art 15. Er is aandacht voor <i>differentiaaldiagnostisch</i> onderzoek in kader van andere comorbide <i>mentale stoornissen</i></p>	kunnen wijzen op een <i>pervasieve ontwikkelingsstoornis</i> zoals voorgesteld in de DSM-IV of de ICD-10	2019a, 2019d, 2019c, 2019b)
<b>CLB</b>	<p>Art 5. Om de strategische doelstellingen (...) te realiseren, bestaat het leerlinggebonden aanbod uit de volgende mogelijke kernactiviteiten:</p> <p>1° onthaal</p> <p>2° vraagverheldering</p> <p>3° verstrekken informatie en advies</p> <p>4° diagnose: een op systematische wijze opgebouwd, geobjectiveerd en gedetailleerd beeld van de problematiek en de onderwijsnoden van een leerling. Het centrum neemt zowel verhelderende, onderkende als indicerende diagnostische vraagstellingen op en maakt bij de analyse hiervan gebruik van wetenschappelijk verantwoorde methoden en, waar die voorhanden zijn, van vastgelegde standaarden. Het centrum werkt waar nodig samen met externen. De diagnostiek resulteert in een</p>	Art 3 1°. leerlingen	Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding, goedkeuringsdatum 3 juli 2009, publicatiedatum B.S. 3/09/2009, datum laatste wijziging 5/10/2016

	<p>advies aan de betrokkenen. Bij leerlingen met een specifieke onderwijsgerelateerde behoefte wordt een advies gegeven over ondersteunende maatregelen in onderwijs, al of niet geformaliseerd zoals bepaald in de onderwijsregelgeving;</p> <p>5° kordurende begeleiding</p> <p>6° samenwerken met netwerk</p>		
<p><b>CGG</b></p>	<p>Art 7. Het CGG draagt binnen de GGZ bij aan het bieden van <i>verantwoorde zorg</i> in het kader van <i>herstel van psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving</i></p> <p>Art 4. In een CGG worden volgende elementen opgenomen in een zorgtraject: <i>intake, diagnose en indicatiestelling, sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische behandeling en begeleiding, informatie en adviesverstrekking aan verwijzers</i></p> <p>In een CGG wordt diagnostiek uitgevoerd aan de hand van een <i>methodische cyclus (klachtenanalyse – probleemanalyse (- hypothesen) – diagnosestelling – indicatiestelling)</i> waarbij eigen en/of externe <i>klinische expertise</i> en <i>objectiverend onderzoek</i> aangewend wordt.</p> <p>Als duidelijk wordt dat cliënten meer baat hebben bij zorg in een ander type organisatie, worden cliënten doorverwezen naar gepaste voorzieningen.</p> <p>Het CGG richt zich op alle personen die kampen met <i>ernstige geestelijke gezondheidsproblemen en/of geestelijke gezondheidsproblemen die een</i></p>		<p>(Vlaamse overheid, n.d.-b, 2019)</p>

	<i>ernstig risico tot chroniciteit</i> inhouden. Art 11. Een CGG werkt steeds op <i>verwijzing door een verwijzer</i>		
<b>K-dienst</b>	Art N17. Observatie en activa behandeling	Art N17. kinderen en jonge patiënten	23 oktober 1964.-Koninklijk Besluit tot bepaling van de normen die door ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd. (Raadpleging van vroegere versies vanaf 28-04-1984 en tekstbijwerking tot 08-08-2015) Publicatie: 07-11-1964.

Het aanbieden van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen is voor sommige organisaties de kern van hun opdracht (RCA, COS), voor andere organisaties een belangrijke deelactiviteit (CAR) en voor nog andere organisaties een bijkomende activiteit waarbij een andere activiteit centraal staat (CLB, CGG). Binnen sommige organisaties is de doelgroep breed omschreven (COS, CGG, CLB, K-dienst), bij andere strikt aan de hand van een classificatiesysteem (CAR, RCA). Diagnostiek kan rechtstreeks toegankelijk zijn (COS) of enkel op doorverwijzing (CAR, RCA, CGG).

## 1.2 Respondenten

### 1.2.1 Vragenlijstonderzoek

De algemene respons op het vragenlijstonderzoek betrof 155 (tabel 4).

Tabel 4 Algemene respons voor datacleaning (minderjarigen)

	Aantal	Procent
(Niet gespecificeerd)	54	34,8
Centrum voor Ambulante Revalidatie	39	25,2
Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	2	1,3
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	28	18,1
Centrum voor Leerlingenbegeleiding	21	13,5
Referentiecentrum Autisme	6	3,9
K-dienst	5	3,2
Total	155	100,0

Omwille van de beperkte kwaliteit van de data, werd het aantal bruikbare vragenlijsten (groot aantal onvolledig ingevulde vragenlijsten) na datacleaning gereduceerd tot 67 voor analyse (tabel 5). Door de slechte kwaliteit en lage respons op de vragenlijst werden de centra voor leerlingenbegeleiding en de K-diensten niet meegenomen voor analyse.

Tabel 5 Respons na datacleaning (minderjarigen)

	Aantal	Procent
Centrum voor Ambulante Revalidatie	39	58,2
Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	6,0
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	26,9
Referentiecentrum Autisme	6	9,0
Total	67	100,0

Tabel 6 geeft weer in welke regio de geïncludeerde organisaties gevestigd zijn, per soort organisatie. Er is een overzicht aan organisaties gevestigd in de regio Oost-Vlaanderen door het hoge aantal geïncludeerde CAR die daar gevestigd zijn. Dit effect toont zich ook voor West-Vlaanderen, zij het in iets mindere mate. Slechts 3 geïncludeerde respondenten zijn gevestigd in regio Brussel. Er participeerde geen CGG uit de regio Brussel. De participerende RCA's zijn gevestigd in Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Brussel. De capaciteit van RCA Antwerpen is gespreid over 3 locaties, de capaciteit van RCA Oost-Vlaanderen over 2 locaties. Het aanbod vanuit een COS voor de regio West-Vlaanderen wordt hoofdzakelijk opgenomen door het COS gevestigd in Oost-Vlaanderen en het aanbod in Limburg wordt opgenomen door het COS gevestigd in Vlaams-Brabant. Eén CAR en 5 CGG zijn gevestigd in Limburg.

Deze regio van vestiging moet onderscheiden worden met de regio van aanbod van activiteit. De regio van activiteit van een organisatie strekt zich overwegend uit tot de regio van vestiging en de aangrenzende regio's (zie bijlage 3 tabel1).

Tabel 6 Regio van vestiging van de geïncludeerde organisaties, per soort organisatie

		CAR	COS	CGG	RCA	Totaal
Regio vestiging	Oost-Vlaanderen	18	1	4	2	25
	Antwerpen	2	1	2	3	8
	Brussel	1	1	0	1	3
	West-Vlaanderen	13	0	2	0	15
	Vlaams-Brabant	4	1	5	0	10
	Limburg	1	0	5	0	6
Totaal		39	4	18	6	67

Tabel 7 geeft een overzicht van het professioneel profiel van de invullers. Bij de CAR werd de vragenlijst hoofdzakelijk ingevuld door directieleden, bij de COS door stafmedewerkers, voor de CGG voornamelijk door zorgverstrekkers en voor de RCA zowel directieleden als diensthoofden.

Tabel 7 Profiel invuller vragenlijst per soort organisatie (minderjarigen).

	CAR	COS	CGG	RCA	totaal
Directielid	25	1	1	2	29
Diensthofd	3	0	4	2	9
Stafmedewerker	5	2	1	1	9
Zorgverstreker	5	1	11	1	18
Andere	1	0	1	0	2
Totaal	39	4	18	6	67

### 1.2.2 Focusgroepen

Er werden 6 focusgroepen georganiseerd voor de CAR, COS, RCA, CGG, K-diensten en OOO's met als totaal aantal deelnemers N=71. Daar waar mogelijk werd, met het oog op maximale participatie, de focusgroep zo ingepland dat ze aansloot aan een reeds gepland overleg. Op de focusgroep voor de K-diensten kwam slechts een minimale respons (N=3), waarop beslist werd deze niet te laten doorgaan maar een beperkte **telefonische bevraging** te doen. Voor de CLB's werd een netwerkoverstijgende focusgroep georganiseerd, maar omwille van de beperkte respons werd beslist deze te annuleren en te organiseren aansluitend aan een reeds gepland overleg met betrekking tot diagnostiek, georganiseerd door de netten zelf. Hierop kwam respons vanuit het VCLB en het CLB GO! (tabel 8).

De focusgroepen duurden 2 tot 2,5u.

Tabel 8 Overzicht focusgroepen (minderjarigen) en profiel participanten

	<b>Datum FG</b>	<b>Aantal</b>	<b>Functie</b>
<b>COS</b>	<b>9/09/2019</b>	1	Kwaliteitscoördinator
		1	Coördinator
		1	Directielid
		1	Orthopedagoge
<b>CAR</b>	<b>10/09/2019</b>	16	Directielid
<b>CGG</b>	<b>19/10/2019</b>	7	Coördinator/verantwoordelijke KJ-team
		1	Adjunct-directeur
		1	Directeur zorg en preventie
		1	Medewerker Zorgnet Icuuro
		1	Vervangend zorgmanager
		1	Directeur
<b>RCA</b>	<b>19/10/2019</b>	1	Kinderpsychiater
		1	Coördinator
		1	Medisch secretariaatsmedewerker
		1	Coördinator
		1	Sociaal verpleegkundige
<b>CLB GO!</b>	<b>15/10/2019</b>	1	Medewerker POC
		3	Psychologisch consulent
		1	Maatschappelijk werker
		5	Medewerkers CLB
		1	Medewerker POC
<b>VCLB</b>	<b>15/10/2019</b>	1	Medewerker netoverstijgend project diagnostiek + CLB
		4	Netwerkverantwoordelijke VCLB
		1	Beleidsmedewerker koepel VCLB
		2	Medewerker PVOC + VCLB
		1	Medewerker VCLB
		1	Coördinator diagnostiek
		1	VCLB statistische verwerkingen
<b>OOOC</b>	<b>29/11/2019</b>	11	Directie
		1	Coördinator

### 1.3 Diagnostiek en zorgtrajecten bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen

Aan de hand van figuur 1 en figuur 2 werd binnen elke focusgroep de discussie gevoerd om het zorgtraject van kinderen met een ontwikkelingsstoornis in kaart te kunnen brengen en de behoefte aan diagnostiek binnen dit traject te kunnen identificeren.

#### 1.3.1 Classificerend of handelingsgericht?

Het ontbreekt de sector aan een gedeelde visie op of conceptualisering van diagnostiek. Er zijn verschillende meningen over het belang van classificerende of handelingsgerichte diagnostiek. Handelingsgerichte diagnostiek wordt door de meerderheid van de participanten als belangrijker beschouwd om aan de slag te



kunnen gaan met het kind, maar men is het erover eens dat classificatie nodig is. Enerzijds is een diagnose ook de basis voor een behandeling of de begeleiding, maar anderzijds hebben de ouders en de context van het kind een diagnose nodig om het ontwikkelingsprobleem van hun kind te begrijpen.

*"Labelen, het is niet meer hun opvoeding, het is niet meer hun kind. Maar het medisch componentje van een diagnose kan ook ouders 'ontschuldigen', het hoeft niet per se negatief te zijn." (CAR-participant 15).*

*"Het kan bedreigend zijn, het kan ontschuldigen, maar het kan ook een systeem zijn om een antwoord te zoeken, laat ons nu uitsluiten of er iets anders is." (CAR-participant 12).*

*"Dan hebben we het wel over classificerende diagnostiek, wat we ook niet altijd nodig vinden." (participant 9 VCLB).*

*"Wij doen de classificatie niet, voor ontwikkelingsstoornissen moet je sowieso verwijzen." (participant 7 VCLB).*

*"We stellen ons veel de vraag of classificerende diagnostiek wel nodig? Is het need to know of nice to know? We gaan steeds diagnostiek doen in functie van onderwijsbehoeften en dan afwegen of verwijzing nodig is. Moeten we er diagnose opplakken om verder te kunnen met de leerling op dit moment?" (participant 5 VCLB).*

*"Een goeie beeldvorming in kader van ICF is voor mij ook belangrijk en zo kunnen wij ook een meerwaarde vormen. Dat is ook diagnostiek. Het zou ook gemakkelijker zijn moest iedereen hiermee werken. Maar dat is bij andere actoren nog iets minder." (participant 7 VCLB).*

*"Diagnostiek is ook een sterkte- zwakteprofiel maken waarmee de hulpverlening dan op weg kan" (coördinator RCA)*

*"De betekenis van diagnostiek moet maatschappelijk verruimen, het gaat niet alleen over een label geven. We moeten inzetten op een gedeelde visie op diagnostiek." (CGG-participant 10).*

Er is consensus bij de deelnemers van de focusgroepen dat een classificerende diagnose niet meer het vertrekpunt van een zorgtraject zou mogen zijn, wat nu meestal het geval is. Een zorgtraject moet ook opgestart kunnen worden zonder categoriale diagnose, op basis van handelingsgerichte diagnostiek. Hiervoor is echter een mentaliteitswijziging nodig, zowel in de sector als bij de regelgevende overheid en in de maatschappij.

*Als je direct aan diagnostiek doet, ga je misschien helemaal verkeerd starten. Als dat kind alles gewoon is en je na een half jaar pas diagnostiek doet, ga je misschien een ander beeld krijgen. Eerst werken met een vermoedensdiagnose zou een dankbaar gegeven zijn (CAR-participant 15).*

*Er is een mentaliteitsverandering nodig bij ouders en zorgvoorzieningen dat labelen geen aspect meer is van het zorgproces (RCA-participant 1).*

Het belang dat gehecht wordt aan categoriale diagnostiek ligt ook in het gegeven dat de huidige terugbetalingssystemen voor revalidatie, zorg en ondersteuning hierop gebaseerd zijn.

*Diagnostiek moet je op bepaalde momenten doen in functie van de wetgeving en dat kunnen dan andere testen zijn (CAR-participant 11).*

### 1.3.2 Multidisciplinaire diagnostiek bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen

Het multidisciplinaire aspect van de diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen, wordt door medewerkers van de verschillende types organisaties als primordiaal gezien. Het is slechts in uitzonderlijke gevallen dat ook monodisciplinaire diagnostiek een antwoord kan bieden op de diagnostische vraag die zich op een bepaald moment in het traject van het kind stelt.

*"In sommige gevallen moeten later in het traject bij herhaling van diagnostiek alle disciplines betrokken worden, maar niet altijd. Afhankelijk van de leeftijd en de vraag en de complexiteit, het is individueel verschillend. Maar na een eerste grondige evaluatie waaruit je conclusies kan trekken, moeten bij een volgende keer niet terug alle disciplines betrokken worden."* (COS-participant 2).

*"Soms komen ze met een schijnbare monodisciplinaire aanmeldingsvraag en aan het einde van het traject zie je dat de complexiteit maakt dat ze meer disciplines en onderzoeken nodig hadden en ben je content dat het toch gebeurd is. De triage is niet altijd zo gemakkelijk."* (COS-participant 1).

*"Wij hebben geen kinderpsychiater in het team, dus we doen geen diagnostiek. Ook geen logo en geen kiné. Als we hun advies willen, moeten we anderen aanspreken."* (CGG-participant 10).

## 1.4 Het zorgtraject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen

### 1.4.1 De fasen in het zorgtraject

Het traject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen is ingewikkeld, lang en gekenmerkt door breuklijnen: elke overgang tussen verschillende fasen is een kritiek moment, daar er niet alleen wachttijden zijn voor diagnostiek, maar ook voor zorg en ondersteuning.

*Het probleem van toegankelijkheid is er niet enkel voor diagnostiek, ook voor zorg. Overal zijn wachtlijsten en ze moeten altijd wachten (CGG-participant).*

*Het is lastig en pijnlijk om mensen telkens opnieuw te moeten zeggen hoe lang het zal duren (CAR-participant 13).*

De fasen voorafgaand aan de diagnostiek (detectie en signalisatie) duren bij veel kinderen te lang, waardoor de kans toeneemt dat ze bij uiteindelijke aanmelding voor diagnostiek de maximale leeftijdsgrens van de doelgroep bij bepaalde organisaties overschreden hebben en dus niet meer in aanmerking komen voor diagnostiek binnen dat type organisatie.

*"Een van de problemen is ook de vroegdetectie. Een van de dingen is dat wij kinderen tot het middelbaar ontvangen, maar gezien onze lange wachtlijsten, stopt dat al in het 4<sup>e</sup> leerjaar en vallen die kinderen uit de boot. Doordat de mensen blijven wachten en blijven wachten op bepaalde systemen, kunnen we ze niet meer aanvaarden en waar moeten ze dan wel naartoe?"* (CAR-participant 4)

Deze fasen van (vroeg)detectie en signalisatie en de rol van de verwijzer worden als belangrijke indicator gezien voor het verloop van het traject en de uiteindelijke outcome op korte en lange termijn.

*"Het is afhankelijk van wie het signaal oppikt, waar je terecht komt."* (COS-participant 3)

*"Hoe lang duurt de rol van de verwijzer? Mijn ervaring is dat die nu stopt wanneer het kind op de wachtlijst staat bij ons, maar dat is een discussie die we ook moeten voeren, zij zijn beter geplaatst"*

*en kennen de regio beter om al ondersteuning op te starten. Het lijkt of onze job begint wanneer het kind op de wachtlijst staat, maar dat is niet zo." (COS-participant 4)*

Binnen de huidige organisatie van de trajecten wordt diagnostiek voorafgaand aan de zorg en begeleiding geplaatst, waar men van mening is dat zorg en begeleiding niet afhankelijk is van de diagnose maar van de hulpvraag en zorgnood. Zorg en begeleiding zou ook moeten opgestart kunnen worden zonder voorafgaande diagnose en vanaf het moment van detectie.

*"Als je direct aan diagnostiek doet, ga je misschien helemaal verkeerd starten. Als dat kind alles gewoon is en je na een half jaar pas diagnostiek doet, ga je misschien een ander beeld krijgen. Eerst werken met een vermoedensdiagnose zou een dankbaar gegeven zijn." (CAR-participant 15)*

#### 1.4.2 Het "event" diagnostiek binnen het zorgtraject

De bevroegde organisaties hebben geen duidelijke visie op waar in het traject van het kind diagnostiek begint en waar het eindigt, noch over de duur van een diagnostisch traject.

*"Diagnostiek loopt door het hele traject van behandeling, het kan niet afgelijnd worden" (CAR-participant 2).*

*"Er is geen afgebakende activiteit diagnostiek, maar dat loopt doorheen traject (CGG-participant) als "diagnostiek is levenslang traject" (CAR-participant 11) en "diagnostiek beperkt is in duur" (COS-participant 3).*

*"De duur van traject is niet afhankelijk van leeftijd kind. Soms kan je op het intakegesprek al met je ogen toe bij wijze van spreken een diagnose stellen. Maar dan moeten we kijken waar hij concreet vastloopt en waar eerst aan gewerkt moet worden. Dat is voor een stuk ook nog diagnostiek maar overstijgt het puur classificerende." (kinderpsychiater RCA).*

*"Het kan soms heel duidelijk zijn, maar de onderzoeken zijn toch nodig, ja de ouders hebben het nodig dat je met objectieve gegevens de diagnose kan staven. Als je toont dat je het kind kent, kan je ook geruststellen dat de diagnose legitiem is. Ouders horen wel graag waarop je je diagnose baseert. Voor ons als klinici zal het resultaat wel hetzelfde zijn, maar het vertrouwen het mandaat krijgen om een diagnose te stellen, bouw je ook op als je een traject loopt. Het heeft geen zin om te knippen in het traject." (coördinator RCA).*

*"Diagnostiek is een langdurig traject en vraagt heel veel tijd." (CGG-participant 9).*

Er is wel consensus dat diagnostiek geen éénmalig maar een iteratief proces is en dat er, zeker bij zeer jonge kinderen, nood is aan herhaling van diagnostiek op verschillende momenten in het zorgtraject. Dit laatste wordt verklaard door de snelle ontwikkeling die zeer jonge kinderen doormaken, waardoor hun functionele mogelijkheden snel evolueren.

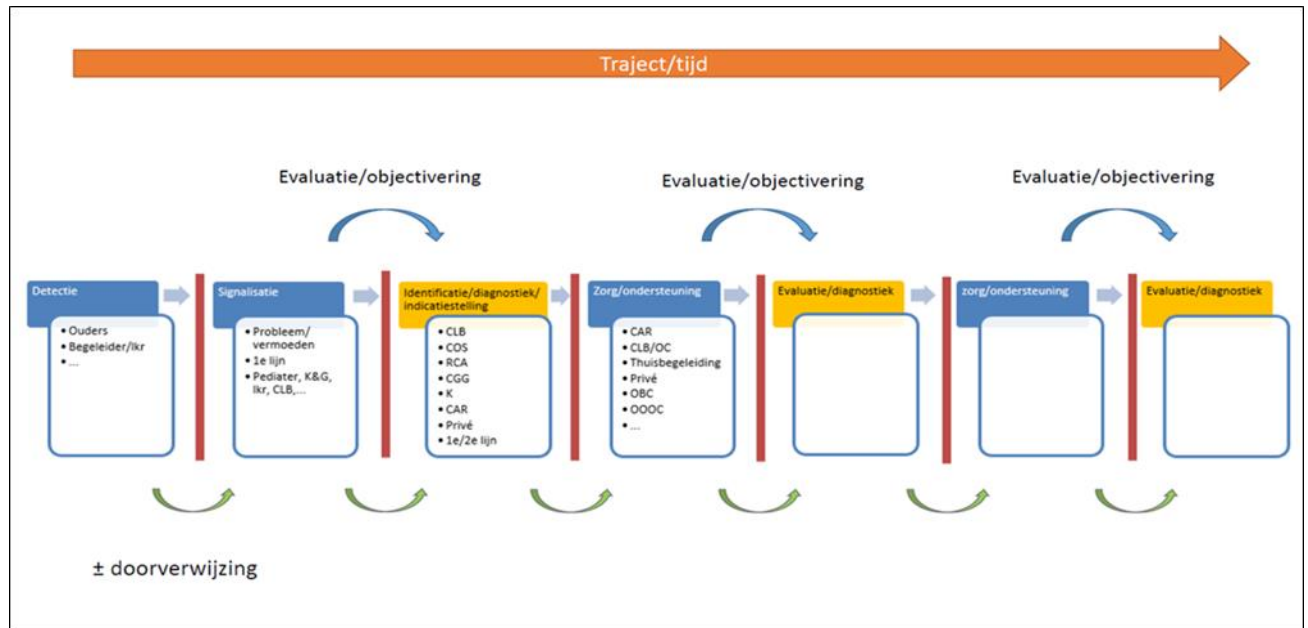
De inhoud en doelstellingen van de diagnostiek zijn afhankelijk van het moment in het traject wanneer deze diagnostiek uitgevoerd wordt.

*De definitie van diagnostiek speelt een belangrijke rol, gaat het over classificerende diagnostiek of handelingsgerichte. Wat is er nodig en wie is er het best geplaatst om het te bieden? Nu gaan we uit van een hele brede definitie van diagnostiek, maar we moeten daar weten wat we nodig hebben. (CAR-participant 1).*

*Het waarom van de diagnostiek bepaalt mee de grootorde en het hoe, een vraag naar een label voor ticket om toegang te krijgen is van een andere grootorde maar maakt mee de wachtlijsten. (CAR-participant 13).*

### 1.4.3 De rol van Vlaamse voorzieningen in het traject

Verschillende soorten organisaties spelen een rol in het zorgtraject van kinderen met een ontwikkelingsstoornis (Figuur 4). Deze rol kan diagnostiek zijn, detectie, signalisatie of het bieden van zorg en ondersteuning. Verschillende rollen kunnen binnen één soort organisatie gecombineerd worden.



Figuur 4 De Vlaamse voorzieningen in het zorgtraject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen

De *Centra voor Ontwikkelingsstoornissen* profileren zich als universitaire diagnostische centra met een hoge graad van expertise. Het diagnostisch proces wordt gevoerd vanuit een holistisch denkkader en is niet gekoppeld aan de behandeling en/of begeleiding die erop volgt, maar geeft wel een oriëntering voor het vervolgtraject. Binnen de COS'en wordt diagnostiek gedaan zowel bij aanvang van het zorgtraject als in opvolging (ter bevestiging van een diagnose of evaluatie van de evolutie, bijvoorbeeld). In dit laatste geval wordt de ingezette expertise binnen het diagnostisch proces gekoppeld aan de zorgvraag die er op dat moment is.

*"Die onafhankelijke positie die wij innemen, die vind je bij andere organisaties niet. Ongeacht wat wij diagnosticeren, wij hebben daar verder geen belangen bij. Onbewust kan dat toch de diagnostiek kleuren in andere organisaties, omwille van de regelgeving? Misschien zijn ze niet zo objectief meer? Misschien zijn ze al te betrokken bij het kind." (COS-participant 4).*

*"Het is regelmatig ook de uitdrukkelijke vraag van de ouders om eens onafhankelijk in kaart te brengen hoe kind functioneert." (COS-participant 3).*

De *Centra voor Ambulate Revalidatie* bieden diagnostiek vanuit een revalidatievisie, met het oog op het bepalen van de doelstellingen voor de behandeling. Ze richten zich voornamelijk op zeer jonge kinderen met complexe ontwikkelingsstoornissen en zijn specialistisch voor bepaalde doelgroepen. Deze specialisatie kan verschillen tussen de centra onderling.

*De Referentiecentra voor Autisme* profileren zich als hooggespecialiseerde, multidisciplinaire diagnostische centra en plaatsen zichzelf op de derde lijn, waarbij hun diagnostiek aanvullend is aan die uitgevoerd in bijvoorbeeld een CAR of COS.

De *Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg* claimen geen diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen en geven aan dat ze hier geen experts in zijn. Niet alle CGG bieden overigens diagnostiek aan. De uitgevoerde diagnostiek maakt bijna altijd deel uit van het behandeltraject dat kinderen bij hen lopen en betreft voornamelijk ASS en ADHD. De CGG zijn geen vrager om meer diagnostiek op te nemen. Onderliggende factoren zijn onder andere de hoge kost van het diagnostisch materiaal en de beperkte multidisciplinariteit van het team (er is zelden een logopedist of kinesitherapeut in het team en niet bij elk team is een psychiater betrokken).

*"Wij hebben geen kinderpsychiater in ons team, dus doen geen diagnostiek. Je kan bij ons ook niet aanmelden met een specifieke vraag naar diagnostiek." (CGG-participant 1).*

*"De capaciteit van ons team is daarvoor ook te klein. Wij werken voor diagnostiek samen met CLB's en K-diensten" (CGG-participant 2).*

*"Wij doen enkel aan diagnostiek in de loop van ons eigen traject, als we vermoedens hebben van een stoornis. En dat is dan vooral ADHD en ASS. Wij doen geen aparte diagnostiek. We hebben daarvoor ook niet alle competenties in huis." (CGG-participant 4).*

De *Centra voor Leerlingenbegeleiding* richten zich op schoolgaanden en doen diagnostiek vanuit een holistisch denkkader en gebaseerd op het ICF-model<sup>1</sup>, in functie van het in kaart brengen van de onderwijs-/ondersteuningsbehoeften van een kind. Vanuit de CLB's wordt enkel diagnostiek gedaan wanneer men overtuigd is van de meerwaarde ervan voor het kind en dit absoluut nodig is voor het ondersteuningstraject. Deze twee voorwaarden worden ook in acht genomen wanneer een ander diagnostisch centrum het CLB vraagt naar samenwerking binnen het diagnostisch proces van een kind. De multidisciplinariteit van een CLB-team is beperkt en enkel de diagnoses van leerstoornissen en verstandelijke beperking worden er gesteld.

Andere organisaties betrokken bij het traject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen, zien het CLB als een als een erg belangrijke verwijzer.

*"Kennissen over verwijzers is noodzakelijk, het CLB is voor ons een belangrijke partner. De triage verloopt goed door de historische groei en overleg, minimum 1 à 2 keer per jaar is er overleg om vragen op te lossen en knelpunten op te lossen." (CAR-participant 5).*

Algemeen wordt gesteld dat er geen afstemming is tussen de verschillende soorten organisaties wat betreft doelgroep, wat de verwijzing en de instroom voor diagnostiek bemoeilijkt. Daartegenover staat dat men van mening is dat de noden van het kind bepalen naar welk soort organisatie doorverwezen moet worden voor diagnostiek.

*"Ook de follow up kan bij een andere organisatie gebeuren, als ze ergens goed zitten, kan daar ook de follow-up gebeuren." (COS-participant 1).*

Men geeft aan dat er, om correcter door te verwijzen, nood is aan een duidelijke aflijning van de doelgroepen van de aanbiedende organisaties en aan brugfiguren die hierin kunnen ondersteunen.

---

<sup>1</sup> International Classification of Functioning (World Health Organization, 2002)

De multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen is binnen de *K-diensten* verweven in een behandeltraject en gebeurt enkel op indicatie.

#### 1.4.4 Randvoorwaarden die mee het zorgtraject beïnvloeden

- De overgang en de overlap tussen diagnostiek en zorg/ondersteuning

De zorg en ondersteuning van kinderen zou zo snel mogelijk na de detectie en signalisatie van start moeten kunnen gaan, maar dat is op heden niet mogelijk omwille van de lange wachttijden. Ook bij de overgang van de diagnostiek naar de fase van zorg en ondersteuning worden trajecten gekenmerkt door breuklijnen, daar er ook voor zorg en ondersteuning wachtlijsten zijn.

*"Wij gaan ook wel horen bij aanmelding of we op basis van het verhaal al wat adviezen kunnen geven zoals bv het CLB of thuisbegeleiding en we geven ook al wat adviezen mee en kijken wat ze zien zitten op basis van hun financiën." (participant 1 COS).*

*"Er zijn 2 dingen die we zeggen, 1 over al mogelijke begeleiding en ondersteuning en ten 2<sup>e</sup> als er diagnostiek nodig is, wat kan er dan sneller dan bij ons en zo zijn er wel wat pistes zoals binnen de reva of prive...we geven de informatie maar gaan niet verder he." (COS-participant 2).*

*"Wij gaan ook adviseren voor in de wachttijd maar ook daar is er hetzelfde probleem, ook in het adviseren bots je op hetzelfde probleem, zoek in onze regio maar eens vroegbegeleiding en thuisbegeleiden, ze zijn niet altijd geholpen." (COS participant 3).*

*"Ja en dat vraagt van de ouders ook belangrijke tools om contact te nemen en dat zelfstandig te vinden, maar dat is iets dat wij nu niet kunnen om hen daarin te begeleiden en te ondersteunen. We zien ook aan mensen die dan uiteindelijk na twee jaar wachten bij ons komen, dat er nog maar bitter weinig opgestart is. Dus we zien dat mensen daar ook niet echt in slagen om dat zelf te doen." (COS-participant 2).*

*"We moeten meer inzetten op diagnostiek als onderdeel van de zorg." (CGG-participant 7).*

Hetzelfde probleem stelt zich wanneer een organisatie in de loop van het zorgtraject een vermoeden van een ontwikkelingsstoornis stelt en naar een meer gespecialiseerde setting wil doorverwijzen voor diagnostiek, waar het kind dan op de wachtlijst terecht komt. Dit hindert de continuïteit van het zorgtraject.

*"Wij doen zelf geen diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen. Als we in de loop van het traject vermoeden dat er meer aan de hand is, verwijzen we door naar een andere organisatie. Maar daar komen ze ook gewoon op de wachtlijst. Dat is voor ons niet altijd even gemakkelijk om dan verder te werken zonder te weten of er misschien een stoornis is." (CGG-participant 3).*

Niet alle type activiteiten zijn strikt te scheiden (detectie, indicatiestelling, diagnostiek en zorg/ondersteuning. Voornamelijk binnen de CAR en de CGG, wordt diagnostiek gezien als een activiteit die geïntegreerd is met de zorg en ondersteuning en niet als afgebakende gebeurtenis (zie ook 1.4.2).

- Regelgeving en langdurigheid van het traject

De fasen detectie en signalisatie, voorafgaand aan de diagnostiek, zijn op dit moment bij veel kinderen te lang, waardoor ze bij uiteindelijke aanmelding de maximale leeftijdsgrens van de doelgroep bij bepaalde organisaties overschreden hebben en dus niet meer in aanmerking komen voor diagnostiek binnen dat type organisatie.

*"We zien ook soms dat er al een hele weg afgelegd geweest is met het kind, maar dat de problemen aanhouden en men er niet uit geraakt. Dan verwijzen ze naar ons door, maar soms is er dan ook al veel tijd verloren gegaan. En het gebeurt dat het kind tegen dan ook al te oud is om nog bij ons te kunnen komen. Dat hadden ze eigenlijk kunnen voorkomen door sneller te verwijzen." (COS-participant 2).*

Ook maakt de huidige regelgeving en organisatie dat diagnostische trajecten soms dubbel gelopen worden in verschillende organisaties.

- Uitstroom en opvolging

Om een vlotte, kwaliteitsvolle overdracht van diagnostiek naar zorg en ondersteuning te garanderen, is opvolging en overdracht van informatie nodig. Op heden wordt dit echter niet structureel voorzien en zelden georganiseerd. Aan het einde van het diagnostisch traject wordt in veel gevallen een advies en een verslag bezorgd, maar stopt de opvolging daar.

*"Het is na de diagnose dat de mensen het meeste nood hebben aan, ja, help, wat nu? En dat is dan het moment dat er helemaal niks is. Je zit met al die vragen en er is niemand die erop antwoordt." (coördinator RCA).*

*"De sociale context voelt zich in de steek gelaten" (kinderpsychiater RCA).*

*"Het nut van coördinatieprogramma is wel nodig, binnen een COS is het meer 'je hebt nu uw diagnose en trek nu uw plan', maar in een coördinatieprogramma kan je dat nog eens rustig bespreken en de mensen op weg zetten. De zin ervan is echt heel belangrijk."(coördinator RCA).*

*"Wij werken met een z-lijst of zorgenlijst, en dat zijn de ouders die we actief gaan contacteren om terug uit te nodigen. Maar de anderen moeten ons zelf contacteren." (COS-participant 4).*

*"Als we ze dan uitdoigen, zien we ook wel dat er na 6 maanden of zo nog maar heel weinig opgestart is." (COS-participant 3).*

Dit in combinatie met de breuklijnen in het traject omwille van de beperkte toegankelijkheid en wachttijden voor zorg en ondersteuning, creëert een tussenperiode zonder opvolging van het kind en adviesverlening en ondersteuning aan de ouders. Op heden hebben de COS er weinig of geen zicht op of mensen effectief aan de slag gaan met het advies dat voortvloeit uit het diagnostisch proces. Binnen de RCA is deze coördinatie wel voorzien, maar wordt niet steeds ingevuld (voornamelijk op vraag van de context) en wordt door de verschillende RCA's anders ingevuld.

*"Voor diagnostiek zitten we wel op dezelfde lijn, maar de coördinatie doen we wel anders, de werkprocessen van coördinatie zijn intraorganisatorisch verschillend." (coördinator RCA).*

*"Coördinatie is eigenlijk het faciliteren van overleg tussen behandelaars die betrokken zijn op een patiënt en waar nodig advies geven over verwijzing naar de juiste zorg. Dat is heel vaak multidisciplinair overleg. We hebben binnen de coördinatie ook wel wat mogelijkheden om beperkte diagnostiek te doen en dat gebeurt ook wel. De coördinatie is ter ondersteuning van derden." (kinderpsychiater RCA).*

*"Bij ons is coördinatie ook wel omdat, ze krijgen bij ons dan hun diagnose, maar dan botsen ze op lange lange wachtlijsten voor zorg, thuisbegeleiding of revalidatie, dus bij ons is coördinatie ook wel een beetje om te overbruggen naar en om het proces verder te laten lopen. Dan geven we in coördinatie al veel tips, bijvoorbeeld picto's, zo een beetje basisondersteuning om er al mee om te gaan." (SVP RCA).*

*Ons coördineren is wat dubbel. Faciliteren van interprofessioneel overleg maar we organiseren ook nog een aantal gesprekken ter ondersteuning van ouders en kinderen omdat het soms nogal zwaar is bij een eerste bespreking. Bijkomende diagnostiek doen wij zelden in coördinatiegesprekken. (coördinator RCA).*

Diagnostiek binnen een CAR, CGG en K-dienst wordt opgevolgd wanneer deze gekoppeld is aan revalidatie of ondersteuning binnen de eigen setting. Wanneer echter doorverwijzing nodig is, stelt zich ook het probleem van wachttijden. Het CLB volgt de diagnostiek op door het opstarten van zorg op school.

- Participatie en motivatie van de ouders en de ruimere context

Het zorgtraject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen is een participatief traject, waarbij de motivatie van de ouders en de ruimere context een invloed hebben op de snelheid van het traject. Voor een vloeiend verloop van het zorgtraject, is het belangrijk dat de hulpverleners en de context een gemeenschappelijke visie hebben op de problematiek, de noden en de zorg en ondersteuning.

Ouders zijn bij de start van het traject niet steeds klaar voor diagnostiek, wat hun participatie en motivatie om diagnostiek in te zetten negatief kan beïnvloeden. Om die reden stellen respondenten dat flexibilisering in de chronologie van het traject mogelijk de aanvaardbaarheid van diagnostiek door de ouders kan faciliteren zond de vereiste zorg voor het kind uit te stellen.

#### 1.4.5 De beschikbaarheid van diagnostiek

##### 1.4.5.1 Aanbod

- Het aantal gerapporteerde diagnostische trajecten: algemeen

Het aantal gerapporteerde diagnostische trajecten in 2018, verschilt per soort organisatie. Respondenten van COS rapporteren het grootst aantal trajecten (gemiddeld 1172,75), de CGG het minst (gemiddeld 18,61) (tabel 9). De RCA's realiseren gemiddeld 159 trajecten per jaar, waarbij het laagste aantal per RCA, 37 bedraagt. De CAR realiseren gemiddeld 93,21 trajecten op jaarbasis. We herhalen dat we ons baseren op zelfgerapporteerde cijfers van een beperkt aantal respondenten.

Het verschil kan in verband gebracht worden met de doelstellingen van elke soort organisatie. Binnen de COS en de RCA, die het hoogst aantal rapporteren, is diagnostiek de hoofdactiviteit. Bij de CAR en de CGG is diagnostiek als activiteit complementair aan respectievelijk revalidatie en behandeling/begeleiding.

Tabel 9 Aantal diagnostische trajecten per soort organisatie per jaar.

	N	Min	Max	Gem
CAR	29	20	265	93,21
COS	4	780	1361	1172,75
CGG	18	5	40	18,61
RCA	5	37	283	159,00

In Limburg en West-Vlaanderen ligt het aantal gerapporteerde trajecten lager dan in de andere regio's. In regio Antwerpen worden op jaarbasis minder gerealiseerde trajecten gerapporteerd dan in Brussel, Vlaams-Brabant en Oost-Vlaanderen (Tabel 10).

Deze resultaten moeten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden en is geen indicator van regionale capaciteit door de oververtegenwoordiging van bepaald type respondenten. Het



gemiddelde voor Brussel is bijvoorbeeld sterk beïnvloed door de respons uit RCA, een COS en een CAR die als organisatie de hoogst aantal trajecten rapporteert in tegenstelling tot regio's met veel CGG's respons.

Tabel 10 Aantal trajecten per regio van vestiging, per jaar.

	N	Min	Max	Gem
Oost-Vlaanderen	19	15	1361	163,89
Antwerpen	8	20	780	159,62
Brussel	3	80	1250	510,00
West-Vlaanderen	11	20	265	92,00
Vlaams-Brabant	9	5	1300	163,78
Limburg	6	5	50	19,50

Tabel 11 toont het gerapporteerde aantal trajecten per jaar, per soort organisatie per regio van inplanting (hun vestigingsplaats). Het hoogste aantal trajecten per jaar vinden we voor CAR die in Oost- en West-Vlaanderen gevestigd zijn, voor de COS is dit in Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant, de CGG in Oost- en West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant en de RCA in Antwerpen en Oost-Vlaanderen.

De tabel geeft niet weer voor welke regio's de organisaties diagnostiek aanbieden, en moet zeer voorzichtig geïnterpreteerd worden als een indicator voor regionale dienstverlening. Tabel 1 in bijlage 3 illustreert dat organisaties voornamelijk diagnostiek aanbieden in de regio van vestiging en de aangrenzende regio. Enkel de CAR en de RCA geven aan dat ze ook in regio's die verder van de vestigingsplaats gelegen zijn, diagnostiek aanbieden. Er is echter verdiepend werk nodig om de details van het regionale aanbod en capaciteit te beschrijven en begrijpen.

Tabel 11 Aantal gerapporteerde jaarlijks opgestarte trajecten per soort organisatie per regio van vestiging

		Oost-Vlaanderen	Antwerpen	Brussel	West-Vlaanderen	Vlaams-Brabant	Limburg
CAR	N	13	2	1	9	3	1
	Min	28	20	80	25	25	50
	Max	190	120	80	265	39	50
	Gem	106,54	70,00	80,00	105,78	32,00	50,00
COS	N	1	1	1	0	1	0
		1361	780	1250	0	1300	0
CGG	N	4	2	0	2	5	5
	Min	15	20	0	20	5	5
	Max	30	25	0	40	30	20
	Gem	21,25	22,50	0	30,00	15,60	13,40
RCA	N	1	1	1	0	0	0
		283	312	200	0	0	0

- Het aantal gerapporteerde diagnostische trajecten: per leeftijdsgroep

Niet elk soort organisatie biedt diagnostiek aan voor alle kinderen en adolescenten. Er is voornamelijk een tekort in het aanbod voor kinderen op lagere schoolleeftijd en in het secundair onderwijs. Dit leidt onder andere tot pseudowachtlijsten, waarbij oudere kinderen wel aangemeld worden, maar kinderen tot 6 jaar steeds voorrang krijgen, met als gevolg dat de oudere kinderen nooit aan bod komen.

Tabel 2 in bijlage 3 geven een overzicht van de door de participanten gerapporteerde doelgroep voor diagnostiek op basis van leeftijd, per soort organisatie en per regio van vestiging. Voor 0- tot 2-jarigen zijn het voornamelijk de COS en de CAR die een aanbod hebben. Voor de 2- tot 4-jarigen, zijn dit de CAR, COS en RCA. Voor de 4-tot 6-jarigen en 6- tot 9-jarigen, hebben bijkomend ook de CGG een aanbod. Voor de 9-tot 12-jarigen, neemt het aanbod vanuit de COS af. Voor de adolescenten (categorieën 12 - 15 jaar en 15 tot 18 jaar) neemt het aanbod af en komt dit voornamelijk nog vanuit de CGG en de RCA en voor jongeren in de transitiefase (18 tot 21 jaar) neemt het aanbod sterk af, en is het er enkel nog beperkt vanuit CGG en RCA. Rekening houdend met het gegeven dat het diagnostisch aanbod vanuit de CGG zeer miniem is, kan afgeleid worden dat het diagnostisch aanbod voor adolescenten en jongeren in de transitiefase erg beperkt is.

Behalve de CGG, rapporteren de organisaties dat het meest voorrang gegeven wordt aan kinderen tot de leeftijd van 6 jaar (tabel 3 bijlage 3, *voorrang op basis van leeftijd*).

- Het diagnostisch aanbod per type ontwikkelingsstoornis per regio

Het aanbod van diagnostiek voor de verschillende types ontwikkelingsstoornissen, verschilt tussen de soorten organisaties. Het zijn, in de meeste gevallen, de organisaties die zelf bepalen welke diagnostiek ze hoofdzakelijk aanbieden.

Tabel 4 in bijlage 3 geeft het overzicht van het gerapporteerde aanbod diagnostiek voor de verschillende types ontwikkelingsstoornissen, vanuit de verschillende soorten organisaties en gerelateerd aan de regio van inplanting.

#### *Verstandelijke beperking*

Behalve de CGG en enkele CAR in West-Vlaanderen, rapporteren alle organisaties regelmatig of (bijna) altijd diagnostiek van verstandelijke beperkingen aan te bieden.

#### *Ontwikkelingsdysfasie*

Behalve de CGG, rapporteren de meeste organisaties diagnostiek van ontwikkelingsdysfasie aan te bieden.

#### *Spraakklankstoornissen*

Het aanbod voor de diagnostiek van spraakklankstoornissen is beperkt, voornamelijk tot CAR en COS. In Limburg geeft geen enkele organisatie aan regelmatig of (bijna) altijd diagnostiek van spraakklankstoornissen aan te bieden.

#### *Ontwikkelingsstotteren*

Enkel de COS en enkele CAR bieden dit type diagnostiek aan. In de regio Vlaams- Brabant wordt het zelden aangeboden.

*Sociaal (pragmatische) ontwikkelingsstoornissen*

De diagnostiek van sociaal (pragmatische) ontwikkelingsstoornissen komt voornamelijk vanuit de CAR, COS en RCA. In de regio Limburg wordt gerapporteerd dat er zelden of nooit een aanbod is.

*Autismespectrumstoornissen*

De meeste organisaties rapporteren dat ze de diagnostiek van ASS aanbieden, geen enkele organisatie biedt nooit diagnostiek van ASS aan.

*Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen*

De meeste organisaties rapporteren dat ze de diagnostiek van ADHD aanbieden, 1 CAR en 2 CGG geven aan dit nooit of zelden te doen.

*Specifieke leerstoornissen*

Het aanbod van diagnostiek van leerstoornissen komt hoofdzakelijk vanuit de CAR. In regio Antwerpen wordt nooit of zelden een aanbod gerapporteerd.

*Motorische stoornissen*

Behalve de CGG, bieden de meeste organisaties de diagnostiek van motorische stoornissen aan. In de regio Limburg wordt nooit of zelden een aanbod gerapporteerd.

*Ticstoornissen*

De diagnostiek van ticstoornissen wordt maar beperkt aangeboden vanuit enkele CAR, RCA en CGG. In de regio's Antwerpen en Brussel, geeft geen enkele organisatie aan dit (bijna) altijd aan te bieden.

*Complexe meervoudige ontwikkelingsstoornissen*

Alle COS geven aan de diagnostiek van complexe meervoudige ontwikkelingsstoornissen regelmatig of (bijna) altijd aan te bieden. Ook enkele CAR en RCA bieden deze diagnostiek aan.

*Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting*

De diagnostiek van gedrags- en emotionele stoornissen wordt door de meeste organisaties aangeboden.

*Sensorische stoornissen*

Het aanbod aan diagnostiek van sensorische stoornissen is beperkt en komt voornamelijk van enkele CAR en COS. In de regio's Antwerpen en Limburg is er nooit of zelden een aanbod.

Wat betreft het verlenen van voorrang op basis van pathologie, geven een aantal CAR aan voorrang te geven bij een vermoeden van ASS of ADHD (bijlage 3 tabel 5, *voorrang op basis van pathologie per soort organisatie*).

## 1.4.5.2 Wachtlijsten

- Zijn er wachtlijsten voor diagnostiek?

Behalve enkele CGG in Oost- en West-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg, geven alle organisaties aan dat ze wachtlijsten hebben voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij kinderen (tabel 12).

Tabel 12 Wachtlijsten voor multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij kinderen per regio en per soort organisatie.

Regio	Soort organisatie	Ja	Neen	Totaal
Oost-Vlaanderen	CAR	12	0	12
	COS	1	0	1
	CGG	3	1	4
	RCA	1	0	1
Antwerpen	CAR	2	0	2
	COS	1	0	1
	CGG	0	2	2
	RCA	3	0	3
Brussel	CAR	1	0	1
	COS	1	0	1
	RCA	1	0	1
West-Vlaanderen	CAR	8	0	8
	CGG	1	1	2
Vlaams-Brabant	CAR	3	0	3
	COS	1	0	1
	CGG	5	0	5
Limburg	CAR	1	0	1
	CGG	4	1	5

Men heeft er geen idee van of tijdens de wachttijd reeds voorlopige oplossingen gezocht worden of dat er reeds elders stappen ondernomen worden of voorlopige begeleiding opgestart wordt. Deze wachtlijsten kunnen het indirecte effect hebben dat mensen afhaken. Vermoed wordt dat tijdens het lange wachten het probleem verdwijnt of men elders een oplossing gevonden heeft. Dit wordt benoemd als een mechanisme waardoor oneigenlijke aanmeldingen getrieerd worden.

*"In sommige regio's zijn de wachtlijsten dermate dat ze zelfs niet binnen de 2 jaar terecht kunnen. Dan heeft het al geen zin om aan te melden. We kunnen het dan ook niet binnen het schooljaar afronden. Dat is een probleem. En sommige organisaties aanvaarden ze dan toch niet, omdat het alleen is om de diagnose uit te klaren." (participant 9 VCLB).*

Medewerkers geven aan te weten dat er wachtlijsten zijn en te beseffen dat er een toegankelijkheidsprobleem is, maar dat er weinig gemotiveerd wordt om oplossingen te zoeken buiten de eigen organisatie.

Sommigen organisaties zoeken binnen het eigen aanbod of samen met partners naar potentiële oplossingen voor de wachtlijstproblematiek.

*"Er zijn een aantal regels, maar die veranderen van tijd tot tijd. Wachtlijsten worden voor een stuk gemanaged op basis van de leeftijd van aanmelding (< 6 jaar) wat wel betekent dat er risico op een 'pseudowachtlijst' is. Door de constante instroom van kinderen onder de 6 jaar schuiven de kinderen ouder dan 6 jaar telkens op en blijven op wachtlijst staan."* (kinderpsychiater RCA).

*"We proberen dat wel wat te controleren, we hebben een samenwerking met COS die in eerste instantie de diagnostiek doen maar die toch nog wel graag hebben dat wij ook ons advies geven. Dat zijn ook kinderen jongeren dan 6 jaar. Die gaan bij voorkeur eerst naar het COS."* (kinderpsychiater RCA).

- Aantal kinderen op de wachtlijst per regio

Het gerapporteerde gemiddeld aantal kinderen op de wachtlijst voor diagnostiek dd. 31/12/2018 was het hoogst in de regio Antwerpen. In de regio Limburg is het aantal het laagst, maar ook het aantal gerapporteerde trajecten in 2018 is het laagste van alle regio's. Opnieuw moeten deze waarden met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd worden en is de spreiding (cfr standaardafwijking (SD)) soms groot (Tabel 13).

Tabel 13 Aantal kinderen op de wachtlijst voor diagnostiek dd. 31/12/2018, per regio

Regio	N	Gem	SD
Oost-Vlaanderen	17	167	280
Antwerpen	6	265	441
Brussel	3	97	33
West-Vlaanderen	8	105	84
Vlaams-Brabant	9	97	236
Limburg	5	15	15

- Aantal kinderen op de wachtlijst per soort organisatie

Het aantal kinderen op de wachtlijst voor diagnostiek dd. 31/12/2018 (tabel 14), was het hoogste bij de COS. Dit zijn ook de centra die het hoogst aantal trajecten per jaar rapporteren. De CGG rapporteerden het minst aantal kinderen op de wachtlijst, maar niet alle CGG bieden diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aan en diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen wordt niet gezien als kernactiviteit binnen de CGG.

Tabel 14 Gemiddeld aantal kinderen op de wachtlijst op 31/12/2018, per soort organisatie

	N	Gem	SD
Centrum voor Ambulante Revalidatie	26	87	57,28
Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	785	503,58
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	13	9	12,87
Referentiecentrum Autisme	5	198	176,60

#### 1.4.5.3 *Wachttijden voor multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen*

- De wachttijden per regio van vestiging

De individuele organisaties werken een eigen wachtlijstbeleid uit. Binnen sommigen organisaties situeert de wachttijd zich tussen het moment van aanmelding en het eerste gesprek (anamnese-gesprek), andere organisaties plannen het eerste gesprek kort na aanmelding en leggen de wachttijd tussen dit gesprek en de aanvang van het diagnostisch bilan.

De wachttijd *tussen het moment van aanmelden en het eerste gesprek*, is over alle regio's heen het minst lang voor kinderen infants (0-2j) (tabel 15). Er zijn wel interregionale verschillen, variërend van 0,6 weken in Limburg tot 7,2 weken in West-Vlaanderen. Voor kinderen van 7 tot 12 jaar is de wachttijd in alle regio's opvallend langer dan voor jongere kinderen. De langste wachttijd voor deze leeftijdsgroepen is er in de regio Vlaams-Brabant, waar 90 weken wachttijd gerapporteerd wordt bij 9- tot 12-jarigen. Vanaf kleuterleeftijd is, behalve in Limburg, de wachttijd tussen aanmelding en eerste gesprek over alle regio's heen langer dan 18 weken. In Limburg worden de kortste wachttijden gerapporteerd, minder dan 1 week voor infants, peuters en kleuters en 5,8 tot 6,4 weken voor latenteleeftijd 1 en 2. Globaal gezien kan gezegd worden dat oudere kinderen langer moeten wachten op het eerste gesprek na de aanmelding, dan jonge kinderen.

Tabel 15 Gemiddelde wachttijd (uitgedrukt in weken) tussen het moment van aanmelden en het eerste gesprek, per leeftijdscategorie en per regio van vestiging.

Regio van vestiging		N	Gem	SD
Oost-Vlaanderen	[Infants (0 – 2j)]	17	2,76	2,73
	[Peuters (2j1 – 4j)]	17	11,00	12,74
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	17	18,12	15,41
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	17	26,82	24,99
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	17	25,29	25,28
Antwerpen	[Infants (0 – 2j)]	6	6,42	6,07
	[Peuters (2j1 – 4j)]	6	19,92	29,85
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	6	35,50	36,08
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	6	35,33	36,06
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	6	32,67	38,30
Brussel	[Infants (0 – 2j)]	3	6,67	2,31
	[Peuters (2j1 – 4j)]	3	14,00	5,29
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	3	27,00	18,52
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	3	36,33	7,51
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	3	10,67	18,48
West-Vlaanderen	[Infants (0 – 2j)]	8	7,20	9,45
	[Peuters (2j1 – 4j)]	8	17,34	14,88
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	8	25,01	20,26
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	8	38,08	36,53
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	8	34,49	34,84
Vlaams-Brabant	[Infants (0 – 2j)]	9	2,00	2,83
	[Peuters (2j1 – 4j)]	9	6,78	11,98
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	9	21,00	32,47
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	9	85,00	96,42
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	9	90,00	94,53
Limburg	[Infants (0 – 2j)]	5	,60	1,34
	[Peuters (2j1 – 4j)]	5	,60	1,34
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	5	,60	1,34
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	5	5,80	2,56
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	5	6,40	2,04

Net als bij voorgaande tabel, kan gesteld worden dat de wachttijd tussen het eerste gesprek en het eerste onderzoek binnen het diagnostisch bilan, het kortste is voor infants (tabel 16), met een interregionale variatie van gemiddeld 0,60 weken in Limburg tot 4,67 weken in regio Antwerpen. Opnieuw, deze resultaten zijn ook beïnvloed door het type organisatie per regio dat heeft geantwoord. In de regio Brussel, is deze gemiddelde wachttijd voor kinderen van 0 tot 9 jaar, stabiel. De wachttijd situeert zich in deze regio meer tussen het moment van aanmelden en het eerste gesprek, net als in de regio Antwerpen. In Limburg is de wachttijd terug het minst lang. Terug is de langste gerapporteerde wachttijd deze voor 9- tot 12-jarigen in regio Vlaams-Brabant (40,44 weken).

Globaal gezien kan gezegd worden dat oudere kinderen langer moeten wachten op het eerste onderzoek na het eerste gesprek, dan jonge kinderen.

Tabel 16 Gemiddelde wachttijd (uitgedrukt in weken) tussen het eerste gesprek en het eerste onderzoek, per leeftijdscategorie en per regio van vestiging.

		N	Gem	SD
Oost-Vlaanderen	[Infants (0 – 2j)]	17	3,41	4,84
	[Peuters (2j1 – 4j)]	17	4,59	5,61
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	17	14,35	19,78
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	17	22,41	28,10
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	17	19,41	26,51
Antwerpen	[Infants (0 – 2j)]	6	4,67	5,71
	[Peuters (2j1 – 4j)]	6	6,67	6,38
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	6	7,33	7,63
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	6	4,83	4,66
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	6	4,50	4,97
Brussel	[Infants (0 – 2j)]	3	1,33	,577
	[Peuters (2j1 – 4j)]	3	1,33	,58
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	3	1,33	,577
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	3	1,33	,577
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	3	,33	,577
West-Vlaanderen	[Infants (0 – 2j)]	8	3,12	6,87
	[Peuters (2j1 – 4j)]	8	9,42	17,86
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	8	12,76	17,34
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	8	19,43	34,93
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	8	19,41	34,93
Vlaams-Brabant	[Infants (0 – 2j)]	9	4,44	7,48
	[Peuters (2j1 – 4j)]	9	5,11	7,51
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	9	16,56	18,73
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	9	33,67	31,50
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	9	40,44	44,75
Limburg	[Infants (0 – 2j)]	5	,60	1,34
	[Peuters (2j1 – 4j)]	5	,60	1,34
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	5	,60	1,34
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	5	15,00	20,70
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	5	15,20	20,58

- De wachttijd per soort organisatie

Over alle soorten organisaties heen, is de wachttijd tussen aanmelding en het 1e gesprek voor infants het kortst (van gemiddeld 0,85 weken binnen de CGG tot gemiddeld 7,5 weken binnen de COS) (tabel 17). De gemiddelde wachttijd tussen aanmelding en eerste gesprek is voor peuters het kortst binnen de CGG (1 week) en het langst binnen de RCA (20,4 weken). Voor kleuters varieert deze van 8,77 weken binnen de CGG tot 41,75 weken binnen de COS, voor 7- tot 9-jarigen van 30,20 weken binnen



de RCA tot 58 weken in de CGG en voor 9- tot 12-jarigen van 20 weken binnen de COS tot 58 weken binnen de CGG. Opvallend is dat deze laatste categorie een belangrijk deel van de doelgroep is voor de CGG en tegelijk een doelgroep waar de COS zich niet prioritair tot richten.

Tabel 17 Gemiddelde wachttijd (uitgedrukt in weken) tussen het moment van aanmelden en het eerste gesprek, per leeftijdscategorie en per soort organisatie.

		N	Gem	SD
CAR	[Infants (0 – 2j)]	26	4,66	6,05
	[Peuters (2j1 – 4j)]	26	15,08	13,41
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	26	22,73	16,09
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	26	32,41	27,05
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	26	30,42	29,15
COS	[Infants (0 – 2j)]	4	7,50	4,12
	[Peuters (2j1 – 4j)]	4	11,00	6,63
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	4	41,75	31,92
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	4	32,00	38,03
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	4	20,00	40,00
CGG	[Infants (0 – 2j)]	13	,85	1,72
	[Peuters (2j1 – 4j)]	13	1,00	1,91
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	13	8,77	26,31
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	13	58,00	88,83
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	13	58,00	88,83
RCA	[Infants (0 – 2j)]	5	4,40	4,39
	[Peuters (2j1 – 4j)]	5	20,40	33,52
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	5	24,40	33,16
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	5	30,20	30,86
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	5	30,20	30,86

- De gerapporteerde gemiddelde *wachttijd tussen het eerste gesprek en het eerste onderzoek*, over alle organisaties heen, het kortste is voor 0- tot 2-jarigen (van 0,77 weken binnen de CGG tot 5,50 weken binnen de COS). De langst gerapporteerde gemiddelde wachttijd is terug bij de 7- tot 12-jarigen binnen de CGG (23,31 weken). Wanneer we de wachttijd voor deze groep schatten vanaf het moment van aanmelding tot het eerste onderzoek, komen we aan 81,31 weken. De gemiddelde wachttijd tussen eerste gesprek en eerste onderzoek is voor peuters het langst binnen de COS (7,50 weken) en voor kleuters binnen de RCA (17,20 weken) (Tabel 18).

Tabel 18 Gemiddelde wachttijd (uitgedrukt in weken) tussen het eerste gesprek en het eerste onderzoek, per leeftijdscategorie en per soort organisatie.

		N	Gem	SD
CAR	[Infants (0 – 2j)]	26	3,96	5,85
	[Peuters (2j1 – 4j)]	26	6,51	10,78
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	26	9,62	12,83
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	26	18,02	30,38
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	26	21,05	37,02
COS	[Infants (0 – 2j)]	4	5,50	5,45
	[Peuters (2j1 – 4j)]	4	7,50	7,68
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	4	7,50	7,68
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	4	21,25	34,27
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	4	3,00	6,00
CGG	[Infants (0 – 2j)]	13	,77	1,59
	[Peuters (2j1 – 4j)]	13	1,23	2,55
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	13	13,85	18,17
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	13	23,31	18,99
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	13	23,31	18,99
RCA	[Infants (0 – 2j)]	5	4,60	8,62
	[Peuters (2j1 – 4j)]	5	6,20	8,29
	[Kleuters (4j1 – 6j)]	5	17,20	32,45
	[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]	5	18,20	31,90
	[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]	5	18,20	31,90

#### 1.4.6 Bereikbaarheid

De bereikbaarheid van diagnostiek is volgens de deelnemers van de focusgroepen voornamelijk een probleem bij kwetsbare groepen. De CLB geven aan, indien nodig, ouders hierin te ondersteunen. Sinds de opstart van "antenne"-werkingen in bepaalde regio's (bv. COS Limburg als antenne van COS Leuven) is de bereikbaarheid in deze regio's wel verbeterd.

*"Er zijn kinderen die niet gaan omdat het moeilijk bereikbaar is. De nabijheid is afhankelijk van het gezin, van de ouders. Het kan dichtbij zijn, maar als ze met het openbaar vervoer altijd te laat komen, is dat ergerlijk voor de diensten." (participant 6 VCLB).*

*"Bijvoorbeeld in de provincie Antwerpen is er echt onvoldoende beschikbaarheid van diagnostiek en partnerorganisaties." (participant 2 VCLB).*

*"En er moet aandacht zijn voor spreiding van voorzieningen en expertise, zeker van gesubsidieerde diensten. Naar beschikbaarheid maar ook voor problematieken. Voor bepaalde problematieken heb je in sommige regio's niets." (participant 1 VCLB).*

*"Wij hebben in onze regio geen CGG, geen CAW, geen CAR. Kanskrachtige mensen die nemen hun auto, maar kansarmen die geraken daar gewoon niet." (participant 7 CLB GO!).*

*"De grenzen van de gemeenten zijn soms al te ver om mensen daar te krijgen. Bij ons loopt langs één kant de Rupel en langs de andere kant de autostrade en mensen geraken daar precies niet over. Het zou een groot verschil maken moesten wij de diagnostiek wat meer naar ons zouden kunnen toetrekken en bij ons aanbieden." (participant 3 CLB GO!).*

*"De afstand tot ons centrum is zeker een probleem, en dan vooral voor zwakkere doelgroepen" (COS-participant 2)*

*"Soms proberen we alle onderzoeken zo veel mogelijk op één dag te plannen om dat verplaatsingsprobleem te vermijden" (COS-participant 4).*

Bepaalde conventies (bv. RCA) voorzien een tegemoetkoming voor de verplaatsingskosten, wat de bereikbaarheid verbetert.

Er wordt op gewezen dat de bereikbaarheidsdrempel kan afnemen door meer outreachend te werken waarbij diagnostische centra met specifieke expertise, diagnostiek aanbieden op de locatie van een lokaal verankerd centrum (bv. een CLB), maar om dit te realiseren is meer tijd en geld nodig.

*"Het uitbreiden van mobiele begeleidingen waarbij een CLB (school) kan fungeren als antennepunt voor andere organisaties en ruimtes ter beschikking stellen waar anderen diagnostiek kunnen doen, zou al veel helpen." (participant 5 VCLB).*

#### 1.4.7 De betaalbaarheid

In alle focusgroepen wordt aangegeven dat het huidige systeem sociale ongelijkheid op vlak van betaalbaarheid creëert.

*"Cliënten die effectief een probleem hebben met financiële toegankelijkheid, komen niet terecht in RCA." (coördinator RCA).*

*"Er zijn mensen die naar het RCA willen maar die door een mutualiteitskwestie niet kunnen komen." (admin. RCA).*

*"We doen eenvoudige diagnostiek bij kwetsbare groepen. Maar we discussiëren ook over mensen in de grijze zone, de lage middenklasse. Want ook voor hen is de financiële toegankelijkheid een probleem." (CGG-participant 11).*

De wachttijden binnen de gesubsidieerde centra zijn zo lang, dat wordt doorverwezen naar (multidisciplinaire) privépraktijken. De kostprijs van een diagnostisch bilan binnen deze praktijken is echter hoog, waardoor enkel kinderen van ouders met meer financiële mogelijkheden, hier terecht kunnen. Deze kinderen zijn dan sneller geholpen, waardoor ze ook sneller toegang kunnen krijgen tot zorg en ondersteuning. Bijkomend wordt de kwaliteit van de diagnostiek binnen deze privépraktijken in vraag gesteld.

*"Soms gaan mensen echt een boterham minder eten omdat ze weten dat ze meer moeten betalen. De betaalbaarheid is echt een probleem. Soms gaan we ze al niet verwijzen voor diagnostiek omdat ze het niet gaan kunnen betalen." (participant 7 CLB GO!).*

*"Dan moet je kijken naar kapitaalkracht, bij kapitaalkrachtige kinderen zeggen de ouders 'sorry, 3 jaar, daar lach ik mee, ik ga wel naar de privé' en die zijn dan binnen de 3 maanden vertrokken, tegenover niet kapitaalkrachten, die moeten dan 3 jaar wachten voor hetzelfde en dat is eigenlijk ethisch niet verantwoord." (directeur COS).*

*"Wij zitten met een CAR en CGG in hetzelfde gebouw dus werken voor diagnostiek samen met het CAR maar ook door te verwijzen naar een privé-centrum. De verwijzing is cliëntafhankelijk, mensen uit: kwetsbare groepen verwijzen we niet naar privé, dat is financieel niet toegankelijk." (CGG-participant 9).*

Medewerkers van de CLB geven aan soms bij een vraag naar diagnostiek door te verwijzen naar gesubsidieerde of private settings, op basis van de subjectief ingeschatte financiële mogelijkheden van het gezin. Sommige kinderen worden om deze reden ook niet doorgestuurd voor diagnostiek binnen een gesubsidieerde setting. Anderzijds geven CLB-medewerkers ook aan dat ze soms, omwille van de subjectief ingeschatte financiële mogelijkheden van het gezin, zelf bepaalde onderzoeken uitvoeren (bv. een intelligentieonderzoek) om de kost van de diagnostiek te beperken.

#### 1.4.8 De adequaatheid

De adequaatheid betreft onder andere de aangepaste infrastructuur van de organisaties, het afsprakenstelsel, de tijdsdimensie, soms de afstand.

Er zijn grote verschillen tussen de aanmeldingsmodaliteiten van de verschillende soorten organisaties (bv. RCA en CAR), maar ook tussen soortgelijke organisaties (bv. tussen verschillende CAR). Dit zowel wat betreft het moment waarop men kan aanmelden (enkel voormiddag of namiddag, tussen bepaalde uren), als de manier waarop (telefonisch, inbelmoment, mail, briefwisseling, aanmelden via website. Dit is niet steeds duidelijk voor ouders en sommige modaliteiten werken voor bepaalde doelgroepen drempelverhogend. Een combinatie van verschillende modaliteiten zou het aanmelden faciliteren.

*"Wij gaan nu een proefperiode starten met online aanmelden om te kijken of dat het aanmelden vergemakkelijkt." (COS-participant 4).*

Het moeten nakomen van veel afspraken op korte termijn vraagt ook een groot engagement van het gezin, wat niet altijd evident is. Ook dit vormt een drempel om een diagnostisch proces te doorlopen/

De CGG geven aan dat voor de organisatie de erg hoge kostprijs van het testmateriaal een drempel is die de adequaatheid en kwaliteit van de diagnostiek binnen hun organisaties belemmert.

*"Onze capaciteit is beperkt end at testmateriaal kost allemaal zo veel, dat we gewoon de investering niet kunnen doen." (CGG-participant 4).*

*"Wij werken samen met een CAR en met een CLB en OOC in regio. We proberen ook afspraken te maken om testmateriaal aan elkaar uit te lenen." (CLB-participant 10).*

#### 1.4.9 De aanvaardbaarheid van diensten

De multiculturaliteit en/of meertaligheid binnen de context van het kind, vragen langere en aangepaste diagnostische trajecten, waarbij regelmatig ook de betrokkenheid van interculturele bemiddelaars en tolken vereist is. Medewerkers van CLB geven aan dat multiculturele gezinnen vaak meer aanklappende zorg behoeven.

*"Ook voor taal is het soms moeilijk. Soms is het moeilijk om meertalige of anderstalige kinderen te laten testen en weten we niet goed wat we daarmee moeten doen. Taal en taal van de ouders is zeker iets dat speelt bij de toegankelijkheid."* (participant 10 VCLB)

#### 1.4.10 Bewustzijn

Onder bewustzijn en kennis als drempel voor toegankelijkheid, wordt verstaan de communicatie en informatie over de dienst(verlening) met relevante gebruikers (clinici, patiënten, gemeenschap).

Medewerkers van de CGG geven aan dat het voor ouders niet steeds duidelijk is wat een diagnostisch traject inhoudt, wat de verschillende onderzoeken juist inhouden en waarom ze uitgevoerd worden (nut, functie). Een folder voor ouders met daarin een overzicht en toelichting over de verschillende onderzoeken die mogelijk uitgevoerd worden, zou volgens hen een grote meerwaarde voor de ouders betekenen.

Het verhogen van inzicht en bewustzijn rond de diagnostiek die aangeboden wordt in de verschillende soorten organisaties, wordt gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid van de organisaties zelf en de verwijzers. Medewerkers uit verschillende soorten organisaties geven aan dat hier voor schoolgaande kinderen een belangrijke rol weggelegd is voor het CLB, en dat het CLB deze ook adequaat opneemt. Vanuit de RCA's wordt bevestigd dat ouders na verwijzing door professionelen, meestal correcte verwachtingen hebben van het traject dat hun kind zal lopen binnen het RCA. Foutieve communicatie aangaande het aanbod creëert naar ouders toe verkeerde verwachtingen. CLB-medewerkers geven als voorbeeld dat ouders soms naar hen verwezen worden door andere diagnostische organisaties met de vraag naar testafnames omdat het CLB kosteloos werkt.

*"Het is een pijnlijke situatie als verwijzers het vermoeden van autisme niet vermelden. Dat heeft een shockeffect bij ouders. Ze horen dan autisme en dat heeft geen goeie invloed op de motivatie voor verder traject."* (coördinator RCA).

Tenslotte wordt ook het begrijpen van de resultaten van het diagnostisch onderzoek en de daaraan gekoppelde conclusies en aanbevelingen, als het knelpunt gezien. CLB-medewerkers geven aan regelmatig diagnostische verslagen te moeten toelichten aan de ouders, omdat zij dit niet steeds verstaan.

### 1.5 Samenwerking tussen de organisaties die multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aanbieden

#### 1.5.1 Huidige samenwerking

De betrokken centra rapporteren overwegend bij de ouders na te vragen of het kind ook elders aangemeld werd voor diagnostiek, maar dit wordt slechts zelden of nooit gecontroleerd (17,9% van de participerende CAR en 5,7% van de participerende CGG controleren dit actief bij de organisatie die door de aanmelder benoemd werd) (bijlage 3, tabel 6).

Organisaties geven aan samen te werken in functie van diagnostiek door het opvragen van informatie en testresultaten bij partners waar het kind eerder diagnostisch onderzoek doorliep, maar geven aan zelden

tot nooit andere organisaties een actieve rol binnen het diagnostisch proces te geven door bijvoorbeeld testafnames of observaties uit te besteden. Slechts zelden wordt professioneel advies gevraagd aan meer gespecialiseerde organisaties, in functie van besluitvorming (bijlage 3, tabel 7).

*"We willen natuurlijk de hulpverlening ook niet tegenhouden, er komen heel veel kinderen bij ons die al logopedie of zo gehad hebben. Dan moeten we kijken wat we nog aanvullend kunnen doen, wat we nog kunnen aanbieden. We zijn er allemaal heel erg mee vertrouwd van heel veel input van anderen te krijgen en er mee te werken." (COS-participant 2).*

- De CGG geven aan voor diagnostiek hoofdzakelijk samen te werken met het CLB en de CAR., maar er is geen geïntegreerde samenwerking met gedeelde verantwoordelijkheid. De samenwerking blijft beperkt tot doorverwijzing.

*"Als we een vermoeden hebben van een ontwikkelingsstoornis, verwijzen we door voor diagnostiek. We doen het niet zelf. En we lopen ook geen gezamenlijk traject, er is geen gezamenlijke verantwoordelijkheid. We hebben een ondersteunend doorverwijzingsmodel." (CGG-participant 4).*

*"Als diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen de aanmeldingsreden is, worden ze doorverwezen naar een gespecialiseerde partner. Ook als er sprake is van een dubbeldiagnose of wanneer de vraag naar diagnostiek blijkt tijdens een behandelingstraject." (CGG-participant 5).*

*"Wij hebben geen kinderpsychiater in dienst, dus doen zelf geen diagnostiek. Er is wel samenwerking met een CAR en CLB en we hebben een interne werkgroep 'transdiagnostiek'. Maar vragen voor uitsluitende diagnostiek komt niet in aanmerking voor behandeling." (CGG-participant 6).*

*"Wij hebben een nieuw initiatief, Kodia, een interorganisatorisch en interprofessioneel team tussen CAR en CGG. Het enige probleem is dat hier geen financiering voor is en dat de werkmethodeken nog niet afgestemd zijn." (CGG-participant 11).*

- Bij de COS wordt samenwerken ad hoc gedaan en wordt hoofdzakelijk gezien als een pragmatische oplossing bij behoefte aan bepaalde expertise. De keuze om samen te werken is sterk beïnvloed door het vertrouwen en de geboden kwaliteit van diagnostiek door de partner.
- Binnen de CAR worden twee vormen van samenwerking geformuleerd. De meeste CAR hebben afspraken met partners dat bij doorverwijzing de initiële aanmeldingsdatum overgenomen wordt, zodat de wachttijd niet opnieuw begint te lopen. Kleinere CAR geven aan zelf geen diagnostiek uit te voeren daar ze dit niet als hun core business zien, maar deze uit te besteden aan andere gespecialiseerde organisaties (vnl. COS).
- De RCA hebben afspraken met bepaalde partners, bv. met privépsychiaters. Samenwerking neemt hierbij de vorm aan van doorverwijzing en terugkoppeling van de resultaten van het diagnostisch proces. Eén RCA heeft ook afspraken met gespecialiseerde diensten (bv. COS) waar het kind met vermoeden van autisme een "voortraject" loopt. Dit beperkt de wachttijd en de doorlooptijd binnen het RCA.

*"Soms komt het COS helemaal zelfstandig tot de diagnose autisme en als die patiënten doorstromen, is er direct een vraag naar coördinatie. Maar heel vaak is het een voorbereidend traject op het COS en baseren wij ons op hun bevindingen en voegen nog een klein stukje onderzoek toe om de diagnose te kunnen stellen." (kinderpsychiater RCA).*

- De CLB's werken samen onder de vorm van doorverwijzing en terugkoppeling van de resultaten, sporadisch worden er al binnen het CLB bepaalde testafnames of observaties uitgevoerd en

doorgegeven bij verwijzing, om de samenwerking te faciliteren. Medewerkers van het CLB GO! Geven aan veel door te verwijzen naar de private (en dus duurdere) markt, omwille van de lange wachttijden binnen het gesubsidieerde aanbod.

## 1.5.2 Factoren die de samenwerking belemmeren

### 1.5.2.1 Organisatiegebonden karakteristieken

- Regelgeving
- Er wordt veel verwezen naar de regelgeving als barriere om structureel samen te werken. De rigiditeit van de regelgeving en de manier van financiering beperkt de mogelijkheden tot samenwerking (bv. prestatiefinanciering bij de CAR beperkt de ruimte voor samenwerking).
- Ook de GDPR<sup>2</sup>-regelgeving wordt aangehaald als een belemmerende factor. De mogelijkheid om informatie over een kind door te geven aan een andere organisatie is beperkt en sterk gereguleerd. Dit bemoeilijkt de vlotte communicatie.

*"Als ze dan zeggen, ik mag het alleen naar uw dokter sturen, dan voelt soms ook wel een beetje...ze sturen het naar mijn arts, maar wij hebben gedeeld beroepsgeheim, dus dat komt toch bij mij terecht." (participant 6 CLB GO!).*

*"Ik zat onlangs rond de tafel met een mama en een kiné van het CAR om de resultaten te bespreken en vroeg of ik het verslag mocht hebben, maar de kiné zei dat dat niet mocht. Ik vroeg dan aan de mama of ik het mocht hebben, en die zei ja. Dus dan kreeg ik het van die kiné. Ik vraag mij dan af, moet het allemaal zo ingewikkeld zijn?"(participant 10 CLB GO!).*

- Interorganisatorische verschillen
  - De grote inter- en intraorganisatorische verschillen die er zijn bij de aanbieders, worden benoemd als factoren die de samenwerking tussen diagnostische organisaties bemoeilijken.
    - Het verschil in multidisciplinariteit van het team (bv. binnen het CLB en CGG zijn minder verschillende disciplines aanwezig dan binnen een CAR of RCA).
    - De verschillen in ouderbijdrage tussen de organisaties.
    - De wachttijden die voor elke organisatie anders zijn.
- Visie op diagnostiek

Verschillende soorten organisaties werken, vanuit een andere visie. De diagnostiek binnen een CLB wordt bijvoorbeeld uitgevoerd in functie van onderwijsondersteuning, terwijl de diagnostiek in een CAR met het oog op revalidatie uitgevoerd wordt. Dit maakt dat de outcome van het diagnostisch proces binnen de éne organisatie minder/niet bruikbaar is binnen de doelstellingen van de andere organisatie.

*"Het is belangrijk dat je vanuit dezelfde kaders werkt of dat je weet vanuit welke kaders de andere werkt, voor de dialoog." (participant 3 VCLB).*

*"Diagnostiek wordt nog heel vaak gezien als iets dat moet gebeuren, een labeltje plakken. Terwijl wij vaak vertrekken van wat er nodig is voor op school. Ouders en leerkrachten en zo hebben nog graag*

---

<sup>2</sup> De General Data Protection Regulation of Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) reguleert het beheer en de beveiliging van persoonlijke gegevens van Europese burgers. (<https://gdpr-eu.be/wat-is-gdpr/>)

*een label, maar wij gaan daar niet in mee. Dat is voor de rest van welzijn niet altijd duidelijk en ze begrijpen niet waarom we ons been zo stijf houden." (participant 3 CLB GO!).*

*"Ik denk dat voor een kind dat op school zit, als we standaard veel informatie van het kind op school zouden krijgen zoals een klasobservatie en zo, dat het wel zou helpen. Maar dan moeten er wel afspraken zijn over wat je verwacht van een verslag. Wij kijken anders dan hoe een CLB kijkt." (coördinator RCA).*

*"Moet er eensgezindheid zijn? Daar zijn we zoekende rond. Als de éne dienst vindt dat er wel iets moet gebeuren en wij niet, ja, dan doen we dat niet. (participant 6 VCLB) Wij werken bijvoorbeeld voor een IQ met de CHC, maar sommige diensten willen dat niet. Maar wij doen dat." (participant 4 VCLB).*

*"Wij doen diagnostiek als het voor ons relevant is, en anders doen wij dat niet. Er wordt vaak naar ons gekeken omdat wij gratis zijn, maar eigenlijk hebben we daar geen tijd voor." (participant 5 CLB GO!).*

*"Er wordt soms wel ingegaan op vragen van diagnostiek van partners maar enkel als het CLB al betrokken is in het traject van de kinderen. Hoe we samenwerken, hangt ervan af. Dat kan verschillende vormen hebben. Soms doet iemand anders alle onderzoeken en leveren wij gewoon een IQ aan. Ik hoop dat we toch betrokken zijn en dat we als CLB wel een belangrijke partner zijn bij de bespreking van de resultaten, omdat het toch ook zal gaan om het welbevinden van het kind op school en in dat opzicht zijn we wel een relevante partner." (participant 3 CLB GO!).*

*"We doen wel diagnostiek als we de meerwaarde zien en als de vraag komt van ouders of de leerling, maar we houden de regie zelf in handen en gebruiken onze werkmethoden." (participant 6 CLB GO!).*

*"De visie op de probleemstelling komt soms niet overeen en dat bemoeilijkt de samenwerking. De éne denkt eerder functioneel en de andere eerder relationeel." (CGG participant 12)*

- De inhoud van het diagnostisch assessment

De inhoud van de diagnostiek is organisatiespecifiek, de afgenomen onderzoeken en uitgevoerde observaties kunnen verschillen naargelang de organisatie waar men het diagnostisch proces doorloopt.

- Binnen de COS wordt het traject bepaald per individu. Het wordt afgestemd met onder andere de zorgvraag, de leeftijd van het kind, de gestelde hypothese bij aanmelding.
- De CAR hanteert evidence based diagnostische protocollen.
- De RCA hanteren evidence based protocollen op basis van de leeftijd van de cliënt, maar flexibiliseert naargelang de op expertise en kennis gebaseerde opinie van de casemanager.

*"Wij gebruiken standaardtrajecten op basis van de leeftijd bij aanmelding en de informatie uit het eerste consult.. De persoon die het intakegesprek doet is de casemanager en op basis van de informatie die hij krijgt in het intakegesprek, moet die casemanager beslissen of dat standaardtraject goed is, voldoende, te veel of te weinig. Daarbij moeten ze ook kijken naar de zorgbehoefte en de zorgnood." (kinderpsychiater RCA)*

- De CLB hanteren protocollen die overkoepelend en evidence based ontwikkeld werden.



- Bereikbaarheid

De moeilijke bereikbaarheid van of grote afstand tot sommige organisaties vormt een drempel voor samenwerking.

- Naam van de dienst

De drempel voor verwijzing naar en samenwerking met een referentiecentrum voor autisme is hoog bij sommige gezinnen omwille van de naam van de dienst. In deze naam is al een diagnose verwerkt, terwijl men nog in de diagnostische fase zit. Ook de verwijzing naar een dienst kinderpsychiatrie is voor sommige ouders drempelverhogend, omwille van de naam van de dienst en de subjectieve invulling die men hieraan geeft.

- Privésector

Er is een hoge drempel wat betreft samenwerken met de privésector omwille van het wantrouwen in de kwaliteit van de diagnostiek die zij uitvoeren, de hoge kostprijs, de andere/beperkte invulling van teamsamenstelling, de manier van besluitvorming die als niet interdisciplinair beschouwd wordt.

### 1.5.2.2 Persoonsgebonden karakteristieken

- Kennis en expertise, eigenwaarde

Medewerkers van CLB's geven aan dat collega's die binnen hun centra werken, soms te kampen hebben met een 'minderwaardigheidsgevoel' ten aanzien van diagnostici uit gespecialiseerde centra. Als gevolg hiervan besteden ze de diagnostiek liever uit dan het zelf op te nemen.

*"Na een gesprek van een collega met een neuroloog, was haar reactie, 'wie ben ik? Zij zijn toch de experts?'" (participant 6 CLB GO!).*

### 1.5.2.3 Relationele factoren

- Onduidelijkheid wat betreft doelgroep en expertise

Binnen de contouren van de regelgeving, beslissen organisaties autonoom welke specialisatie zij uitbouwen en tot welke doelgroep zij zich richten. Deze doelgroep en specialisatie worden zelden duidelijk omschreven en gecommuniceerd en zijn te weinig gekend door andere organisaties, wat het samenwerken belemmert. Bijkomend is er noch tussen organisaties van hetzelfde type als organisaties van verschillende types, afstemming op vlak van doelgroep en expertise.

Het tekort aan kennis van het diagnostisch aanbod en de expertise van andere organisaties die diagnostiek aanbieden, vormt een drempel voor meer samenwerking. Men heeft nood aan meer en adequate kennis over het ruime veld van spelers binnen de diagnostiek.

*"Er zijn veel vooroordelen over de wachtlijsten bij ons COS. Verwijzers gaan ervan uit dat die altijd heel erg lang zijn en zijn niet op de hoogte van prioritering voor bepaalde leeftijdsgroepen." (COS participant 3).*

*"Maar misschien communiceren wij dat ook te weinig naar onze partners, zo'n interne veranderingen over de wachtlijst." (COS participant 2).*

- Verlies van informatie

Het (potentiële) verlies van informatie over het kind en zijn/haar functioneren bij het doorgeven van informatie tussen organisaties, vormt een drempel in de samenwerking. Door verschillende personen wordt mogelijk een verschil aan belang gehecht aan bepaalde observaties, resultaten of

informatie uit de anamnese, waardoor men informatie gaat triëren die door iemand anders wel als cruciaal beschouwd wordt.

- Taalbarrières

Taalvoorwaarden (de taal van het kind, de taal van de ouders en de taal van het onderwijs), maakt dat voor sommige kinderen niet samengewerkt kan worden met bepaalde organisaties.

- Vertrouwen en respect

Men vertrouwt meer op de diagnostische handelingen die men zelf uitvoert, dan op deze die uitbesteed en door anderen uitgevoerd worden. Het vertrouwen in de kwaliteit van diagnostiek uitgevoerd binnen een andere organisatie, is beperkt en meestal terug te voeren tot vertrouwen in individuele medewerkers. Het enthousiasme om binnen een diagnostisch proces samen te werken, is eerder beperkt.

*"Wij vragen aan ouders om het IQ al te laten afnemen door het CLB, maar sommige psychologen vinden het belangrijk om dat zelf te doen." (svp RCA).*

*"De samenwerking hangt nog te veel af van individuele personen en niet van organisaties." (coördinator RCA).*

*"We maken soms afspraken binnen een samenwerking, zoals bijvoorbeeld bij een doorverwijzing naar een COS. Maar soms hebben we het gevoel dat de dienst dat gewoon liever zelf doet." (participant 7 VCLB).*

*"Samenwerken kan niet altijd. Ik heb net een mevrouw aan de lijn gehad van een centrum dat door een psychiater opgericht is, en zij ze dat ze geen testen aanvaarden van andere diensten, dus testen die ergens anders afgenomen geweest zijn." (participant 8 VCLB).*

*"Er zijn diensten die andere diensten uitsluiten of gewoon negeren. En een traject kost dan 900€." (participant 6 VCLB).*

CLB-medewerkers geven als belemmerende factor voor samenwerking aan dat zij weinig respect voelen voor de rol die zij opnemen, vanuit andere organisaties die diagnostiek aanbieden.

- Kwaliteit

Diagnostiek wordt binnen verschillende organisaties uitgevoerd volgens verschillende modaliteiten (andere onderzoeken, andere samenstelling van het multidisciplinair team, toepassing van geen of verschillende diagnostische protocollen), waardoor men de voorkeur gaat geven om het diagnostisch traject volledig zelf, binnen de eigen organisatie te organiseren. Die verschillen hebben een invloed op wederzijds vertrouwen. Bijzonder wantrouwen in de kwaliteit van diagnostiek is er voornamelijk ten aanzien van de privésector en van de CLB's.

*"Soms zijn er centra waarmee we niet samenwerken omwille van de kwaliteit en het wantrouwen in die centra." (participant 5 VCLB).*

- Communicatie

Foutieve (bv. "vraag het CLB om het IQ-onderzoek af te nemen, daar is het gratis"), onduidelijke (bv. diagnostische verslagen die "vertaald" moeten worden zodat ze verstaanbaar worden voor de ouders) communicatie of een gebrek aan communicatie (bv. na doorverwijzing weinig tot geen feedback van de outcome van het diagnostisch bilan) bemoeilijken interorganisatorische samenwerking.

"We krijgen soms wel feedback van de diagnostiek en soms niet, dat hangt soms ook gewoon van ouders af. Of alleen een verslag. Maar dat is niet altijd feedback op wat wij gezien of gevraagd hadden." (participant 6 VCLB).

"De communicatie en afstemming, de verwachtingen. Dat is iets dat we vaak merken, als het gaat over de kwetsbare groepen, dat zijn dingen waar we vaak op vastlopen. Wij werken vanuit faire diagnostiek en vinden het dan precies niet nodig om vragenlijsten af te nemen, maar de organisatie zegt dat ze die wel nodig hebben. Dat is moeilijk. Op dat moment moeten we dialoog aangaan maar dat is moeilijk. Bij andere diensten leeft de idee van dat 'faire', maar bij andere diagnostische diensten niet." (participant 3 VCLB).

"We moeten de hypothesen benoemen voor ouders, ouders informeren over de reden van doorverwijzers. Nieuwe medewerkers durven sommige dingen niet benoemen of de dienst niet te benoemen, bijvoorbeeld niet zeggen dat het kinderpsychiatrie is. Dat is ook een drempel." (participant 5 VCLB)

"Soms moeten wij een verslag vertalen voor de ouders omdat er te veel specifieke termen in staan en ze er niets van begrijpen." (participant 10 CLB GO!).

### 1.5.3 Factoren die de samenwerking faciliteren

#### 1.5.3.1 Relationele factoren

- Afspraken tussen organisaties zoals het overnemen van de initiële aanmeldingsdatum of interorganisatorisch teamoverleg, faciliteren de samenwerking.

"Wij werken samen met een CAR, waarbij we afgesproken hebben dat zij bij doorverwijzing onze aanmeldingsdatum overnemen, en omgekeerd. Zo moeten mensen niet twee keer helemaal onder aan de wachtlijst beginnen." (CGG participant 10).

- Het kunnen beschikken over eerder verzamelde diagnostische gegevens en informatie binnen een andere organisatie en deze kunnen gebruiken binnen de eigen diagnostiek, heeft eveneens een positieve impact op samenwerking.
- Duidelijke, heldere, open communicatie met duidelijke formulering en afstemming van de wederzijdse verwachtingen van de diagnostiek maakt dat misverstanden voorkomen worden of verwachtingen niet ingelost worden.

"Heldere communicatie (met CAR) over doelstelling, visie, ...is essentieel. We moeten het weten van elkaar om juist te verwijzen of aan ouders te kunnen zeggen wat ze kunnen verwachten." (participant 9 VCLB).

"Ik ben niet altijd mee wie wat verwacht. De kinderpsychiater wil dat en een CAR wil dat, het is niet altijd duidelijk en dan is samenwerking moeilijk." (participant 6 CLB GO!).

"Eigenlijk gaat er zo ook veel tijd verloren. Je kan in die 2 jaar een heel traject gaan met de ouders en de kloof hoe zij het zien en het clb het ziet dichtend, zodat ze al anders ingesteld zijn tegen dat ze hier kunnen starten. Als ouders bij de start van diagnostiek als een zelfde hulpvraag hebben, dat is een ander verhaal." (COS participant 2).

- Interorganisatorisch overleg over de expertise, rollen, verwachtingen en mogelijkheden van de organisaties, verbeteren de samenwerking.

*"Wij hebben soms teleurgestelde ouders omdat de verwijzende partners (artsen) zeggen dat het CLB dat wel zal doen en zo verkeerde verwachtingen creëert over het CLB, en dan ben ik de onvriendelijke CLB-medewerker die dat niet doet. Juiste communicatie is heel belangrijk en daar zijn we zoekende naar, wat onze rol dan wel kan zijn." (participant 7 CLB GO!).*

*"Het is een ongewenst effect voor kinderen die per definitie niet tot onze doelgroep behoren, die sturen we gewoon terug naar het clb. Ik denk dat het belangrijk is om daarover overleg te plegen met andere diensten, ... ik denk dat we goed moeten weten wie daarin welke rol speelt. Nu zijn wij het eigenlijk die zeggen 'je mag naar daar gaan of je mag bij ons komen' en wij bepalen dat als ze ons contacteren, maar daar is geen overleg over en wij bepalen dat maar. Dat had even goed een ander centrum kunnen zijn." (COS participant 4).*

- Het erkennen van de beperkingen van eigen expertise op vlak van diagnostiek en het kennen en erkennen van de expertise van andere organisaties, faciliteert de samenwerking en doorverwijzing.

*"Een samenwerking loopt goed als er wederzijdse erkenning is van elkaars expertise en kennis" (participant 3 CLB GO!).*

#### 1.5.4 Mogelijke aanknopingspunten voor afstemming en samenwerking

In de focusgroepen werd door de medewerkers van de verschillende soorten organisaties een aantal aanknopingspunten voor meer afstemming en samenwerking geformuleerd.

- Samenwerken wordt hoofdzakelijk ingevuld als doorverwijzen. Doorverwijzing gebeurt omdat men van specifieke expertise en competenties mist binnen de eigen organisatie, die binnen een andere organisatie wel beschikbaar zijn. Bij doorverwijzing moeten diagnostische gegevens tussen verschillende organisaties uitgewisseld kunnen worden om hier verder op te bouwen en moeten de onderliggende diagnostische handelingen voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen.
- Er wordt gepleit voor het organiseren van het diagnostisch aanbod door het echeloneren van expertiseniveaus in 2 richtingen: (1) gekoppeld aan de fase van het traject waarin het kind zich bevindt en (2) gekoppeld aan de complexiteit van de diagnostische vraag.

*"De huidige organisatie legt veel nadruk op hooggespecialiseerde centra waardoor veel goede zorgverlening (eerste lijn) niet benut wordt. Ze nemen veel de houding van 'wij weten daar niks van, wij kunnen jullie niet helpen'. Maar soms is het niet nodig dat ze zo lang op een wachtlijst staan, is de problematiek niet zo ernstig en gecompliceerd." (kinderpsychiater RCA).*

*"Er gebeurt ook nog vaak dubbel werk en dat ligt ook aan het organisatorisch. Er zou gewoon verder gewerkt moeten kunnen worden. Je zou verder moeten kunnen in de volgende stappen in je traject zonder dingen opnieuw te doen." (coördinator RCA).*

*"Met de toestemming van ouders doen wij soms ook al een klasobservatie of zo. Dat is dan een soort vooronderzoek of zo. Een IQ en een observatie." (participant 7 VCLB).*

*"Hele jonge kinderen, 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> kleuter, daarvoor voelen wij ons niet bekwaam en we hebben er ook geen materiaal voor. Die sturen we dan door en dan zit je met de wachtlijsten natuurlijk." (participant 6 VCLB).*

*"Diegene met erg grote noden waarbij het moeilijk is binnen het gewoon onderwijs, dat is ook moeilijk. Dan hebben we nood aan samenwerking." (participant 6 VCLB).*

*"Wij zouden zeker bereid zijn om samen te werken, bijvoorbeeld met een CAR voor functionele diagnostiek, een CLB voor leerdiagnostiek en een CGG voor relationele diagnostiek." (CGG-participant 4).*

- Bij complexe diagnostische vragen, kan geïnvesteerd worden in interorganisatorische, interprofessionele teams over de expertiseniveaus heen.

Het delen van competenties via teaching en coaching om ze de competenties van de partners op de 1<sup>e</sup> lijn te verhogen, wordt aangegeven als optie om doorverwijzing en samenwerking te verbeteren.

*"De mensen die de competentie hebben, moet die ook delen, teachen of coachen van andere zorgverstrekkers. Ik hoop dat er dan minder aanmeldingen zijn." (kinderpsychiater RCA).*

- Het CLB wordt gezien als een belangrijke en sterke partner in het voortraject van schoolgaande kinderen gezien hun kennis van de sociale kaart, kennis van de context van het kind, hun rol als verwijzer. De verantwoordelijkheid van het CLB mag binnen dit voortraject vergroot worden door hen onder meer bij schoolgaanden een rol toe te kennen in de opvolging van de kinderen tijdens de wachttijd.

*"Wij kunnen al veel doen voor ons traject, maar als er nood is aan meer, voor classificatie of zo, dan moeten we doorverwijzen." (participant 10 VCLB).*

*"Het informeren van ouders is een deel van het traject bij het CLB. Wij moeten informeren." (participant 7 VCLB)*

*"Onze hoofdtaak is dat we een goeie draaischijf moeten zijn. In het traject van een kind doen we onze taak, maar we kunnen niet gebruikt worden om testen af te nemen als wij daar zelf geen diagnostische meerwaarde in zien, ook niet als de partner dit vraagt." (participant 9 CLB GO!).*

*"We krijgen eigenlijk heel weinig foute verwijzingen van het CLB. Zij weten goed waarvoor ze naar ons kunnen verwijzen." (CGG participant 2).*

- De visie op diagnostiek van de CLB is echter anders geïoriënteerd dan bij de andere diagnostische organisatie (gericht op onderwijsondersteuning). De verwachtingen naar invulling en outcome van het diagnostisch traject liggen anders, wat de samenwerking niet vergemakkelijkt.

*"Wij moeten zelf bezig zijn met een traject. Dat is een voorwaarde. Als ze ons bellen om een IQ te doen of zo, dan doen we dat niet." (participant 9 VCLB).*

*"Wij willen onze eigen identiteit en het kader van waaruit we werken kunnen behouden (onderwijsbehoeften), dat we hier niet van moeten afstappen. Dat het CLB niet als "uitvoerende kracht" in diagnostiek gezien wordt en op vraag moet werken." (participant 8 VCLB).*

*Los van classificatie, zijn wij ook wel geholpen met bijkomende expertise van andere disciplines van andere centra, dus wij zijn ook vrager om samen te werken. (participant 5 VCLB).*

## 2 Diagnostiek bij kinderen en jongeren via de intersectorale toegangspoort: OBC en OOC

### 2.1 Inleiding

Het zorgaanbod binnen de integrale jeugdhulp bestaat uit een rechtstreeks (RTH) en een niet-rechtstreeks toegankelijk (nRTH) aanbod. De toegang tot het niet-rechtstreeks aanbod (o.a. OOC, OBC) wordt geregeld via de intersectorale toegangspoort (ITP). De toegangspoort wordt provinciaal georganiseerd en bestaat uit twee onafhankelijk werkende teams: een team indicatiestelling en een team jeugdhulpregie. De teams functioneren onafhankelijk van elkaar en onafhankelijk van de jeugdhulpaanbieders. Het einddoel is het indiceren van niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp.

Om een aanvraag te doen voor nRTH, moet een aanvraagdocument (of A-doc) opgemaakt worden door een erkend multidisciplinair team (MDT) of een gemandateerde voorziening. Na elektronische indiening van dit A-doc -via INSISTO- bij de intersectorale toegangspoort, zal het *team indicatiestelling* de aanvraag evalueren en goed- of afkeuren. Bij goedkeuring, kent het *team jeugdhulpregie* de modules zorg toe waarvoor de jongere in aanmerking komt en bepaalt het de handicap- en stoorniscode, waardoor de jongere binnen een doelgroep geplaatst wordt, op basis waarvan bepaald wordt voor welke voorzieningen hij in aanmerking komt (Vlaamse Overheid - Jongerenwelzijn, n.d.-a)

Binnen de intersectorale toegangspoort bestaat er een procedure voor **versnelde indicatiestelling** (of **VIST-procedure**)(Vlaamse Overheid - Jongerenwelzijn, n.d.-b). Deze wordt toegepast in volgende situaties:

- Een urgente situatie waarin er een tekort is aan aangeleverde diagnostiek, de VISTdiagnostiek:
  - situaties waarin de aangewezen diagnostiek niet-rechtstreeks toegankelijk is
  - uitzonderlijke situaties waarin de aangewezen diagnostiek wel rechtstreeks toegankelijk is maar waar niet gewacht kan worden met de opstart van de hulp omwille van externe factoren (bv. waar er een koppeling is de opstart van de hulp en de opstart van het onderwijstraject).
- Een urgente situatie waarin er vraag is naar time-out, de VIST-time out
- In geval van noodzakelijke snelle hulp geïndiceerd vanuit crisisjeugdhulp,
- In geval van een aanvraag specifieke acties voor de versterking van de draagkracht

Binnen de werking van de intersectorale toegangspoort, is het de intersectorale regionale prioriteitencommissie (IRPC) die, na toekenning van de modules door het team jeugdhulpregie, bepaalt of een aanvraag al dan niet voorrang krijgt (Vlaamse Overheid - Jongerenwelzijn, n.d.-c). Aanvragen die via deze IRPC voorrang krijgen, krijgen de status van **PRIOR**.

## 2.2 De regelgeving en de rol van de voorzieningen met betrekking tot diagnostiek

Tabel 19 geeft een overzicht van de doelgroep en de opdracht met betrekking tot diagnostiek zoals deze in de regelgeving van de OIOC en OBC omschreven zijn.

Tabel 19 Diagnostische opdracht en doelgroep OIOC en OBC

Type voorziening	Opdracht mbt diagnostiek ontwikkelingsstoornissen	Doelgroep	Referentie
<b>OIOC</b>	Art 19. 2° de voorziening voert diagnostiek in residentieel of mobiel verband uit, overeenkomstig de beslissing van de verwijzende instantie; 3° de voorziening hanteert actuele en wetenschappelijk onderbouwde instrumenten om haar diagnostische opdracht uit te voeren; 4° het team dat belast is met de diagnostiek van de minderjarigen, is multidisciplinair samengesteld en bestaat minimaal uit een master in de psychologische of pedagogische wetenschappen en een bachelor in het sociaal werk;	Art 11 1°. minderjarigen	Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de erkenningsvoorwaarden en de subsidiënormen voor voorzieningen in de jeugdhulp (2019)
<b>OBC (MFC)</b>	Art 10 § 6. Diagnostiek (...) omvat het uitvoeren van handelingsgerichte diagnostiek al dan niet met classificatie bij de gebruiker en zijn context. Om de typemodule diagnostiek te kunnen aanbieden, moet een multifunctioneel centrum beschikken over een (kinder)psychiater of (kinder)neuroloog.	Art 1 5°. Gebruiker: de minderjarige persoon met een handicap die beschikt over een indicatiestelling Art 8. Een MFC biedt ondersteuning aan gebruikers die beschikken over een jeugdhulpverleningsbeslissing (...) voor de niet rechtstreeks toegankelijke modules dagopvang, verblijf of begeleiding of diagnostiek voor voorzieningen met een specifieke diagnostische opdracht.	Besluit van de Vlaamse Regering houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap (2016)

### 2.2.1 Onthaal-, observatie- en oriëntatiecentrum

Een **onthaal-, observatie- en oriëntatiecentrum** (OOOC, residentieel) is een door de Vlaamse Overheid erkende organisatie binnen de Integrale Jeugdhulp. Een OOOC is erkend voor de *typemodelle kortdurende handelingsgerichte diagnostiek*.

Binnen een OOOC wordt een oriëntatietraject gelopen met de jongere, gericht op het bepalen van een gepast hulpverleningstraject. Deze oriëntatie loopt over een periode van 2 maanden (<https://www.jeugdhulp.be/organisaties/onthaal-observatie-en-orientatiecentrum-oooc>).

De toegang tot een OOOC verloopt via de intersectorale toegangspoort van de Integrale Jeugdhulp. Er dient een aanvraagdocument (A-document) opgemaakt te worden door een Ondersteuningscel Jeugdzorg (OCJ), de sociale dienst van de jeugdrechtbank (SDJ), een Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), een vertrouwenscentrum kindermishandeling (VK) of het CLB. Deze aanvraag wordt geëvalueerd binnen de intersectorale toegangspoort, die beslist of de jongere al dan niet een plaats krijgt binnen een OOOC.

Enkele centra hebben ook een erkenning om diagnostiek rechtstreeks aan te bieden, zonder opmaak van een A-document en aanvraag via de Intersectorale Toegangspoort. Doorgaans verloopt de aanmelding hiervoor op doorverwijzing van een partner binnen de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp (1gezin1plan, pleegzorg) en beslist het OOOC autonoom of de aanmelding al dan niet aanvaard wordt.

### 2.2.2 Observatie- en behandelingscentrum

Een observatie en behandelcentrum (OBC) is een door de Vlaamse overheid erkende voorziening met als opdracht de 'intensieve behandeling voor minderjarigen met een handicap'. Een OBC is binnen de Integrale Jeugdhulp erkend voor het aanbieden van volgende modules:

- Behandeling met geïntegreerde diagnostiek;
- Verblijf voor personen met een (vermoeden) van een handicap, 5/7 of 7/7.

OBC's kunnen residentieel, ambulante of in een mengvorm van residentieel en ambulante werken.

De duur van een volledig traject binnen een OBC wordt "op maat" bepaald, met een maximum van 24 maanden, eenmalig verlengbaar tot 36 maanden. Er is binnen de OBC's een beperkt aanbod van kortdurende diagnostiek (max. 4 maanden). Dit wordt momenteel enkel aangeboden in Mastenhof, een deelwerking van OLO (Antwerpen). Zij zijn erkend voor het aanbieden van de module *diagnostiek voor minderjarigen met een (vermoeden van) handicap*.

Om toegang te krijgen tot een OBC moet een A-document opgemaakt worden door een erkend multidisciplinair team (MDT) of een gemandateerde voorziening (OCJ, SDJ, VK, CAW). De aanvraag wordt geëvalueerd binnen de Intersectorale Toegangspoort, waarna al dan niet een plaats toegewezen wordt.

## 2.3 Focusgroep

De focusgroep met de OOOC vond plaats op 29/11/2019 en duurde 2u. Er waren 12 participanten (11 directieleden, 1 coördinator overleg OOOC).

De topiclijst werd door de OBC *schriftelijk* beantwoord door een directielid van een OBC (via e-mail). Hij beantwoordde de vragenlijst met input en feedback van collega-directies van andere OBC.



## 2.4 Diagnostiek binnen de OBC en OIOC

### 2.4.1 Diagnostisch aanbod

Diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen is geen doel op zich, maar kan deel uitmaken van de globale diagnostiek binnen een OBC. De diagnostische vraag is overwegend ingebed in een bredere behandelvraag vertrekkend vanuit gedrags- en emotionele problemen, die zich manifesteren in een gezinssituatie waarvan de draagkracht (tijdelijk) brozer is. Binnen dit kader worden de diagnoses ADHD, autisme en (lichte) mentale handicap frequent gesteld. De diagnostiek is zowel classificerend als handelingsgericht, evalueert het functioneren van het kind binnen de verschillende contexten en is met het oog op oriëntering van het behandeltraject. De diagnostische fase is meestal de eerste fase binnen een langer lopend behandeltraject of wordt geïntegreerd met het behandeltraject. Geïsoleerde diagnostiek wordt momenteel enkel aangeboden binnen OBC Mastenhof (OLO Antwerpen).

Net als bij de OBC, is bij de OIOC de vraag naar diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen op zich, geen aanmeldingsreden die aanvaard wordt.

*“Ik denk dat het ook niet meer dan 25, 30 procent is dat effectief een diagnose krijgt”(directielid 1 OIOC).*

De diagnoses ADHD, ASS en GES worden gesteld, op voorwaarde dat er een kinderpsychiater aanwezig of beschikbaar is (binnen de organisatie of in samenwerkingsverband). De diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen wordt slechts in mindere mate opgenomen door het OIOC alleen.

*“..., we kunnen op de expertise van het OBC terugvallen en verder doen we het met zelfstandigen en dergelijke” (directielid 2 OIOC).*

Zowel OBC als OIOC zijn vrager voor meer rechtstreeks toegankelijke diagnostiek met voldoende tijd om een verdiepend traject te lopen met de jongere.

*“Maar ik blijf het een fundamenteel verschil vinden tussen wat we doen voor of na de poort, he. Het ene doen we aan beeldvorming, het andere aan diagnostiek” (OIOC-directielid 3).*

*“Maar dan met dezelfde opdracht voor als na de poort, een oioc-light versie, daar zijn we zeker niet mee akkoord” (OIOC-coördinator).*

De vertegenwoordigers zijn van mening dat vlot toegankelijke en vroegtijdige diagnostiek (diagnostiek die sneller volgt op de detectie van problemen) zal leiden tot minder complexe zorgvragen en minder crisissituaties. De duur van het proces om toegang te krijgen tot de voorzieningen via de toegangspoort werkt in de hand dat kinderen te laat aan een traject binnen een OBC/OIOC kunnen beginnen.

### 2.4.2 Multidisciplinariteit van de diagnostiek

De teams binnen OBC's zijn multidisciplinair samengesteld. In alle maken opvoeder/begeleiders, gezinsbegeleider/maatschappelijk assistent, psycholoog en psychiater deel uit van het team. Dit wordt aangevuld met individuele therapeuten, waarbij de samenstelling van het team kan verschillen tussen OBC's (wel/geen logo, wel/geen psychomotorisch therapeut/kiné).

Het team van een OIOC is multidisciplinair samengesteld en bestaat overwegend uit psychologen en maatschappelijk werkers. Er is geen medische discipline aanwezig om diagnoses te stellen.

*“We hebben wel een diagnostische opdracht, maar in onze regelgeving is geen psychiater voorzien” (OIOC-directielid 4).*

Wanneer de expertise van andere disciplines nodig is, wordt waar mogelijk samengewerkt met kinderpsychiatrische diensten, CAR of zelfstandige zorgverleners.

*“Het zijn onze psychologen die de testen afnemen en dan gaan ze naar de kinderpsychiater” (directielid 5), “we werken samen met de kinderpsychiater, verbonden aan de kinderpsychiatrie en zij verwijzen dan ook door naar kine en logo als het nodig is. Meestal zijn die ook verbonden aan de dienst” (OOOC-directielid 6).*

#### 2.4.3 Samenwerking in functie van diagnostiek

Voorafgaand aan de opname in een OBC heeft vaak een vorm van ambulante diagnostiek en behandeling plaatsgevonden en regelmatig een eerste residentiële opname, vb. op K-dienst, OOOC.

De belangrijkste partner tijdens een traject in een OBC zijn K-diensten. Een opname/samenwerking met een K-dienst wordt maximaal ingebed in het langere en meer omvattende OBC-traject: het OBC blijft nauw betrokken tijdens de opname. Quasi steeds zullen de jongeren die opgenomen worden op een K-dienst, in het weekend nog in het OBC verblijven.

De ervaringen in het samenwerken verschillen per regio.

Respondenten stellen dat meer outreach vanuit het diagnostisch en behandelteam uit de K-dienst om de opgebouwde kennis te delen met leefgroep, het OBC-team en de ouders de samenwerking en resultaten met het kind zou versterken. Deze nazorg is echter niet structureel in de werking van K-diensten.

Binnen de OOOC wordt bij vermoeden van een complexe ontwikkelingsproblematiek verwezen naar organisaties met meer expertise en competenties (overwegend CAR en K-diensten). De mate van samenwerking varieert van doorverwijzing tot het doorgeven van gegevens en testresultaten.

*“...we spreken af welke testen zij doen en welke wij, en dat we echt wel samen tot een mooie puzzel kwamen” (OOOC-directielid 7).*

*“Wij verzamelen observatiegegevens, testgegevens en vormen een hypothese en zetten de adviesbepaling verder, maar de diagnostiek geven we door aan meer gespecialiseerde diensten, (...) centrum voor ontwikkelingsstoornissen of privé of referentiecentrum voor autisme” (OOOC-directielid 8).*

De samenwerking met de K-diensten vertaalt zich meestal in het lopen van een gezamenlijk traject, waarbij mogelijk binnen het OOOC bepaalde testafnames gebeuren, waarvan de resultaten gedeeld worden in functie van diagnostiek. Er wordt vanuit de OOOC ook sporadisch samengewerkt met zelfstandige zorgverleners en zelfstandige multidisciplinaire groepspraktijken voor diagnostiek.

*“Vaak was het een traject samen, ook met een kinderpsychiater, en neemt onze psycholoog de testen af en is het de kinderpsychiater die de diagnose stelt”. (OOOC-directielid 9)*

Als drempels voor samenwerking, geven de OOOC volgende aan

- Wachttijden voor aanmelding, wat het traject binnen het OOOC hindert.

*“Jongeren moeten soms lang in een OOOC verblijven, eer we een afspraak hebben met een revalidatiecentrum. Ze hebben meer tools om een juiste diagnose te hebben en daarom moeten ze langer in het centrum blijven” (OOOC-directielid 3).*

- De verwachtingen van de diagnostiek zijn niet steeds afgestemd, een diagnostisch traject bij een partner leidt niet steeds tot de output waarmee een OOOC aan de slag kan gaan.

- De financiële drempel voor samenwerking met zelfstandige zorgverleners is erg groot.

*“Dat kost natuurlijk wel wat centen en dat is niet voor iedereen gegeven he” (OOOC-coördinator).*

- De regionale spreiding van diagnostische voorzieningen.

*“Het speelt in die zin dat het veel tijd vraagt om er iedere keer naartoe te gaan dat het iedere keer een investering is” (OOOC-directielid 10).*

Als *faciliterende factoren* voor samenwerking, zien de OOOC

- Het intersectoraal verhaal, waardoor langer en meer afgestemd wordt met andere organisaties die dezelfde doelgroep behartigen. De laatste jaren wordt een positieve evolutie ervaren die zich uit in meer bereidheid tot samenwerking en een meerwaarde van de samenwerking;
- Persoonlijke contacten en een goede relatie met verwijzers en rechters;
- Samenwerkingsafspraken: soms is er een akkoord met een zelfstandige kinderpsychiater om afspraken vast te kunnen leggen en om enkel het remgeld aan te rekenen, wat de financiële drempel voor de cliënt vermindert en een mogelijke samenwerking faciliteert.

*“Een keer per week, een paar uur per week, dat wij toegang hebben tot een kinderpsychiater verbonden aan de kinder- en jeugdpsychiatrie” (OOOC-directielid 8).*

*“Het probleem is dat je een psychiater moet vinden die bereid is om voor die doelgroep specifiek tijd vrij te maken” (OOOC-directielid 11).*

#### 2.4.4 Toegankelijkheid

Zowel binnen de OBC als de OOOC is er slechts een klein deel van het aanbod rechtstreeks toegankelijk, maar wordt de toegang hoofdzakelijk geregeld via de intersectorale toegangspoort. Dit wordt over het algemeen als goed ervaren, de verwijzing/aanmelding is adequaat, maar aanmeldingen komen vaak erg laat in het traject van het kind.

*“Soms zijn er wel verdoken vragen waar geen diagnostiek nodig is maar waar ze gewoon een dak boven het hoofd zoeken” (OOOC-directielid 6).*

*“Ik vind dat vragen op de wachtlijst vaak veel te laat zijn. Je ziet dat kinderen al een heel traject gelopen hebben en pas dan op de wachtlijst staan. Da’s een juiste vraag, maar had het vroeger gekunnen, je had een adequater antwoord kunnen geven, terwijl nu, het traject dat gelopen werd, heeft al dermate impact gehad op die gasten” (OOOC-directielid 11).*

*“Eer dat ze bij ons zijn is er al heel veel gebeurd en mislukt, met heel veel breuken en verlieservaringen” (OOOC-directielid 10).*

Wanneer een aanmelding geweigerd wordt door een OBC, zal dat zelden zijn omwille van een gebrek aan competenties en expertise om een antwoord te beiden op de zorgvraag, maar hoofdzakelijk omdat er twijfel heerst of een opname binnen een OBC wel de beste optie is voor de jongere (bv. nood aan een voorziening met meer beslotenheid, vraag naar een langerdurend therapeutisch project, vraag naar een lange termijn verblijf...). Hierover wordt dan in gesprek gegaan met de contactpersoon- anmelders.

### *Versnelde indicatiestelling en toewijzing (VIST) bij crisis*

De OBC's zien zichzelf zeker niet als ideale vervolghulp bij crisis. De wachtlijsten laten ook niet toe om snel op hulpvragen in te spelen. Er is al een hoge druk door PRIOR-dossiers, waardoor veel dringende vragen moeten wachten.

VIST en prior leiden binnen de OOC tot nog langere wachttijden voor kinderen die niet voor deze voorrangssystemen in aanmerking komen, wat leidt tot pseudowachtlijsten of ertoe leidt dat de situatie bij deze jongeren ook escaleert en naar een crisis evolueert

*“De vist-procedures of andere procedures die leiden tot versnelde toegankelijkheid, zorgen ervoor dat een aantal kinderen niet meer binnen geraken” (OOC-coördinator).*

*“Ik heb mensen op de wachtlijst staan die daar misschien al twee jaar staan, en waar dat 'k misschien drie plaatsen heb die geen prior gekregen hebben, dus dat betekent, die staan daar al twee jaar en die blijven daar staan tot als ze meerderjarig zijn, tenzij ze in crisis gaan en dat ze één of andere prior krijgen” (OOC directielid 3).*

*“Dus eigenlijk werkt het systeem zo dat we dan te laat komen of pas in de crisis, als het aan het escaleren is” (OOC-directielid 6).*

Hier wordt de preventieve rol van de rechtstreeks toegankelijke diagnostiek benadrukt.

*“Er is wel een verschil met ambulante diagnostiek, vind ik. Die wachtlijsten zijn daar niet minder groot, maar het verloop is gewoon sneller” (OOC-directielid 7).*

*“Daar wordt meer de chronologie gevolgd, terwijl residentieel, dat zijn altijd priors of visten” (OOC-directielid 10).*

*“Ik vind dat ook wel een probleem zenne. Bij ons zijn er kinderen die soms meer dan een jaar op de wachtlijst staan waardoor ze in crisis gaan en toch residentieel komen” (OOC-directielid 4).*

Crisis vraagt zowel voor kind en context als voor de voorziening een groot engagement binnen het hulpverleningstraject, maar creëert soms ook kansen om intensief aan het werk te gaan.

### 2.4.5 Uitstroom

Zowel de OBC als de OOC geven aan dat de uitstroom moeizaam verloopt.

#### *Belemmerende factoren*

Het nodige zorgaanbod volgend op een traject binnen OOC of OBC, is niet steeds *beschikbaar*. Vanuit de OBC wordt regelmatig verwezen naar residentiële vervolghulp, waar men botst op aanzienlijke wachtlijsten. Omdat jongeren hierdoor langer dan gepland binnen het OBC verblijven, stropt ook de eigen instroom.

De *visie* van de jeugdrechters heeft ook een invloed op de uitstroom. Er is enerzijds de subjectieve benadering van veiligheid door de jeugdrechters waardoor zij oordelen dat het traject binnen het OOC verlengd moet worden, en anderzijds varen jeugdrechters regelmatig hun eigen koers en leggen het advies gesteld door het OOC naast zich neer.

*“Wanneer een jeugdrechter als persoon voelt van 't is hier niet veilig, dan beslissen ze dat die hier moet blijven, los van diagnostiek” (OOC-directielid 3).*

De *conceptuele invulling van begrippen en methodieken* die niet overeenstemt, belemmert eveneens de uitstroom. Als gevolg verschilt de 'risico-inschatting' door actoren betrokken bij het kind, waardoor er geen consensus is wat betreft de beslissing tot uitstroom uit het OOC. Ook de andere invulling van diagnostiek resulteert in onbegrip tussen organisaties.

*“Wat vinden we veiligheid en onveiligheid en wie beslist dat” (OOC-directielid 10).*

#### *Faciliterende factoren*

Faciliterend in uitstroom is volgens de OBC het *vertrouwen* van andere voorzieningen in de OBC. Dit groeit door goede communicatie en succesvolle trajecten. Ook het sterk inzetten op het *werken met de ouders* faciliteert de uitstroom.

Het *afstemmen van concepten en methodieken*, werkt eveneens faciliterend bij uitstroom. Een gedeelde visie aangaande bv. risicoinschatting door gebruik te maken van dezelfde methodiek (bv. signs of safety), vergemakkelijkt de uitstroom.

Ook *samenwerkingsverbanden* hebben een faciliterende invloed op de uitstroom.

*“Hoe meer en hoe beter er wordt samengewerkt, hoe gemakkelijker dat verloopt. Soms kunnen we bij elkaar terecht” (OOC-directielid 10).*

### **3 Diagnostiek voor Volwassenen**

Zorgverstrekkers uit verschillende organisaties en diensten geven aan dat er toenemende aandacht is voor ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen. De focus hierbij ligt voornamelijk op autismespectrumstoornissen (ASS) en attentiedeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD).

*“Het aantal cliënten dat de diagnose van een autismespectrumstoornis gekregen heeft is duidelijk toegenomen, vermoedelijk omdat daar nu meer aandacht voor is en er een “breder” spectrum van autisme beschreven is.” (Kwaliteitsverantwoordelijke CGG).*

*“De voorbije jaren lijkt er sprake van een booming van deze diagnoses [ASS en ADHD], meer bekendheid van deze stoornissen via de media.” (Zorgverstrekker CGG).*

Dit maakt dat de vraag naar multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen toeneemt. Maar tegelijk wordt ook de problematische toegankelijkheid van het aanbodesignaleerd.

In dit deel van het rapport worden de resultaten weergegeven van een verkennend onderzoek dat gevoerd werd naar het aanbod en de toegankelijkheid van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen, binnen hiervoor gesubsidieerde organisaties en diensten in Vlaanderen.

#### **3.1 De regelgeving en de rol van de voorzieningen met betrekking tot diagnostiek**

De binnen dit onderzoek geïnccludeerde organisaties/diensten, zijn organisaties/diensten die multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen voor volwassenen aanbieden in Vlaanderen, en die hiervoor door de overheid erkend zijn en gesubsidieerd worden.

Op basis van deze beschrijving, werden volgende organisaties/diensten weerhouden:

- Oriëntatiecentrum OLO vzw;
  - West-Vlaams Consultatiebureau - DIASS+;
  - Referentiecentra voor Autisme;
  - Centra Geestelijke Gezondheidszorg;
  - A-diensten Algemene Ziekenhuizen;
  - A-diensten Psychiatrische Ziekenhuizen;
  - Units voor Observatie, Diagnose en Behandeling.
- De regelgeving met betrekking tot diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen is verschillend. Er zijn organisaties die een duidelijk omschreven opdracht op dit vlak hebben, en andere waarbij de diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen deel uitmaakt van een bredere diagnostische en/of behandelopdracht. De diagnostiek kan ambulante of residentieel aangeboden worden (overzicht tabel 20).

Tabel 20 Kernopdracht van de verschillende typen organisaties

	Duidelijk omschreven diagnostische opdracht van ontwikkelingsstoornissen (en 'handicap') bij volwassenen	Ruim te interpreteren (diagnostische) opdracht van psychische/psychiatrische stoornissen bij volwassenen
<b>Ambulant en/of mobiel</b>	OC OLO WVCB RCA ODB-units	CGG
<b>Residentieel</b>	ODB-units	A-diensten algemene ziekenhuizen A-diensten universitaire ziekenhuizen A- en SP-diensten psychiatrische ziekenhuizen

Tabel 1 in bijlage 4 geeft een volledig overzicht van de opdracht en doelgroep met betrekking tot diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen zoals omschreven in de regelgeving van de geïncludeerde organisaties.

### 3.2 De respondenten

#### 3.2.1 Vragenlijstonderzoek

De respons op het vragenlijstonderzoek betrof N=51. De respondenten vertegenwoordigden de verschillende geïncludeerde organisaties/diensten, maar de vragenlijst werd ook ingevuld door respondenten die aangaven in te vullen voor een (specialistische) afdeling van de geïncludeerde diensten (tabel 21).

Tabel 21 Overzicht participerende organisaties vragenlijstonderzoek

OC OLO	1
WVCB-DIASS+	1
Referentiecentrum Autisme	7
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	10
A-dienst Algemeen Ziekenhuis	12
A-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis	12
A-dienst Universitair Ziekenhuis	1
Unit voor Observatie, Diagnose en Behandeling	2
A-dienst + T-dienst	1
Algemeen Ziekenhuis	1
Dienst diagnostiek volledig psychiatrisch centrum	1
Outreachteam dubbeldiagnose psychiatrisch centrum	1
Psychiatrisch ziekenhuis, ambulante werking psychodiagnostiek	1

De functie die de vertegenwoordigers van de organisaties/diensten vervullen, is divers (tabel 22).

Tabel 22 Rol van de invullers van de vragenlijst binnen de organisatie

Directielid	12
Diensthofd	13
Stafmedewerker	7
Zorgverstrekker	13
Hoofddarts	1
klinisch psycholoog, psychodiagnosticus	1
Klinisch Psycholoog/Psychodiagnosticus	1
Psychiater - psycholoog - hoofdverpleegkundige	1
psycholoog	2
zorginhoudelijk coördinator	1

De vestigingsplaats van de organisaties/diensten van de participerende diensten, toont een vertegenwoordiging vanuit alle regio's.

Tabel 23 Regionale spreiding participerende organisaties

Oost-Vlaanderen	11
Antwerpen	15
Brussel	2
West-Vlaanderen	12
Vlaams-Brabant	4
Limburg	8

### 3.2.2 Aanvullende bevraging per mail of telefonisch

Omwille van de beperkte kwaliteit van de respons op het vragenlijstonderzoek, werd aanvullend telefonisch en/of schriftelijk (via e-mail) data verzameld, aan de hand van de in het vragenlijstonderzoek gebruikte vragenlijst. Tabel 24 toont de organisaties die bijkomend gecontacteerd werden en de functie van de respondent binnen de organisatie.

Tabel 24 Organisatie, aantal en profiel respondent binnen de organisatie van de participanten van de aanvullende telefonische of schriftelijke bevraging

OC OLO	1	Directielid
WVCB	1	Directielid
A-dienst PZ	10	Zorgverstreker (6) Diensthofd (3) Stafmedewerker (1)
A-dienst AZ	1	zorgverstekker
RCA	2	Directielid (1) Zorgverstreker (2)
CGG	7	Zorgverstreker (3) Stafmedewerker (2) Directielid (2)
ODB	2	Diensthofd (1) Directielid (1)

Sommige organisaties kunnen dezelfde zijn als de organisaties die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek.

## 3.3 Het zorgtraject van volwassenen met een ontwikkelingsstoornis

### 3.3.1 De toeleiding

In bepaalde fasen in het leven ervaren volwassenen met ontwikkelingsstoornissen moeilijkheden waardoor ze zelf (en/of hun sociale omgeving) getriggerd worden om een hulpvraag te signaleren. Als gevolg hiervan komt de vraag rond het uitvoeren van diagnostiek ter sprake. Verschillende respondenten omschrijven dit als 'scharniermomenten'. Enkele voorbeelden van dergelijke scharniermomenten zijn de overgang van middelbaar onderwijs naar hoger onderwijs, een eerste werkervaring en/of andere werkgerelateerde (faal-)ervaringen, verlies, rouw en relationele problemen.

Verder wordt ook gesteld dat ouders zichzelf herkennen in de kenmerken van hun kind. Meerdere respondenten halen aan dat de diagnose van een ontwikkelingsstoornis bij een kind, het zoeken naar hulp voor zichzelf uitlokt. De verhoogde aandacht voor bepaalde stoornissen, in het bijzonder voor ADHD en ASS, heeft ertoe geleid dat cliënten/patiënten soms zelf op zoek gaan naar informatie en aan 'zelfdiagnostiek' doen.

*"[...] De cliënt las erover en herkent zich er sterk in en vraagt onderzoek hiernaar. Het gebeurt ook dat cliënten [...] een kind hebben [dat] een diagnose kreeg, van ASS bijvoorbeeld, en door het proces van*



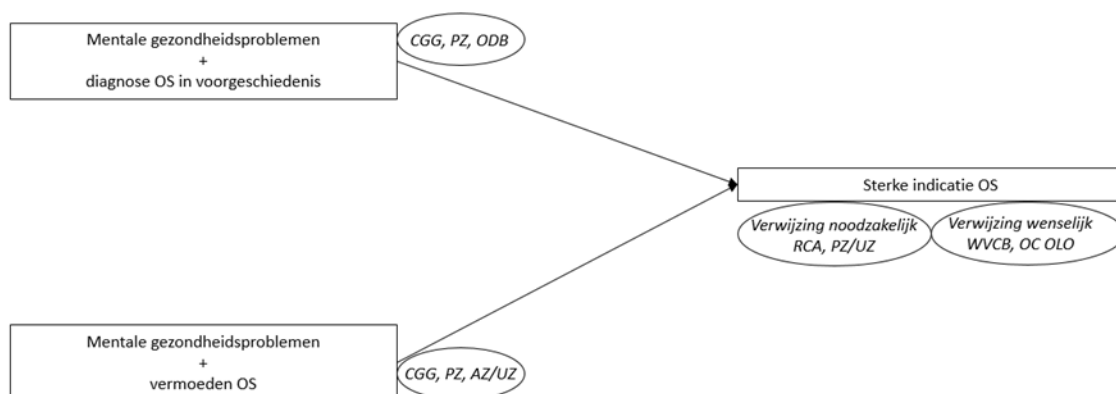
*onderzoek en de diagnose, herkennen ze dit bij zichzelf." (Psychodiagnostisch medewerker psychiatrische ziekenhuis).*

Het voorkomen van een ontwikkelingsstoornis of het vermoeden hiervan, kan door verschillende actoren aangehaald worden: de persoon met de ontwikkelingsstoornis zelf en/of de sociale omgeving, (mono-disciplinaire) zorgverstrekkers uit verschillende lijnen van de gezondheidszorg (in onderstaand citaat: "de verwijzer") of door het multidisciplinair team van de voorziening waar de persoon met de ontwikkelingsstoornis al in begeleiding is (bijvoorbeeld in kader van een mentaal gezondheidsprobleem).

*"In het CGG krijgen we dikwijls mensen over de vloer waarbij sprake is van een (vermoeden van) een neurobiologische ontwikkelingsstoornis (cfr.DSM 5). Soms vermelden cliënten zelf dat er in het verleden een diagnose werd gesteld. Soms vermelden cliënten (of hun contextfiguren) dat ze een ontwikkelingsstoornis vermoeden. Soms wordt het vermoeden of de diagnose meegedeeld door de verwijzer. Soms wordt het vermoeden vastgesteld door het eigen multidisciplinair team." (klinisch psycholoog CGG)*

Bij de instroom kunnen drie types onderscheiden worden.

- Volwassenen met mentale gezondheidsproblemen waarbij er sprake is van een (formele/informele) diagnose van een ontwikkelingsstoornis in het voortraject: instroom via de CGG, psychiatrische ziekenhuizen en units voor observatie, diagnostiek en behandeling;
- Volwassenen met mentale gezondheidsproblemen waarbij het vermoeden van een ontwikkelingsstoornis ter sprake komt tijdens het traject in functie van een psychische/psychiatrische problematiek: instroom via de CGG, psychiatrische ziekenhuizen, algemene en universitaire ziekenhuizen;
- Volwassenen waarbij de symptomen wijzen op een zeer sterke vermoedensdiagnose: instroom via RCA, (gespecialiseerde eenheden binnen) psychiatrische en universitaire ziekenhuizen, WVCB en OC OLO.



Figuur 5 Instroom (per type voorziening) gelinkt aan typen volwassenen met ontwikkelingsstoornissen

De manier waarop omgegaan wordt met de hulpvraag rond multidisciplinaire diagnostiek is afhankelijk van het type organisatie waar de aanmelding gebeurt.

### 3.3.2 Diagnostiek binnen het zorgtraject

Respondenten geven aan dat de zorg voor volwassenen met ontwikkelingsstoornissen complex en langdurig is. Diagnostiek is zelden de eerste fase in het zorgtraject. In veel gevallen is er sprake van een voortraject waarin de cliënt/patiënt al startte met behandeling en begeleiding, of zelfs al (foutief) gediagnosticeerd werd.

*"Gezien veranderingen [in de] DSM, en langzaam betere detectie en kennis bij hulpverleners zien we een verhoging van diagnoses in de groep die vroeger 'Asperger' [syndroom van Asperger, behorend tot de autismespectrumstoornissen] genoemd werd. Vooral bij cliënten die al allerhande diagnoses [kregen] en een lange hulpverleningsgeschiedenis hebben." (Opnamecoördinator en psycholoog psychiatrisch ziekenhuis).*

Enkele respondenten halen aan dat de ernst van de ontwikkelingsproblemen een invloed heeft op de timing van de diagnostiek. Ontwikkelingsproblemen die een duidelijke impact hebben op het functioneren, bijvoorbeeld op gebied van leren, spreken en bewegen, worden op jongere leeftijd opgemerkt en gediagnosticeerd ("vroeger opgepikt"). Volwassenen met een ontwikkelingsproblematiek die minder impact heeft op het functioneren, ontwikkelen vaak mechanismen om te compenseren voor hun beperkingen. Subtiele klachten, bijvoorbeeld in sociale interactie of concentratievermogen, worden hierdoor minder snel gedetecteerd.

*"Bij ons zijn veel mensen met een hoog intelligentieniveau wat maakt dat ze goed kunnen compenseren in zaken die moeilijk lopen. Ik vermoed dat hierdoor de kans groter is dat de diagnose eerder gemist werd. [...] Ik merk dat er nog steeds veel volwassenen zijn die vermoedelijk een ontwikkelingsstoornis hebben waarbij het in de kindertijd geen aandacht kreeg." (psychodiagnostische medewerker psychiatrisch ziekenhuis).*

Ondanks compensatiemechanismen blijven deze volwassenen in het latere leven "botsen" op problemen binnen verschillende levensdomeinen. Nagenoeg alle respondenten halen aan dat de hulpvraag rond het uitvoeren van diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen zich stelt op zogenaamde 'scharniermomenten' in het leven van volwassenen.

*"[Ik] merk dat we veel cliënten hebben die, ofwel de diagnose van een ontwikkelingsstoornis reeds gekregen hebben in het verleden, en bij ons aankloppen omdat er bijkomend een psychiatrische problematiek is, ofwel de diagnose (nog) niet kregen maar in de periode van jongvolwassenheid aanlopen tegen een aantal zaken waardoor ze zich afvragen wat er net aan de hand is." (Psycholoog/gedragstherapeut diagnostisch team jongvolwassenen CGG).*

Comorbide stoornissen compliceren het zorgtraject waardoor "tijd verloren" gaat aan behandeling, begeleiding en ondersteuning die niet of onvoldoende aangepast zijn aan de noden van de volwassene met een ontwikkelingsproblematiek. De psychische/psychiatrische stoornis en de ontwikkelingsstoornis werken elkaar verder in de hand.

*"Bij ons is het vaak moeilijk te differentiëren met andere stoornissen. Het is vermoedelijk vaak een 'en-en'-verhaal geworden. Iemand met een ontwikkelingsproblematiek die nooit de juiste begeleiding heeft gekregen, ontwikkelt volgens mij ook sneller een andere stoornis erbij." (Psychodiagnostisch medewerker psychiatrisch ziekenhuis).*

### 3.3.3 De rupturen in het traject

Verschillende respondenten benadrukken dat de zorg voor volwassenen met ontwikkelingsstoornissen erg gefragmenteerd verloopt.

*"In elk geval stellen we vast dat heel wat cliënten met een ontwikkelingsstoornis worden bijgestaan door een netwerk van verschillende diensten/hulpverleners, bijvoorbeeld een VAPH-voorziening of dienst gespecialiseerd in ASS, in combinatie met ambulante psychologische hulpverlening in het CGG, psychiatrische opvolging, sociale begeleiding bij OCMW of CAW, ... Soms is het een nadeel dat de hulpverlening versnipperd is." (Klinisch psycholoog CGG).*

Het probleem van wachtlijsten en -tijden blijft niet beperkt tot de diagnostiek. Ook in de behandeling, begeleiding en ondersteuning voor deze personen bestaan knelpunten in de toegang tot zorg.

*"Diagnostiek is niet het grootste probleem, wel het vervolg namelijk waar men snel, zonder wachttijden van meer dan anderhalf jaar, adequate en professionele hulp kan krijgen" (zorgverstrekkers A-dienst).*

## 3.4 Diagnostiek

Een vermoeden van een ontwikkelingsstoornis bij een volwassene wordt - nu sneller dan vroeger - gesignaleerd. Organisaties ervaren dat de hulpvraag naar het uitvoeren van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen groter geworden is. Bepaalde voorzieningen (maar zeker niet alle organisaties) proberen hieraan tegemoet te komen door zorgverstrekkers op te leiden of door het aanwerven van zorgverstrekkers met specifieke expertise in de zorg voor volwassenen met ontwikkelingsstoornissen.

*"Er is bij verschillende eenheden en interne behandelaars een hogere sensitiviteit ontstaan voor het detecteren van ontwikkelingsstoornissen. [...] Er zijn enkele teamleden die zich gaandeweg aan het specialiseren zijn." (Directeur patiëntenzorg psychiatrisch ziekenhuis).*

*"Ik denk dat wij in de toekomst ook graag anders zouden zien maar dat daar middelen voor moeten vrijkomen om iemand met de juiste kwaliteit te kunnen aanwerven, en dan is de vraag waar de prioriteiten moeten liggen." (Opnamecoördinator en psycholoog psychiatrisch ziekenhuis).*

*"Een CGG biedt een aanbod aan een brede waaier [van personen met] geestelijke gezondheidsproblemen. Het is niet onze beleidskeuze om al onze hulpverleners een bijkomende opleiding diagnostiek te laten volgen." (Kwaliteitscoördinator CGG).*

### 3.4.1 Classificerend of handelingsgericht?

De verschillende typen organisaties hanteren ook zoals bij kinderen en jongeren zogenaamde *classificerende of categoriale* diagnostiek en *handelingsgerichte* diagnostiek.

*"In een CGG behoort diagnostiek bij de behandeling van mensen met ernstige psychische problemen. Wie bieden dus nooit diagnostiek als te gebruiken module aan maar steeds in het kader van een hulpvraag en therapeutische indicatiestelling." (Afdelingshoofd volwassenen- en ouderenzorg CGG).*

*"De vraag naar ons (aanmelding) betreft meestal vastlopende situaties (hetzij thuis, hetzij in een collega-voorziening) waarbij handvaten gevraagd worden om uit de impasse te geraken. Hierbij zijn*

*dossierstudie en ruimere beeldvorming wel degelijk van belang." (Verantwoordelijke ortho-agogiek ODB-unit).*

*"[Door onze huidige financiering ligt de] nadruk op goed onderbouwde classificatie (bijvoorbeeld: ASS en waarom wel/niet, eventuele comorbiditeit), en te weinig op functioneel bilan/handelingsgerichte [diagnostiek]." (Directielid WVCB).*

De types organisaties zijn echter niet zuiver in te delen naar classificerende/categoriale of handelingsgerichte diagnostiek. In de praktijk trachten voorzieningen elementen van beide vormen diagnostiek op te nemen in hun zorgtrajecten.

De vorm van de aangeboden diagnostiek kan gelinkt worden aan de opdracht van de organisatie/dienst.

*"Wij zijn een therapeutisch centrum, ikzelf werk in het jongvolwassenenteam dus mijn kernopdracht ligt in therapie voor 18-25-jarigen." (Psycholoog/gedragstherapeut diagnostisch team jongvolwassenen CGG).*

*"Onze voorziening biedt geen expliciet aanbod met betrekking tot multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen. [...] Onze organisatie richt zich voornamelijk op psychiatrische problematiek. (Diensthofd psychologische dienst psychiatrisch ziekenhuis).*

Bepaalde organisaties hanteren classificerende/categoriale diagnostiek (al dan niet in combinatie met elementen van handelingsgerichte diagnostiek) omdat er een duidelijk omschreven (wettelijke) opdracht bestaat rond het uitvoeren van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen en handicap. Andere typen organisaties, die een ruimere diagnostische opdracht hebben ten behoeve van personen met psychische en/of psychiatrische stoornissen, hanteren - in het bijzonder met betrekking tot ontwikkelingsstoornissen - meer handelingsgerichte diagnostiek.

### 3.4.2 Multidisciplinariteit van de diagnostiek

De bereidheid van organisaties om in te zetten op diagnostiek hangt samen met de mate waarin zorgprofessionals in de voorziening affiniteit vertonen met ontwikkelingsproblemen bij volwassenen.

*"Onze PAAZ-afdeling [A-dienst] [heeft] geen voeling met deze materie." (Medewerker toetsingscommissie algemeen ziekenhuis).*

Zorgprofessionals die affiniteit en expertise hebben met (diagnostiek van) ontwikkelingsstoornissen, vergroten de aandacht voor en de detectie van ontwikkelingsproblemen bij patiënten/cliënten in de organisatie. Door verschillende respondenten wordt aangehaald dat niet alle voorzieningen over professionals beschikken die ontwikkelingsproblemen kunnen detecteren.

Als de diagnostiek niet uitgevoerd wordt door professionals met de geschikte competenties, houdt dit een risico in voor de kwaliteit van de geleverde diagnostiek.

*"Wat jammer genoeg wel gebeurt, is dat diagnoses steeds vaker gesteld worden aan de hand van zeer gebrekkige diagnostiek (of zelfs aan de hand van één gesprek). Dat proberen wij dan recht te trekken door testing te doen en eventueel foute diagnoses te corrigeren." (klinisch psycholoog psychiatrisch ziekenhuis).*

De organisaties die geparticipeerd hebben aan het vragenlijstonderzoek, geven aan dat de diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen binnen hun organisatie/dienst, multidisciplinair verloopt (tabel 25).

Tabel 25 Verloopt de diagnostiek in uw organisatie multidisciplinair?

			N
OC OLO	(Bijna) altijd	1	1
WVCB-DIASS+	(Bijna) altijd	1	1
Referentiecentrum Autisme	(Bijna) altijd	6	7
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	(Bijna) altijd	3	10
A-dienst Algemeen Ziekenhuis	(Bijna) altijd	4	12
A-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis	(Bijna) altijd	5	12
A-dienst Universitair Ziekenhuis	(Bijna) altijd	1	1

De ODB hadden deze vraag niet beantwoord.

Deze multidisciplinariteit wordt hoofdzakelijk ingevuld door de aanwezigheid van een psychiatrische discipline en een medische discipline (zie tabel 2 bijlage 4).

### 3.4.3 De kwaliteit van de diagnostiek

De kwaliteit van de uitgevoerde diagnostiek wordt in vraag gesteld, zeker wanneer deze uitgevoerd werd binnen een privésetting.

*"Er is gewoon te weinig capaciteit, dus mensen gaan zoeken en hierop reageren privé multidisciplinaire teams die heel veel kosten voor mensen (en die bij momenten toch echt bedenkelijke assessments doen, met als indruk dat je er je diagnose gewoon 'kan kopen' " (zorgverstreker CGG).*

Maar ook de kwaliteit van de diagnostiek uitgevoerd binnen andere gesubsidieerde settings wordt soms in twijfel getrokken.

*"De kwaliteit van de reguliere psychiatrische en psychologische diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen is zeer wisselend in de volwassen GGZ; Moest die capaciteit ook ingezet worden om deskundig ontwikkelingsstoornissen eruit te halen, dat zou al veel schillen" (medewerker RCA).*

De kwaliteit van de diagnostiek beïnvloedt de complexe differentiaaldiagnostiek die bij volwassenen met (een vermoeden van) ontwikkelingsstoornissen uitgevoerd moet worden. In universitaire en psychiatrische ziekenhuizen (A- en/of SP-diensten) en in de CGG merkt men een hoge comorbiditeit tussen mentale gezondheidsproblemen en ontwikkelingsproblemen (met focus op ADHD en ASS). Het onderscheid tussen deze stoornissen is niet altijd even duidelijk af te lijnen. De comorbiditeit wordt voornamelijk vastgesteld bij volwassenen met verslavingsproblemen en middelenmisbruik, personen met angststoornissen en (rand-) psychotische stoornissen, volwassenen met dwangstoornissen, personen met een suïciderisico en bij volwassenen met mentale beperkingen.

*"Het blijft een uitdaging om bij complexe problematiek (bijvoorbeeld: borderline, psychose) het juiste gewicht te geven aan de impact van ontwikkelingsstoornissen en andere etiopathologische factoren." (directeur patiëntenzorg psychiatrisch ziekenhuis).*

### 3.5 De toegankelijkheid tot multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen

*"Personen met een ontwikkelingsstoornis worden nog te vaak als een 'hete patat' doorgeschoven" (psycholoog CGG).*

Ook voor volwassenen met (een vermoeden van) ontwikkelingsstoornissen is de toegankelijkheid tot gesubsidieerde multidisciplinaire diagnostiek in Vlaanderen beperkt, onder andere omwille van de lange wachtlijsten en -tijden.

*"Een duidelijke evolutie is ook dat er op de meeste plaatsen lange wachtlijsten zijn voor diagnostiek en dat de betaalbaarheid een groot probleem is." (opnamecoördinator en psycholoog psychiatrisch ziekenhuis).*

*"Er zijn extreme wachttijden en geen middelen om het zelf deskundig te organiseren" (psycholoog CGG).*

In veel gevallen worden volwassenen met een expliciete vraag naar diagnostiek van een ontwikkelingsstoornis doorverwezen naar voorzieningen die hiervoor een specifiek aanbod hebben, zoals WVCB DAISS+, OC OLO en RCA, of expertisecentra verbonden aan ziekenhuisdiensten met een bredere opdracht, zoals EVO (UZ Brussel) en ECA (UZ Leuven). Het diagnostisch traject wordt doorgaans volledig opgenomen door deze voorziening.

*"Wanneer iemand aanmeldt/aangemeld wordt, vragen we meteen of relevante info kan worden bezorgd. [...] In de meeste gevallen kijkt men echter in onze richting voor het 'volledige pakket'." (Directielid WVCB).*

#### 3.5.1 De beschikbaarheid van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen

##### 3.5.1.1 Het aanbod

Niet alle geïncludeerde organisaties/diensten bieden ook effectief multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aan (tabel 26).

Tabel 26 Biedt de organisatie diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aan?

	JA	NEEN
OC OLO	1	0
WVCB-DIASS+	1	0
Referentiecentrum Autisme	6	1
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	3	7
A-dienst Algemeen Ziekenhuis	5	7
A-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis	7	5
A-dienst Universitair Ziekenhuis	1	0
Unit voor Observatie, Diagnose en Behandeling	0	2

Dit betekent niet dat hulpvragen rond het uitvoeren van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen exclusief gericht worden aan organisaties met een duidelijk omschreven opdracht rond diagnostiek. Behalve 2 organisaties in Limburg en 1 in Antwerpen, geven nagenoeg alle organisaties die zelf

geen diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aanbieden, aan soms wel de vraag naar diagnostiek te krijgen (bijlage 4 tabel 3). Zij verwijzen hiervoor allen door naar andere organisaties die wel een aanbod hebben (bijlage 4 tabel 4).

De manier waarop voorzieningen een antwoord bieden op deze hulpvragen is divers en hangt nauw samen met enerzijds de beschikbaarheid van expertise binnen de eigen voorziening en anderzijds de prioriteit die de organisatie geeft aan diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen.

*"Het feit dat dit [uitvoeren van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen] dan niet binnen ons centrum gebeurt, heeft volgens mij eerder met gebrek aan tijd, kennis en vaardigheden en dus vooral (een gebrek aan) financiële middelen te maken." (opnamecoördinator en psycholoog psychiatrisch ziekenhuis).*

Er kunnen vier scenario's onderscheiden worden in de manier waarop organisaties/diensten omgaan met de hulpvraag, wanneer er een aanmelding is voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen (figuur 3):

- Scenario 1:* De voorziening beschikt over zorgprofessionals die voldoende expertise hebben om multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen uit te voeren EN de voorziening geeft een hoge prioriteit aan het uitvoeren van deze diagnostiek  
→ Multidisciplinaire diagnostiek wordt uitgevoerd binnen de eigen voorziening.
- Scenario 2:* De voorziening beschikt niet over zorgprofessionals die voldoende expertise hebben om multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen uit te voeren maar professionals beschikken wel over basiscompetenties die het toelaten om ontwikkelingsstoornissen te detecteren EN de voorziening geeft een hoge prioriteit aan het uitvoeren van diagnostiek  
→ Voorziening zal doorverwijzen naar externe partners voor het uitvoeren van de diagnostiek.
- Scenario 3:* De voorziening beschikt over zorgprofessionals die voldoende expertise hebben om multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen uit te voeren EN de voorziening geeft -omwille van diverse redenen- geen hoge prioriteit aan het uitvoeren van de diagnostiek  
→ Voorziening zal doorverwijzen naar externe partners voor het uitvoeren van de diagnostiek.
- Scenario 4:* De voorziening beschikt niet over zorgprofessionals die voldoende expertise hebben om multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen uit te voeren EN de voorziening geeft geen hoge prioriteit aan het uitvoeren van diagnostiek  
→ Ontwikkelingsstoornissen worden vermoedelijk niet meegenomen als onderdeel van het behandeltraject (omdat de detectie ervan niet/onvoldoende plaatsvindt).



Figuur 6 Manieren waarop organisaties een antwoord bieden op hulpvragen rond multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen

### 3.5.1.2 Regionale (ongelijke) spreiding van expertise met betrekking tot diagnostiek

In voorzieningen waar geen of te weinig zorgprofessionals aanwezig zijn die over voldoende competenties en expertise beschikken om diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen uit te voeren, kan de diagnostiek logischerwijs ook niet georganiseerd worden. Voornamelijk binnen de CGG, de algemene en psychiatrische ziekenhuizen blijkt dit het geval te zijn (hoewel er intra-organisatorische verschillen bestaan in de beschikbare expertise).

*"Ja, [wij verwijzen] altijd [door naar andere voorzieningen]. Wij hebben niet de expertise en middelen op de dienst om die diagnose te stellen." (zorgverstreker CGG).*

Deze intra-organisatorische verschillen leiden tot regionale verschillen in het beschikbaar aanbod van expertise met betrekking tot diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen. Hierdoor is de mogelijkheid tot het beantwoorden van de hulpvraag rond diagnostiek sterk afhankelijk van 'toevalligheden'. Anders gesteld: als de persoon met een ontwikkelingsstoornis terechtkomt in een CGG, algemeen ziekenhuis of psychiatrisch ziekenhuis alwaar professionals met expertise werkzaam zijn én als er prioriteit gegeven wordt aan de diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen, dan zal de diagnostiek uitgevoerd kunnen worden in het lopende traject binnen deze voorziening.



Tabel 27 Aanbod van diagnostiek voor volwassenen per regio per soort organisatie

		ja	neen
Oost-Vlaanderen	Referentiecentrum Autisme	2	0
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	3
	A-dienst Algemeen Ziekenhuis	1	0
	A-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis	0	2
Antwerpen	OC OLO	1	0
	Referentiecentrum Autisme	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	1
	A-dienst Algemeen Ziekenhuis	2	2
	A-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis	2	1
	Unit voor Observatie, Diagnose en Behandeling	0	1
Brussel	Referentiecentrum Autisme	1	0
	A-dienst Universitair Ziekenhuis	1	0
West-Vlaanderen	WVCB-DIASS+	1	0
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0	2
	A-dienst Algemeen Ziekenhuis	2	2
	A-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis	1	2
	Unit voor Observatie, Diagnose en Behandeling	0	1
Vlaams-Brabant	Referentiecentrum Autisme	3	0
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0	1
Limburg	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	0
	A-dienst Algemeen Ziekenhuis	0	3
	A-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis	4	0

De resultaten in tabel 27 weerspiegelen antwoorden per vestigingsplaats. Het aanbod van RCA Antwerpen voor volwassenen, wordt uitgevoerd door OLO. Het RCA Brussel heeft een aanbod in Vlaams-Brabant (vanuit vestigingsplaats revalidatieziekenhuis Inkendaal en vanuit het UZ Brussel) en ook het RCA Leuven heeft een aanbod voor volwassenen in Vlaams-Brabant.

3.5.1.3 *Wachlijsten*

Alle participerende organisaties/diensten die een diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen voor volwassenen aanbieden melden dat er wachtlijsten zijn (tabel 28). Ook organisaties waarbij diagnostiek uitgevoerd wordt binnen een breder opdrachtenkader bestaan er wachtlijsten, zij het niet overal.

Tabel 28 Wachlijsten per soort organisatie

OC OLO	Ja	1
WVCB-DIASS+	Ja	1
Referentiecentrum Autisme	Ja	6
	Geen respons	1
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	Ja	1
	Nee	1
	Geen respons	8
A-dienst Algemeen Ziekenhuis	Nee	2
	Geen respons	10
A-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis	Ja	4
	Geen respons	8

Het aantal cliënten/patiënten op de wachtlijst varieert naargelang het type organisatie en is het hoogst bij de organisaties met een expliciet aanbod (tabel 29).

Tabel 29 Aantal cliënten op de wachtlijst dd. 31/12/2018

OC OLO	> 51	1
WVCB-DIASS+	> 51	1
Referentiecentrum Autisme		1
	21 – 30	1
	31 – 40	1
	41 – 50	3
	> 51	1
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg		9
	0 – 10	1
A-dienst Algemeen Ziekenhuis		12
A-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis		8
	0 – 10	3
	11 – 20	1
	Total	12
A-dienst Universitair Ziekenhuis		1
ODB		2

Door wachtlijsten in de eigen voorziening, zien organisaties zich soms genoodzaakt om personen met ontwikkelingsstoornissen door te verwijzen naar andere types voorzieningen die een expliciete opdracht hebben tot het uitvoeren van diagnostiek, maar deze organisaties kampen op hun beurt ook met wachtlijsten en -tijden.

"Door onze samenwerking met DIASS [West-Vlaams Consultatiebureau voor Diagnostiek & Zorg] gedurende enkele jaren, kan ik ervaren dat de nood groot is en de wachttijsten lang (2 jaar en meer). DIASS moet de leemte vullen die er in onze provincie is. Ook vandaag hoor ik via collega's dat de wachttijsten hier en elders lang zijn, nog meer bij volwassenen dan bij kinderen." (verantwoordelijke ortho-agogiek ODB-unit).

### 3.5.1.4 Wachttijden voor diagnostiek

Omwille van de beperkte respons, werden enkel de data weerhouden die ingegeven werden door organisaties die een expliciet aanbod aan diagnostiek bij volwassenen hebben. Onderstaande tabel geeft de door de respondenten gerapporteerde wachttijd weer (tabel 30).

Tabel 30 Wachttijden per soort organisatie

	wachttijd aanmelding-1 <sup>e</sup> gesprek		Wachttijd 1 <sup>e</sup> gesprek - 1 <sup>e</sup> onderzoek	
	OC OLO	langer dan 1 jaar	1	3 tot 6 maanden
WVCB-DIASS+	langer dan 1 jaar	1	<i>No respons</i>	1
RCA	minder dan 1 maand	0	minder dan 1 maand	3
	1 tot 3 maanden	1	1 tot 3 maanden	1
	3 tot 6 maanden	1	3 tot 6 maanden	0
	6 tot 9 maanden	1	6 tot 9 maanden	1
	9 tot 12 maanden	3	9 tot 12 maanden	3
	Langer dan 1 jaar	1	langer dan 1 jaar	1

Binnen het OC OLO en WVCB DIASS+ lopen de wachttijden voor diagnostiek, na aanmelding, op tot langer dan 1 jaar. Bij OLO wordt een bijkomende wachttijd gerapporteerd tussen het anamnesegegesprek en het eerste onderzoek, van nog eens 3 tot 6 maanden. Dit wil zeggen dat de wachttijd tussen aanmelding en aanvang van het diagnostisch bilan, oploopt tot 15 à 18 maanden.

Binnen de RCA's varieert zowel de wachttijd na aanmelding tot anamnesegegesprek als de wachttijd tussen het anamnesegegesprek en het eerste onderzoek, tussen 1 maand en langer dan 1 jaar, en overwegend tussen 6 maanden tot 1 jaar.

Enkel bij 1 CGG en WVCB heeft de leeftijd van de client een invloed op de wachttijd.

OLO (waar OC OLO een onderdeel is) beschikt over verschillende voorzieningen die zorg aanbieden voor zowel kinderen, jongeren als volwassenen. De respondent uit deze organisatie meldt dat de wachttijden in voorzieningen jeugdzorg zodanig lang zijn dat adolescenten vrijwel onmiddellijk ook op de wachtlijst van OC OLO geplaatst worden. Met andere woorden: jongeren komen niet altijd tijdig aan de beurt in de jeugdhulp en worden opnieuw geconfronteerd met een wachtlijst in voorzieningen die zich concentreren op diagnostiek bij volwassenen. Dit doorstroom-effect (rechtstreekse aanmelding op wachtlijst volwassenenzorg omwille van lange wachttijd in jeugdzorg) werd niet gerapporteerd in de andere typen voorzieningen.

### 3.5.2 De betaalbaarheid

Omdat de vraag naar diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen zodanig groot is en de wachtlijsten en -tijden hierdoor oplopen in alle gesubsidieerde voorzieningen die een specifiek aanbod voorzien, zien organisaties zich genoodzaakt om ook door te verwijzen naar het private en dus niet-gesubsidieerde aanbod. Dit impliceert het veel hogere out-of-pocket bijdrage van de hulpvrager.

*"Wij werken [samen] zowel met geprivatiseerde centra alsook soms met gesubsidieerde voorzieningen. Dit volgens de financiële haalbaarheid van de zorgvrager." (psycholoog psychiatrisch ziekenhuis).*

*"De gesubsidieerde sector (cgg) is gestopt met psychodiagnostiek te doen. De privésector heeft dit overgenomen, expertise opgebouwd, maar is overbevroegd, lange wachtlijsten, aanmeldingstops. Dit met de bedenking dat het niet betaalbaar is voor een aantal mensen, mocht er al meer capaciteit zijn." (medewerker algemeen ziekenhuis).*

De financiële draagkracht van de cliënt/patiënt blijkt in sommige voorzieningen, maar niet noodzakelijk in alle organisaties, mee te spelen in de doorverwijzing naar het gesubsidieerd dan wel het geprivatiseerd aanbod.

*"De testing naar ontwikkelingsstoornissen is duur voor patiënten, waardoor soms belangrijke testing niet kan doorgaan." (medewerker psychiatrisch ziekenhuis).*

### 3.5.3 De motivatie en mentale toestand van de cliënt/patiënt

In bepaalde type voorzieningen (A-diensten universitaire en psychiatrische ziekenhuizen) staat een hospitalisatie in het teken van het bevorderen van de mentale gezondheid tijdens een acute (crisis)situatie. Een crisissituatie vertekent het beeld van het gedrag tijdens een observatie. Daarnaast is een diagnostisch traject tijdrovend en intensief, wat een inspanning vraagt van de volwassene met een ontwikkelingsstoornis. Verschillende respondenten halen dan ook aan dat de diagnostiek om deze reden vaak niet uitgevoerd worden tijdens een (acute) opname op een A-dienst.

*"De PAAZ-afdeling [A-dienst] is niet de ideale plaats om diagnostiek uit te voeren". (psychologe universitair ziekenhuis).*

*"Daarnaast vergt uitgebreid diagnostisch onderzoek in verhouding te veel tijd ten opzichte van de meerwaarde voor de behandeling en de meerwaarde voor de patiënt". (Kwaliteitsverantwoordelijke CGG).*

De patiënt wordt na de hospitalisatie doorgaans doorverwezen naar voorzieningen die een ambulante diagnostisch aanbod hebben, zoals bijvoorbeeld ook de poliklinische raadpleging in het eigen centrum of een aanverwante dienst zoals de RCA.

### 3.5.4 Hulpvraag van de cliënt/patiënt vs. organisatiedoelstellingen

Zorgverstrekkers in de CGG, in de (A-diensten van) universitaire en psychiatrische ziekenhuizen, dus binnen organisaties die een brede opdracht hebben rond zorg voor personen met psychische/psychiatrische stoornissen, worden vaak geconfronteerd met volwassenen die een hulpvraag uiten rond diagnostisch onderzoek in kader van een vermoeden van ontwikkelingsstoornissen. Dit is echter in tegenstrijd met de methodologie van de organisatie. In deze centra wordt de hulpvraag in eerste instantie uiteengegrafeld (probleemverheldering en indicatiestelling), op basis waarvan de medewerkers het antwoord trachten te bieden via het eigen aanbod binnen de voorziening.

*"In geval van een expliciete vraag naar diagnostiek bekijken we samen met de cliënt waarom deze vraag zich stelt, op dat moment. We bekijken samen met de cliënt of een diagnostisch onderzoek het gepaste antwoord is op de vraag. Dit blijkt niet altijd het geval te zijn, bijvoorbeeld wanneer de vraag naar diagnostiek andere vragen verhult. We bekijken steeds wat de verwachtingen zijn van de cliënt, en hoe daaraan kan gewerkt worden." (Klinisch psycholoog CGG).*

Als na de fase van probleemverheldering enkel een expliciete hulpvraag rond het uitvoeren van diagnostiek blijft bestaan, wordt vanuit dit type voorzieningen doorverwezen naar organisaties met een specifieke diagnostische opdracht, zoals WVCB DIASS+, OC OLO, RCA of (private) multidisciplinaire diagnostische centra.

*"Wij ontvangen de laatste jaren meer vragen rond diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen (ADHD, ASS en zeer beperkt [mentale beperkingen]). In ons CGG krijgen de patiënten die een behandeling wensen een aanbod. Patiënten die enkele een diagnostische vraag stellen worden onmiddellijk doorverwezen naar gespecialiseerde diensten." (kwaliteitsverantwoordelijke CGG).*

### 3.5.5 De invloed van wetgevende kaders en financieringsmechanismen op de toegankelijkheid

#### 3.5.5.1 Inclusiecriteria voor aanmelding

In OC OLO, WVCB DIASS+ en de RCA gelden strikte inclusiecriteria gerelateerd aan een vermoedensdiagnose van autisme, leeftijd en/of domicilie voor het opstarten van een diagnostisch traject. Als bij aanmelding/intake blijkt dat de volwassene met ontwikkelingsproblemen niet voldoet aan deze criteria, wordt een doorverwijzing voorzien naar organisaties met meer generalistische of specialistische expertise (bij voorkeur in de nabije leefomgeving), en in overeenstemming met de hulpvraag.

*Enkele concrete voorbeelden:*

- Aanmeldingen van Franstaligen in RCA Brussel worden doorverwezen naar het Waals zorgaanbod.
- Personen met een vermoeden van ongecompliceerde persoonlijkheidsstoornissen worden vanuit OC OLO verwezen naar CGG.
- Polikliniek 'Autisme met normale begaafdheid' (onderdeel RCA Leuven) en RCA Brussel verwijzen personen met een vermoeden van ASS en een mentale beperking door naar een gespecialiseerde eenheid binnen ECA Leuven.

#### 3.5.5.2 Conventies: het vastgelegde aantal (gefinancierde) trajecten

De RCA worden gefinancierd voor een vastgelegd aantal trajecten in hun conventie. In één van de RCA (RCA Brussel) merkt men een discrepantie tussen het aantal (gegronde) aanmeldingen en het maximaal aantal trajecten. RCA verwijzen dan door naar andere voorzieningen, veelal poliklinische eenheden (verbonden aan het universitair ziekenhuis) of geprivatiseerde multidisciplinaire diagnostische centra, waar de kosten van het diagnostisch onderzoek oplopen.

#### 3.5.5.3 Kernopdracht die (onvoldoende) tijd en middelen voorziet voor diagnostische activiteiten

De kernopdracht van de CGG, de (A-diensten binnen) universitaire en psychiatrische ziekenhuizen ligt op zorg (diagnostiek, behandeling, begeleiding en ondersteuning) van personen met mentale zorgnoden. Respondenten binnen deze types van voorzieningen geven aan dat tijd en (financiële) middelen die

geïnvesteed (kunnen) worden in diagnostische activiteiten voor volwassenen met ontwikkelingsstoornissen, beperkt zijn. Het investeren van tijd en middelen in diagnostiek, gaat ten koste van de behandeling, begeleiding en ondersteuning.

*"De leden van het diagnostisch team mogen per maand een aantal uren diagnostische taken uitvoeren, voor eigen cliënten maar ook voor cliënten van collega's." (psycholoog/gedragstherapeut diagnostisch team jongvolwassenen CGG).*

#### 3.5.5.4 Evolutie in de geestelijke gezondheidszorg: verkorting van opnameduur in psychiatrische ziekenhuizen

Het landschap van de geestelijke gezondheidszorg is de afgelopen jaren veranderd. Momenteel ligt de focus op persoonsgecentreerde en gemeenschapsgerichte zorg. De opnameduur in psychiatrische ziekenhuizen verkort, waardoor volwassenen met (een vermoeden van) ontwikkelingsproblemen voor het uitvoeren van diagnostische activiteiten doorverwezen worden naar ambulante setting na hun hospitalisatie.

*"Indien de wachtlijst niet te lang is, worden mensen naar mij of een andere collega van de cel psychodiagnostiek binnen het ziekenhuis doorverwezen. Vaak hoeven zij tijdens een opname maar 1 of 2 weken te wachten voor opstart. In het slechtste geval, en dat komt niet zo vaak voor, moeten ze 2 maanden wachten. Als de opname afloopt voor we kunnen beginnen met het onderzoek, verwijzen we door naar ambulante diagnostiek." (Klinisch psycholoog psychiatrisch ziekenhuis).*

### 3.6 De samenwerking tussen organisaties die multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen aanbieden

De samenwerking rond diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen blijft vaak beperkt tot een ondersteunend doorverwijzingsmodel: volwassenen met ontwikkelingsproblemen worden omwille van diverse redenen (zie verder) door een voorziening doorverwezen naar een ander type voorziening voor het uitvoeren van de diagnostiek. De verwijzer wordt doorgaans op de hoogte gesteld van het resultaat van het diagnostisch onderzoek en dit veelal op basis van schriftelijke verslaggeving. Organisaties gaan beschikbare en voor de diagnostiek relevante informatie uitwisselen, maar er is nauwelijks sprake van geïntegreerde samenwerking. Met andere woorden: voorzieningen gaan zelden activiteiten en verantwoordelijkheden rond diagnostiek gezamenlijk opnemen.

*"De samenwerking staat louter in het teken van het diagnostisch onderzoek en is dus vrij beperkt. [...] Wij verwijzen enkel door en krijgen achteraf het verslag, zoals de cliënt zelf ook het verslag krijgt." (psycholoog psychiatrisch ziekenhuis).*

De huidige samenwerkingsverbanden situeren zich vaak nog op het niveau van individuele casussen. Diagnostiek is in dat geval eerder een gevolg van het 'toevallige' contact tussen een persoon met een ontwikkelingsprobleem en de zorgprofessional, en tussen zorgprofessionals onderling.

*"Contacten situeren zich voornamelijk op casusniveau [...] [Onze huidige financiering] biedt niet de ruimte om in te zetten op verbindingen met andere diensten/hulpverleners, om daar grondig bij stil te staan." (directielid WVCB).*

## Hoofdstuk 5

### Discussie

#### **Methodologische reflecties.**

##### *Een niet volledig beeld van de sector*

Dit beleidsondersteunend onderzoek naar de wachtlijsten en de toegankelijkheid van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen binnen gesubsidieerde organisaties in Vlaanderen is een eerste in zijn soort en levert belangrijk inzicht op, maar heeft een aantal belangrijke beperkingen die in het achterhoofd moeten gehouden worden.

Het onderzoek focust op *door de overheid erkende en gesubsidieerde diensten* die multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in Vlaanderen aanbieden. Het onderzoek gaat niet in op het aanbod van “private” initiatieven (multidisciplinaire groepspraktijken, samenwerking tussen monodisciplinaire privépraktijken) die anders gereguleerd en gefinancierd worden. Bij bepaalde disciplines en voor bepaalde prestaties is een beperkte financiële tegemoetkoming van het RIZIV voor de patiënt mogelijk, maar deze zelfstandigen worden niet gesubsidieerd noch gereguleerd.

Omdat we niet kunnen terugvallen op coherente registraties rond diagnostiek in de verschillende types organisaties, werden gegevens verzameld aan de hand van vragenlijstonderzoeken, focusgroepen, telefonische en schriftelijke (via e-mail) bevestigingen. We waren dus in belangrijke mate afhankelijk van de respons op vragenlijstonderzoek en de kwaliteit en moeilijkheidsgraad van de bevestiging om kwaliteitsvolle respons te verkrijgen. De vragenlijst was complex en opgesteld met het oog op het verzamelen van een maximale hoeveelheid aan informatie. We hebben geleerd dat de complexiteit van de schriftelijke bevestiging (de mate van detail) zowel als het platform (elektronisch online bevestiging) een invloed heeft gehad op de respons op de vragenlijst en de kwaliteit van de vragenlijsten (cfr respondenten die halfweg van de vragenlijsten allicht afhaakten waardoor vragenlijsten onvolledig zijn ingevuld). Zeker voor beleidsondersteunende doelen sterkt deze ervaring de idee dat het veel sneller en makkelijker zou werken wanneer een systematisch en gedeeld monitoring en registratiesysteem zou worden uitgewerkt vanuit een gedeeld referentiekader voor alle spelers die diagnostiek aanbieden. Op die manier kan een onderzoek naar toegankelijkheidsproblemen, kwaliteit, heterogeniteit van het aanbod en samenwerking in functie van trajecten sneller op deze courant geregistreerde gegevens terugvallen. Het zou een belangrijke ondersteuning zijn om het maatschappelijke vraagstuk van toegankelijkheid te monitoren.

Een belangrijke tekortkoming is dat we geen inzicht hebben verworven in de rol van de K-diensten (psychiatrische bedden voor kinderen binnen ziekenhuizen). De respons van de K-diensten was zowel op de vragenlijst als voor de focusgroep zo laag, dat de resultaten niet werden meegenomen. In de toekomst mogen deze diensten echter niet over het hoofd gezien worden omdat zij in diagnostiek ook een rol spelen.

- Het onderzoek moest ook een globaal inzicht geven in de diagnostiek voor volwassenen. Ook daar hebben we gebruik gemaakt van een vereenvoudigde vragenlijst maar de respons was dermate laag dat de dataverzameling werd aangevuld door contact te zoeken via e-mail en/of telefonisch. Dat heeft veel aanvullende inzichten opgeleverd over het probleem in het veld, maar geeft ook geen kwaliteitsvolle cijfers.

Het cijfermateriaal dat gepresenteerd wordt op basis van de vragenlijsten moet dus met de nodige zorg behandeld worden. De resultaten van de vragenlijsten zijn louter indicatief en geven geen betrouwbaar of representatief beeld van de huidige situatie in Vlaanderen. Wel vinden we in de beperkte resultaten indicatieve bevestiging van wat in het kwalitatieve deel wordt aangereikt. In die zin is de inhoudelijke waarde van de bevindingen relevant.

- Volledigheidshalve wijzen we erop dat de vragenlijsten zijn ingevuld door respondenten met een uiteenlopend profiel. Er werd aan de organisaties gevraagd de vragenlijst te laten invullen door "*de persoon die het best op de hoogte is van de problematiek van de wachtlijsten en wachttijden voor diagnostiek binnen de organisatie*". Er werden geen specificaties gegeven op vlak van opleiding, functie, discipline, expertise,... van de invuller. Hierdoor kan mogelijk een bias ontstaan door de interpretatie van de vragen.

Ook de data uit de focusgroepen zullen beïnvloed zijn door het profiel van de medewerkers. Gezien de aard van het onderzoek zijn we niet doorgegaan met focusgroepen tot we zeker waren van saturatie op verschillende stakeholderperspectieven binnen en tussen organisaties. De focusgroepen zijn m.a.w. pragmatisch georganiseerd. De organisaties hebben zelf mensen geselecteerd op basis van onze vraag "*om één of maximum twee medewerker(s) van de organisatie af te vaardigen die vertrouwd is/zijn met het aanmeldingsbeleid, de problematiek van de wachtlijsten en het wachtlijstbeleid binnen de dienst*". Dus wij hebben geen specificaties wat betreft opleiding, functie, discipline, expertise, ... Om praktische en organisatorische redenen ((de sector is overvraagd, ook in volle veranderingen, heeft veel vergaderingen en overleg, en het is niet altijd makkelijk om mensen te mobiliseren voor focusgroepen voor onderzoek), werd voor onderstaande focusgroepen anders gewerkt:

- Focusgroep CAR: vond plaats aansluitend aan een overleg tussen de overheid en de directies van de CAR, dus de deelnemers waren allen directie/coördinator van een CAR.
- Focusgroep CLB: werd georganiseerd respectievelijk gekoppeld aan het *Forum Diagnostiek* van het VCLB en de *werkgroep ICF en Diagnostiek* van het CLB GO!
- Focusgroep CGG: werd aansluitend aan de *CGG Beleidsgroep Kinderen en Jongeren* bij Zorgnet-Icuro georganiseerd.
- Focusgroep OOOO: vond plaats aansluitend aan het *directieoverleg* tussen de OOOO.

Het aansluiten bij bestaande overlegfora faciliteerde de organisatie van de focusgroepen, wat noodzakelijk gezien de beperkte looptijd van het onderzoeksproject, maar heeft invloed gehad op het type deelnemers (vaak stafmedewerkers en directies, meer dan de zuiver inhoudelijke experts in de materie).

Tot slot is in dit onderzoek de toegankelijkheid van de diagnostiek enkel onderzocht vanuit het perspectief van de aanbieders. Om een nog vollediger beeld te krijgen van deze toegankelijkheid, zou de perceptie en ervaring van vragers naar diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in kaart gebracht moeten worden.

Samenvattend gaan we er, ondanks deze methodologische beperkingen, van uit dat dit onderzoek een belangrijke meerwaarde levert voor het inventariseren van de aspecten rond multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen en een stimulans moet zijn voor verder onderzoek ter ondersteuning van de ontwikkeling van een aangescherpt beleid. Dit beleidsondersteunend onderzoek met beperkte looptijd had van bij de start ook niet de ambitie om een representatief en gedetailleerd beeld te schetsen. Het onderzoek heeft door de combinatie van methoden een aantal belangrijke krachtlijnen blootgelegd en een inventaris kunnen maken van barrières en problemen die zich vandaag in het veld opwerpen. Vanuit



wetenschappelijk methodisch oogpunt blijft door de aard van de data en de respons dit eerder een systematisch verkennend onderzoek waar aandachtpunten kunnen uit gedistilleerd worden voor het voeren van beleid en toekomstig onderzoek. Deze stelling argumenteren we ook vanuit het feit dat de resultaten conclusies en aanbevelingen werden gevalideerd met sectorvertegenwoordigers. Voorlopige conclusies en voorlopige beleidsaanbevelingen werden besproken en gevalideerd met vertegenwoordigers van de sector in aparte besprekingen. In die zin zijn de inhoudelijke boodschappen voldoende geloofwaardig om verder te bouwen voor beleid in dit veld. Dat neemt niet weg dat verder onderzoek nodig zal blijven.



# Hoofdstuk 6

## Conclusies

### 1 Concept 'diagnostiek'

De verschillende organisaties en professionals hebben geen eenduidige visie op het concept diagnostiek en hoe diagnostiek concreet ingevuld moet worden. Het begrip 'diagnostiek' wordt betekenis gegeven vanuit verschillende contexten (revalidatie, schoolse ondersteuning, aangestuurd door regelgeving en financieringsmechanismen, sectorkenmerken, ...). De visies op classificerende dan wel handelingsgerichte diagnostiek zijn ingegeven door enerzijds de doelen van diagnostiek (doel op zich of onderdeel van een proces in een zorgtraject), anderzijds met de opdrachten van de organisaties en tot op zekere hoogte het beleidsdomein waaronder de organisaties vallen. Er is (nog) geen gedeelde betekenis tussen organisaties over doelstelling, inhoud en werkwijze bij diagnostiek die het uitwerken van interorganisatorische samenwerking makkelijker maakt. Het ontbreken van een gedeelde visie en conceptuele invulling van diagnostiek, leidt tot onduidelijkheden over de vorm van diagnostiek die wordt aangeboden en in de verwachtingen ten aanzien van elkaar bij verwijzing en samenwerking.

### 2 Diagnostiek als proces

Diagnostiek is geen kortdurende, one shot activiteit. Diagnostiek is een proces dat herhaald moet worden, naargelang de ontwikkeling van het kind en het verwerven van nieuwe inzichten in de ontwikkelingsdysfunctie. Het is een proces waarbij de inzet van specifieke expertise en competenties in verschillende fasen van dat traject aangewezen kan zijn.

Over de duur van het diagnostisch traject bestaat geen consensus. De meningen variëren van *een afgebakend traject beperkt in tijd* tot *een voortdurend doorlopend proces doorheen hele zorgtraject*. In de regelgeving wordt bij sommige organisaties het diagnostisch traject wel beperkt in de tijd (bv RCA, CAR). Opvallend is dat er bij alle betrokkenen consensus dat de huidige duur van het diagnostisch en zorgtraject op heden te lang is om toegankelijke kwaliteitsvolle zorg te borgen, onder meer door breuklijnen voor en na elk *event* diagnostiek door de problematische toegankelijkheid van een adequaat diagnostisch aanbod en adequate zorg/ondersteuning.

Binnen het kader dat diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen moet gezien worden als een (iteratief) proces, komt ook duidelijk naar voor dat in de discussies en reflecties diagnostiek te weinig wordt geconceptualiseerd als een proces dat geïntegreerd kan worden met andere type activiteiten. Diagnostiek hoeft niet strikt volgtijdelijk te zijn en kan beter geïntegreerd worden in het opstarten van zorg/ondersteuning voor kinderen, jongeren en volwassenen. Op die manier kan de toegankelijkheid en het inspelen op noden van de kinderen, jongeren en volwassenen beter worden aangepakt. Diagnostiek is niet altijd een doel op zich. Mensen met ontwikkelingsstoornissen (en hun directe omgeving) willen vooral begrepen en ondersteund worden

### **3 De kwaliteit van diagnostiek**

De grootste drempel om samen te werken is het gebrek aan wederzijds vertrouwen in de kwaliteit van de geleverde diagnostiek. Wat beschouwd wordt als kwaliteitsvolle diagnostiek verschilt tussen de types organisaties. Dat gebrek aan vertrouwen wordt versterkt door onvoldoende wederzijdse detailkennis over de wijze waarop gewerkt wordt. Als er vertrouwen (of wantrouwen) is heeft dat meestal te maken met informele en persoonsgebonden relaties (meer dan vertrouwen in de organisatie) Om de kwaliteit van diagnostiek te borgen wordt er gebruik gemaakt van diagnostische protocollen (bv. voor ASS, verstandelijke handicap...) maar deze zijn niet afgestemd tussen de verschillende betrokken departementen van Vlaamse overheid (welzijn/gezondheid en onderwijs) en zijn niet afdwingbaar. Organisaties zijn vooral op eigen werkpraktijken gefocust (een "interne" orientatie) meer dat op het voortbouwen of delegeren van wat al in andere organisaties is gebeurd. Doorverwijzing is een praktijk die teveel beperkt is tot het "afgeven" van een zorggebruiker aan een volgende dienst of organisatie, en niet een praktijk van gedeelde verantwoordelijkheid houden over de zorggebruiker.

### **4 Multidisciplinaire diagnostiek?**

De betekenis die wordt gegeven aan "multidisciplinaire" diagnostiek loopt vandaag uiteen. Het begrip *multidisciplinair* verwijst in de meest brede interpretatie naar het inzetten van kennis en expertise van *meerdere disciplines en verschillende beroepsgroepen*. Er moet echter een debat gevoerd worden over welke disciplines moeten betrokken worden voor welke aspecten van diagnostiek in welke fase van een traject en wat het vereiste kennis en comptentieniveau is. Verder is er behoefte aan het expliciteren in welke mate de samenwerking tussen disciplines binnen en tussen organisaties geïntegreerd verloopt. Kwaliteitsvolle diagnostiek wordt beschreven als het door verschillende disciplines uitvoeren van onderzoeken en observaties - elk vanuit hun specifieke expertise en gericht op alle ontwikkelingsdomeinen, rekening houdend met de context waarbinnen het kind functioneert - gevolgd door het gezamenlijk bespreken van de resultaten en zoeken naar verbanden tussen de resultaten en observaties, resulterend in gezamenlijke besluitvorming. Vandaag ontbreekt het aan een geëxpliceerde visie in welke mate die kennis en vaardigheden "geïntegreerd" kunnen worden om vanuit een collectieve benadering te werken. Er wordt vandaag gewerkt vanuit verschillende gewoonten die organisatiegebonden zijn. Dat heeft zowel te maken met de samenstelling van de teams als de werkpraktijken. Over integratie van activiteiten in interdisciplinair samenwerken (binnen en tussen organisaties) is er nog geen echt gedeelde visie.

### **5 Onderbroken traject**

Het traject van kinderen en volwassenen met ontwikkelingsstoornissen wordt gekenmerkt door breuklijnen bij elke overgang tussen verschillende zorgaanbieders. De overgang van een zorg/ondersteuningsfase naar diagnostiek en de overgang van diagnostiek naar een fase van zorg/ondersteuning verloopt zelden vlot omwille van de beperkte toegankelijkheid. De wachttijden, voor zowel diagnostiek als zorg/ondersteuning, zijn één aspect. Deze rupturen onderbreken de continuïteit van het zorgproces, waardoor kostbare tijd verloren gaat en primaire en secundaire kenmerken van de ontwikkelingsstoornis kunnen toenemen. Mogelijk leiden ze ook tot verminderde motivatie en drop-out van gebruikers. De duur van deze 'lege' periodes van wachten wordt niet gemonitord en is dus niet gekend, maar varieert. Er is dringend meer

inzicht nodig hoe deze periodes ingevuld worden door de personen met een ontwikkelingsstoornis en/of zijn/haar context, omdat er zich op dit vlak mogelijk grote sociale ongelijkheden kunnen voordoen.

## 6 Het aanbod: een versnipperd landschap

Het landschap van voorzieningen die diagnostiek aanbieden is heterogeen.

- Er zijn type organisaties die diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen als kernactiviteit hebben (CAR, COS, RCA)(OC OLO, WVCB DIASS+)
- Er zijn type organisaties die ook diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aanbieden, maar waarbij dit geen kernactiviteit is (CGG, K-diensten, CLB, OOOO, OBC)(A-diensten AZ en PZ, ODB)
- Er zijn type organisaties die diagnostiek doen in functie van één bepaald domein (bv. CLB – onderwijs, CGG – mentale gezondheidszorg)
- Er zijn type organisaties die integrale diagnostiek aanbieden, gericht op alle levensdomeinen (CAR, RCA, COS...) (OC OLO, WVCB DIASS+)
- De toegang tot elk type organisatie bepaald in de regelgeving, verschilt. Er zijn type organisaties die een rechtstreeks toegankelijk aanbod hebben en andere types die een niet-rechtstreeks toegankelijk aanbod hebben (OBC) of enkel op doorverwijzing werken (CAR, RCA). Voor het organiseren van een samenwerkingsmodel heeft dit implicaties

CGG, OOOO (en OBC) doen aan brede beeldvorming naar aanleiding van een kind- en contextgerelateerde problematiek. Ze werken voor de diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen regelmatig samen met andere organisaties met andere/meer expertise op dit vlak. Zij worden hierbij echter geconfronteerd met de bestaande wachttijden, wat de realisatie van hun eigen kernopdracht belemmert.

- De aard van de diagnostiek is gekoppeld aan de opdracht van de organisatie. Zo is bijvoorbeeld de diagnostiek binnen een CLB gericht op onderwijsondersteuning en binnen de CAR op het revalidatietraject.
- Niet onbelangrijk is de vaststelling dat bepaalde organisaties geen vragende partij zijn om in de huidige context meer en/of expliciet de functie van diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen op te nemen (bv. CGG, sommige CAR, sommige OOOO) en dat met plezier overlaten aan andere types organisatie met meer expertise op dat vlak.

Bovendien is het aanbod van diagnostiek voor verschillende *types* ontwikkelingsstoornissen sterk versnipperd in Vlaanderen en Brussel. Er is verschillende expertise vereist voor de diagnostiek van de verschillende ontwikkelingsstoornissen. De diagnostiek van bijvoorbeeld complexe stoornissen, ASS, ADHD vraagt andere expertise dan dyslexie of ontwikkelingsdysfasie. Niet alle expertise is in elke voorziening noch regio aanwezig door enerzijds regelgeving en opdracht en anderzijds “management”keuzes van organisaties om bepaalde expertise meer uit te bouwen. Bovendien is in het veld zelden precies geweten wie zich specialiseert in welke stoornis, wat het voor gebruikers en context moeilijk maakt om adequaat te kiezen en zelfs verwijzers zijn te weinig op de hoogte van de specialisaties van spelers.

In het verlengde van de opmerking hoger over samenwerking, is er vandaag geen sprake van afstemming van expertise op vlak van pathologie tussen verschillende *types* organisaties, maar ook niet tussen organisaties van hetzelfde type. Er is bijvoorbeeld een groot aanbod aan diagnostiek van ADHD en ASS, maar weinig aan diagnostiek van leerstoornissen. Er is evenmin interorganisatorische afstemming wat

betreft de leeftijd van de populatie die toegang krijgt tot de diagnostiek. De regelgeving maakt een breed aanbod van diagnostiek voor alle leeftijden mogelijk, maar omwille van de schaarste maken organisaties en hun professionals keuzes aangaande de leeftijdsgrenzen van hun populatie. De meeste organisaties richten zich uit klinische overwegingen op jonge kinderen, wat een beperkt/te weinig aanbod geeft voor kinderen in de latentiefase, adolescentie en de transitiefase. Enkel CGG, die echter geen of slechts een beperkt aanbod aan diagnostiek hebben, richten zich wel meer tot deze doelgroep.

## **7 Het aanbod voor volwassenen is niet gestructureerd**

De organisaties en diensten die diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen voor volwassenen aanbieden, zijn andere spelers dan die voor de kinderen. Ook hier is het aanbod divers en versnipperd. Er zijn type organisaties die de diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen als kernactiviteit hebben (OC OLO, WVCB DIASS+, RCA) en type organisaties die wel diagnostiek aanbieden maar waarbij dit niet hun kernopdracht is (A-diensten van de algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, CGG). De organisaties vallen onder verschillende regelgeving met andere financierings- en werkingsmodaliteiten. Er is weinig tot geen samenwerking en afstemming tussen de aanbieders van diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen voor volwassenen.

## **8 Regionale spreiding**

Er is in elke regio een aanbod van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen, maar er zijn niet in elke regio dezelfde competenties, kennis, expertise en capaciteit aanwezig.

## **9 De behoefte aan een gedeeld beleidskader voor een heterogeen veld van spelers**

Beleidsorientaties en regelgeving voor de verschillende types organisaties actief in het domein van ontwikkelingsstoornissen zijn historisch versnipperd ontwikkeld. De regelgeving, werkings- en financieringsmodaliteiten (prestatiefinanciering versus enveloppefinanciering) van de verschillende types organisaties verschillen, wat een impact heeft op de manier van (samen)werken. Voor het “collectief” van verschillende types organisaties die betrokken zijn in diagnostiek ontbreekt het vandaag aan een gedeelde regelgevende visie (en financierings-, en erkennings- en kwaliteitscriteria). De hervormingen die nodig zijn bij het implementeren van de zesde staatshervorming en de reorganisatie van administraties in beleidsdomeinen, creëren een opportuniteit om een meer gedeeld referentiekader (opgezet vanuit een samenwerkingslogica) in de hand te werken. Als geen gedeeld beleidsreferentiekader wordt ontwikkeld voor de heterogene set van spelers, zal samenwerking bemoeilijkt worden.

## **10 Capaciteit**

Er is een gebrek aan capaciteit in Vlaanderen om de huidige vraag naar diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in te vullen. Hoewel er door een meer geoptimaliseerde samenwerking mogelijk aan efficiëntie en capaciteit kan worden gewonnen, is er ook behoefte aan investeringen en regionale spreiding van capaciteit voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen

## **11 Registratie**

Het huidig rapport is gebaseerd op indicatieve cijfers, aangebracht door een deel van de actoren die diagnostiek aanbieden. Er is geen eenvormige rapportering van diagnostiek en trajecten van kinderen/volwassenen met ontwikkelingsstoornissen over alle organisaties heen, op basis waarvan de problematiek volledig en correct in kaart gebracht kan worden.





# Hoofdstuk 7

## Beleidsaanbevelingen

### 1 Concept 'diagnostiek'

**Stel op korte termijn als overheid, samen met wetenschappers en de spelers uit veld, het concept diagnostiek helder**, zodat ook de verwachtingen van alle betrokken partijen helder worden. Vertrek hierbij *niet* van de vandaag veel gebruikte concepten handelingsgerichte en classificerende diagnostiek, maar vanuit de doelstellingen van diagnostiek voor het invullen van behoeften van de persoon: stel centraal dat diagnostiek steeds in functie moet zijn van behandeling en ondersteuning (revalidatie, thuisbegeleiding, medicatie, ondersteuning op school, ...). Laat diagnostiek zo vroeg mogelijk in het traject van kinderen/volwassenen met ontwikkelingsstoornissen beginnen maar laat toe dat onderdelen van complexe diagnostiek in verschillende fasen van het traject van de persoon een plaats kan krijgen.

#### 1.1 Interdisciplinaire diagnostiek

**Zet bij het uitwerken van de visie in op interdisciplinaire diagnostiek**, waarbij collectief genomen resultaten en analyses gedeeld worden tussen verschillende disciplines die actief en interactief bijdragen aan het diagnostisch proces en werken in een geïntegreerd dossier.

- Dit interdisciplinair werken kan zowel binnen als tussen organisaties.

Ook zelfstandige zorgaanbieders die los staan van de organisatie kunnen partner zijn in de interdisciplinaire diagnostiek, mits het onderschrijven van en participeren aan het interdisciplinair werken.

#### 1.2 Brugzorg

In het model van diagnostiek (dat benaderd wordt als proces) moet **ingezet worden op een model van brugzorg**, waarbij in de overgang tussen de verschillende fasen waar mogelijk ondersteunende activiteiten (brugzorg) kunnen starten, zelfs al vooraleer het diagnostisch proces volledig afgerond is. Creëer de mogelijkheid om (brug)zorg/ondersteunende activiteiten voor het kind en/of zijn/haar context op te starten vóór het diagnostisch traject volledig afgerond is. Deze brugzorg moet gebaseerd zijn op het actuele functioneren van het kind en zijn/haar context en de beperkingen die daarmee gepaard gaan.

**Evalueer** welke tijdelijke zorg zinvol en haalbaar is om aan te bieden binnen deze periodes. Monitor de duur, inhoud en kwaliteit van de activiteit en voorkom dat deze brugzorg zonder evaluatie en bijsturing verglijdt in definitieve zorg/ondersteuning.

#### 1.3 De kwaliteit van de diagnostiek

**De overheid moet** in het verlengde van het verduidelijken van de visie op diagnostiek **inzetten op een intersectorale en interorganisatorisch gedeelde kwaliteitsvisie m.b.t. de diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen**. In dit verhaal zal moeten worden aangegeven wat de vereiste expertise is om adequate diagnostiek te leveren en volgens welke richtlijnen verschillende types van diagnostiek worden uitgevoerd.

Werk deze kwaliteitsvisie collectief uit met de aanbieders van diagnostiek, ondersteund door het Kwaliteitscentrum Diagnostiek.

## 2      **Systeemontwerp van samenwerking**

**“Wie doet wat voor welke doelgroep in welke regio in welke fase van het traject voor welk type ontwikkelingsstoornis en met welke doelstelling”**

- **De overheid moet 'beleidsdomein-overschrijdend' aansturen op het met wetenschappers en spelers in het veld ontwikkelen van een systeemontwerp** waarbij de taken, rollen, expertise en competentieniveaus van het heterogene veld van spelers en de wijze van samenwerking en opnemen van gedeelde verantwoordelijkheid worden uitgeklaard. Hierbij kan het recent in de schoot van het Agentschap Opgroeien opgerichte project rond diagnostiek een faciliterende rol spelen.
- Houd rekening met de heterogeniteit in het veld (de specificiteit van de organisaties en de complementariteit van hun aanbod).

### 2.1      **Een model van algemene en gespecialiseerde componenten**

Voorzie in het systeemontwerp een voldoende aanbod aan diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen voor alle leeftijdsgroepen en alle ontwikkelingsstoornissen, rekening houdend met de verschillende doeleinden die diagnostiek kan hebben (labeling, opmaken en evalueren behandelplan, toegang tot zorg, recht op medicatie, ...) en de expertise die ervoor vereist is.

Zet in op vroegdiagnostiek, maar interpreteer dit als diagnostiek zo vroeg mogelijk in het traject van de persoon met een (vermoeden van een) ontwikkelingsstoornis. Vroegdiagnostiek is niet enkel diagnostiek op jonge leeftijd, maar moet op elke leeftijd toegankelijk zijn.

- Breng in kaart waar, wanneer en waarom in het traject welke interdisciplinariteit binnen de diagnostiek vereist is en zet hierop in bij het uittekenen van een coherent en toegankelijk aanbod.

### 2.2      **Zet in op capaciteitsverhoging vanuit het systeemontwerp**

- Zet in op capaciteitsverhoging door uitbreiding van het huidige aanbod, maar plan die capaciteitsuitbreiding vanuit het ontwerpmodel. Zet in op capaciteitsverhoging door een betere afstemming van het diagnostisch aanbod en meer samenwerking tussen organisaties.
  - Optie 1: Zet in op de alle huidige aanbieders van diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen, die in samenwerkingverband diagnostiek voorzien langs het traject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen.

*Voordeel*: alle aanwezige kennis en expertise wordt ingezet, waardoor meer potentiële capaciteit gecreëerd wordt.

*Nadeel*: de wederzijdse verwachtingen en de kwaliteit van de diagnostiek worden op dit moment niet door iedereen geapprecieerd.
  - Optie 2: Versterk de huidige kernspelers (CAR, RCA, COS) om diagnostiek te voorzien parallel aan het traject van kinderen met ontwikkelingsstoornissen.

*Nadelen:* er is op vandaag geen evenwaardige geografische spreiding en de toegankelijkheid verschilt tussen de spelers.

*Voordeel:* de nodige kennis en expertise zijn al aanwezig.

- Om de totale capaciteit van diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen te verhogen, is een opdrachtverbreding van het diagnostisch aanbod van organisaties nodig.
- Enkele opties:
  - Geef CAR de mogelijkheid om ook diagnostiek uit te voeren die niet a priori in functie van een revalidatietraject binnen de CAR is.
  - Spits de specialisatie van de CAR toe op het revalidatieaanbod binnen de setting en maak een breed aanbod van diagnostiek mogelijk.
  - Beperk de diagnostiek van de RCA's niet enkel tot ASS.
  - Overweeg om ook het aanbod diagnostiek binnen de OBC deels rechtstreeks toegankelijk te maken.
  - Vergroot de samenwerking tussen de CGG, OBC, OOC en organisaties die diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen als kernexpertise hebben waar nodig, om de toegankelijkheid (financieel, geografisch, organisatorisch, beschikbaarheid, ...) te vergroten en bovenstaande organisaties in staat te stellen zich volledig te richten op hun kernopdracht.

### **2.3 Toegankelijke diagnostiek in alle regio's**

Zorg voor een regionale spreiding die toegankelijke diagnostiek garandeert en voorzie in alle regio's voldoende competenties, kennis, expertise en capaciteit.

Maak een onderscheid tussen 'basiscompetenties' en 'specialistische competenties'. Basiscompetenties laten zorgprofessionals toe om ontwikkelingsproblemen te detecteren, en eventueel bepaalde diagnostische activiteiten uit te voeren waarmee (indien nodig) voorzieningen die een kernopdracht hebben rond het uitvoeren van diagnostiek aan de slag kunnen gaan.

Voor de diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij bepaalde doelgroepen zijn bijzondere 'specialistische competenties' vereist, zoals bijvoorbeeld personen met een ontwikkelingsstoornis en bijkomende psychische/psychiatrische stoornis en/of verstandelijke beperking, anderstaligen met ontwikkelingsstoornissen, complexe, meervoudige ontwikkelingsstoornissen.

Voorzie een aanbod vanuit een expertisecentrum met diagnostiek als kernopdracht (CAR, RCA, COS) in de regio's waar dit op heden ontbreekt. Laat deze centra de liaison met lokaal verankerde partners versterken door o.a. hun kennis en expertise ter beschikking te stellen.

Monitor de capaciteit en capaciteitstekorten om zo de regionale verschillen in kaart te brengen en hierrond een beleid te ontwikkelen.

### **2.4 Beleidskaders en regelgeving**

De overheid kan haar sturende rol aanscherpen door de financierings- en organisatiemodaliteiten die betrekking hebben het diagnostisch aanbod van de verschillende types organisaties meer op elkaar af te stemmen in functie van een betere (samen)werking.

Hoewel het onderzoek niet focuste op financieringsmoditeiten en de impact ervan, valt performance financiering te overwegen, waarbij organisaties een enveloppe krijgen en de afrekening gebeurt op basis van de realisatie van de rol en opdracht van de organisatie, gekaderd binnen het gehele aanbod van diagnostiek (afgestemd op het traject van personen met een ontwikkelingsstoornis) en rekening houdend met de vooropgestelde kwaliteitscriteria.

### **3 Organiseer het aanbod van multidisciplaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen voor volwassenen**

De keuze voor het uitwerken van een systeemontwerp voor de doelgroep van volwassenen is in dit stadium een politiek maatschappelijke keuze. Er kan gekozen worden voor een vraag- of aanbodgestuurde programmatiebenadering van capaciteit en expertise. In elk geval moet hier ook ingezet worden op het stimuleren van een samenwerkingsmodel tussen verschillende organisaties en moet rekening gehouden worden met regionale verschillen in capaciteit en expertise.

Mogelijke opties die genomen kunnen worden zijn:

- Het versterken van de huidige kernaanbieders in hun aanbod door voldoende capaciteit en regionale spreiding te voorzien.
- Het versterken van de kennis en expertise van alle aanbieders om zo tot meer capaciteit te komen, waarbij de kernpartners hun expertise delen met andere aanbieders.

### **4 Registratie**

Stem (een deel van) de registratie en rapportering van de verschillende types organisaties die diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aanbieden op elkaar af om volledige en bruikbare registratiegegevens te verzamelen voor monitoring, evaluatie en beleidsmatige, klinische en organisatorische ondersteuning.

Ontwikkel deze registratietool collectief met de aanbieders van diagnostiek en met (wetenschappelijke) ondersteuning van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek.

### **5 Nood aan opvolging en wetenschappelijk ondersteuning**

Zoals in de discussieparagraaf aangegeven werd, is dit rapport te beschouwen als een startonderzoek in het domein. Om beleidsopties verder “evidence informed” te maken, lijkt wetenschappelijke ondersteuning noodzakelijk en is wetenschappelijk inzicht nodig naar

- Het aanbod aan diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen binnen de K-diensten;
- Het perspectief op toegankelijkheid van diagnostiek en behoeften/noden volgens de vragers;
- Het traject van personen met ontwikkelingsstoornissen en de zinvolle invulling van wachttijden en brugzorg;
- Modellen van interdisciplinair samenwerken;
- Modellen om activiteiten aan te bieden vanuit interorganisatorische samenwerking (inclusief het bestuursvraagstuk hoe de overheden daarin een rol kunnen opnemen).

## LITERATUURLIJST

- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de Classificatie van Psychische Stoornissen (DSM 5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*. Amsterdam: Boom.
- Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. (2016, June 1). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: Key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry*, Vol. 3, pp. 568–578. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30032-3)
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L., & Rutter, M. (2005). Developmental language disorders - a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 128–149. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00342.x>
- Federale overheid. *Gecoördineerde wetten op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen*. , (2008).
- Federale Overheid. (1964). *Koninklijk Besluit tot bepaling van de normen die door ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd*. Retrieved from [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/loi\\_a1.pl?DETAIL=1964102301%2FN&caller=list&row\\_id=1&numero=1&rech=11&cn=1964102301&table\\_name=WET&nm=1964102306&la=N&ddfm=10&chercher=t&dt=KONINKLIJK+BESLUIT&language=nl&choix1=EN&choix2=EN&fromtab=wet\\_all&nl=n&sq](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?DETAIL=1964102301%2FN&caller=list&row_id=1&numero=1&rech=11&cn=1964102301&table_name=WET&nm=1964102306&la=N&ddfm=10&chercher=t&dt=KONINKLIJK+BESLUIT&language=nl&choix1=EN&choix2=EN&fromtab=wet_all&nl=n&sq)
- Glascoe, F. P. (2005). Screening for developmental and behavioral problems. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(3), 173–179. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20068>
- Hoge Gezondheidsraad. (2019). *DSM(5) : TOEPASSING EN STATUS VAN DE DIAGNOSE EN CLASSIFICATIE VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN. Advies nr. 9360*. Retrieved from [www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be)
- Israel, S. (2016). How social policies can improve financial accessibility of healthcare: a multi-level analysis of unmet medical need in European countries. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0335-7>
- Kozuch, B., & Sienkiewicz-Malyjurek, K. (2016). Factors of Effective Inter-Organizational Collaboration: A Framework for Public Management. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, 12(47), 97–115. Retrieved from <http://www.rtsa.ro/tras/index.php/tras/article/view/474>
- Kwaliteitscentrum Diagnostiek vzw. (2019). *Algemene intersectorale richtlijn diagnostiek. Versie september 2019*. Manuscript in preparation.
- Lewis, L. F. (2016). Realizing a diagnosis of autism spectrum disorder as an adult. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 346–354. <https://doi.org/10.1111/inm.12200>
- Leys, M., Cloet, E., & Vissers, S. (2019). *De ontwikkeling van regionale netwerken autisme in Vlaanderen*. Retrieved from <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef27-netwerken-autisme>
- Majnemer, A. (1998). Benefits of early intervention for children with developmental disabilities. *Seminars in Pediatric Neurology*, 5(1), 62–69. [https://doi.org/10.1016/S1071-9091\(98\)80020-X](https://doi.org/10.1016/S1071-9091(98)80020-X)
- Ozonoff, S. (2015). Editorial: Early detection of mental health and neurodevelopmental disorders: The ethical challenges of a field in its infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(9), 933–935. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12452>
- Pameijer, N. (2006). Towards needs-based assessment: Bridging the gap between assessment and practice. *Educational & Child Psychology*, 23(3), 12–24. Retrieved from [https://www.european-agency.org/sites/default/files/Pameijer\\_OK.pdf](https://www.european-agency.org/sites/default/files/Pameijer_OK.pdf)
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36–39. <https://doi.org/10.1177/1355819615600001>
- Vlaamse overheid. (n.d.-a). *Beslissingen van de Vlaamse Regering: Ministerraad van 26 april 2019*.

- Vlaamse overheid. (n.d.-b). *Referentiekader Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)*.
- Vlaamse overheid. *Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de [indiëning en afhandeling van de aanvraag tot ondersteuning (verv. BVR 20 juli 2012, art. 1)] bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.* , (2012).
- Vlaamse overheid. *Besluit van de Vlaamse Regering over de erkenning en subsidiëring van observatie-, diagnose- en behandelingsunits.* , (2017).
- Vlaamse overheid. *Decreet betreffende de [centra voor (verv. decr. 5 april 2019, art. 30, l: te bepalen door de Vlaamse Regering)] geestelijke gezondheidszorg.* , (2019).
- Vlaamse Overheid - Jongerenwelzijn. (n.d.-a). *Werkingsprocessen van de intersectorale toegangspoort. Hoofdstuk 4 Jeugdhulpregie.*
- Vlaamse Overheid - Jongerenwelzijn. (n.d.-b). *Werkingsprocessen van de intersectorale toegangspoort. Hoofdstuk 5 VIST.* Retrieved from <https://jongerenwelzijn.be/professionelen/assets/docs/jeugdhulpaanbieders/itp/H5-VIST.pdf>
- Vlaamse Overheid - Jongerenwelzijn. (n.d.-c). *Werkingsprocessen van de intersectorale toegangspoort. Hoofdstuk 6 IRPC DE INTERSECTORALE REGIONALE PRIORITEITENCOMMISSIE IN DE WERKING VAN DE INTERSECTORALE TOEGANGSPOORT.*
- Vlaamse overheid - Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (n.d.). *Psychosociale revalidatie-overeenkomsten.*
- Vlaamse overheid - Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. *Revalidatie-overeenkomst tussen de Vlaamse gemeenschap en de "Katholieke Universiteit Leuven - Universitaire Ziekenhuizen Leuven" voor het "Expertisecentrum voor Autismespectrumstoornissen UZ Leuven (ECA UZ Leuven)."* , (2019).
- Vlaamse overheid - Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. *Revalidatie-overeenkomst tussen de Vlaamse gemeenschap en het "Universitair Ziekenhuis Brussel" voor het "Referentiecentrum voor Autismespectrumstoornissen UZ Brussel - Inkendaal."* , (2019).
- Vlaamse overheid - Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. *Revalidatie-overeenkomst tussen de Vlaamse gemeenschap en het "Universitair Ziekenhuis Gent" dat een onderdeel is van de Universiteit Gent voor "het Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen Gent."* , (2019).
- Vlaamse overheid - Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. *Revalidatie-overeenkomst tussen de Vlaamse gemeenschap en het "Ziekenhuisnetwerk Antwerpen (ZNA)" voor "het Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen Antwerpen (RCA)."* , (2019).
- World Health Organization. (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps.*
- World Health Organization. (2002). *WHO - Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health.* Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum .
- World Health Organization. (2007). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health.* Bohn Stafleu van Loghum.
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision, Fifth edition, 2016.* Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208>
- Zero to Three. (2016). *DC:0-5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood.* Washington DC.

# **BIJLAGEN**

## **BIJLAGE 1 VRAGENLIJSTONDERZOEKEN**

- 1.1 VRAGENLIJST VOOR ORGANISATIES DIE DIAGNOSTIEK VAN  
ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN BIEDEN VOOR MINDERJARIGEN**
- 1.2 VRAGENLIJST VOOR ORGANISATIES DIE DIAGNOSTIEK VAN  
ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN BIEDEN VOOR VOLWASSENEN**





**1.1 VRAGENLIJST VOOR ORGANISATIES DIE DIAGNOSTIEK VAN ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN  
BIEDEN VOOR MINDERJARIGEN**



# Wachtlijsten multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in Vlaanderen

Geachte,

Deze vragenlijst wordt u toegestuurd binnen het kader van een beleidsondersteunend onderzoek naar de wachtlijsten voor multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in Vlaanderen. De vragenlijst peilt naar de wachtlijsten en -tijden en het beleid dat daarrond gevoerd wordt binnen uw organisatie. Het is een eerste stap in een breder proces van dataverzameling om de problematiek van de wachtlijsten in Vlaanderen gedetailleerd en genuanceerd in kaart te brengen.

De weerhouden organisaties binnen dit onderzoek in deze eerste fase, zijn de Centra voor Ambulante Revalidatie, Centra voor Ontwikkelingsstoornissen, Centra Geestelijke Gezondheidszorg, Referentiecentra voor Autisme, Centra voor Leerlingenbegeleiding en Ambulante diensten Kinderpsychiatrie. In een latere fase zullen ook de Observatie- en Behandelcentra en de Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentra meegenomen worden.

Het invullen van deze survey gebeurt door de persoon die binnen de organisatie het beste op de hoogte is van de problematiek. Het staat de "invuller" van deze vragenlijst natuurlijk wel vrij om informatie bij collega's in de eigen organisatie te verzamelen, mocht dat nuttig zijn. Gevraagd wordt, om *per organisatorische eenheid één* vragenlijst in te vullen. Indien uw organisatie bijvoorbeeld 2 centra voor ambulante revalidatie omvat, dient u per centrum een vragenlijst in te vullen.

Het is zeer belangrijk dat u antwoordt vanuit de *concrete realiteit* in uw eigen organisatie en dus niet vanuit de regelgeving of op basis van adviezen en beleidslijnen uitgewerkt door overkoepelende organen of belangenorganisaties. Achter deze bevraging schuilt geen enkel evaluatiedoel, wel het doel om te verkennen en te inventariseren.

Doordat u sommige informatie zal moeten opzoeken (gegevens over de aanmeldingen en de wachtlijst), neemt het invullen van de vragenlijst ongeveer een uur in beslag. U kan het invullen onderbreken, de antwoorden blijven bewaard. Om dit te doen, dient u wel een token aan te maken door onderaan het scherm de keuze 'hervat later' aan de klikken.

Indien u de vragenlijst graag in een PDF-bestand wil ontvangen om het invullen te kunnen voorbereiden, kan u deze opvragen bij [eva.cloet@vub.be](mailto:eva.cloet@vub.be).

De vragenlijst wordt afgesloten op vrijdag 19 april '19 om 18u. Gelieve rekening te houden met deze deadline.

Het elektronisch platform leidt u door de vragenlijst. Mocht u echter vragen hebben, kan u terecht bij [eva.cloet@vub.be](mailto:eva.cloet@vub.be)

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Eva Cloet

Mark Leys

Er zijn 53 vragen in deze enquête

## KENMERKEN ORGANISATIE EN RESPONDENT

### Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in? (U kan slechts één keuze aanduiden) \*

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Centrum voor Ambulante Revalidatie
- Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen
- Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
- Centrum voor Leerlingenbegeleiding
- Referentiecentrum Autisme
- K-dienst

### Wat is uw rol binnen deze organisatie? (U kan slechts één antwoord aanduiden. Indien u rollen combineert, gelieve te kiezen voor die waar u het grootst aantal werkuren in investeert.) \*

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Directielid
- Diensthoofd
- Stafmedewerker
- Zorgverstrekker
- Administratief medewerker
- Andere

**Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan?**

\*

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja  
 Nee

Onder **ontwikkelingsstoornissen** verstaan we voor dit onderzoek alle stoornissen zoals beschreven in de DSM-5 (APA, 2014) onder de categorie neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen, communicatiestoornissen, autismespectrumstoornis, aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis, specifieke leerstoornis, motorische stoornissen, ticstoornissen, andere neurobiologische ontwikkelingsstoornissen), aangevuld met sensorische stoornissen en gedrags-emotionele stoornissen en hechting.

**Biedt uw organisatie, naast diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen, nog andere activiteiten aan?**

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja  
 Nee

**Waarop focust de diagnostische activiteit van uw organisatie zich?**

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Diagnostiek van (een) specifieke ontwikkelingsstoornis(sen), maar niet van het brede spectrum.  
 Diagnostiek van het brede spectrum van ontwikkelingsstoornissen  
 Diagnostiek van ontwikkelings- en andere problemen en/of stoornissen (bv. psychiatrische stoornissen)

**Voor welke regionale stadzone(s) (zorgregiodecreet) biedt de organisatie waarvoor u deze survey momenteel invult, in de praktijk deze diagnostiek aan? Het overzicht van de postcodes per regionale stadzone, vindt u [hier](#). \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Aalst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antwerpen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brugge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brussel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hasselt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kortrijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leuven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mechelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oostende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Roeselare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sint-Niklaas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Turnhout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wallonië	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buitenland	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Wat is de postcode van de organisatie waarvoor u deze vragenlijst momenteel invult?**

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

In dit veld mag alleen een geheel getal worden ingevoerd.

Vul uw antwoord hier in:

## SAMENSTELLING DIAGNOSTISCH TEAM

### Hoe groot is het team dat betrokken is bij de diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen? \*

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Vul uw antwoord(en) hier in:

Aantal personen

Aantal voltijdse equivalenten

### Welke professionele achtergrond hebben deze teamleden betrokken bij de diagnostiek? Vul ook het aantal voltijdse equivalenten in. \*

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Vul uw antwoord(en) hier in:

Artsen

Psycho-/pedagogische disciplines

Logopedisten

Audiologen

Kinesitherapeuten

Ergotherapeuten

Sociaal assistenten/sociaal verpleegkundigen

Andere

## AARD VAN DE DIAGNOSTIEK

### Verloopt de diagnostiek in uw organisatie multidisciplinair? \*

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Nooit  
 Zelden  
 Regelmatig  
 (Bijna) altijd

Onder multidisciplinaire diagnostiek verstaan we dat bij de diagnostiek op systematische wijze minstens 2 verschillende zorgdisciplines betrokken zijn bij het verzamelen van informatie, (test)resultaten en observatiegegevens, alsook bij de besluitvorming.

### Voor welke stoornissen biedt uw organisatie diagnostiek aan? \*

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Verstandelijke beperking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taalstoornissen (ontwikkelingsdysfasie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spraakklankstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ontwikkelingsstotteren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sociaal (pragmatische) ontwikkelingsstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ongespecificeerde communicatiestoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autismespectrumstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het lezen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in de schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het rekenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motorische stoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ticstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere, niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complexe meervoudige ontwikkelingsstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensorische stoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Welke stoornissen (of het vermoeden van) worden door uw organisatie aanvaard als aanmeldingsredenen voor diagnostiek? \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Verstandelijke beperking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taalstoornissen (ontwikkelingsdysfasie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spraakklankstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ontwikkelingsstotteren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sociaal (pragmatische) ontwikkelingsstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ongespecificeerde communicatiestoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autismespectrumstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het lezen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in de schriftelijke uitdrukingsvaardigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het rekenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motorische stoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ticstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere, niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complexe meervoudige ontwikkelingsstoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensorische stoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Voor welke leeftijdsgroepen biedt uw centrum diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aan? \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Infants (0 – 2j)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peuters (2j1 – 4j)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kleuters (4j1 – 6j)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adolescentie 1 (12j1 – 15j)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adolescentie 2 (15j1 - 18j)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transitieleeftijd (18j1 – 21j)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**DIAGNOSTISCH TRAJECT****Wanneer in het traject van het kind, wordt diagnostiek binnen uw organisatie aangeboden?**

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Aan het begin van het traject, het initiële aanvangsbilan bij vermoeden van een ontwikkelingsachterstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In de loop van het traject, het opvolgingsbilan (bv. als evaluatie van het lopende ondersteunings- of revalidatietraject)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Op vastgelegde momenten in het traject (bv. gekoppeld aan transitiefases)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Voor hoeveel kinderen en/of jongeren voert uw organisatie gemiddeld per jaar diagnostische activiteiten voor ontwikkelingsstoornissen uit?**

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

In dit veld mogen alleen cijfers ingevoerd worden.

Vul uw antwoord hier in:

**Voor hoeveel kinderen heeft uw organisatie in 2018 het uitvoeren van diagnostiek aanvaard - uitgesplitst naar vermoeden van type ontwikkelingsstoornissen bij aanmelding en leeftijd bij aanmelding? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

	0-3j	3j1-6j	6j-12j	+12j
Verstandelijke beperking				
Taalstoornissen (ontwikkelingsdysfasie)				
Spraakklankstoornissen				
Ontwikkelingsstotteren				
Sociaal (pragmatische) ontwikkelingsstoornissen				
Ongespecificeerde communicatiestoornissen				
Autismespectrumstoornissen				
Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen				
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het lezen				
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in de schriftelijke uitdrukingsvaardigheden				
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het rekenen				
Motorische stoornissen				
Ticstoornissen				
Andere, niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen				
Complexe meervoudige ontwikkelingsstoornissen				
Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting				
Sensorische stoornissen				

**Bij hoeveel kinderen werd in 2018 volgende diagnose gesteld na uitvoeren van het diagnostisch bilan? \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

	0-3j	3j1-6j	6j-12j	+12j
Verstandelijke beperking				
Taalstoornissen (ontwikkelingsdysfasie)				
Spraakklankstoornissen				
Ontwikkelingsstotteren				
Sociaal (pragmatische) ontwikkelingsstoornissen				
Ongespecificeerde communicatiestoornissen				
Autismespectrumstoornissen				
Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen				
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het lezen				
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in de schriftelijke uitdrukingsvaardigheden				
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het rekenen				
Motorische stoornissen				
Ticstoornissen				
Andere, niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen				
Complexe meervoudige ontwikkelingsstoornissen				
Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting				
Sensorische stoornissen				

**Wie kan een kind aanmelden voor diagnostiek?**

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Selecteer alle mogelijkheden:

- De ouders (op eigen initiatief)
- Een betrokken professional, niet-arts (bv. leerkracht, CLB-medewerker, logopedist,...)
- Een betrokken arts (pediater, huisarts,...)
- Andere:

**In onze organisatie is het diagnostisch proces \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- een éénmalige of kortlopende activiteit (max. 1 maand)
- een langlopend traject bestaande uit verschillende activiteiten

**Wordt binnen het diagnostisch proces samengewerkt met andere organisaties?**

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Neen
- Ja, we vragen informatie op (bv. eerdere testresultaten, gegevens over het kind/de jongere) bij andere organisaties.
- Ja, andere organisaties krijgen een actieve functie binnen het diagnostisch proces door bijvoorbeeld het uitvoeren van specifieke testafnames of observaties.
- Ja, indien nodig vragen we professioneel advies aan meer gespecialiseerde organisaties, in functie van besluitvorming.
- Andere

**Voor gemiddeld hoeveel kinderen/jongeren met een vermoeden van ontwikkelingsstoornissen wordt er jaarlijks een diagnostische traject opgestart?**

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

In dit veld mogen alleen cijfers ingevoerd worden.

Vul uw antwoord hier in:

**Hoeveel van deze trajecten worden jaarlijks gemiddeld stopgezet voor ze afgerond werden? \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- < 10%
- 11- 20%
- 21 -30%
- 31 - 40%
- 41 - 50%
- > 50%

**Op wiens initiatief werden deze trajecten vroegtijdig stopgezet?**

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Overwegend op initiatief van de zorggebruiker (kind, jongere, ouders)
- Overwegend op initiatief van van de zorgaanbieder (diagnostici)
- Ongeveer evenveel op initiatief van de zorggebruiker als de zorgaanbieder
- Niet van toepassing

**In welke fase van het diagnostische traject wordt het traject meestal vroegtijdig stopgezet?**

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Selecteer alle mogelijkheden:

- Tussen de acceptatie van de aanmelding en het eerste gesprek of onderzoek
- Tussen het eerste gesprek of onderzoek en de eindbespreking
- Niet van toepassing
- Andere:

## DIAGNOSTISCHE ACTIVITEITEN

### Welk methodieken gebruikt uw voorziening bij het diagnostisch onderzoek?

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Klinisch onderzoek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Testafnames	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vragenlijsten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observaties in context van het kind (school, thuis...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observaties in de organisatie zelf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bijkomende contacten en gesprekken met school, familie, ..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Welke van onderstaande disciplines worden binnen uw organisatie betrokken in het diagnostisch proces bij vermoeden van ontwikkelingsstoornissen? \*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Niet betrokken	Op indicatie	Standaard
Artsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psycho-/pedagogische disciplines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopedist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Audioloog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinesitherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sociaal assistent/sociaal verpleegkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Hoeveel onderzoeken (incl. begin- en eindgesprek) neemt een diagnostisch bilan bij peuters en kleuters gemiddeld in beslag? Noteer '0' bij de stoornissen waarvan u de diagnostiek voor deze leeftijdscategorie niet uitvoert. \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Vul uw antwoord(en) hier in:

Verstandelijke beperking	<input type="text"/>
Taalstoornissen (ontwikkelingsdysfasie)	<input type="text"/>
Spraakklankstoornissen	<input type="text"/>
Ontwikkelingsstotteren	<input type="text"/>
Sociaal (pragmatische) ontwikkelingsstoornissen	<input type="text"/>
Ongespecificeerde communicatiestoornissen	<input type="text"/>
Autismespectrumstoornissen	<input type="text"/>
Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen	<input type="text"/>
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het lezen	<input type="text"/>
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in de schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden	<input type="text"/>
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het rekenen	<input type="text"/>
Motorische stoornissen	<input type="text"/>
Ticstoornissen	<input type="text"/>
Andere, niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen	<input type="text"/>
Complexe meervoudige ontwikkelingsstoornissen	<input type="text"/>
Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting	<input type="text"/>
Sensorische stoornissen	<input type="text"/>

**Hoeveel onderzoeken (incl. begin- en eindgesprek) neemt een diagnostisch bilan bij lagere schoolkinderen gemiddeld in beslag? Noteer '0' bij de stoornissen waarvan u de diagnostiek voor deze leeftijdscategorie niet uitvoert. \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Vul uw antwoord(en) hier in:

Verstandelijke beperking

Taalstoornissen (ontwikkelingsdysfasie)

Spraakklankstoornissen

Ontwikkelingsstotteren

Sociaal (pragmatische) ontwikkelingsstoornissen

Ongespecificeerde communicatiestoornissen

Autismespectrumstoornissen

Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen

Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het lezen

Specifieke leerstoornissen, beperkingen in de schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden

Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het rekenen

Motorische stoornissen

Ticstoornissen

Andere, niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen

Complexe meervoudige ontwikkelingsstoornissen

Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting

Sensorische stoornissen



**Hoeveel onderzoeken (incl. begin- en eindgesprek) neemt een diagnostisch bilan bij kinderen/jongeren in het secundair onderwijs gemiddeld in beslag? Noteer '0' bij de stoornissen waarvan u de diagnostiek voor deze leeftijdscategorie niet uitvoert. \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Vul uw antwoord(en) hier in:

Verstandelijke beperking	<input type="text"/>
Taalstoornissen (ontwikkelingsdysfasie)	<input type="text"/>
Spraakklankstoornissen	<input type="text"/>
Ontwikkelingsstotteren	<input type="text"/>
Sociaal (pragmatische) ontwikkelingsstoornissen	<input type="text"/>
Ongespecificeerde communicatiestoornissen	<input type="text"/>
Autismespectrumstoornissen	<input type="text"/>
Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen	<input type="text"/>
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het lezen	<input type="text"/>
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in de schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden	<input type="text"/>
Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het rekenen	<input type="text"/>
Motorische stoornissen	<input type="text"/>
Ticstoornissen	<input type="text"/>
Andere, niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen	<input type="text"/>
Complexe meervoudige ontwikkelingsstoornissen	<input type="text"/>
Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting	<input type="text"/>
Sensorische stoornissen	<input type="text"/>

**Gebeuren de diagnostische onderzoeken \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Selecteer alle mogelijkheden:

- In het centrum zelf, ambulante
- In het centrum zelf, residentieel
- In de context van het kind (thuis, op school,...)

**Gemiddeld hoeveel kinderen tonen, na diagnostisch onderzoek binnen uw organisatie, een normale variatie op alle ontwikkelingsgebieden? \***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- 0-10%
- 10-20%
- 20-30%
- 30-40%
- 40-50%
- meer dan 50%

## TOEGANGSBELEID TOT DIAGNOSTIEK

### Welke factoren spelen een rol bij de beslissing een kind binnen de organisatie te aanvaarden voor diagnostiek? \*

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Het moment van aanmelding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leeftijd van het kind bij aanmelding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leeftijd van het kind bij vermoeden van een ontwikkelingsprobleem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aanmeldingsredenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermoedelijke tijdsinvestering in het assessment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taalgebonden factoren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwijzer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Domicilie van het kind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Door de verwijzer aangegeven urgentie van de diagnostische vraag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Door een medewerker bepaalde urgentie van de diagnostische vraag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Door de door de verwijzer aangegeven urgentie van ondersteuningsnood	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Door de beslissing van de persoon die binnen de organisatie aangesteld is om de wachtlijst op te maken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een externe beslisser (bv. prior via de toegangspoort)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het kind wordt reeds binnen de eigen organisatie begeleid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De motivatie van de ouders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De draagkracht van het gezin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De capaciteit van de organisatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Vraagt u na bij de ouders/aanmelder of het kind/de jongere ook elders aangemeld en/of aanvaard werd voor diagnostiek? \*

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Neen, dit wordt niet nagegaan.
- We informeren hier naar, maar niet systematisch.
- We vragen dit systematisch na, maar controleren het niet actief.
- We vragen dit systematisch na en controleren dit ook actief bij de organisatie(s) die door de ouders/aanmelder opgegeven werd(en).

### Wordt voor diagnostiek prioriteit gegeven aan kinderen die ondersteund worden binnen de eigen organisatie? \*

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Voor een aanvangsbilan (initiële onderzoeken bij vermoeden ontwikkelingsachterstand)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voor een opvolgingsbilan (evaluatie in de loop van het ondersteuningstraject)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Wie neemt de uiteindelijke beslissing of een kind aanvaard wordt voor diagnostiek?**

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Een hiervoor aangestelde medewerker
- Een hiervoor aangestelde medewerker, in overleg met een arts
- Een hiervoor aangestelde medewerker, in overleg met een medewerker van een ander discipline (niet-arts)
- In teamverband (meer dan 2 verschillende disciplines betrokken)
- Andere

**Op basis waarvan wordt beslist of een kind aanvaard wordt voor diagnostiek?**

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Selecteer alle mogelijkheden:

- Duidelijke richtlijnen
- De kennis en expertise van de beslisser(s)

**Gelden er taalgebonden criteria als voorwaarde om kinderen/jongeren al dan niet te aanvaarden voor diagnostiek? \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

**Welke taalgebonden criteria gelden als voorwaarde voor aanvaarding voor diagnostiek?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? ) *en* Antwoord was 'Ja' bij vraag '37 [F6]' (Gelden er taalgebonden criteria als voorwaarde om kinderen/jongeren al dan niet te aanvaarden voor diagnostiek? )

Selecteer alle mogelijkheden:

- Thuis taal Nederlands
- School taal Nederlands
- Taal minimum 1 ouder Nederlands
- School- en thuis taal Nederlands

**Zijn er criteria aangaande de domicilie van het kind/de jongere die mee bepalen of een aanmelding voor diagnostiek al dan niet aanvaard wordt? \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

**Welke criteria aangaande de domicilie van het kind/de jongere bepalen mee of een aanmelding aanvaard wordt?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? ) *en* Antwoord was 'Ja' bij vraag '39 [F8]' (Zijn er criteria aangaande de domicilie van het kind/de jongere die mee bepalen of een aanmelding voor diagnostiek al dan niet aanvaard wordt? )

Selecteer alle mogelijkheden:

- Gedomicileerd in de gemeente waar het centrum zich bevindt
- Gedomicileerd in de provincie waar het centrum zich bevindt
- Gedomicileerd in Vlaanderen
- Andere:

**Zijn er criteria op basis waarvan kinderen voorrang kunnen krijgen voor diagnostiek? \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Selecteer alle mogelijkheden:

- Kinderen van medewerkers binnen de organisatie
- Kinderen van familie van medewerkers binnen de organisatie
- Op uitdrukkelijke vraag van de verwijzende niet-arts (school, CLB, therapeut)
- Op uitdrukkelijke vraag van de verwijzende arts
- Reeds een revalidatie- of ondersteuningstraject lopende
- Andere:

## WACHTLIJSTEN EN WACHTTIJDEN

### Zijn er wachtlijsten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? \*

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja  
 Nee

### Hoeveel kinderen stonden er op 31/12/2018 aangemeld op uw wachtlijst, in afwachting van diagnostiek? \*

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '42 [G1]' (Zijn er wachtlijsten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie?)

In dit veld mogen alleen cijfers ingevoerd worden.

Vul uw antwoord hier in:

### Hoeveel van de kinderen/jongeren die in afwachting van diagnostiek op uw wachtlijst stonden, werden aangemeld op eigen initiatief? \*

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '42 [G1]' (Zijn er wachtlijsten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie?)

In dit veld mogen alleen cijfers ingevoerd worden.

Vul uw antwoord hier in:

### Hoeveel van de kinderen/jongeren die in afwachting van diagnostiek op uw wachtlijst stonden, werden aangemeld op doorverwijzing? \*

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '42 [G1]' (Zijn er wachtlijsten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie?)

In dit veld mogen alleen cijfers ingevoerd worden.

Vul uw antwoord hier in:

**Hoe lang (uitgedrukt in weken) bedroeg de gemiddelde wachttijd tussen het moment van aanmelding en het eerste gesprek (anamnese, choice,...) gemiddeld de afgelopen 6 maanden? \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '42 [G1]' (Zijn er wachtlijsten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie?)

Vul uw antwoord(en) hier in:

Infants (0 – 2j)	<input type="text"/>
Peuters (2j1 – 4j)	<input type="text"/>
Kleuters (4j1 – 6j)	<input type="text"/>
Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)	<input type="text"/>
Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)	<input type="text"/>
Adolescentie 1 (12j1 – 15j)	<input type="text"/>
Adolescentie 2 (15j1 - 18j)	<input type="text"/>
Transitieleeftijd (18j1 – 21j)	<input type="text"/>

**Hoe lang (uitgedrukt in weken) bedroeg de gemiddelde wachttijd tussen het eerste gesprek (anamnese, choice,...) en het eerste onderzoek uit het diagnostisch bilan, gemiddeld de afgelopen 6 maanden? \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '42 [G1]' (Zijn er wachtlijsten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie?)

Vul uw antwoord(en) hier in:

Infants (0 – 2j)	<input type="text"/>
Peuters (2j1 – 4j)	<input type="text"/>
Kleuters (4j1 – 6j)	<input type="text"/>
Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)	<input type="text"/>
Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)	<input type="text"/>
Adolescentie 1 (12j1 – 15j)	<input type="text"/>
Adolescentie 2 (15j1 - 18j)	<input type="text"/>
Transitieleeftijd (18j1 – 21j)	<input type="text"/>

**Zijn er gedurende het jaar pieken in het aantal aanmeldingen? \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '42 [G1]' (Zijn er wachtlijsten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

**Beïnvloeden deze pieken in de aanmeldingen, de wachttijden?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '42 [G1]' (Zijn er wachtlijsten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '48 [G7]' ( Zijn er gedurende het jaar pieken in het aantal aanmeldingen?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- NEEN
- JA, in die periode verlengen of verkorten de wachttijden tot max. 2 weken
- JA, in die periode verlengen of verkorten de wachttijden met max. 1 maand
- JA, in die periode verlengen of verkorten de wachttijden met meer dan 1 maand
- Andere:

**Op welke manier komt een kind/jongere op de wachtlijst voor diagnostiek terecht? \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '42 [G1]' (Zijn er wachtlijsten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie?)

Selecteer alle mogelijkheden:

- Telefonische aanmelding
- Schriftelijke aanmelding
- Telefonische anamnese
- Schriftelijke anamnese
- Eén face to face anamnesegegesprek
- Eén multidisciplinair anamnesegegesprek
- Andere:

**Zijn er leeftijdscategorieën waaraan, in geval van wachtlijsten voorrang verleend wordt? \*****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '42 [G1]' (Zijn er wachtlijsten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie?)

Selecteer alle mogelijkheden:

- Neen
- Infants (0 – 2j)
- Peuters (2j1 – 4j)
- Kleuters (4j1 – 6j)
- Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)
- Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)
- Adolescentie 1 (12j1 – 15j)
- Adolescentie 2 (15j1 - 18j)
- Transitieleeftijd (18j1 – 21j)

**Zijn er ontwikkelingsstoornissen waaraan, in het geval de wachtlijsten te lang worden, voorrang verleend wordt?**

\*

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '42 [G1]' (Zijn er wachtlijsten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie?)

Selecteer alle mogelijkheden:

- Verstandelijke beperking
- Taalstoornissen (ontwikkelingsdysfasie)
- Spraakklinkstoornissen
- Ontwikkelingsstotteren
- Sociaal (pragmatische) ontwikkelingsstoornissen
- Ongespecificeerde communicatiestoornissen
- Autismespectrumstoornissen
- Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen
- Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het lezen
- Specifieke leerstoornissen, beperkingen in de schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden
- Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het rekenen
- Motorische stoornissen
- Ticstoornissen
- Andere, niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen
- Complexe meervoudige ontwikkelingsstoornissen
- Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting
- Sensorische stoornissen
- Niet van toepassing



## BIJKOMENDE INFORMATIE

**Is er bijkomende informatie betreffende de wachtlijsten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij kinderen en jongeren binnen uw organisatie, die u op dit moment graag nog wil meedelen?**

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '3 [A3]' ( Biedt uw organisatie diagnostiek van minstens één type ontwikkelingsstoornis bij kinderen/jongeren aan? ) *en* Antwoord was 'Ja' bij vraag '42 [G1]' (Zijn er wachtlijsten voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie?)

Vul uw antwoord hier in:

De bevraging is afgelopen. Hartelijk dank voor uw medewerking!

Verstuur uw enquête

Bedankt voor uw deelname aan deze enquête.

**1.2 VRAGENLIJST VOOR ORGANISATIES DIE DIAGNOSTIEK VAN ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN BIEDEN  
VOOR VOLWASSENEN**



# Wachtlijsten voor multidisciplinaire diagnostiek van autisme en andere ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen in Vlaanderen

Geachte,

Deze vragenlijst wordt u toegestuurd binnen het kader van een beleidsondersteunend onderzoek naar de wachtlijsten voor multidisciplinaire diagnostiek van autisme en andere ontwikkelingsstoornissen voor volwassenen in Vlaanderen. De vragenlijst peilt naar de wachtlijsten en -tijden en het beleid dat daarrond gevoerd wordt binnen uw organisatie. Het is een eerste stap in een breder proces van dataverzameling om de problematiek van de wachtlijsten in Vlaanderen gedetailleerd en genuanceerd in kaart te brengen.

Het invullen van deze survey gebeurt door de persoon die binnen de organisatie het beste op de hoogte is van de problematiek. Het staat de "invuller" van deze vragenlijst natuurlijk wel vrij om informatie bij collega's in de eigen organisatie te verzamelen mocht dat nuttig zijn. Gevraagd wordt, om per *organisatorische eenheid* van de organisatie één vragenlijst in te vullen.

Het is zeer belangrijk dat u antwoordt vanuit de *concrete realiteit* in uw eigen organisatie en dus niet vanuit de regelgeving of op basis van adviezen en beleidslijnen van overkoepelende organen of belangenorganisaties. Achter deze bevraging schuilt geen enkel evaluatiedoel, wel het doel om te verkennen en te inventariseren.

Het invullen van de vragenlijst ongeveer 15 minuten in beslag. U kan het invullen onderbreken, de antwoorden blijven bewaard. Om dit te doen, dient u wel en token aan te maken door onderaan het scherm de keuze 'hervat later' aan te klikken. De gegevens worden echter geheel anoniem verwerkt.

De vragenlijst wordt afgesloten op 15/08/2019. Gelieve rekening te houden met deze deadline.

Het elektronisch platform leidt u door de vragenlijst. Mocht u echter vragen hebben, kan u terecht bij [eva.cloet@vub.be](mailto:eva.cloet@vub.be)

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Eva Cloet

Mark Leys

Er zijn 40 vragen in deze enquête

## KENMERKEN ORGANISATIE EN RESPONDENT

### Voor welk type organisatie vult u de vragenlijst in? (u kan slechts een type aankruisen)

\*

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- OC OLO
- WVCB-DIASS+
- Referentiecentrum Autisme
- Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
- A-dienst Algemeen Ziekenhuis
- A-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis
- SP-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis
- A-dienst Universitair Ziekenhuis
- Unit voor Observatie, Diagnose en Behandeling
- Andere

### Wat is uw rol binnen deze organisatie? (indien u meerder rollen zou combineren, kruis dan de belangrijkste aan) \*

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Directielid
- Diensthofd
- Stafmedewerker
- Zorgverstrekker
- Administratief medewerker
- Andere

### Wat is de postcode van de organisatie/deelwerking waarvoor u deze vragenlijst invult? \*

In dit veld mogen alleen cijfers ingevoerd worden.

Vul uw antwoord hier in:

### Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan? \*

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

**Voor welke regionale stadzone (zorgregiodecreet) biedt de organisatie waarvoor u deze vragenlijst invult, in de praktijk deze diagnostiek aan? Het overzicht van de postcodes per regionale stadszone vindt u [hier](#). \***

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Ja	Weet niet	Nee
Aalst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antwerpen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brugge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brussel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hasselt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kortrijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leuven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mechelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oostende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Roeselare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sint-Niklaas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Turnhout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wallonië	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buitenland	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Krijgt uw organisatie of dienst soms de vraag naar diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen? \***

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Nee' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja  
 Nee

**Verwijst u hiervoor door naar een andere organisatie?**

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '6 [A4b1]' (Krijgt uw organisatie of dienst soms de vraag naar diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja  
 Nee

**Naar welke organisatie(s) verwijst u door voor diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen?**

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '6 [A4b1]' (Krijgt uw organisatie of dienst soms de vraag naar diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '7 [A4b2]' (Verwijst u hiervoor door naar een andere organisatie?)

Vul uw antwoord hier in:

## AARD VAN DE DIAGNOSTIEK

### Verloopt de diagnostiek van autisme en andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie multidisciplinair?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Nooit  
 Zelden  
 Regelmatig  
 (Bijna) altijd

Geef hier een toelichting op uw antwoord:

*Onder multidisciplinaire diagnostiek verstaan we dat bij de diagnostiek op systematische wijze minstens 2 verschillende zorgdisciplines betrokken zijn in het verzamelen van informatie, (test)resultaten en observatiegegevens, alsook bij de besluitvorming.*

### Welke professionele achtergrond hebben de teamleden die betrokken worden bij de diagnostiek?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

Selecteer alle mogelijkheden:

- Artsen  
 Psycho-/pedagogische disciplines  
 Logopedisten  
 Audiologen  
 Kinesitherapeuten  
 Ergotherapeuten  
 Sociaal assistenten/sociaal verpleegkundigen  
 Niet van toepassing  
 Andere:

### Voor welke ontwikkelingsstoornissen biedt uw organisatie diagnostiek aan?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

Selecteer alle mogelijkheden:

- Verstandelijke beperking  
 Communicatiestoornissen (taal-, spraakklank-, social-pragmatische Ontwikkelingsstoornissen, stotteren)  
 Autismespectrumstoornissen  
 Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen  
 Specifieke leerstoornissen (dyslexie, dyscalculie, dysorthografie)  
 Motorische en ticstoornissen  
 Complexe meervoudige en/of niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen  
 Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting  
 Sensorische stoornissen  
 Andere:

**Voor welke leeftijdsgroepen biedt uw centrum diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aan?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

Selecteer alle mogelijkheden:

 17-25j 25j1-35j 35j1-45j 45j1-55j 55j1-65j > 65j1 Andere: **Voor hoeveel cliënten/patiënten voert uw organisatie gemiddeld per jaar diagnostische activiteiten voor autisme en andere ontwikkelingsstoornissen uit?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

In dit veld mogen alleen cijfers ingevoerd worden.

Vul uw antwoord hier in:

**Hoeveel van deze cliënten/patiënten kwamen voor diagnostiek kaderend binnen een vermoeden van autisme?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

In dit veld mogen alleen cijfers ingevoerd worden.

Vul uw antwoord hier in:

**Kan een cliënt/patiënt rechtstreeks en op eigen initiatief aanmelden voor diagnostiek?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

 Ja Nee**De cliënt/patiënt kan niet rechtstreeks aanmelden voor diagnostiek. Welke achtergrond moet de verwijzer hebben?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Nee' bij vraag '15 [C7]' (Kan een cliënt/patiënt rechtstreeks en op eigen initiatief aanmelden voor diagnostiek?)

Selecteer alle mogelijkheden:

 medische achtergrond niet-medische achtergrond maar wel professionele hulpverlener familielid iemand uit de directe context van de cliënt/patiënt (vriend, buur, werkgever, collega,...) Andere:



**Hoeveel contacturen per discipline omvat het diagnostisch traject van onderstaande stoornissen gemiddeld?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

	Artsen	Psycholoog/pedagoog	Logopedisten	Audiologen	Kinesitherapeuten	Ergotherapeuten	Soc assiste verpleeg
Verstandelijke beperking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communicatiestoornissen (taal-, spraakklank-, social-pragmatische Ontwikkelingsstoornissen, stotteren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismespectrumstoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specifieke leerstoornissen (dyslexie, dyscalculie, dysorthografie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorische en ticstoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complexe meervoudige en/of niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensorische stoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wordt binnen het diagnostisch proces samengewerkt met andere organisaties of zorgverleners?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja  
 Nee

**Op welke manier wordt binnen het diagnostisch proces samengewerkt met andere organisaties of zorgverleners?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '18 [C9]' ( Wordt binnen het diagnostisch proces samengewerkt met andere organisaties of zorgverleners? )

Selecteer alle mogelijkheden:

- we vragen informatie (bv. eerdere testresultaten, gegevens over de cliënt/patiënt) op bij andere organisaties  
 andere organisaties krijgen een actieve functie binnen het diagnostisch proces door bv. het uitvoeren van specifieke testafnames of observaties  
 indien nodig vragen we professioneel advies aan meer gespecialiseerde organisaties, in functie van besluitvorming  
 Andere:



**Op basis waarvan wordt beslist of een cliënt/patiënt aanvaard wordt voor diagnostiek?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

Selecteer alle mogelijkheden:

- Duidelijke richtlijnen
- De eigen kennis en expertise van de beslisser(s)

**WACHTLIJSTEN EN WACHTTIJDEN****Hoeveel aanvragen voor diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen krijgt u gemiddeld per maand?**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- < 10  
 10 - 20  
 21 - 30  
 31 - 40  
 41 - 50  
 > 51

Geef hier een toelichting op uw antwoord:

**Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie?**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja  
 Nee

**Hoeveel cliënten/patiënten stonden er op 31/12/18 aangemeld op uw wachtlijst, in afwachting van diagnostiek?**

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' (Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- 0 - 10  
 11 - 20  
 21 - 30  
 31 - 40  
 41 - 50  
 > 51

Geef hier een toelichting op uw antwoord:

**Hoe lang (uitgedrukt in weken) hebben cliënten/patiënten de afgelopen 6 maanden gemiddeld moeten wachten op een eerste gesprek, na hun aanmelding?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' ( Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- minder dan 1 maand
- 1 - 3 maanden
- 3 - 6 maanden
- 6 - 9 maanden
- 9 - 12 maanden
- langer dan 1 jaar

Geef hier een toelichting op uw antwoord:

**Hoe lang (uitgedrukt in weken) hebben cliënten/patiënten de afgelopen 6 maanden na het eerste gesprek gemiddeld moeten wachten op het eerste onderzoek?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' ( Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- minder dan 1 maand
- 1 tot 3 maanden
- 3 tot 6 maanden
- 6 tot 9 maanden
- 9 tot 12 maanden
- langer dan 1 jaar

Geef hier een toelichting op uw antwoord:

**Is de wachttijd afhankelijk van de leeftijd van de client?****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' ( Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

### Hoe lang hebben cliënten/patiënten per leeftijdscategorie de afgelopen 6 maanden gemiddeld moeten wachten op een eerste gesprek, na hun aanmelding?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' ( Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '29 [B5]' (Is de wachttijd afhankelijk van de leeftijd van de client?)

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	17-25j	25j1-35j	35j1-45j	45j1-55j	55j1-65j	> 65j1
<1m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1-3 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-6 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-9 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-12 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
>12m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Hoe lang hebben cliënten/patiënten per leeftijdscategorie de afgelopen 6 maanden gemiddeld moeten wachten op een eerste onderzoek na het eerste gesprek?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' ( Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '29 [B5]' (Is de wachttijd afhankelijk van de leeftijd van de client?)

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	17-25j	25j1-35j	35j1-45j	45j1-55j	55j1-65j	> 65j1
<1m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1-3 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-6 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-9 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-12 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
>12m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Is de wachttijd afhankelijk van de stoornis waarbinnen de vraag naar diagnostiek kadert?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' ( Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja  
 Nee

### Hoe lang hebben cliënten/patiënten de afgelopen 6 maanden gemiddeld moeten wachten op een eerste gesprek, na hun aanmelding omwille van onderstaande stoornissen?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' ( Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '32 [B6]' (Is de wachttijd afhankelijk van de stoornis waarbinnen de vraag naar diagnostiek kadert? )

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Verstandelijke beperking	Communicatiestoornissen (taal-, spraakklank-, social-pragmatische stoornissen, stotteren)	Autisme	ADHD	Specifieke leerstoornissen (dyslexie, -calculie, -orthografie)	Motorische en ticstoornissen	Complexe meervoudige en/of niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen	Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting	Sensorisc stoornissen
<1m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1-3 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-6 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-9 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-12 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
>12m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Hoe lang hebben cliënten/patiënten de afgelopen 6 maanden gemiddeld moeten wachten op een eerste onderzoek na het eerste gesprek omwille van onderstaande stoornissen?**

**Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' ( Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '32 [B6]' (Is de wachttijd afhankelijk van de stoornis waarbinnen de vraag naar diagnostiek kadert? )

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Verstandelijke beperking	Communicatiestoornissen (taal-, spraakklank-, social-pragmatische stoornissen, stotteren)	Autisme	ADHD	Specifieke leerstoornissen (dyslexie, -calculie, -orthografie)	Motorische en ticstoornissen	Complexe meervoudige en/of niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen	Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting	Sensorisc stoornissen
<1m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1-3 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-6 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-9 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-12 m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
>12m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## VOORRANGSBELEID

### Zijn er leeftijdscategorieën waaraan, in geval van wachtlijsten, voorrang verleend wordt?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' ( Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja  
 Nee

### Welke leeftijdscategorieën krijgen voorrang voor diagnostiek, in geval van wachtlijsten?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' ( Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '35 [E1]' (Zijn er leeftijdscategorieën waaraan, in geval van wachtlijsten, voorrang verleend wordt? )

Selecteer alle mogelijkheden:

- 17-25j  
 25j1-35j  
 35j1-45j  
 45j1-55j  
 55j1-65j  
 > 65j1

### Zijn er ontwikkelingsstoornissen waaraan, in het geval de wachtlijsten te lang worden, voorrang verleend wordt?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' ( Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? )

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ja  
 Nee

### Aan welke ontwikkelingsstoornissen wordt voor diagnostiek, indien de wachtlijst te lang wordt, voorrang verleend?

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' ( Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? ) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '37 [E2]' (Zijn er ontwikkelingsstoornissen waaraan, in het geval de wachtlijsten te lang worden, voorrang verleend wordt? )

Selecteer alle mogelijkheden:

- Verstandelijke beperking  
 Communicatiestoornissen (taal-, spraakklank-, social-pragmatische Ontwikkelingsstoornissen, stotteren)  
 Autismespectrumstoornissen  
 Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen  
 Specifieke leerstoornissen (dyslexie, dyscalculie, dysorthografie)  
 Motorische en ticstoornissen  
 Complexe meervoudige en/of niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen  
 Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting  
 Sensorische stoornissen



**Vink in onderstaande lijst de factoren aan die binnen uw organisatie of dienst aanleiding kunnen geven tot het verlenen van voorrang voor diagnostiek.****Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:**

Antwoord was 'Ja' bij vraag '4 [A3]' (Biedt uw organisatie diagnostiek van autisme en/of (minstens één) andere ontwikkelingsstoornis(sen) bij volwassenen aan?) en Antwoord was 'Ja' bij vraag '25 [B1]' ( Zijn er wachtlijsten voor de diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen in uw organisatie? )

Selecteer alle mogelijkheden:

- Het moment van aanmelding
- Leeftijd van de cliënt/patiënt bij aanmelding
- Leeftijd de cliënt/patiënt bij vermoeden van een ontwikkelingsprobleem
- Aanmeldingsreden
- Vermoedelijke tijdsinvestering in het assessment
- Taalgebonden factoren
- Verwijzer
- Domicilie van de client/patiënt
- Door de verwijzer aangegeven urgentie van de diagnostische vraag
- Door een medewerker bepaalde urgentie van de diagnostische vraag
- Door de door de verwijzer aangegeven urgentie van ondersteuningsnood
- Door de beslissing van de persoon die binnen de organisatie de wachtlijst beheert
- Een externe beslisser
- De cliënt/patiënt heeft reeds een revalidatie- of ondersteuningstraject lopende
- De cliënt/patiënt wordt reeds binnen de eigen organisatie begeleid
- De client/patient wordt reeds binnen een andere organisatie begeleid
- De client/patient wordt reeds binnen een andere organisatie, waarmee een samenwerkingsverband afgesloten werd, begeleid
- De motivatie van de cliënt/patiënt
- De emotionele draagkracht van de cliënt/patiënt
- De emotionele draagkracht van de familiale/sociale context
- De financiële draagkracht van de cliënt/patiënt
- De capaciteit van de organisatie
- De medische toetsand van de cliënt/patiënt
- De functionele toestand van de cliënt/patient
- De leeftijd van de cliënt/patiënt
- De client/patient is familie van een medewerker binnen de organisatie
- Op uitdrukkelijke vraag van een betrokken professional, niet-arts
- Op uitdrukkelijke vraag van de verwijzende arts
- De integriteit van de cliënt/patiënt is in het gedrang
- Er wordt geen voorrang verleend
- Andere:

**AFSLUITEND**

**Is er informatie aangaande de (wachtlijsten voor) multidisciplinaire diagnostiek van autisme en andere ontwikkelingsstoornissen in Vlaanderen die niet bevraagd werd in deze survey, maar die u toch graag wil meedelen omdat ze relevant kan zijn voor het onderzoek?**

Vul uw antwoord hier in:

De bevraging is afgelopen. Hartelijk dank voor uw medewerking!

Verstuur uw enquête  
Bedankt voor uw deelname aan deze enquête.



## **BIJLAGE 2**

### **FOCUSGROEPEN**

**2.1 TOPICLIST FOCUSGROEPEN CAR, COS, CLB, RCA, K-DIENSTEN en CGG**

**2.2 TOPICLIST FOCUSGROEPEN OBC EN OOC**

## 2.1 TOPICLIST FOCUSGROEPEN CAR, COS, CLB, RCA, K-DIENSTEN en CGG

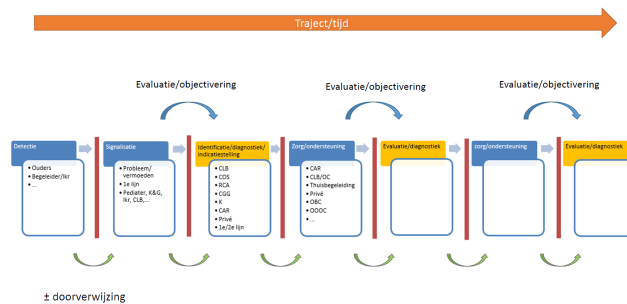
### I HEALTH CARE TRAJECTORY

#### 1. Diagnostiek: concept:

Systematisch verzamelen en ordenen van informatie, testgegevens en observaties aangaande het functioneren van kind, met als doelstellingen

- classification of a disease, disorder or syndrome
- inventory the symptoms, their nature and gravity
- inventory the needs related to the disorder(s)
- indicate the needed care and support
- creating access to specific rehabilitation programs or settings
- creating access to financial support systems

#### 2. Validatie traject kinderen adhv model in bijlage (slide 1)



- Bespreken traject
- Wanneer diagnostiek nodig in traject van het kind met ontwikkelingsstoornis?
- Phases & events >> diagnostiek: klopt dit?
- Toepasbaar voor verschillende ontwikkelingsstoornissen?

#### 3. Validatie traject diagnostiek (cf. slide)

- Waar begint/eindigt traject diagnostiek?
- Klopt dit traject zoals nu voorgesteld? Nog fasen/activiteiten toevoegen?
- Waar triage?
- Welke activiteiten? Steeds alle activiteiten?
- Gestandaardiseerd/niet gestandaardiseerd?
- Betrokken actoren?
- Bestaande/potentiële samenwerking?



## II TOEGANKELIJKHEID

### 1. Determinanten die toegankelijkheid beïnvloeden

Cfr. slide 2, model toelichten

Penchansky & Thomas (1981); Israel (2016); Sauman (2016)

- 1) Availability: beschikbaarheid van diensten, beschikbaarheid van voldoende plaatsen en voorzieningen, van technologie en competent personeel. Rekening houden met leeftijdscategorieën, pathologie, taal. Regionale spreiding.
- 2) Accessibility: geografische toegankelijkheid: t.o.v. de woonplaats, inclusief wachttijden, reistijd en de fysieke afstand inclusief directe en indirecte transportkosten.
- 3) Affordability: De betaalbaarheid: de prijs voor de patiënt/cliënt in verhouding tot het inkomen (en de eventuele tussenkomst van de ziekteverzekering of andere financiële compensatiemechanismen).
- 4) Adequacy of accommodation: De adequaatheid: de aanwezige infrastructuur, maar ook het mechanisme van afspraken en bejegening in de praktijk, met andere woorden de afstemming van werkuren, de mogelijkheid om diensten te krijgen met of zonder afspraak, de telefonische bereikbaarheid en manier van omgaan, etc.
- 5) Acceptability: De aanvaardbaarheid van diensten: rekening houdend met bejegening, cultuur, preferenties, normen, waarden van de patiënten/gebruikers.
- 6) Awareness: communicatie en informatie, effectieve communicatie en communicatiestrategieën met relevante gebruikers (clinici, patiënten, gemeenschap), including health literacy en consideration of context

### 2. Per determinant bespreken:

- In welke mate speelt deze determinant een rol in de toegankelijkheid van diagnostiek?
- Op welk moment in het traject speelt deze een rol? In elke fase even uitgesproken of niet?
- Op welke manier speelt deze determinant een rol in de toegankelijkheid van diagnostiek? (concretisering)
- Welke factoren worden met betrekking tot deze determinant ervaren als een barrière, een belemmerende factor, wanneer we het hebben over de toegankelijkheid van diagnostiek?
- Welke factoren gerelateerd aan (determinant) worden ervaren als een faciliterende invloed op de toegankelijkheid van diagnostiek?

Zijn er nog andere determinanten, die hier niet opgenomen werden, die een invloed hebben op de toegankelijkheid van diagnostiek?

Zijn er nog andere factoren die de toegang tot diagnostiek faciliteren?

Zijn er nog andere factoren die een belemmerende invloed hebben op de toegankelijkheid van diagnostiek?

### III SAMENWERKING

Bespreken aan de hand van slide 1:

1. Welke hiaten ervaren jullie in het aanbod van diagnostiek?
2. Welke overlap ervaren jullie in het aanbod van diagnostiek?
3. Werken jullie samen met andere organisaties om tegemoet te komen aan het probleem van toegankelijkheid van diagnostiek?  
Met wie wordt samengewerkt? In welke mate wordt samengewerkt (doorverwijzing vs. geïntegreerd werken)? Hoe verloopt dit?

4. Is meer samenwerking mogelijk? Zo ja, hoe zie je dit? En op welke vlakken kan meer samengewerkt worden?

*Bv. doorverwijzing*

*Afstemming (verdelen populatie obv lftd, patho, doelstellingen vd diagnostiek, moment in traject,...)*

*Geïntegreerd werken*

5. Welke barrières ervaar je om meer samenwerking mogelijk te maken?
6. Welke factoren kunnen maken dat samenwerking gefaciliteerd wordt?
7. Wat zijn volgens jullie de voorwaarden voor goede samenwerking?

! De visie/betekenis die gegeven wordt aan diagnostiek in verschillende types organisaties en op de (gepercipieerde) aanwezigheid van expertise (cfr ook redundante diagnostiek tussen organisaties)

### IV AFSLUITENDE VRAAG

Moest de bevoegde minister voldoende middelen vrijmaken om in jouw regio diagnostiek toegankelijk te maken, en jij mag hiervoor een model ontwerpen, hoe zou dit model er dan uit zien?

Welke rol zie je voor jouw organisatie in dit model?



## 2.2 TOPICLIST FOCUSGROEPEN OBC EN OOC

1. Wat is de plaats van diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in de algemene werking van de organisatie?

- Hoe verloopt het diagnostisch proces binnen het global traject dat het kind loopt binnen de organisatie?
- Wordt de diagnostiek van os uitgevoerd binnen de organisatie zelf, door medewerkers van de organisatie, of wordt deze uitbesteed? Welke OS worden binnen de organisatie zelf gediagnosticeerd, welke niet?
- Welke disciplines zijn hierbij betrokken?
- Gemiddeld aantal diagnoses / diagnostische trajecten per jaar?

2. Samenwerking in functie van diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen:

Indien diagnostiek van os wordt uitbesteed of er wordt in functie hiervan samengewerkt:

- Met wie wordt samengewerkt? In welke mate wordt samengewerkt (doorverwijzing vs. geïntegreerd werken)? Hoe verloopt dit?
- Is meer samenwerking mogelijk? Zo ja, hoe zie je dit? En op welke vlakken kan meer samengewerkt worden?
- Welke barrières ervaar je om meer samenwerking mogelijk te maken?
- Welke factoren kunnen maken dat samenwerking gefaciliteerd wordt?
- Wat zijn volgens jullie de voorwaarden voor goede samenwerking?

3. Trajectverloop: beïnvloedende factoren vloeiend trajectverloop

*Toelichting traject (cfr. slides)*

Instroom: evaluatie toegangsbeleid poort

- Staan de juiste vragen op de wachtlijsten?
- Kan door de organisatie steeds een antwoord geformuleerd worden op de hulpvraag van een cliënt of lijkt andere diagnostiek aangewezen?
- Indien niet de juiste vraag, staan de contactpersoon-aanmelders open voor een doorverwijzing?
- Evaluatie VIST bij crisis:

Crisisjeugdhulp biedt een antwoord op de meest acute noden van een gezin in crisis. Vaak zijn er diagnostische vragen die dringend uitgeklaard dienen te worden. Een OOC of OBC kan hier een

meerwaarde in hebben en is vaak de ideale vervolghulp voor een crisis. Het gebruik van een VIST (voorrang) maakt wel dat de andere wachtenden nog langer staan te wachten.

- In hoeverre weegt de crisisfactor op tegen de logica van chronologie van aanmelding?
- In hoeverre is crisis een uitgelezen moment om aan diagnostiek te doen? Is dit dan meer bespreekbaar daar er een grotere wens tot verandering is? Of net niet, gezien de crisissituatie?
- Kan snelle (nog kortere) diagnostiek in een RTJ-kader, preventief werken voor crisis? (Bv. eerste lijnpsycholoog in 1gezin1plan) en in hoeverre kan RTJ-diagnostiek van OOC en OBC hierin een rol spelen?

#### Uitstroom

- Worden de vooropgestelde doorlooptermijnen binnen de organisatie steeds gerespecteerd/kunnen deze gerespecteerd worden?
- Belemmerende factoren vlotte uitstroom
- Faciliterende factoren vlotte uitstroom

**BIJLAGE 3      TABELLEN RESULTATEN VRAGENLIJSTONDERZOEK MINDERJARIGEN**

**TABEL 1      REGIO VAN ACTIVITEIT DIAGNOSTIEK MINDERJARIGEN**

**TABEL 2      DOOR DE PARTICIPANTEN GERAPPORTEERDE DOELGROEP VOOR DIAGNOSTIEK OP BASIS VAN LEEFTIJD, PER SOORT ORGANISATIE EN PER REGIO VAN VESTIGING**

**TABEL 3      VOORRANG VOOR DIAGNOSTIEK OP BASIS VAN LEEFTIJD**

**TABEL 4      GERAPPORTEERDE AANBOD AAN DIAGNOSTIEK VOOR DE VERSCHILLENDE TYPES VAN ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN, VANUIT DE VERSCHILLENDE SOORTEN ORGANISATIES EN GERELATEERD AAN DE REGIO VAN VESTIGING**

**TABEL 5      VOORRANG OP BASIS VAN PATHOLOGIE PER SOORT ORGANISATIE**

**TABEL 6      OVERZICHT BEVRAGING EN CONTROLE OF EEN KIND ELDERS AANGEMELD WERD VOOR DIAGNOSTIEK, PER TYPE ORGANISATIE**

**TABEL 7      VORMEN VAN SAMENWERKING VOOR DIAGNOSTIEK BIJ KINDEREN, PER REGIO, PER TYPE ORGANISATIE**

TABEL 1 REGIO VAN ACTIVITEIT DIAGNOSTIEK MINDERJARIGEN

<i>Actief in regio Aalst</i>			Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
CAR	vestiging	Oost-Vlaanderen	8	5	1	3
		Antwerpen	2	0	0	0
		Brussel	0	0	1	0
		West-Vlaanderen	13	0	0	0
		Vlaams-Brabant	4	0	0	0
		Limburg	1	0	0	0
		<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
COS	vestiging	Oost-Vlaanderen	0	0		1
		Antwerpen	1	0		0
		Brussel	0	0		1
		Vlaams-Brabant	0	1		0
		<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>2</b>
CGG	vestiging	Oost-Vlaanderen	1	0		3
		Antwerpen	2	0		0
		West-Vlaanderen	2	0		0
		Vlaams-Brabant	4	1		0
		Limburg	5	0		0
		<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>1</b>		<b>3</b>
RCA	vestiging	Oost-Vlaanderen	0		0	2
		Antwerpen	3		0	0
		Brussel	0		1	0
		<b>Total</b>	<b>3</b>		<b>1</b>	<b>2</b>

<i>Actief regio Antwerpen</i>			<b>Nooit</b>	<b>Zelden</b>	<b>Regelmatig</b>	<b>(Bijna) altijd</b>
<b>CAR</b>	<b>vestiging</b>	<b>Oost-Vlaanderen</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
		<b>Antwerpen</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
		<b>Brussel</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>West-Vlaanderen</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Vlaams-Brabant</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Limburg</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>COS</b>	<b>vestiging</b>	<b>Oost-Vlaanderen</b>		<b>1</b>		<b>0</b>
		<b>Antwerpen</b>		<b>0</b>		<b>1</b>
		<b>Brussel</b>		<b>0</b>		<b>1</b>
		<b>Vlaams-Brabant</b>		<b>0</b>		<b>1</b>
		<b>Total</b>		<b>1</b>		<b>3</b>
<b>CGG</b>	<b>vestiging</b>	<b>Oost-Vlaanderen</b>	<b>4</b>	<b>0</b>		<b>0</b>
		<b>Antwerpen</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>2</b>
		<b>West-Vlaanderen</b>	<b>2</b>	<b>0</b>		<b>0</b>
		<b>Vlaams-Brabant</b>	<b>3</b>	<b>2</b>		<b>0</b>
		<b>Limburg</b>	<b>5</b>	<b>0</b>		<b>0</b>
		<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>2</b>		<b>2</b>
<b>RCA</b>	<b>vestiging</b>	<b>Oost-Vlaanderen</b>		<b>2</b>		<b>0</b>
		<b>Antwerpen</b>		<b>1</b>		<b>2</b>
		<b>Brussel</b>		<b>1</b>		<b>0</b>
		<b>Total</b>		<b>4</b>		<b>2</b>

<i>Actief regio Brugge</i>			<b>Nooit</b>	<b>Zelden</b>	<b>(Bijna) altijd</b>
<b>CAR</b>	<b>vestiging</b>	<b>Oost-Vlaanderen</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Antwerpen</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Brussel</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>West-Vlaanderen</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
		<b>Vlaams-Brabant</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Limburg</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	
<b>COS</b>	<b>vestiging</b>	<b>Oost-Vlaanderen</b>	<b>0</b>		<b>1</b>
		<b>Antwerpen</b>	<b>1</b>		<b>0</b>
		<b>Brussel</b>	<b>0</b>		<b>1</b>
		<b>Vlaams-Brabant</b>	<b>1</b>		<b>0</b>
	<b>Total</b>	<b>2</b>		<b>2</b>	
<b>CGG</b>	<b>vestiging</b>	<b>Oost-Vlaanderen</b>	<b>4</b>		<b>0</b>
		<b>Antwerpen</b>	<b>2</b>		<b>0</b>
		<b>West-Vlaanderen</b>	<b>1</b>		<b>1</b>
		<b>Vlaams-Brabant</b>	<b>5</b>		<b>0</b>
		<b>Limburg</b>	<b>5</b>		<b>0</b>
	<b>Total</b>	<b>17</b>		<b>1</b>	
<b>RCA</b>	<b>vestiging</b>	<b>Oost-Vlaanderen</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
		<b>Antwerpen</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Brussel</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	

<i>Actief regio Brussel</i>			Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
<b>CAR</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	15	1	1	0
		Antwerpen	2	0	0	0
		Brussel	0	0	0	1
		West-Vlaanderen	13	0	0	0
		Vlaams-Brabant	3	1	0	0
		Limburg	1	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
<b>COS</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen		1	0	0
		Antwerpen		1	0	0
		Brussel		0	0	1
		Vlaams-Brabant		0	1	0
	<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
<b>CGG</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	3	1		0
		Antwerpen	2	0		0
		West-Vlaanderen	2	0		0
		Vlaams-Brabant	3	1		1
		Limburg	5	0		0
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>2</b>		<b>1</b>	
<b>RCA</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	0	2		0
		Antwerpen	2	1		0
		Brussel	0	0		1
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>3</b>		<b>1</b>	

<i>Actief regio Genk</i>			Nooit	Zelden	(Bijna) altijd
CAR	vestiging	Oost-Vlaanderen	17		0
		Antwerpen	2		0
		Brussel	1		0
		West-Vlaanderen	13		0
		Vlaams-Brabant	4		0
		Limburg	0		1
		<b>Total</b>	<b>37</b>		<b>1</b>
COS	vestiging	Oost-Vlaanderen	1		0
		Antwerpen	1		0
		Brussel	0		1
		Vlaams-Brabant	0		1
		<b>Total</b>	<b>2</b>		<b>2</b>
CGG	vestiging	Oost-Vlaanderen	4	0	0
		Antwerpen	2	0	0
		West-Vlaanderen	2	0	0
		Vlaams-Brabant	4	1	0
		Limburg	1	2	2
		<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
RCA	vestiging	Oost-Vlaanderen	1	1	
		Antwerpen	3	0	
		Brussel	1	0	
		<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	



<i>Actief regio Gent</i>			Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
CAR	vestiging	Oost-Vlaanderen	3	0	11
		Antwerpen	0	0	0
		Brussel	0	0	0
		West-Vlaanderen	1	2	0
		Vlaams-Brabant	0	0	0
		Limburg	0	0	0
	Total	4	2	11	
COS	vestiging	Oost-Vlaanderen	0		1
		Antwerpen	1		0
		Brussel	0		1
		Vlaams-Brabant	1		0
	Total	2		2	
CGG	vestiging	Oost-Vlaanderen	2		2
		Antwerpen	0		0
		West-Vlaanderen	0		0
		Vlaams-Brabant	0		0
		Limburg	0		0
	Total	2		2	
RCA	vestiging	Oost-Vlaanderen		0	2
		Antwerpen		0	0
		Brussel		1	0
	Total		1	2	

<i>Actief regio Hasselt</i>			Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
<b>CAR</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	17		0	
		Antwerpen	2		0	
		Brussel	1		0	
		West-Vlaanderen	13		0	
		Vlaams-Brabant	3		1	
		Limburg	0		1	
		<b>Total</b>	<b>36</b>		<b>2</b>	
<b>COS</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	1			0
		Antwerpen	1			0
		Brussel	0			1
		Vlaams-Brabant	0			1
		<b>Total</b>	<b>2</b>			<b>2</b>
<b>CGG</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	4	0	0	0
		Antwerpen	2	0	0	0
		West-Vlaanderen	2	0	0	0
		Vlaams-Brabant	3	1	1	0
		Limburg	1	2	1	1
		<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>RCA</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	2			
		Antwerpen	3			
		Brussel	1			
		<b>Total</b>	<b>6</b>			

<i>Actief regio Kortrijk</i>			Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
CAR	vestiging	Oost-Vlaanderen	15	2	0	0
		Antwerpen	2	0	0	0
		Brussel	1	0	0	0
		West-Vlaanderen	5	3	2	3
		Vlaams-Brabant	4	0	0	0
		Limburg	1	0	0	0
	Total	28	5	2	3	
COS	vestiging	Oost-Vlaanderen	0			1
		Antwerpen	1			0
		Brussel	0			1
		Vlaams-Brabant	1			0
	Total	2			2	
CGG	vestiging	Oost-Vlaanderen	4			
		Antwerpen	2			
		West-Vlaanderen	2			
		Vlaams-Brabant	5			
		Limburg	5			
	Total	18				
RCA	vestiging	Oost-Vlaanderen	0	0		2
		Antwerpen	3	0		0
		Brussel	0	1		0
	Total	3	1		2	

<i>Actief regio Leuven</i>			Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
<b>CAR</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	16	1		0
		Antwerpen	1	1		0
		Brussel	1	0		0
		West-Vlaanderen	13	0		0
		Vlaams-Brabant	0	0		4
		Limburg	1	0		0
	<b>Total</b>		<b>32</b>	<b>2</b>		<b>4</b>
<b>COS</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	1			0
		Antwerpen	1			0
		Brussel	0			1
		Vlaams-Brabant	0			1
	<b>Total</b>		<b>2</b>			<b>2</b>
<b>CGG</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	4		0	0
		Antwerpen	2		0	0
		West-Vlaanderen	2		0	0
		Vlaams-Brabant	0		1	4
		Limburg	5		0	0
	<b>Total</b>		<b>13</b>		<b>1</b>	<b>4</b>
<b>RCA</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	2		0	
		Antwerpen	3		0	
		Brussel	0		1	
	<b>Total</b>		<b>5</b>		<b>1</b>	

<i>Actief regio Mechelen</i>			Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
<b>CAR</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	15	1	1	
		Antwerpen	1	1	0	
		Brussel	1	0	0	
		West-Vlaanderen	13	0	0	
		Vlaams-Brabant	2	1	1	
		Limburg	1	0	0	
	<b>Total</b>		<b>33</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	
<b>COS</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	1		0	0
		Antwerpen	0		1	0
		Brussel	0		0	1
		Vlaams-Brabant	0		0	1
	<b>Total</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	<b>2</b>
<b>CGG</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	4	0		
		Antwerpen	2	0		
		West-Vlaanderen	2	0		
		Vlaams-Brabant	4	1		
		Limburg	5	0		
	<b>Total</b>		<b>17</b>	<b>1</b>		
<b>RCA</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	2		0	0
		Antwerpen	1		1	1
		Brussel	0		1	0
	<b>Total</b>		<b>3</b>		<b>2</b>	<b>1</b>

<i>Actief regio Oostende</i>			Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
<b>CAR</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	17	0		0
		Antwerpen	2	0		0
		Brussel	1	0		0
		West-Vlaanderen	8	2		3
		Vlaams-Brabant	4	0		0
		Limburg	1	0		0
		<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>2</b>		<b>3</b>
<b>COS</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	0		1	0
		Antwerpen	1		0	0
		Brussel	0		0	1
		Vlaams-Brabant	1		0	0
		<b>Total</b>	<b>2</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
<b>CGG</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	4	0		0
		Antwerpen	2	0		0
		West-Vlaanderen	0	1		1
		Vlaams-Brabant	5	0		0
		Limburg	5	0		0
		<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>1</b>		<b>1</b>
<b>RCA</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	0			2
		Antwerpen	3			0
		Brussel	1			0
		<b>Total</b>	<b>4</b>			<b>2</b>

<i>Actief regio Roeselare</i>			<b>Nooit</b>	<b>Zelden</b>	<b>Regelmatig</b>	<b>(Bijna) altijd</b>
<b>CAR</b>	vestiging	<b>Oost-Vlaanderen</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Antwerpen</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Brussel</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>West-Vlaanderen</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
		<b>Vlaams-Brabant</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Limburg</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	
<b>COS</b>	vestiging	<b>Oost-Vlaanderen</b>	<b>0</b>			<b>1</b>
		<b>Antwerpen</b>	<b>1</b>			<b>0</b>
		<b>Brussel</b>	<b>0</b>			<b>1</b>
		<b>Vlaams-Brabant</b>	<b>1</b>			<b>0</b>
	<b>Total</b>	<b>2</b>			<b>2</b>	
<b>CGG</b>	vestiging	<b>Oost-Vlaanderen</b>	<b>4</b>	<b>0</b>		
		<b>Antwerpen</b>	<b>2</b>	<b>0</b>		
		<b>West-Vlaanderen</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		
		<b>Vlaams-Brabant</b>	<b>5</b>	<b>0</b>		
		<b>Limburg</b>	<b>5</b>	<b>0</b>		
	<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>1</b>			
<b>RCA</b>	vestiging	<b>Oost-Vlaanderen</b>	<b>0</b>			<b>2</b>
		<b>Antwerpen</b>	<b>3</b>			<b>0</b>
		<b>Brussel</b>	<b>1</b>			<b>0</b>
	<b>Total</b>	<b>4</b>			<b>2</b>	

<i>Actief regio Sint-Niklaas</i>			Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
<b>CAR</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	8	4	3	2
		Antwerpen	2	0	0	0
		Brussel	1	0	0	0
		West-Vlaanderen	13	0	0	0
		Vlaams-Brabant	4	0	0	0
		Limburg	1	0	0	0
		<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>COS</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen		0	0	1
		Antwerpen		0	1	0
		Brussel		0	0	1
		Vlaams-Brabant		1	0	0
		<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>CGG</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	2	1	1	
		Antwerpen	2	0	0	
		West-Vlaanderen	2	0	0	
		Vlaams-Brabant	4	1	0	
		Limburg	5	0	0	
		<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	
<b>RCA</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	0	0	0	2
		Antwerpen	1	1	1	0
		Brussel	1	0	0	0
		<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>



<i>Actief regio Turnhout</i>			Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
<b>CAR</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	17		0	0
		Antwerpen	1		0	1
		Brussel	1		0	0
		West-Vlaanderen	13		0	0
		Vlaams-Brabant	3		1	0
		Limburg	1		0	0
	<b>Total</b>		<b>36</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
<b>COS</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen		0	1	0
		Antwerpen		0	1	0
		Brussel		0	0	1
		Vlaams-Brabant		1	0	0
	<b>Total</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>CGG</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	4	0		
		Antwerpen	2	0		
		West-Vlaanderen	2	0		
		Vlaams-Brabant	4	1		
		Limburg	5	0		
	<b>Total</b>		<b>17</b>	<b>1</b>		
<b>RCA</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	0	0	1	1
		Antwerpen	0	1	1	1
		Brussel	1	0	0	0
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

<i>Actief in Wallonië</i>			Nooit	Zelden	(Bijna) altijd
<b>CAR</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	17	0	
		Antwerpen	2	0	
		Brussel	1	0	
		West-Vlaanderen	12	1	
		Vlaams-Brabant	2	2	
		Limburg	1	0	
	<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>3</b>	
<b>COS</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	1	0	0
		Antwerpen	1	0	0
		Brussel	0	0	1
		Vlaams-Brabant	0	1	0
	<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>CGG</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	4	0	
		Antwerpen	2	0	
		West-Vlaanderen	2	0	
		Vlaams-Brabant	4	1	
		Limburg	5	0	
	<b>Total</b>		<b>17</b>	<b>1</b>	
<b>RCA</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	2	0	
		Antwerpen	3	0	
		Brussel	0	1	
	<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>1</b>	

<i>Actief in het Buitenland</i>			Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
<b>CAR</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	14	2	1	
		Antwerpen	1	1	0	
		Brussel	1	0	0	
		West-Vlaanderen	10	3	0	
		Vlaams-Brabant	4	0	0	
		Limburg	1	0	0	
	<b>Total</b>		<b>31</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	
<b>COS</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen		1		0
		Antwerpen		1		0
		Brussel		0		1
		Vlaams-Brabant		1		0
	<b>Total</b>			<b>3</b>		<b>1</b>
<b>CGG</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	4	0		
		Antwerpen	2	0		
		West-Vlaanderen	2	0		
		Vlaams-Brabant	5	0		
		Limburg	3	2		
	<b>Total</b>		<b>16</b>	<b>2</b>		
<b>RCA</b>	vestiging	Oost-Vlaanderen	2	0		
		Antwerpen	3	0		
		Brussel	0	1		
	<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>1</b>		

**TABEL 2 DOOR DE PARTICIPANTEN GERAPPORTEERDE DOELGROEP VOOR DIAGNOSTIEK OP BASIS VAN LEEFTIJD, PER SOORT ORGANISATIE EN PER REGIO VAN VESTIGING**

*Voor welke leeftijdsgroepen biedt uw centrum diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen aan?*

<b>INFANTS [0j-2j]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Oost-Vlaanderen	CAR	1	2	3	10
	COS	0	0	0	1
	CGG	2	2	0	0
	RCA	0	0	1	0
Antwerpen	CAR	1	0	0	1
	COS	0	0	1	0
	CGG	1	1	0	0
	RCA	1	1	0	1
Brussel	CAR				1
	COS				1
	RCA				1
West-Vlaanderen	CAR	3	5	2	3
	CGG	1	1	0	0
Vlaams-Brabant	CAR	0	1	2	0
	COS	0	0	0	1
	CGG	4	0	1	0
Limburg	CAR	0	1		
	CGG	5	0		

<b>PEUTERS [(2j1 – 4j)]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Oost-Vlaanderen	CAR	0	0	2	14
	COS	0	0	0	1
	CGG	1	3	0	0
	RCA	0	0	0	1
Antwerpen	CAR	0	0	1	1
	COS	0	0	1	0
	CGG	1	1	0	0
	RCA	0	0	2	1
Brussel	CAR				1
	COS				1
	RCA				1
West-Vlaanderen	CAR	0	2	5	6
	CGG	1	1	0	0
Vlaams-Brabant	CAR	0		1	2
	COS	0		0	1
	CGG	4		1	0
Limburg	CAR	0			1
	CGG	5			0

<b>[KLEUTERS (4j1 – 6j)]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Oost-Vlaanderen	CAR	0	0	2	14
	COS	0	0	0	1
	CGG	1	3	0	0
	RCA	0	0	0	1
Antwerpen	CAR		0	1	1
	COS		0	1	0
	CGG		1	1	0
	RCA		0	2	1
Brussel	CAR				1
	COS				1
	RCA				1
West-Vlaanderen	CAR		0	4	9
	CGG		2	0	0
Vlaams-Brabant	CAR		0	0	3
	COS		0	0	1
	CGG		2	1	2
Limburg	CAR	0	0		1
	CGG	1	4		0

<b>LATENTIELEEF TIJD 1 (7j – 9j)</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Oost-Vlaanderen	CAR	0		5	11
	COS	0		1	0
	CGG	1		3	0
	RCA	0		0	1
Antwerpen	CAR		1	0	1
	COS		0	1	0
	CGG		0	2	0
	RCA		0	2	1
Brussel	CAR			0	1
	COS			1	0
	RCA			0	1
West-Vlaanderen	CAR			3	10
	CGG			2	0
Vlaams-Brabant	CAR			2	1
	COS			1	0
	CGG			3	2
Limburg	CAR				1
	CGG				5

<b>[LATENTIELEEF TIJD 2 (9j1 - 12j)]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Oost-Vlaanderen	CAR	0	6	4	6
	COS	0	1	0	0
	CGG	1	0	1	2
	RCA	0	0	0	1
Antwerpen	CAR	1		1	0
	COS	0		1	0
	CGG	0		2	0
	RCA	0		2	1
Brussel	CAR	1			0
	COS	1			0
	RCA	0			1
West-Vlaanderen	CAR		2	3	8
	CGG		0	2	0
Vlaams-Brabant	CAR			2	1
	COS			1	0
	CGG			3	2
Limburg	CAR			1	0
	CGG			0	5

<b>[Adolescentie 1 (12j1 - 15j)]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Oost-Vlaanderen	CAR	5	5	2	4
	COS	1	0	0	0
	CGG	0	1	2	1
	RCA	0	0	0	1
Antwerpen	CAR	2		0	0
	COS	1		0	0
	CGG	0		2	0
	RCA	1		1	1
Brussel	CAR	1			0
	COS	1			0
	RCA	0			1
West-Vlaanderen	CAR	4	7	2	
	CGG	0	0	2	
Vlaams-Brabant	CAR	1	2	0	0
	COS	0	1	0	0
	CGG	0	0	3	2
Limburg	CAR			1	0
	CGG			0	5

<b>[ADOLESCENTIE 2 (15j1 - 18j)]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Oost-Vlaanderen	CAR	8	5	0	3
	COS	1	0	0	0
	CGG	0	0	2	2
	RCA	0	0	0	1
Antwerpen	CAR	2	0	0	0
	COS	1	0	0	0
	CGG	0	0	2	0
	RCA	1	1	0	1
Brussel	CAR	1			0
	COS	1			0
	RCA	0			1
West-Vlaanderen	CAR	7	5	1	
	CGG	0	0	2	
Vlaams-Brabant	CAR	3	0	0	
	COS	0	1	0	
	CGG	1	1	3	
Limburg	CAR		1		0
	CGG		0		5

<b>[Transitieleeftijd (18j1 – 21j)]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd
Oost-Vlaanderen	CAR	14	2	0	
	COS	1	0	0	
	CGG	0	3	1	
	RCA	0	1	0	
Antwerpen	CAR	2		0	
	COS	1		0	
	CGG	1		1	
	RCA	3		0	
Brussel	CAR	1			0
	COS	1			0
	RCA	0			1
West-Vlaanderen	CAR	8	5	0	
	CGG	0	1	1	
Vlaams-Brabant	CAR	3	0		
	COS	1	0		
	CGG	3	2		
Limburg	CAR	1	0		
	CGG	4	1		

**TABEL 3 VOORRANG VOOR DIAGNOSTIEK OP BASIS VAN LEEFTIJD***Zijn er leeftijdscategorieën waaraan, in geval van wachtlijsten voorrang verleend wordt?*

<b>[Infants (0 – 2j)]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	17	22	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	4	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	13	5	18
	Referentiecentrum Autisme	1	5	6
Totaal		31	36	67

<b>[Peuters (2j1 – 4j)]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	21	18	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	3	1	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	13	5	18
	Referentiecentrum Autisme	2	4	6
Totaal		39	28	67

<b>[Kleuters (4j1 – 6j)]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	30	9	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	16	2	18
	Referentiecentrum Autisme	4	2	6
Totaal		54	13	67



<b>[Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	37	2	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	0	18
	Referentiecentrum Autisme	6	0	6
Totaal		65	2	67

<b>[Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	37	2	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	0	18
	Referentiecentrum Autisme	6	0	6
Totaal		65	2	67

<b>[Adolescentie 1 (12j1 – 15j)]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	36	3	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	0	18
	Referentiecentrum Autisme	6	0	6
Totaal		64	3	67

<b>[Adolescentie 2 (15j1 - 18j)]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	37	2	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	0	18
	Referentiecentrum Autisme	6	0	6
Totaal		65	2	67

<b>[Transitieleeftijd (18j1 – 21j)]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	38	1	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	16	2	18
	Referentiecentrum Autisme	6	0	6
Totaal		64	3	67

**TABEL 4 GERAPPORTEERDE AANBOD AAN DIAGNOSTIEK VOOR DE VERSCHILLENDE TYPES VAN ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN, VANUIT DE VERSCHILLENDE SOORTEN ORGANISATIES EN GERELATEERD AAN DE REGIO VAN VESTIGING**

<b>[Verstandelijke beperking]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	0	6	10	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	3	0	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1	0	1
	Totaal	1	3	7	11	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie			1	1	2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen			1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg			2	0	2
	Referentiecentrum Autisme			3	0	3
	Totaal			7	1	8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie			1	0	1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen			0	1	1
	Referentiecentrum Autisme			1	0	1
	Totaal			2	1	3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	2	6	4	13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	1	0	0	2
	Totaal	2	3	6	4	15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	1		2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0		1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	3	2		0	5
	Totaal	3	3		3	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie		0	1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg		4	1		5
	Totaal		4	2		6

<b>[Taalstoornissen (ontwikkelingsdysfasie)]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	1	3	11	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	3	0	1	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1	0	1
	Totaal	4	1	5	12	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie		1	1		2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen		0	1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg		0	2		2
	Referentiecentrum Autisme		0	3		3
	Totaal		1	7		8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie			1	0	1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen			0	1	1
	Referentiecentrum Autisme			1	0	1
	Totaal			2	1	3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	1	7	5	13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	2	0	0	0	2
	Totaal	2	1	7	5	15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0		1	2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0		1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	5		0	0	5
	Totaal	5		2	2	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0		1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	5		0		5
	Totaal	5		1		6

[Sprakklankstoornissen ]		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	2	2	4	8	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	3	0	1	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1	0	1
	Totaal	5	2	6	9	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	2	0	0		2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0	1	1		2
	Referentiecentrum Autisme	0	3	0		3
	Totaal	2	4	2		8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie			1	0	1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen			0	1	1
	Referentiecentrum Autisme			1	0	1
	Totaal			2	1	3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	3	4	5	1	13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	2	0	0	0	2
	Totaal	5	4	5	1	15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	1		2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	1		0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	5	0		0	5
	Totaal	5	2		2	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	1			1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	5	0			5
	Totaal	5	1			6

[Ontwikkelingsstotteren ]		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	11	0	1	4	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	1	0	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	3	0	1	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	1	0	0	1
	Totaal	14	2	2	4	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	2	0	0		2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	1	0		2
	Referentiecentrum Autisme	1	2	0		3
	Totaal	4	3	1		8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	0		0	1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0		1	1
	Referentiecentrum Autisme	0	1		0	1
	Totaal	1	1		1	3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	8	5			13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	2	0			2
	Totaal	10	5			15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie	3	0			3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	1			1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	5	0			5
	Totaal	8	1			9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0		1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	5		0		5
	Totaal	5		1		6

<b>[Sociaal (pragmatische) ontwikkelingsstoornissen]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	3	5	7	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	2	1	1	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1	0	1
	Totaal	3	4	7	8	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie		1	1		2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen		0	1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg		1	1		2
	Referentiecentrum Autisme		0	3		3
	Totaal		2	6		8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie		1		0	1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen		0		1	1
	Referentiecentrum Autisme		0		1	1
	Totaal		1		2	3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	2	7	3	1	13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	1	0	0	2
	Totaal	3	8	3	1	15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1		0	2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0		0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	2		3	0	5
	Totaal	3		3	3	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	1			1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	4	1			5
	Totaal	4	2			6

[Ongespecificeerde communicatiestoornissen]		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	3	4	4	5	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	3	0	1	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	1	0	0	1
	Totaal	6	5	6	5	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	1	0		2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0	1	1		2
	Referentiecentrum Autisme	0	2	1		3
	Totaal	1	4	3		8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie			1	0	1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen			0	1	1
	Referentiecentrum Autisme			1	0	1
	Totaal			2	1	3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	5	6	2		13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	1	0		2
	Totaal	6	7	2		15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1			2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0			1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	4			1	5
	Totaal	5			4	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	0	1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	4	1	0		5
	Totaal	4	1	1		6



[Autismespectrumstoornissen]		Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	4	12	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	2	2	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1	1
	Totaal	2	6	14	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	0	1	2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0	2	0	2
	Referentiecentrum Autisme	0	0	3	3
	Totaal	1	3	4	8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie		1	0	1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen		0	1	1
	Referentiecentrum Autisme		0	1	1
	Totaal		1	2	3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	4	9	13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	0	1	2
	Totaal	1	4	10	15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie		1	2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen		0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg		4	1	5
	Totaal		5	4	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie		0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg		2	3	5
	Totaal		2	4	6

<b>[Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie		0	4	12	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen		0	1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg		2	2	0	4
	Referentiecentrum Autisme		0	1	0	1
	Totaal		2	8	12	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1		0	1	2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0		1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0		1	1	2
	Referentiecentrum Autisme	0		3	0	3
	Totaal	1		5	2	8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie			1	0	1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen			0	1	1
	Referentiecentrum Autisme			1	0	1
	Totaal			2	1	3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie			4	9	13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg			1	1	2
	Totaal			5	10	15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie			1	2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen			1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg			4	1	5
	Totaal			6	3	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie			0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg			2	3	5
	Totaal			2	4	6

[Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het lezen]		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	2	2	4	8	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	3	0	1	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1	0	1
	Totaal	5	2	7	8	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	0	1		2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	1	0		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0	0	2		2
	Referentiecentrum Autisme	0	3	0		3
	Totaal	1	4	3		8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie			1	0	1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen			0	1	1
	Referentiecentrum Autisme			1	0	1
	Totaal			2	1	3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	1	9	3	13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	2	0	0	0	2
	Totaal	2	1	9	3	15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0		1	2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	1		0	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	5		0	0	5
	Totaal	6		1	2	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0		1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	5		0		5
	Totaal	5		1		6

[Specifieke leerstoornissen, beperkingen in de schriftelijke uitdrukkingvaardigheden]		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	2	2	4	8	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	3	0	1	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1	0	1
	Totaal	5	2	7	8	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	0	1		2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	1	0		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0	0	2		2
	Referentiecentrum Autisme	0	3	0		3
	Totaal	1	4	3		8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie			1	0	1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen			0	1	1
	Referentiecentrum Autisme			1	0	1
	Totaal			2	1	3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	2	7	3	13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	2	0	0	0	2
	Totaal	3	2	7	3	15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0		1	2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	1		0	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	5		0	0	5
	Totaal	6		1	2	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0		1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	5		0		5
	Totaal	5		1		6

<b>[Motorische stoornissen]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	2	2	3	9	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	4	0	0	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1	0	1
	Totaal	6	2	4	10	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie		1	1		2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen		0	1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg		1	1		2
	Referentiecentrum Autisme		1	2		3
	Totaal		3	5		8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1		0	0	1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0		0	1	1
	Referentiecentrum Autisme	0		1	0	1
	Totaal	1		1	1	3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0		9	4	13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	2		0	0	2
	Totaal	2		9	4	15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0		1	2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0		0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	5		0	0	5
	Totaal	5		1	3	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	1			1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	5	0			5
	Totaal	5	1			6

[Ticstoornissen ]		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	6	3	3	4	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	2	2	0	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1	0	1
	Totaal	8	5	5	4	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	1	0		2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	1	0		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0	1	1		2
	Referentiecentrum Autisme	0	2	1		3
	Totaal	1	5	2		8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	0	0		1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	1	0		1
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1		1
	Totaal	1	1	1		3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	2	9		2	13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0	2		0	2
	Totaal	2	11		2	15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	0	0	2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	1	0	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	1	2	1	5
	Totaal	2	2	2	3	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie		1	0	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg		1	1	3	5
	Totaal		2	1	3	6

<b>[Andere, niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	3	2	4	7	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	3	1	0	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1	0	1
	Totaal	6	3	6	7	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	1	0		2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0	1	1		2
	Referentiecentrum Autisme	0	3	0		3
	Totaal	1	5	2		8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie		1	0	0	1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen		0	0	1	1
	Referentiecentrum Autisme		0	1	0	1
	Totaal		1	1	1	3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	2	10	1		13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	1	0		2
	Totaal	3	11	1		15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	0	1	2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	2	1	1	5
	Totaal	1	2	2	4	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie		0	1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg		1	1	3	5
	Totaal		1	2	3	6

<b>[Complexe meervoudige ontwikkelingsstoornissen]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	0	5	11	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	2	1	1	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1	0	1
	Totaal	2	1	7	12	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	0	0	1	2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0	1	1	0	2
	Referentiecentrum Autisme	0	0	3	0	3
	Totaal	1	1	5	1	8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie			1	0	1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen			0	1	1
	Referentiecentrum Autisme			0	1	1
	Totaal			1	2	3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	1	6	6	13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	0	1	0	2
	Totaal	1	1	7	6	15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	1	0	2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	1	3	0	5
	Totaal	1	2	3	3	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie		0	0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg		1	1	3	5
	Totaal		1	1	4	6



<b>[Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting]</b>		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	1	5	9	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	0	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0	0	2	2	4
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1	0	1
	Totaal	1	1	8	12	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	2	0	0	0	2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	0	0	1	1	2
	Referentiecentrum Autisme	0	1	2	0	3
	Totaal	2	1	4	1	8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1		0		1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0		1		1
	Referentiecentrum Autisme	0		1		1
	Totaal	1		2		3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie		4	5	4	13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg		0	1	1	2
	Totaal		4	6	5	15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie			1	2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen			1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg			3	2	5
	Totaal			5	4	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie		1	0	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg		0	2	3	5
	Totaal		1	2	3	6

[Sensorische stoornissen]		Nooit	Zelden	Regelmatig	(Bijna) altijd	Totaal
Oost-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	4	5	7	16
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1	0	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	4	0	0	0	4
	Referentiecentrum Autisme	0	0	1	0	1
	Totaal	4	4	7	7	22
Antwerpen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	1	0		2
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0	1		1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	1	1	0		2
	Referentiecentrum Autisme	1	2	0		3
	Totaal	3	4	1		8
Brussel	Centrum voor Ambulante Revalidatie			1		1
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen			1		1
	Referentiecentrum Autisme			1		1
	Totaal			3		3
West-Vlaanderen	Centrum voor Ambulante Revalidatie	4	4	1	4	13
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	2	0	0	0	2
	Totaal	6	4	1	4	15
Vlaams-Brabant	Centrum voor Ambulante Revalidatie	1	0		2	3
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0	0		1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	3	2		0	5
	Totaal	4	2		3	9
Limburg	Centrum voor Ambulante Revalidatie	0	1			1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	5	0			5
	Totaal	5	1			6

**TABEL 5 VOORRANG OP BASIS VAN PATHOLOGIE PER SOORT ORGANISATIE**

*Zijn er ontwikkelingsstoornissen waaraan, in het geval de wachtlijsten te lang worden, voorrang verleend wordt?*

<b>[Verstandelijke beperking]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	34	5	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	0	18
	Referentiecentrum Autisme	6	0	6
Totaal		62	5	67

<b>[Taalstoornissen (ontwikkelingsdysfasie)]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	38	1	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	0	18
	Referentiecentrum Autisme	6	0	6
Totaal		66	1	67

<b>[Spraakklankstoornissen ]</b>		Niet geselecteerd	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	39	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	18
	Referentiecentrum Autisme	6	6
Totaal		67	67

<b>[Ontwikkelingsstotteren]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	38	1	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	0	18
	Referentiecentrum Autisme	6	0	6
Totaal		66	1	67

<b>[Sociaal (pragmatische) ontwikkelingsstoornissen]</b>		Niet geselecteerd	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	39	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	18
	Referentiecentrum Autisme	6	6
Totaal		67	67

<b>[Ongespecificeerde communicatiestoornissen]</b>		Niet geselecteerd	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	39	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	18
	Referentiecentrum Autisme	6	6
Totaal		67	67

<b>[Autismespectrumstoornissen]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	29	10	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	0	18
	Referentiecentrum Autisme	6	0	6
Totaal		57	10	67

<b>[Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornissen]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	33	6	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	0	18
	Referentiecentrum Autisme	5	1	6
Totaal		60	7	67

<b>[Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het lezen]</b>		Niet geselecteerd	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	39	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	18
	Referentiecentrum Autisme	6	6
Totaal		67	67

<b>[Specifieke leerstoornissen, beperkingen in de schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden]</b>		Niet geselecteerd	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in? (U kan slechts één keuze aanduiden)	Centrum voor Ambulante Revalidatie	39	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	18
	Referentiecentrum Autisme	6	6
Totaal		67	67

<b>[Specifieke leerstoornissen, beperkingen in het rekenen]</b>		Niet geselecteerd	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	39	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	18
	Referentiecentrum Autisme	6	6
Totaal		67	67

<b>[Motorische stoornissen]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	37	2	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	0	18
	Referentiecentrum Autisme	6	0	6
Totaal		65	2	67

<b>[Ticstoornissen ]</b>		Niet geselecteerd	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	39	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	18
	Referentiecentrum Autisme	6	6
Totaal		67	67

<b>[Andere, niet-gespecificeerde ontwikkelingsstoornissen]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	38	1	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	0	18
	Referentiecentrum Autisme	6	0	6
Totaal		66	1	67

<b>[Complexe meervoudige ontwikkelingsstoornissen]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	37	2	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	0	18
	Referentiecentrum Autisme	6	0	6
Totaal		65	2	67

<b>[Gedrags- en emotionele stoornissen, hechting]</b>		Niet geselecteerd	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	39	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	18
	Referentiecentrum Autisme	6	6
Totaal		67	67

<b>[Sensorische stoornissen]</b>		Niet geselecteerd	Ja	Totaal
Voor welk type van organisatie vult u de vragenlijst in?	Centrum voor Ambulante Revalidatie	33	6	39
	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	4	0	4
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	18	0	18
	Referentiecentrum Autisme	6	0	6
Totaal		61	6	67



**TABEL 6 OVERZICHT BEVRAGING EN CONTROLE OF EEN KIND ELDERS AANGEMELD WERD VOOR DIAGNOSTIEK, PER TYPE ORGANISATIE**

*Vraagt u na bij de ouders/aanmelder of het kind/de jongere ook elders aangemeld en/of aanvaard werd voor diagnostiek?*

		frequentie	percent
CAR	Neen, dit wordt niet nagegaan.	2	5,1
	We informeren hier naar, maar niet systematisch.	4	10,3
	We vragen dit systematisch na, maar controleren het niet actief.	15	38,5
	We vragen dit systematisch na en controleren dit ook actief bij de organisatie(s) die door de ouders/aanmelder opgegeven	7	17,9
COS	Neen, dit wordt niet nagegaan.	1	25,0
	We informeren hier naar, maar niet systematisch.	1	25,0
	We vragen dit systematisch na, maar controleren het niet actief.	2	50,0
CGG	We vragen dit systematisch na, maar controleren het niet actief.	17	94,4
	We vragen dit systematisch na en controleren dit ook actief bij de organisatie(s) die door de ouders/aanmelder opgegeven	1	5,6
RCA	Neen, dit wordt niet nagegaan.	2	33,3
	We informeren hier naar, maar niet systematisch.	1	16,7
	We vragen dit systematisch na, maar controleren het niet actief.	2	33,3

**TABEL 7 VORMEN VAN SAMENWERKING VOOR DIAGNOSTIEK BIJ KINDEREN, PER REGIO, PER TYPE ORGANISATIE**

		We vragen informatie op (bv. eerdere testresultaten, gegevens over het kind/de jongere) bij andere organisaties.	Andere organisaties krijgen een actieve functie binnen het diagnostisch proces door bijvoorbeeld het uitvoeren van observaties of testafnames	Indien nodig vragen we professioneel advies aan meer gespecialiseerde organisaties, in functie van besluitvorming
Oost-Vlaanderen	CAR	12	1	0
	COS	1	0	0
	CGG	2	1	1
	RCA	1	0	0
Antwerpen	CAR	0	0	2
	COS	1	0	0
	CGG	1	1	0
	RCA	3	0	0
Brussel	CAR	1	0	0
	COS	1	0	0
	RCA	1	0	0
West-Vlaanderen	CAR	9	1	0
	CGG	1	1	0
Vlaams-Brabant	CAR	3	0	0
	COS	0	0	1
	CGG	1	0	4
Limburg	CAR	1	0	0
	CGG	0	2	0

**BIJLAGE 4      TABELLEN RESULTATEN VRAGENLIJSTONDERZOEK VOLWASSENEN**

**DE VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID VAN DE RESULTATEN UIT DIT VRAGENLIJSTONDERZOEK ZIJN VERMOEDELIJK ONDERMAATS. DEZE TABELLEN WERDEN LOUTER INFORMATIEF OPGENOMEN IN DE BIJLAGEN VAN HET RAPPORT.**

- TABEL 1            WETGEVING M.B.T. DIAGNOSTIEK GEINCLUEERDE ORGANISATIES/DIENSTEN**
- TABEL 2            PROFESSIONELE ACHTERGROND PERSONEN BETROKKEN BIJ DIAGNOSTIEK VOOR VOLWASSENEN PER TYPE ORGANISATIE**
- TABEL 3            DE VRAAG NAAR DIAGNOSTIEK VAN ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN BIJ VOLWASSENEN INDIEN DE ORGANISATIE ZELF GEEN DIAGNOSTIEK AANBIEDT, PER TYPE ORGANISATIE.**
- TABEL 4            AL DAN NIET VERWIJZEN BIJ VRAAG NAAR DIAGNOSTIEK**

TABEL 1 WETGEVING M.B.T. DIAGNOSTIEK GEINCLUDEERDE ORGANISATIES/DIENSTEN

Type voorziening	Opdracht en doelgroep (mbt diagnostiek ontwikkelingsstoornissen)	Referentie
WVCB	<p>Het WVCB is (door het VAPH) erkend als een <i>multidisciplinair team</i> waarbij zij fungeren als <i>diagnosecentrum voor volwassenen met een (vermoeden van) handicap</i>.</p> <p>Het WVCB biedt een <i>interdisciplinair diagnostisch onderzoek</i> voor personen met een <i>vermoeden van ASS</i>.</p> <p>Het WVCB is bevoegd om een <i>multidisciplinair verslag</i> af te leveren aan de provinciale evaluatiecommissie van het VAPH die een beslissing neemt voor de toekenning van ondersteuning (financiële middelen) aan de cliënt.</p>	(Vlaamse overheid, n.d.-a, 2012)
OC OLO	<p>OC OLO is (door het VAPH) erkend als een <i>multidisciplinair team</i> waarbij zij fungeren als <i>diagnosecentrum voor volwassenen met een (vermoeden van) handicap</i>.</p> <p>OC OLO biedt een <i>interdisciplinair diagnostisch onderzoek</i> voor personen met een <i>vermoeden van ASS</i>.</p> <p>OC OLO is bevoegd om een <i>multidisciplinair verslag</i> af te leveren aan de provinciale evaluatiecommissie van het VAPH die een beslissing neemt voor de toekenning van ondersteuning (financiële middelen) aan de cliënt.</p>	(Vlaamse overheid, n.d.-a, 2012)
RCA	<p>Art 2. De algemene doelstellingen van het RCA omvatten het stellen van een <i>juiste en nauwkeurige diagnose</i>, uitvoeren van een <i>functionele evaluatie</i> (diagnostiek) en voorstellen van een <i>gepaste tenlasteneming</i> (of opname = coördinatie).</p> <p>Art 4. §2. Diagnostiek heeft als doel om (1) <i>een exacte categorale diagnose te stellen van de stoornissen [...] in de bewoordingen van de DSM-IV en/of de ICD-10</i>, (2) <i>de oorzaak (etiologie) van de stoornis te achterhalen</i>, (3) <i>een functioneel bilan op te stellen van de specifieke beperkingen en vaardigheden</i> en (4) <i>concrete oplossingen voor te stellen voor een eerste tenlasteneming</i>.</p> <p>Art 3. Diagnostiek wordt uitgevoerd bij personen die <i>symptomen vertonen</i> die kunnen wijzen op een <i>pervasieve ontwikkelingsstoornis</i> zoals voorgesteld in de DSM-IV of de ICD-10.</p> <p>Art 15. Er is aandacht voor <i>differentiaaldiagnostisch onderzoek</i> in kader van andere comorbide <i>mentale stoornissen</i>.</p>	(Vlaamse overheid - Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d., 2019a, 2019d, 2019c, 2019b)
ODB	<p>Art 2. / Art 4. ODB-units worden <i>erkend en gesubsidieerd</i> door het VAPH en hebben als opdracht om <i>een behandelingsplan</i> op te stellen voor personen met een handicap.</p> <p>Art 4. De ondersteuning door een ODB-unit is tweeledig: <i>observatie, diagnose en behandeling in residentiële setting, ambulant of mobiel</i> en <i>overdracht van specifieke 'knowhow' aan andere actoren die betrokken zijn bij de ondersteuning</i>.</p>	(Vlaamse overheid, 2017)

CGG	<p>Art 7. Het CGG draagt binnen de GGZ bij aan het bieden van <i>verantwoorde zorg</i> in het kader van <i>herstel van psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving</i>.</p> <p>Art 4. In een CGG worden volgende elementen opgenomen in een zorgtraject: <i>intake, diagnose en indicatiestelling, sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische behandeling en begeleiding, informatie en adviesverstrekking aan verwijzers</i>.</p> <p>In een CGG wordt diagnostiek uitgevoerd aan de hand van een <i>methodische cyclus (klachtenanalyse – probleemanalyse (- hypothesen) – diagnosesstelling – indicatiestelling)</i> waarbij eigen en/of externe <i>klinische expertise</i> en <i>objectiverend onderzoek</i> aangewend wordt.</p> <p>Als duidelijk wordt dat cliënten meer baat hebben bij zorg in een ander type organisatie, worden cliënten doorverwezen naar gepaste voorzieningen.</p> <p>Het CGG richt zich op alle personen die kampen met <i>ernstige geestelijke gezondheidsproblemen en/of geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit</i> inhouden.</p> <p>Art 11. Een CGG werkt steeds op <i>verwijzing door een verwijzer</i>.</p>	(Vlaamse overheid, n.d.-b, 2019)
A-dienst AZ/UZ/PZ	<p>Ziekenhuizen verstrekken hulp aan patiënten <i>die er worden opgenomen en kunnen verblijven</i>; psychiatrische ziekenhuizen zijn enkel bestemd voor <i>psychiatrische patiënten</i>; universitaire ziekenhuizen zijn verbonden aan <i>Belgische universiteit met een faculteit geneeskunde</i> en hebben naast hun opdracht op vlak van <i>patiëntenverzorging</i> ook een opdracht mbt <i>klinisch onderricht, toegepast wetenschappelijk onderzoek</i> en de <i>ontwikkeling van nieuwe technologieën en evaluatie van medische activiteiten</i>.</p> <p>A-diensten richten zich op <i>volwassen patiënten (15 jaar of ouder)</i> waarbij een opname in kader van een neuro-psychiatrische <i>observatie of actieve behandeling</i> noodzakelijk is.</p>	(Federale overheid, 2008; Federale Overheid, 1964)
SP-dienst PZ	<p>Ziekenhuizen verstrekken hulp aan patiënten <i>die er worden opgenomen en kunnen verblijven</i>; psychiatrische ziekenhuizen zijn enkel bestemd voor <i>psychiatrische patiënten</i>.</p> <p>De algemene doelstelling van een SP-dienst is het actief (gespecialiseerd) behandelen van patiënten met het oog op <i>herstel of optimaal behoud van het fysieke, psychische en sociale potentieel van de patiënt</i>.</p> <p>De SP-dienst die zich richt op <i>patiënten met psychogeriatrische aandoeningen</i> is verantwoordelijk voor de opname van <i>bejaarde patiënten die een (multidisciplinaire) diagnose en/of behandeling</i> van mentale problemen behoeven.</p>	(Federale overheid, 2008; Federale Overheid, 1964)

**TABEL 2      PROFESSIONELE ACHTERGROND PERSONEN BETROKKEN BIJ DIAGNOSTIEK VOOR VOLWASSENEN PER TYPE ORGANISATIE**

		artsen	Psycho-pedag. Disciplines	Logo	Audiologen	Kiné	Ergo	Maatschassist. ass/ soc. vpk
OC OLO	Niet geselecteerd	-	-	-	1	1	-	-
	ja	1	1	1	-	-	1	1
WVCB-DIASS+	Niet geselecteerd	-	-	1	1	1	1	-
	Ja	1	1	-	-	-	-	1
Referentiecentrum Autisme	Niet geselecteerd	1	1	3	6	4	6	3
	Ja	6	6	4	1	3	1	4
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	Niet geselecteerd	7	7	10	10	10	10	8
	Ja	3	3	-	-	-	-	2
A-dienst Algemeen Ziekenhuis	Niet geselecteerd	8	8	12	12	11	10	9
	Ja	4	4	-	-	1	2	3
A-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis	Niet geselecteerd	7	6	12	12	10	9	10
	Ja	5	6	-	-	2	3	2
A-dienst Universitair Ziekenhuis	Niet geselecteerd	-	-	1	1	-	1	1
	ja	1	1	-	-	1	-	-
Unit voor Observatie, Diagnose en Behandeling	Niet geselecteerd	2	2	2	2	2	2	2

**TABEL 3 DE VRAAG NAAR DIAGNOSTIEK VAN ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN BIJ VOLWASSENEN INDIEN DE ORGANISATIE ZELF GEEN DIAGNOSTIEK AANBIEDT, PER TYPE ORGANISATIE.**

*Indien u zelf geen diagnostiek aanbiedt: krijgt uw organisatie of dienst soms de vraag naar diagnostiek van autisme en/of andere ontwikkelingsstoornissen?*

Referentiecentrum Autisme	Ja	1
	Neen	0
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	Ja	7
	Neen	0
A-dienst Algemeen Ziekenhuis	Ja	5
	Neen	2
A-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis	Ja	5
	Neen	0
Unit voor Observatie, Diagnose en Behandeling	Ja	1
	Nee	1

**TABEL 4 AL DAN NIET VERWIJZEN BIJ VRAAG NAAR DIAGNOSTIEK**

*[Indien u de vraag krijgt naar diagnostiek maar u biedt deze zelf niet aan] verwijst u hiervoor door?*

Referentiecentrum Autisme	Ja	1
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	Ja	7
A-dienst Algemeen Ziekenhuis	Ja	3
A-dienst Psychiatrisch Ziekenhuis	Ja	5
A-dienst Universitair Ziekenhuis	Ja	-
Unit voor Observatie, Diagnose en Behandeling	Ja	1





