

De implementatie van de

Algemene
Intersectorale
Richtlijn
Diagnostiek

in de Integrale Jeugdzorg

Een focusgroepstudie



KWALITEITSCENTRUM
DIAGNOSTIEK^{VZW}



KWALITEITSCENTRUM
DIAGNOSTIEK^{vzw}



Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Verantwoordelijk uitgever

Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw
Kortrijksesteenweg 405, 9000 Gent
www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be
communicatie@kwaliteitscentrumdiagnostiek.be

Auteurs

Kimberly Van Nieuwenhove
Cynthia Van Gampelaere
Rachida El Kaddouri
Julie De Ganck

Administratieve ondersteuning

Eefje Claerhout
Veerle De Wilde

Publicatiedatum

Maart 2023

Inhoudstafel

Afkortingen	1
Samenvatting	1
Inleiding.....	5
Visie op kwaliteitsvolle diagnostiek.....	5
Biopsychosociale visie.....	6
Idiografisch kader	6
Holistisch beeld.....	6
Participatie.....	6
Kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken	7
Reflexiviteit	7
Interdisciplinair samenwerken	7
Methode.....	7
Opzet.....	7
Steekproef	8
Data-verzameling.....	8
Data-analyse.....	9
Resultaten	10
Biopsychosociaal kader	10
Idiografisch perspectief	12
Holistisch beeld.....	16
Participatie.....	20
Kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken	29
Reflexiviteit	34
Interdisciplinaire samenwerking	36
Voor(bij) de 7 pijlers van de AIRD	40
De AIRD als kapstok om diagnostiek vorm te geven binnen de organisatie/werking	40
De AIRD als bruggenbouwer in het intersectoraal landschap	42
Een dynamische visie op diagnostiek	47
Hardnekkige vicieuze cirkel: nieuwe diagnostiek na wachtlijsten werkt wachtlijsten in de hand	48
Het belang van continuïteit van zorg.....	49
Diagnostiek en behandeling gaan niet altijd hand in hand	50
Finaliteit van diagnostiek: inschaling versus handelingsgerichte diagnostiek.....	51
Nood aan cultuursensitieve diagnostiek.....	53

Nood aan richtlijnen rond verslaggeving en informatiedeling	54
Discussie	57
Aanbevelingen vanuit het focusgroeponderzoek	57
Aanbeveling 1: Bijkomende vormingen, ondersteuning en richtlijnen.....	57
Aanbeveling 2: Online platform voor kwaliteitsvolle diagnostiek en toegang tot testotheken	58
Aanbeveling 3: Informatie disseminatie en verbindende activiteiten om intersectorale samenwerking te faciliteren.....	59
Aanbeveling 4: Herallocatie van tijd en middelen om kwalitatieve diagnostiek te bevorderen	59
Aanbeveling 5: (Handelingsgericht) advies laten primeren op labels om 'poorten' te openen	60
Sterktes en beperkingen	61
Conclusie	61
Bijlage 1 – informed consent.....	63

Afkortingen

AIRD	Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek
CAR	Centrum Ambulante Revalidatie
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
COS	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen
DMW	Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
OBC	Observatie- en Behandelcentrum
OOOC	Onthaal-, Observatie- en Oriëntatiecentrum
RCA	Referentiecentrum Autisme
MFC	Multifunctioneel Centrum
K-diensten	Kinderpsychiatrische diensten
ASS	Autismespectrumstoornis
CGG	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
HGD	Handelingsgerichte Diagnostiek

Samenvatting

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw publiceerde in 2020 de *Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek* (AIRD) als richtinggevend kader voor kwaliteitsvolle diagnostiek. De AIRD biedt een definiëring van (handelingsgerichte) diagnostiek en omvat zeven kwaliteitspijlers voor de realisatie van een kwaliteitsvol diagnostisch proces. Zo kenmerkt kwaliteitsvolle diagnostiek zich door (1) haar inbedding in een biopsychosociale visie op het menselijk functioneren, (2) haar idiografisch karakter, (3) het vormen van een integratief beeld, (4) het vooropstellen van participatie van een cliënt en diens context, (5) het gebruik van kwaliteitsvolle methodieken en instrumenten, (6) reflexiviteit van de diagnosticus en het diagnostisch team en (7) aandacht voor interdisciplinaire samenwerking.

Tussen 2020 en 2022 werd sterk ingezet op het verspreiden en bekendmaken van de AIRD. Om een wetenschappelijk onderbouwde praktijkondersteuning te kunnen garanderen, dient de AIRD verder geconcretiseerd en geoperationaliseerd te worden. Dit kan door verder in te zetten op de ontwikkeling of implementatie van specifieke richtlijnen, instrumenten of tools, en andere initiatieven. Om dit te kunnen realiseren en met het oog op het verder bevorderen van de kwaliteit van diagnostiek, tracht het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw **aan de hand van het huidige praktijkonderzoek zicht te krijgen op (1) of de pijlers van de AIRD momenteel geïmplementeerd worden en op welke wijze dit gebeurt, en (2) wat de bestaande knelpunten en praktijk- ondersteunende noden zijn die ervaren worden om de AIRD verder te implementeren.**

Er werden focusgroepen¹ georganiseerd met professionals uit verschillende organisaties in de Vlaamse Integrale Jeugdhulp: CAR, CLB, COS, DMW, GGZ, OBC, OOOC, RCA, MFC en K-diensten. In

¹ Binnen deze praktijkgerichte studie werden de focusgroepen eerder als 'werkgroepen' beschouwd gezien er ook sterk werd ingezet op informatiedeling, reflectie (implementatie kwaliteitspijler 'Reflexiviteit') en onderlinge dialoog (interview) tijdens de bijeenkomsten.

totaal namen 65 professionals deel. Het aantal deelnemers per organisatie varieerde tussen 0 (K-diensten) en 15 (OOOC's).

Uit de resultaten blijkt duidelijk dat de verschillende organisaties belang hechten aan de zeven kwaliteitspijlers voor kwaliteitsvolle diagnostiek. Naast gemeenschappelijke invullingen, is er ook variatie in de mate waarin en de manier waarop de pijlers geïmplementeerd worden. Verschillende noden worden naar voor geschoven om kwaliteitsvolle diagnostiek verder te kunnen implementeren. Deze noden situeren zich rond de concrete invulling van bepaalde kwaliteitspijlers. Daarnaast worden ook belangrijke randvoorwaarden bediscussieerd die nodig zijn om de kwaliteitspijlers overkoepelend mogelijk te maken. Tabel 1 biedt een overzicht van de belangrijkste thema's.

Tabel 1. Samenvatting van de resultaten per kwaliteitspijler van de AIRD en voor(bij) de AIRD

BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL

- Een brede (biopsychosociale) visie op diagnostiek wordt algemeen gehanteerd
- Specifieke thema's en ontwikkelingsdomeinen worden in kaart gebracht in functie van leeftijd, doelgroep, hulpvraag en finaliteit van het diagnostisch proces
- Het in kaart brengen van de context is belangrijk
- Het hanteren van een ontwikkelingsperspectief is belangrijk
- Multidisciplinair werken is een randvoorwaarde om een brede visie op diagnostiek te kunnen hanteren
- Een brede visie op diagnostiek staat onder druk vanwege een gebrek aan tijd en middelen
- Het gebruik van vaste structuren of sjablonen waarin relevante domeinen zijn opgenomen, faciliteert een brede visie en creëert een gemeenschappelijke taal, maar mag geen opgelegd keurslijf worden

IDIOGRAFISCH PERSPECTIEF

- Een brede, biopsychosociale visie werkt een idiografisch kader in de hand
- Nomothetische, classificerende diagnostiek moet steeds een idiografische invulling krijgen
- Idiografisch werken houdt ook in dat gerichte, unieke, handelingsgerichte adviezen worden gegeven, op maat van de cliënt en in wisselwerking met diens unieke context
- Classificerende diagnostiek werkt mogelijks ontschuldigend, maar draagt ook risico's in zich (bv. reïficatie)
- Er wordt druk ervaren vanuit verschillende actoren om aan classificatie te doen
- Een gebrek aan tijd en middelen wordt ervaren als een belangrijke hindernis om idiografisch te werken

HOLISTISCH BEELD

- Een integratief beeld krijgt vorm in teamoverleg
- Er bestaan verschillende modellen om informatie over cliënt(systemen) te bundelen en organiseren
- Een integratief beeld mag niet vertrekken van een vooraf vastgelegde structuur of keurslijf
- Een holistisch beeld beperkt zich vaak tot het beschrijvend, onderkennend niveau; er is minder ruimte voor het verklarend luik of aandacht om relaties in kaart te brengen
- Het is soms moeilijk om de essentie te puren uit de veelheid aan informatie
- Het gebrek aan tijd en middelen wordt als belangrijke hindernis ervaren om een integratief beeld te vormen

PARTICIPATIE

- Participatie is een belangrijke pijler die vaak onvoldoende aandacht krijgt
- Participatie is een paraplubegrip voor
 - transparante informatie en vertrouwensband
 - bevragen van verwachtingen
 - terugkoppeling van adviezen
- De cliënt (en vooral ouders) worden gezien als bron van informatie
- Hierbij ligt de regie niet bij de cliënt
- Er is een moeilijke balans tussen expertise diagnosticus en expertise cliënt
- Een belangrijk vraagstuk blijft hoe (jonge) kinderen actief te betrekken
- Participatie moet idiografisch ingevuld worden
- Cultuur- en taalbarrières vormen een hindernis voor participatie
- Er zijn moeilijkheden voor participatie bij aanmeldingen vanuit een gedwongen kader of wanneer er (initieel) geen hulpvraag is
- Er zijn moeilijkheden voor participatie bij niet-klassieke gezinssamenstellingen
- Participatie is cruciaal voor het opvolgen van adviezen
- Gebrek aan tijd en middelen en lange wachttijden zetten participatie onder druk

KWALITEITSVOLLE INSTRUMENTEN EN METHODIEKEN

- Er is een spanningsveld tussen het gebruik van instrumenten voor inschaling en toegang tot zorg versus voor handelingsgerichte diagnostiek
 - een te strikte objectivering vanuit de overheid wordt ervaren als moeilijkheid
 - en mondt soms uit in ethische dilemma's
 - het ruimer verhaal van de cliënt is belangrijk in kwaliteitsvolle diagnostiek
- Er is een nood aan een up-to-date overzicht van kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken op een online, Vlaams, toegankelijk en gebruiksvriendelijk platform
- Toegang tot instrumenten via testotheken zou het gebruik van kwaliteitsvolle instrumenten bevorderen
- Er is nood aan instrumenten die aangepast zijn aan huidige maatschappelijke tendensen en diversiteit
- Gebrek aan tijd en middelen, en wachttijden zetten gebruik van kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken onder druk
- Er is nood aan richtlijnen rond observeren

REFLEXIVITEIT

- Reflexiviteit vindt plaats in teamgebeuren en hangt af van de bereidwilligheid van teamleden
- Reflexiviteit is een belangrijke uitdaging die herhaaldelijk onder de aandacht moet worden gebracht
- De dagelijkse werking ('op automatische piloot werken') en urgente of crisissituaties kunnen reflexiviteit in de weg staan

INTERDISCIPLINAIR SAMENWERKEN

- Teamwerking gaat gepaard met bepaalde valkuilen (bv. groepsdenken, conformisme) die soms moeilijk te doorbreken zijn
- Er worden verschillende modellen en methodes aangewend om het teamoverleg te structureren en om valkuilen tegen te gaan
- Wederzijds vertrouwen is een belangrijke randvoorwaarde voor een goede teamwerking
- Vele en snelle wissels in teams vormen een uitdaging voor de teamwerking
- Ook in hechte teams blijft het belangrijk om elkaar in vraag te blijven stellen
- De samenstelling van een team, met verschillende visies, professionele ervaringen en achtergronden, is belangrijk
- Een (externe) procesbewaker wordt ervaren als een belangrijke meerwaarde
- Gebrek aan tijd en middelen zet interdisciplinaire samenwerking onder druk

VOOR(BIJ) DE 7 KWALITEITSPIJLERS VAN DE AIRD

- De AIRD kan gebruikt worden als kapstok om diagnostiek vorm te geven binnen de organisatie/werking
- De AIRD kan bruggen bouwen in het intersectoraal landschap
 - er is algemene tevredenheid over diagnostiek binnen de eigen werking
 - er is beperkte kennis over diagnostiek in andere organisaties
 - er is beperkt intersectoraal vertrouwen
 - verdoken vragen of vragen buiten de eigen kernopdracht creëren een verkeerd beeld of verkeerde verwachtingen
 - er is vraag naar een duidelijke afbakening van de kernopdracht en finaliteit van diagnostiek binnen organisaties
 - bijschakelen wordt belangrijk in het intersectoraal verhaal
- Een dynamische visie op diagnostiek is belangrijk omdat kinderen, jongeren, gezinnen en hun hulpvragen evolueren over de tijd
- De noodzaak aan nieuwe diagnostiek na (lange) wachttijden werkt wachtlijsten in de hand, wat zorgt voor een moeilijk te doorbreken vicieuze cirkel
- Continuïteit van zorg impliceert een idiografisch traject met een lange termijn perspectief
 - toenemende complexiteit in problematieken toont dat diagnostiek dikwijls te laat komt
- Diagnostiek en behandeling gaan niet altijd hand in hand
- Diagnostiek met louter inschaling als finaliteit volgens vooraf bepaalde criteria ondermijnt diagnostiek met handelingsgerichte adviezen als finaliteit en leidt tot ethische conflicten en paradoxale situaties
 - er wordt gepleit om handelingsgerichte adviezen te volgen
- Er is nood aan richtlijnen rond cultuursensitieve en faire diagnostiek
- Er is nood aan richtlijnen rond verslaggeving en informatiedeling

Het antwoord op de vraag in welke mate de AIRD momenteel in de Integrale Jeugdzorg wordt geïmplementeerd is genuanceerd. Enerzijds blijkt uit de bevraging van organisaties in de Integrale Jeugdhulp dat de AIRD nog niet of onvoldoende gekend is binnen de eigen werking. Daarnaast wordt de AIRD onvoldoende gebruikt in de communicatie en samenwerking met andere organisaties. Vanuit alle organisaties wordt anderzijds ook duidelijk naar voorgeschoven dat de huidige werkingsvormen wel dicht aansluiten bij wat in de AIRD beschreven staat. Desalniettemin is men ervan overtuigd dat het verder inzetten op de implementatie en verspreiding van de AIRD de interne werking en intersectorale samenwerking ten goede zou komen. Er werden verschillende hindernissen aangehaald die de verdere implementatie van de AIRD bemoeilijken of in de weg staan. Een gekend euvel dat ook duidelijk uit het overzicht van de resultaten naar voor komt, is het gebrek aan tijd en middelen, dewelke essentieel zijn voor de implementatie van alle pijlers van de AIRD. Hapklare oplossingen om aan deze nood tegemoet te komen, zijn er mogelijk niet. Uit de resultaten van dit praktijkgericht onderzoek kunnen we echter wel verschillende (beleids)aanbevelingen doen die (on)rechtstreeks kunnen bijdragen aan het overkomen van de ervaren moeilijkheden en het verder implementeren van de AIRD in de praktijk. We formuleren vijf (beleids)aanbevelingen: (1) inzetten op bijkomende opleidingen, vormingen en richtlijnen; (2) ontwikkelen van een online platform voor kwaliteitsvolle diagnostiek en toegang tot kwaliteitsvolle instrumenten via testotheken; (3) bevorderen van intersectorale samenwerking door informatie-uitwisseling en het organiseren van verbindende activiteiten; (4) tijd en middelen heroriënteren om kwaliteitsvolle praktijken te faciliteren; en (5) handelingsgerichte adviezen laten primeren op beleidsmatig opgelegde criteria om zorg-op-maat te garanderen. Verdere inspanningen zijn nodig om deze aanbevelingen te vertalen naar concrete en haalbare actieplannen en initiatieven. Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw kan, in dialoog met de praktijk, hierin een voortrekkersrol spelen.

Inleiding

Visie op kwaliteitsvolle diagnostiek

Kwaliteitsvolle, wetenschappelijk onderbouwde diagnostiek² is één van de grondvoorwaarden om **kwaliteitsvolle zorg** te kunnen waarborgen en verwezenlijken voor kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen met een hulp- of ondersteuningsvraag. Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw onderschrijft dat **een kwaliteitsvol diagnostisch proces** moet leiden tot een holistisch en gecontextualiseerd beeld van de persoon die zich aanmeldt met een zorg- of ondersteuningsbehoefte. Dit beeld betreft een dynamische beschrijving van het functioneren van een persoon binnen een bepaald tijds- en sociaal kader, en is per definitie onderhevig aan veranderingen doorheen de tijd. Kwaliteitsvol diagnostisch onderzoek dient (1) een geïntegreerd en diepgaand inzicht te bieden in het unieke biologisch, psychologisch en sociaal functioneren en de particuliere zorgbehoefte van een persoon; (2) richtlijnen te voorzien om een hulp- en zorgtraject op maat te kunnen realiseren; (3) een kader te scheppen voor een rechtvaardige toekenning van rechten aan patiënten en (4) data aan te leveren voor kwaliteitsevaluatie van de zorg op micro-, meso- en macroniveau.

² Zorginschaling, indicatiestelling, assessment zijn tevens vervat onder de ruime noemer 'diagnostiek'

De **Algemene Intersectorale Richtlijn voor Diagnostiek** (AIRD)³ omvat een **definiëring** van (handelingsgerichte) diagnostiek en biedt een **algemeen richtinggevend** kader voor de realisatie ervan. Aan de hand van **zeven pijlers** beschrijft de AIRD een kwaliteitsvol diagnostisch proces. Kwaliteitsvolle diagnostiek (1) situeert zich in een biopsychosociale visie op het menselijk functioneren, (2) karakteriseert zich door zijn idiografische aard, (3) leidt tot het vormen van een integratief beeld over een cliënt, (4) stelt inspraak van een cliënt en diens omgeving voorop, (5) is gevestigd op het gebruik van kwaliteitsvolle methoden en instrumenten, (6) wordt gekenmerkt door reflexiviteit van de diagnosticus en het diagnostisch team en (7) heeft aandacht voor interdisciplinaire samenwerking. Hieronder worden de zeven kwaliteitspijlers kort toegelicht.

Biopsychosociale visie

Kwaliteitsvolle diagnostiek is ingebed in een biopsychosociale visie op het menselijk functioneren. Hierbij is het belangrijk om het functioneren van de cliënt niet uni-dimensioneel te benaderen, maar om het breed in kaart te brengen en rekening te houden met factoren die zich kunnen situeren binnen het biologische, psychologische of sociale functioneren. Het ICF-model biedt een illustratie van een biopsychosociale benadering van het menselijk functioneren. In dit model wordt de gezondheidstoestand beschouwd als het samenspel van drie ruime componenten, zijnde lichamelijke functies en anatomische eigenschappen, activiteiten, en participatie. Het model stelt dat deze domeinen het functioneren bepalen, maar ook onder invloed staan van externe factoren (bijvoorbeeld de fysieke omgeving) en persoonlijke factoren (bijvoorbeeld opleiding).

Idiografisch kader

Idiografisch werken impliceert het beschrijven en begrijpen van individuele casussen en legt nadruk op wat een casus uniek maakt. Een idiografisch kader stelt het unieke van de cliënt centraal. Hierbij is er zowel aandacht voor het perspectief van de diagnosticus als het perspectief van de cliënt op: de ervaren problemen, relevante biopsychosociale factoren, positieve kenmerken en de verwachtingen inzake herstel. Het is de bedoeling om samen met de cliënt een uniek en persoonlijk verhaal te construeren over het lijden, hoe dit de persoon zijn of haar leven beïnvloedt en hoe die geholpen kan worden. Tegenover een idiografische visie wordt een nomothetisch (veralgemenend) perspectief geplaatst. In diagnostiek is nomothetisch onderzoek erop gericht om klachten te groeperen in diagnostische categorieën.

Holistisch beeld

Kwaliteitsvolle diagnostiek leidt tot een integratief beeld van een cliënt waarbij alle verzamelde diagnostische gegevens worden geïntegreerd. Het integratief beeld wordt steeds vanuit een biopsychosociaal perspectief opgesteld en biedt een idiografische theorie over hoe de kenmerken van de cliënt en diens omgeving interageren met elkaar en de ervaren moeilijkheden veroorzaken of in stand houden.

Participatie

Kwaliteitsvolle diagnostiek stelt participatie van de cliënt en diens context voorop. Participatie kan bevorderd worden door als diagnosticus niet te vertrekken vanuit een expertpositie, maar een

³ *Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek: Leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk* (2020). Kwaliteitscentrum voor diagnostiek vzw.

<https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2022/04/Algemene-Intersectorale-Richtlijn-Diagnostiek.pdf>

niet-wetende, vraaggestuurde houding aan te nemen. Het is van belang om idiografisch aan de slag te gaan, waarbij vier vragen voorop kunnen gesteld worden: (1) Wat is er met jou gebeurd? (2) Wat is jouw kwetsbaarheid en jouw weerbaarheid? (3) Waar wil je naar toe? en (4) Wat heb je nodig? De cliënt wordt hierbij gezien als medeonderzoeker en ervaringsdeskundige. Er wordt een dialogisch proces aangegaan door te spreken mét de cliënt en niet over de cliënt.

Kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken

Kwaliteitsvolle diagnostiek is gebaseerd op het gebruik van kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken. Binnen het diagnostisch proces wordt geacht dat er steeds met een kritische ingesteldheid een keuze wordt gemaakt over welke methode of instrument gebruikt wordt om informatie te verzamelen of een bepaalde hypothese te onderzoeken. Werkprincipes die naar voren geschoven worden zijn: (1) multi-informant en multimethodisch werken, (2) diagnostische gegevens intercollegiaal overleggen en bediscussiëren, (3) intervisie en supervisie, en (4) correct gebruikmaken van kwaliteitsvolle instrumenten. Het correct gebruik van instrumenten en methodieken gaat niet alleen over de correcte afname en interpretatie, maar betreft ook de keuze van een geschikt instrument in functie van de vraag die wordt gesteld. Het instrument of de methodiek moet wetenschappelijk onderbouwd zijn en bij kwantitatieve instrumenten moet er aandacht zijn voor de psychometrische eigenschappen van het instrument.

Reflexiviteit

Reflexiviteit van de diagnosticus en het diagnostisch team houdt in dat er bewustzijn is van de (gekleurde) bril waarmee naar de cliënt gekeken wordt en dat hier op een ethische manier mee wordt omgegaan. Invloeden die de blik kleuren kunnen persoonsgebonden (persoonlijke voorkeuren, persoonlijke en professionele ervaringen), relationeel (machtsverhouding tussen cliënt en diagnosticus) en institutioneel (visie van de organisatie, opleiding, denkkader of theorie, maatschappelijke tijdsgeest) zijn. Daarnaast zijn er een aantal cognitieve fouten en valkuilen die het diagnostisch oordeel kunnen vertekenen (bv. meer gewicht geven aan eerst verworven (*primacy effect*) of hypothese-bevestigende informatie (*confirmationbias*)). Werkprincipes die reflexiviteit in het diagnostisch proces bevorderen, zijn: vormingen en onderwijs, feedback vragen, intervisie en supervisie, advocaat van de duivel spelen en alternatieve hypothesen actief overwegen, multimethodisch werken, expliciteren van argumenten en het uitstellen van beslissingen.

Interdisciplinair samenwerken

Interdisciplinaire samenwerking gaat over de interactie, synthese en integratie van perspectieven uit verschillende disciplines om zo tot nieuwe inzichten en gemeenschappelijk gedragen besluiten te komen. Interdisciplinaire samenwerking biedt verschillende voordelen, waaronder gunstigere resultaten voor de cliënt, het detecteren en vermijden van oordeelsfouten, en het daagt uit om breed te gaan kijken en alternatieve hypothesen te overwegen. Daarnaast zijn er een aantal valkuilen die interdisciplinair samenwerken bemoeilijken, zoals groepsdenken. Enkele suggesties zijn om een voorzitter aan te stellen die zorgt dat de focus wordt behouden en dat de tijd wordt bewaakt, en om gebruik te maken van visualisatie- of organisatiemethodieken om de informatie over een cliënt te structureren.

Methode

Opzet

Om verder in te zetten op de bekendheid en implementatie van de pijlers van de AIRD is er nood om concreet zicht te krijgen op (1) of de pijlers van de AIRD momenteel geïmplementeerd worden in de Integrale Jeugdhulp en op welke manier dit gebeurt en (2) wat de bestaande knelpunten en praktijkondersteunende noden zijn die ervaren worden om de AIRD verder te implementeren. Deze studie beoogt deze doelstellingen te realiseren via een kwalitatief focusgroeponderzoek.

Steekproef

In totaal namen 65 participanten deel aan acht focusgroepen. Tabel 2 geeft het aantal deelnemers per focusgroep weer (in volgorde waarin ze hebben plaatsgevonden) en de functies die per focusgroep werden vertegenwoordigd. Door de ruime interesse werd besloten om voor de OOC's en CAR's twee focusgroepen te organiseren. De OOC focusgroepen gingen door met zeven en acht deelnemers, respectievelijk. De CAR namiddagsessie was oorspronkelijk gepland met vijf deelnemers. Door afwezigheid van drie ingeschrevenen, ging de namiddaggroep uiteindelijk door met twee deelnemers. In de voormiddag namen negen participanten deel. Voor de focusgroep K-diensten schreef niemand zich in. Voor de MFC focusgroep werd door beperkte interesse besloten om de participanten te laten aansluiten bij een andere focusgroep. Eén participant besloot aan te sluiten bij de OBC focusgroep.

Data-verzameling

De rekrutering vond plaats tussen 13 april en 7 juni 2022. Op 13 april werd een uitnodiging per mail verstuurd naar verschillende representanten van de verschillende organisaties in het jeugdhulplandschap, vertegenwoordigd in de Raad van Bestuur van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw. Er werd gevraagd de uitnodiging te verspreiden onder de geledingen. Geïnteresseerden konden zich per specifieke organisatie waarin ze werkzaam zijn, inschrijven via een Google Form tussen 13 en 30 april 2022 (verlengd tot 6 mei 2022). Inschrijvingen per mail die later binnenkwamen, werden ook nog aanvaard. Enkel contactgegevens, de organisatie en de functie van de deelnemers werden systematisch bevestigd. Deelnemers werden gevraagd voorafgaand aan de werkgroepen de AIRD door te nemen.

De focusgroepen vonden plaats tussen 2 en 21 juni 2022. Er werd telkens 3 uur voorzien. Alle deelnemers werden aan het begin van de focusgroep gevraagd een *informed consent* (zie Bijlage 1) te ondertekenen waarin ook uitdrukkelijk melding werd gemaakt dat de focusgroep via een audio-opname zou worden vastgelegd. Elke sessie begon met een kennismakingsronde waarin elkeen zichzelf kon voorstellen en vrijblijvend al iets van de eigen kijk op kwaliteitsvolle diagnostiek kon toelichten. Daarna werd de AIRD kort gepresenteerd door één van de onderzoekers (KVN of CVG) en werd na de theoretische introductie per pijler ruimte gemaakt voor een rondetafelgesprek en discussie omtrent de concrete implementatie van die pijler binnen de eigen werking en de noden die worden ervaren om die pijler verder te kunnen doorvoeren.

Tabel 2. Aantal deelnemers en de functies vertegenwoordigd in de focusgroepen

Organisatie	Aantal deelnemers (afwezig)	Functies**
Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	10 (1)	Directie/coördinatie: 4 Diagnosticus: 1 Psycholoog: 5
Centrum Ambulante Revalidatie (CAR)	11 (5)	Directie/coördinatie: 7 Diagnostiek/psychologie: 4 Logopedist: 2 Pedagoog: 1 Geen functie omschreven: 1

Onthaal- Observatie- en Oriëntatiecentrum (OOOC)	15 (2)	Directie/coördinatie/ verantwoordelijke: 11 Psycholoog: 6
Observatie- en Behandelcentrum (OBC)	7 (1)	Directie/verantwoordelijke: 4 Psycholoog: 2 Orthopedagoog: 1
Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS)	9 (1)	Directie/coördinator: 3 Psycholoog: 3 Logopedist: 2 Orthopedagoog: 1 Kinderneuroloog: 1 Pediater: 1
Kinder- en jeugdpsychiatrie (K-diensten)	geen	NVT
Referentiecentrum Autisme (RCA)	3 (3)	Psycholoog: 2 Geen functie omschreven: 1
Centrum Leerlingenbegeleiding (CLB)	4 (1)	Coördinator/voorzitter: 4
Diensten Maatschappelijk Werk (DMW)	6 (0)	Coördinator/verantwoordelijke: 3 Psycholoog: 1 Stafmedewerker: 1 Indicatiesteller: 1
Multifunctioneel Centrum (MFC)*	1	Orthopedagoog: 1

Noot.

(afwezig) = ingeschreven maar niet aanwezig tijdens focusgroep

*Deelnemer focusgroep MFC sloot aan bij focusgroep OBC

** Meerdere functies per deelnemer mogelijk; opleiding of inhoudelijke functie van directie/ coördinator/ verantwoordelijke niet steeds omschreven waardoor er mogelijk onderrapportage is van verschillende inhoudelijke functies

Data-analyse

De audio-opnames van alle focusgroepen werden ad verbatim getranscribeerd. Er werd een thematische analyse (Braun & Clarke, 2006)⁴ uitgevoerd door de primaire onderzoeker (KVN). Om de kwaliteit en betrouwbaarheid van de resultaten te garanderen, werd tijdens de analysefase op regelmatige basis samengekomen met de onderzoeksgroep (CVG, REK, JDG) om consensusbesprekingen te houden. De thematische analyse gebeurde in drie ruimere stappen. In een eerste stap werden voor alle focusgroepen de relevante citaten per pijler gegroepeerd. Voor citaten en fragmenten die niet onder een bepaalde pijler konden worden ondergebracht werden tentatieve categorieën opgesteld. Citaten konden ook onder meer dan één pijler of categorie worden geplaatst. In een tweede stap werden de citaten onder de afzonderlijke pijlers inhoudelijk gegroepeerd in ruimere thema's, steeds gericht op het begrijpen van hoe de pijler wordt geïmplementeerd in de werking en welke noden worden ervaren om de pijler verder te kunnen implementeren. De overblijvende categorieën werden verder gebundeld, gespecificeerd en uitgewerkt tot pijleroverstijgende thema's. In een derde en laatste stap werden de resultaten uitgeschreven volgens eenzelfde structuur. Per pijler werden de relevante thema's beschreven en geïllustreerd aan de hand van relevante citaten. Daarna werden de pijleroverstijgende thema's uitgewerkt en toegelicht aan de hand van relevante citaten. Tot slot kwamen op grond van de resultaten verschillende conclusies en (beleids)adviezen tot stand.

⁴ Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Resultaten

Biopsychosociaal kader

Alle organisaties hanteren **een brede visie op diagnostiek** en werken volgens een biopsychosociaal kader. Onder andere in de CLB's, CAR's en COS'en wordt dit verder uitgediept en gespecificeerd aan de hand van het ICF-kader (anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie). In andere organisaties worden ook andere modellen gebruikt, zoals het ecologisch model in de OOC's. Vanuit de focusgroepen wordt naar voren geschoven dat deze kaders soms niet volstaan. Ze wijzen op het belang van het **in kaart brengen van meer specifieke thema's en ontwikkelingsdomeinen in functie van de leeftijd en de doelgroep enerzijds, en in functie van de vraag en de finaliteit van het diagnostisch proces anderzijds**. In de CLB focusgroep kwam onder andere naar voren dat men heel sterk gericht is op de onderwijs-ondersteuningsnaden en veranderbare factoren vanuit een indicerende finaliteit in het diagnostisch proces; daar waar binnen een COS ook aanvullend medisch onderzoek een plaats krijgt in functie van het opsporen van onderliggende biologische of genetische aandoeningen die kunnen bijdragen tot een beter begrip van de aanwezige problematiek. Ook het belang van **het in kaart brengen van de context** kwam in verschillende focusgroepen aan bod. In vier focusgroepen kwam expliciet het belang naar voor om **een ontwikkelingsperspectief te hanteren**.

"Die vroegkinderlijke ontwikkeling is natuurlijk niet vergelijkbaar met de ontwikkeling van een 18-jarige of een 12-jarige, dus die accenten liggen ook helemaal anders. We overlopen eigenlijk alle ontwikkelingsdomeinen, maar daarnaast gaat ook aandacht naar de context en hoe ruim dat die is, op wie dat ouders beroep kunnen doen, in welke mate dat dat een impact heeft op hun dagdagelijks leven." (COS)

"Wij gaan bij jonge kinderen veel meer die ontwikkeling in kaart brengen." (OOC)

In nagenoeg alle organisaties wordt geopperd dat een brede visie in de hand gewerkt wordt door **multidisciplinair te werken**. Multidisciplinair werken kan dus gezien worden als een belangrijke randvoorwaarde om een biopsychosociaal kader te kunnen hanteren.

"Het is ook vanuit een disciplinair werken. Dat je echt kan zeggen van verschillende disciplines hebben eigenlijk hun inbreng om in beeld te brengen van hoe de jongere functioneert, hoe een leerling functioneert, wat de noden zijn, de ondersteuningsnaden zijn, maar wel vanuit de verschillende disciplines. Ik denk dat dat wel een belangrijke is." (CLB)

"De verscheidenheid van disciplines. Dat is net onze sterkte, vind ik, in onze sector, dat wij met veel verschillende invalshoeken naar een kind kunnen kijken." (CAR)

Gegeven het algemeen gedragen belang van een biopsychosociale visie, wordt in vijf organisaties (GGZ, CLB, COS, CAR, OBC) de nadruk gelegd op hoe **deze visie onder druk komt te staan vanwege een gebrek aan tijd en middelen**. Daarnaast blijkt ook dat vooral **het biologische luik onder druk** komt te staan door een gebrek aan beschikbare partners om medische en biologische factoren in kaart te brengen of om biologische hypothesen naar voren te schuiven (GGZ, OOC, RCA, OBC).

"Die reflex zullen we minder maken omdat dat natuurlijk niet onze expertise is." (OOC)

"Ik denk dat we er meestal van uitgaan dat de kinderpsychiater er aandacht voor heeft en zo'n dingen oppikt, als er fysieke elementen aanwezig zijn." (OBC)

Het samenwerken met een (kinder)psychiater wordt ervaren als een enorme meerwaarde om het biologische luik mee in rekening te brengen. Er wordt echter in verschillende organisaties aan de alarmbel getrokken gegeven de beperkte beschikbaarheid van mogelijke partners en het toekomstige vooruitzicht op nog grotere schaarste. Dit is onder andere het geval in de GGZ en OOOOC's waar vaak niet standaard een (kinder)psychiater of -neuroloog aan de werking verbonden is.

"Wij hadden een samenwerkingsverband, maar onze psychiater is op pensioen en die doet nog zo de hoogstnoodzakelijke dingen om ons uit de nood te helpen." (OOOC)

"We hebben te weinig artsen beschikbaar en dat vertaalt zich ook dan in langere wachtlijsten." (RCA)

Naast multidisciplinair werken, halen verschillende organisaties (GGZ, OOOOC, CLB, COS, CAR, DMW) aan dat een brede visie wordt gefaciliteerd door **het gebruik van een vast sjabloon of vaste structuur waarin de relevante domeinen aan bod komen**, in het behandelplan, elektronisch dossier of in de manier waarop het verslag wordt opgebouwd. Verschillende organisaties halen aan dat hun verslag werd opgebouwd of aangepast conform het ICF-kader, maar hierbinnen bestaan ook onderlinge verschillen.

"Nu, dat model [ICF] zit eigenlijk altijd, denk ik, in ons achterhoofd. Eens dat je voldoende vertrouwd bent met hoe dat diagnostisch proces moet gevoerd worden en ook om te weten van 'heb ik alles? heb ik niets over het hoofd gezien?' Is dat eigenlijk uw kapstok, denk ik, hé." (RCA)

"Wij gebruiken ICF eigenlijk helemaal niet, nee. Wel, ik ben het met u eens dat, hé, de kapstok van het biopsychosociaal model, dat zit bij iedereen ingebakken." (RCA)

"Dat ICF-model op zich gebruiken we niet, maar ik denk dat wij dan gewoon andere modellen zoeken die even goed recht doen aan die drie factoren of die drie domeinen." (OBC)

Het werken aan de hand van een vast kader kan binnen de teamwerking helpen om een **gemeenschappelijke taal** te creëren en om de communicatie naar andere organisaties en het cliëntsysteem te bevorderen.

"Het zorgt wel dat je een gemeenschappelijke taal spreekt, want dat is de sterkte van een ICF-kader, hé, dat is een gemeenschappelijke taal, iedereen weet ongeveer over wat dat je spreekt, of je nu logo bent, of een psycho, of een kine." (OOOC)

"Het gaat er vooral over als wij in team spreken en met ouders spreken en met de context spreken, spreken wij liever hetzelfde. En dat vind ik het belangrijkste in het ICF ook dat je terminologie kan opzoeken en kijken van als iemand zegt 'het is een slechte eter', gaat een psycholoog dat misschien anders begrijpen dan een kinesist, logopedist of de ouder of een gedragstherapeut en dat vind ik een belangrijke boodschap van zijn we over hetzelfde bezig en weten we waarover dat we spreken." (CAR)

Daarnaast geven de focusgroepen aan dat een dergelijk sjabloon helpend kan zijn, maar **geenszins een opgelegd kader of keurslijf** mag worden zodat de nodige flexibiliteit binnen de eigen werking kan behouden blijven. Bepaalde aspecten krijgen immers minder aandacht in het ICF-model,

waardoor deze sneller over het hoofd worden gezien wanneer het ICF gebruikt wordt als leidraad (bv. de ontwikkelingsgeschiedenis, seksualiteit, agressiehantering). Verder bestaat het risico dat als het ICF-model een keurslijf wordt, de flexibiliteit van de diagnosticus in het gedrang komt. Tot slot houdt het strikt hanteren van een ICF-kader ook het risico in dat aspecten worden onderverdeeld in de verschillende ICF-categorieën, zonder voldoende aandacht te besteden aan de onderliggende verbanden (cf. integratief beeld). Vanuit onder meer de CLB's en de CAR's wordt binnen dit kader aangegeven dat 'ICF core sets' niet gebruikt worden omdat het de blik terug verengt aangezien een 'ICF core set' reeds vertrekt vanuit een categoriale classificatie.

"Een core set houdt een risico in omdat je terug je blik verengt in het kijken naar je cliënt. Uiteindelijk kijk je naar je cliënt met een open vizier en mag je niet vertrekken vanuit een bepaald achterliggend denkbeeld van 'het zou misschien dit kunnen zijn'. Ik denk dat dat de reden is waarom dat core sets niet echt gebruikt worden binnen onze, of toch niet binnen ons centrum."
(CAR)

Samengevat kunnen we stellen dat alle deelnemende organisaties belang hechten aan 'breed kijken' tijdens het diagnostisch proces, binnen een multidisciplinair team. Het ICF-model kan hierbij helpen, maar ook andere methoden worden gehanteerd om een biopsychosociale kijk te waarborgen. Het is belangrijk om het ICF-model of andere sjablonen niet als keurslijf te hanteren binnen het diagnostisch proces om te vermijden dat bepaalde aspecten minder aandacht krijgen of over het hoofd worden gezien, zoals voldoende aandacht voor de ontwikkelingsgeschiedenis, de context of andere factoren die voor een specifieke doelgroep, leeftijd of finaliteit van het diagnostisch proces belangrijk zijn (seksualiteit, agressiehantering, positieve factoren, onderwijsondersteuningsnaden, etc.). Dit vergt een zekere flexibiliteit voor de werkingen, wat door een te strikte toepassing van bepaalde kaders belemmerd kan worden. Het gebrek aan expertise omtrent medische en biologische factoren, onder meer door de schaarste aan beschikbare (kinder- en jeugd) psychiaters, bemoeilijkt het in rekening brengen van het biologische luik. Ruimer wordt een gebrek aan tijd en middelen gezien als een belangrijke hindernis die een biopsychosociale visie onder druk zet. Het lijkt dan ook dat vooral structurele beleidsveranderingen nodig zijn om de organisaties verder te ondersteunen zodat een brede visie op diagnostiek blijvend gewaarborgd kan worden.

Idiografisch perspectief

"Dat lijkt mij zo een evidente ... Ik denk van daar kan je toch niet rond als je therapie met iemand wilt doen dat je minstens doorhebt van dat gaat hier om een uniek iemand." (GGZ)

"Ieder verhaal is altijd uniek." (OBC)

"Je hebt wel het verhaal gehoord, maar de vertaalslag gaat naar veralgemening." (DMW)

Binnen de focusgroepen is er duidelijk algemene consensus over het belang van het hanteren van een idiografisch kader waarbij het unieke van elke cliënt centraal staat. In eerste instantie wordt naar voor geschoven dat het **biopsychosociaal denken** en een **brede visie op diagnostiek** het hanteren van een idiografisch kader in de hand werkt.

"Ieder verhaal is sowieso uniek. Dus als dat uw vertrekpunt is, hoor je wel een uniek verhaal iedere keer." (CAR)

Daarnaast wordt in de verschillende organisaties ook in meer (COS, RCA, CAR) of mindere mate (OBC) de classificerende, categoriale diagnostiek naar voren geschoven als een belangrijk

onderdeel van het diagnostisch proces. Hoewel de aanwezigheid van classificerende diagnostiek sterk verschilt over de organisaties heen, heerst er wel algemene consensus dat **het nomothetische, classificerende steeds een idiografische weerslag en invulling** moet kennen. Een diagnose of label betekent immers voor iedereen iets anders. Waar het voor de één een geruststelling is of verbindend werkt, kan het voor de ander net heel bevreedend zijn. Vandaar dat het ook belangrijk wordt bevonden om afhankelijk van de specifieke casus te beslissen of categoriale, classificerende diagnostiek zinvol is of niet.

"Sommige mensen hebben daar net geen boodschap aan om daar een stempel op te krijgen. Voor de ene mens kan dat een geruststelling zijn." (OOOC)

"Ik denk dat dat eigenlijk al deels vevat zit in handelingsgerichte diagnostiek, hé. Wat heeft deze leerling in deze situatie nodig? Dus dan ga je altijd uit van de individuele situatie... en ik denk dat we niet noodzakelijk tot een diagnose komen, tenzij dat dat een meerwaarde heeft." (CLB)

"Ik denk dat je de afweging moet maken van welke ouders of welk kind of welke cliënt heb ik bij mij en hoever ga ik daarin om dingen allemaal te linken aan elkaar. Soms zijn ouders ook gewoon blij dat ze merken van er zijn stapjes vooruit en dat willen we. Dat is oké." (CAR)

Daarnaast wordt ook steeds gewezen op het belang dat, indien een categoriale classificatie of label wordt toegekend, dit ook steeds idiografisch moet gekaderd worden en dat elke cliënt een unieke invulling geeft aan het label of etiket dat gegeven of vermoed wordt.

"De kracht is bij ons vooral ook classificerende diagnostiek ook zo gaan benaderen. Je gaat het verhaal er achter zetten, dat op maat gemaakt verhaal, zelfs al heb je classificerende diagnostiek." (OOOC)

"... niet inderdaad gewoon zeggen van 'jij hebt autisme', 'autisme is dat'. Nee, 'hoe zien we autisme bij jou', 'wat wilt dat voor jou zeggen'. Dat is voor ons heel belangrijk, dat dat ook teruggekoppeld wordt aan dat kind." (RCA)

Die idiografische invulling is niet enkel van tel wat betreft de presentatie van de klachten. Het is ook uitermate belangrijk voor **het geven van gerichte, unieke, handelingsgerichte adviezen, op maat van de cliënt en in wisselwerking met diens unieke context**.

"Dat is een heel breed spectrum. Je neemt daar inderdaad een unieke plaats in en we zoeken naar wat dat betekent voor die persoon, in concreto, ook naar adviezen." (COS)

"... om zo te komen tot een advies dat haalbaar is. Dat is dan een advies op maat bijna. Elk gezin verschilt, elk kind verschilt, elke school verschilt. Ja, je kan wel uw lijnen hebben, maar oké, je moet dat dan toch concreet op maat invullen, want anders hebben die mensen daar niet zo veel aan." (COS)

"Dat we geen voorgekauwd iets op het adviesgesprek voorschotelen, maar dat het echt wel op maat van de cliënt en de omgeving gaat zijn." (CAR)

Vanuit vijf organisaties (CLB, COS, RCA, OBC, OOOC) wordt expliciet gewezen op **het ontschuldigend karakter van een classificerende diagnose**, zowel voor de jongere als voor de ouders. Een label kan helpen om een kader te creëren van waaruit de aanwezige klachten begrepen kunnen worden en biedt ook handvaten om met anderen in dialoog te gaan en zo ook

het begrip in de omgeving te vergroten. Reïficatie (d.i. het label wordt gebruikt als verklaring voor hetgeen waarvoor het label een naam geeft) blijft hier een duidelijk aanwezige valkuil.

"Het is niet 'ik ben druk, dus ik heb ADHD', het is ook niet 'ik heb ADHD, dus ik ben druk.' Dat niet. Maar het is wel zo, als je verschillende zaken samen ziet, die eigenlijk ook passen binnen de diagnostiek van ADHD, dat dat toch wel een verklaring is voor dat gedrag dat je ziet." (COS)

"Want als je dan nog altijd naar een neurobiologische of genetische verklaring moet zoeken, die gaan we niet altijd vinden. Meestal niet zelfs. Dus dan zouden ouders eigenlijk op hun honger blijven zitten. De verklaring is ASS." (COS)

"Ik heb zo wel een aantal voorbeelden en als je dan kunt zeggen van 'oké, maar we kunnen dat hier echt verklaren door autisme', dan is dat soms zo een opluchting voor die ouders. Dan krijgen zij ook educatie van 'je moet er zo naar kijken', 'dat kan je doen'. Dat heeft echt wel al terug voor verbinding gezorgd." (OOOC)

"Het wordt vaak als iets verklarend aanzien vind ik, door veel mensen zo van, hé, van zodra er een classificatie is of een diagnose: 'Ah voilà, we weten het. Het komt daardoor en we kunnen allemaal stoppen. We hebben het gevonden.'" (OBC)

Een potentieel risico dat bij reïficatie optreedt, is dat het cliëntsysteem een eerder passieve positie gaat innemen ten aanzien van de ervaren problemen of dat de verantwoordelijkheid wordt afgeschoven op een niet-veranderbare, medisch-biologische aandoening. Zoals echter ook vanuit onder meer de CLB, COS en RCA focusgroepen getuigd wordt, is het niet zo omdat een problematiek binnen het biologisch luik zou kunnen kaderen, dat er geen oplossingen in het psychosociale kunnen gevonden worden of dat er geen verantwoordelijkheid kan opgenomen worden om aan de slag te gaan met de ervaren moeilijkheden.

"Of dat je daar nu een grote biologische factor hebt of niet, de oplossing ligt altijd in het psychosociale." (CLB)

"Naar jongeren toe kan het [label] misschien ook een beetje beperkend zijn soms, hé, of dat het dan ook zoiets is waar dan alles aan wordt toegekend." – "Ik kan het niet, want ik heb autisme." (RCA)

"Het is voor jongeren soms heel belangrijk om te weten van 'hoe noemt dat nu wat ik heb?', 'Waarom heb ik dat nu allemaal nodig?' Een diagnose kan voor hen dan ook wel een stuk ontschuldigen, in de zin van: 'Ah ja, oké, ik ben daar mee geboren. Oké, ik heb de verantwoordelijkheid om daar iets mee te doen, maar het kadert voor mij wel het één en ander en het kader helpt ook wel en stuk vooruit en kan ook wel een zekere verklaring bieden van oké, daarom heb ik dat nodig.'" (COS)

Temeer gegeven deze valkuilen, kaarten sommige deelnemers aan dat classificerende diagnostiek vaak niet nodig is om aan handelingsgerichte diagnostiek te doen. Desalniettemin wordt vaak ingegaan op de vraag naar classificerende diagnostiek of wordt classificerende diagnostiek overwogen omdat er een sterke **druk wordt ervaren van buitenaf om aan classificatie te doen**. Die druk wordt ervaren vanuit verschillende actoren: ouders, school, consulenten, verwijzers.

"Je moet dat label niet hebben om te handelen. Dus ik denk dat voor ons labels niet belangrijk zijn in onze aanpak, maar ze kunnen soms belangrijk zijn om iets te bekommen." (CLB)

"Moest je geen diagnose nodig hebben als toegangspoort, dan zou je veel meer handelingsgericht in plaats van een etiket." (RCA)

"Je voelt je soms wel onder druk gezet want ouders willen iets weten of doorverwijzers moeten iets weten of scholen, ja!" (OBC)

"HGD is wel heel goed gekend tussen de hulpverleners, maar beantwoordt niet altijd aan de vraag van verwijzers. De verwijzer kan zelfs ook de ouder zijn. Dus zelfs een ouder die zegt 'nee, ik wil toch een diagnose', of een consulent of een school." (OOOC)

Bij sommige van deze verwijzers, kan die druk enigszins ontmanteld worden door op zoek te gaan naar **de vraag achter de vraag**.

"We komen ook wel tegen dat mensen ofwel naar een specifiek advies vragen ofwel naar een diagnose vragen van 'ik wil weten heeft mijn kind OCD [Obsessive Compulsive Disorder]', bijvoorbeeld. Dan gaan we dat proberen ontmantelen naar de uniciteit van dat kind, van 'wat maakt dat je met die vraag komt, waar maak je je zorgen om?' En dan merk je dat dat vaak veel meer gaat over 'ik maak me zorgen over een aantal problemen waarvan dat ik niet weet hoe ik er mee moet omgaan' en veel minder gaat over 'ik wil hier per se dat stukje van een label.'" (CLB)

Moeilijker is echter wanneer classificerende diagnostiek écht nodig is om **bepaalde deuren te laten opengaan** voor bepaalde hulpverlening die vanuit een handelingsgerichte optiek nodig wordt geacht. Een belangrijke factor die in alle organisaties aan bod kwam, is het beleidsmatig opleggen van noodzakelijke labels of etiketten om toegang te krijgen tot bepaalde zorg.

"Ik voel mij soms onder druk gezet in de diagnostiek omdat een kind geen kant op kan wanneer dat er geen label is." (COS)

"Het is ook een beetje jammer, vind ik, dat een kind per se een etiketje moet krijgen om beroep te doen op hulpverlening. Ik vind dat eigenlijk op zich al iets wat je in vraag kunt stellen." (CAR)

"... om zo écht de juiste hulp of deurtjes te laten opengaan voor die kinderen." (OOOC)

"Heel het stuk waarbij dat classificatie belangrijk is voor toegang tot een bepaalde mate van zorg waardoor dat je eigenlijk soms in een beetje een perverse situatie terechtkomt... dat zet druk op het toekennen van diagnoses... Als je dat niet hebt, dan is men niet bereid om bepaalde zaken te gaan doen en dat is ook de reden waarom dat er zo lang mensen zo op zoek zijn geweest naar labels." (CLB)

De druk die ervaren wordt binnen de organisaties om aan classificatie te doen om de juiste hulpverlening mogelijk te maken, zorgt in sommige gevallen en complexe situaties voor **ethische dilemma's** waarin de hulpverlener liever een afwachtende houding zou hebben aangenomen of helemaal geen diagnose had willen toekennen.

"... en qua diagnostiek misschien niet een heel duidelijk beeld heeft en waarvan dat je zou zeggen 'idealiter geven we nog tijd, wachten we af,' maar ondertussen kan niemand verder... omdat er geen label is. En dat spanningsveld vind ik soms heel moeilijk om binnen te werken." (COS)

"... de complexe casussen waarbij dat je met een leerling zit met een heel complexe problematiek waar dat bijvoorbeeld er eigenlijk niet direct een label op kan geplakt worden. Je hebt soms situaties waarbij dat ik heel goed begrijp dat er daar geen label op wordt geplakt omdat het

gewoon diffuus is, terwijl dat dat wel eigenlijk nodig is om te kunnen gaan toegang hebben tot onderwijs of tot bijkomende zorg en dan kom je, ja, in omgekeerde situaties terecht.” (CLB)

Focus op de meer classificerende diagnostiek leidt tot een vlottere **doorstroom van patiënten**, hetgeen gezien de huidige wachtlijsten voor verschillende organisaties soms primeert. Desalniettemin komt vanuit verschillende focusgroepen ook de bedenking dat de druk om te classificeren tijd en ruimte wegneemt om te focussen op het unieke van de casus en om de cliënt in al zijn facetten en contexten te leren kennen. **Tijd en middelen** zijn immers een schaars goed dat ook ruimer wordt ervaren als een hindernis om een idiografisch kader te kunnen hanteren.

“Die dingen zijn soms wel een ballast omdat je dan toch dingen moet doen waarvan dat je denkt ‘dat is misschien in het proces nu niet noodzakelijk en we hadden tijd anders kunnen besteden’ – het is op zich niet het cruciale element om hulp of de therapie te bepalen.” (CAR)

“Mocht je die regelgeving niet hebben, zou je misschien bepaalde testen niet gaan afnemen en meer de focus op iets anders leggen. Dus dat maakt dat je het minder uniek kunt maken.” (CAR)

“Het tijdsaspect. Ik denk dat je dat allemaal wel wilt doen, maar je hebt heel beperkte tijd en het aantal huisbezoeken dat je moet halen, dus je kan niet altijd of daar altijd op focussen of daarmee rekening houden.” (DMW)

“Misschien heeft het te maken inderdaad ook zo weer de tijd. Dan ken je uw cliënten wel echt doorheen de tijd en doorheen heel veel domeinen, in al hun nuances. – Bijna alle facetten van de cliënt zijn leven en de verschillende domeinen kom je op een bepaald moment wel mee in contact, hé. We zeggen ook vaak van de eerste observatieperiode, dat geeft een beeld, maar heel vaak is het pas na een jaar dat je ze toevallig in al hun facetten. Cliënten kunnen ook iets wegsteken, hé. Zij zijn meester in het camoufleren van, maar door de duur dat je hebt en de tijd dat je soms hebt... komt dat toch terug naar boven.” (OBC)

Over het algemeen kunnen we besluiten dat binnen het diagnostisch landschap een idiografisch perspectief wordt gehanteerd, waarbij de klachten van de cliënt binnen een ruimere en unieke context worden geplaatst. Echter, het belang van het idiografisch perspectief wordt nog te vaak in de schaduw geplaatst van een classificerende aanpak, die dikwijls vereist is om bepaalde zorg toegankelijk te maken. Niettegenstaande dat classificerende diagnostiek niet het doel of de focus is van handelingsgerichte diagnostiek, kan het wel een zinvol onderdeel zijn. Het blijft echter belangrijk dat steeds individueel de afweging wordt gemaakt of classificerende diagnostiek een meerwaarde kan bieden, en dat de aanwezige problematiek of de aanwezige klachten steeds worden begrepen in de unieke context van de cliënt. Een idiografische insteek blijft dus cruciaal. Om kwaliteitsvolle diagnostiek verder te promoten en te bevorderen, kan het zinvol zijn om vanuit het beleid en externe diensten minder directe eisen te stellen naar classificerende categorieën (labels/etiketten) zodat diagnostiek meer bottom-up, vanuit de hulpvraag of noden van de cliënt, vorm kan krijgen.

Holistisch beeld

“Wij gebruiken dat heel intensief. Dat is ook de leidraad.” (OOOC)

“Dat is toch een werkpunt.” (CAR)

In zes organisaties (GGZ, OOOC, COS, CAR, RCA, OBC) wordt, binnen de bevraging naar hoe het integratief beeld vormt krijgt binnen hun werking, onmiddellijk verwezen naar het multi- of

interdisciplinair **teamoverleg** waarin de informatie die door de verschillende disciplines werd vergaard, wordt samengebracht. In de OBC focusgroep wordt gesteld dat, ondanks dat iedere discipline vertrekt vanuit zijn specifieke expertise, men streeft naar een **gemeenschappelijke taal** via het model of kader dat gekozen wordt om tot een integratie van de informatie te komen.

"... ook al heeft iedere discipline zijn expertise in welk model dat je dan ook kiest of welk kader dat je dan ook kiest, maar tegelijkertijd moet er wel een gemeenschappelijkheid zijn om dan, inderdaad, zoals er ook in de richtlijnen stond, hé, te komen tot die integratie. Allee, dat zijn nu de volgende stappen, hé, om tot die integratie te komen. Als je elkaar dan begrijpt en eigenlijk echt kunt gaan puzzelen. Dat is een aha-moment, dat uw puzzel zo gelijk klopt... En iedere discipline heeft zijn... Maar als je dan samen kunt puzzelen en tot een gemeenschappelijke taal kunt komen, dan heeft dat een surplus in kracht ook wel en in bruikbaarheid en naar efficiëntie. Dus dat vind ik wel iets waar wij over de jaren heen steeds meer proberen op inzetten van hoe hanteren we bepaalde modellen... en hoe lijmt dat allemaal aan elkaar... Dat vraagt inzet binnen uw organisatie om tot die gemeenschappelijke taal te komen en natuurlijk elke keer binnen een diagnostisch proces ook zeer individueel gaan beginnen puzzelen." (OBC)

De focusgroepen geven aan dat er **verschillende modellen gehanteerd worden** om informatie over de cliënt te organiseren of te bundelen. Het ICF-kader staat binnen sommige werkingen centraal om informatie te structureren (CLB, CAR, COS). Andere modellen die gebruikt worden zijn het dialoogmodel (GGZ), het faceogram of neurosequentieel model (OBC), de zelfdeterminatietheorie, het visogram, het fundamentele nodenmodel (OOOC) of een zelfgemaakte checklist (COS). Er worden ook verschillende manieren naar voren geschoven om het integratief beeld te representeren. Sommige werkingen visualiseren het integratief beeld aan de hand van pen-en-papier; anderen via een computerprogramma of zelfs aan de hand van duplopoppen. Daarbij schuwen werkingen in mindere of meerdere mate een overdaad aan pijlen om verbanden aan te duiden. Anderen hanteren verschillende kleuren om positieve en negatieve invloeden aan te tonen en nog weer anderen werken zonder visualisatie en integreren de informatie vooral verbaal of in de vorm van een uitgeschreven tekst.

Belangrijk om hierbij te vermelden en wat ook duidelijk blijkt uit voorgaand arsenaal aan mogelijkheden om aan integratie te doen, is dat sterke onderlinge verschillen aanwezig zijn. Elke werking of organisatie lijkt zo zijn **eigen model** of manier te hebben om informatie te integreren. Sommige werkingen geven aan vooral nog sterk **zoekende** te zijn naar een model of manier om aan de slag te gaan met de veelheid aan informatie uit verschillende informatiebronnen en disciplines. Vorming of opleiding over *mogelijke* uitwerkingen van een integratief beeld wordt naar voren geschoven als een potentieel waardevol hulpmiddel. Alleszins heerst er consensus dat het integratief beeld **geen keurslijf** mag worden en dat geen vooropgestelde structuur mag opgelegd worden van bovenaf. Naast de flexibiliteit die nodig is om een brede visie op diagnostiek te kunnen garanderen (cf. pijler biopsychosociaal model), is er ook het belang van de affiniteit van de diagnosticus die een model genegen moet zijn om enerzijds geëngageerd te zijn ermee aan de slag te gaan, maar ook bijvoorbeeld om iets over te brengen naar cliënten.

"Het idiografische past misschien niet helemaal binnen een integratief beeld omdat je inderdaad net die hokjes hebt en dat je zo individueel en zo uniek wilt kijken, past het er soms niet meer in." (OOOC)

"Ook afhankelijk van de eigen visie van de hulpverlener, hé, want van daaruit hebben wij ook geleerd om niet één model aan te bieden, maar keuze te laten tussen verschillende modellen." (GGZ)

"Ik vind dat een goeie insteek, want dat is misschien ook een beetje een vraag van verschillende tools die hetzelfde doel hebben, dat die zo een beetje kunnen aangepast worden naar stroming en affiniteit van de therapeut. Want de therapeut moet ermee aan de slag. Als het hem niet ligt, gaat het ook niet overkomen bij de cliënt en ik vond het wel een goede opmerking van dat we verschillende instrumenten kunnen aanbieden om hetzelfde te bereiken." (GGZ)

In de manier waarop het integratief beeld wordt beschreven in de focusgroepen, blijkt duidelijk dat 'alles' wel aan bod komt, er verschillende bronnen van informatie worden geraadpleegd en beschreven, maar dat er vaak **te weinig ruimte is om relaties in kaart te brengen**. Het verslag of elektronisch dossier vormt in verschillende organisaties het vertrekpunt voor het integratief beeld. Zo wordt ook vaak verwezen naar het ICF-kader of biopsychosociaal model als garantie voor het integratief beeld. Echter wordt hier vaak slechts ingegaan op de afgebakende categorieën en veel minder op de interacties tussen de categorieën en de elkaar beïnvloedende mechanismen.

"In elk elektronisch patiëntendossier zit er een behandelplan. Dat moet ook ingevuld worden. Dus daar wordt die integratie gemaakt van alle... verschillende aspecten komen aan bod." (GGZ)

"Mij interesseert het wel, want ik denk, ons behandelplan is iets beperkter dan dit. Zo alle pijlen een keer samenbrengen, dat het volledige geheel in beeld wordt gebracht en de onderlinge relaties ervan analyseren of in kaart brengen. Het behandelplan, ja, is daar een beetje een afkooksel van." (GGZ)

"Als je daarmee wilt werken, met een integratief beeld, moet je inderdaad pijlen trekken en verbanden gaan zien en de manier waarop dat ICF nu genoteerd wordt, is heel erg onder mekaar. We zijn eigenlijk al lang aan het lobbyen om ervoor te zorgen dat er in het registratiesysteem inderdaad meer een soort van integratieve weergave is." (CLB)

"Ik denk dat wij dat echt nog te weinig doen als ik dat zo zie staan. Wij hebben ons verslag en dat is in puntjes opgebouwd op basis van het ICF-schema... De onderzoeksresultaten van de logo, van de ergo, van de kine, van de psycho. Maar zo het verklaringmodel doen wij wel nog te weinig als ik dat zo hoor." (CAR)

Er wordt expliciet naar voren geschoven dat de focus vaak **vooral blijft hangen op het onderkende, beschrijvende niveau** ('wat') **en het verklarende luik** ('waarom' – 'waaruit') **minder aandacht krijgt**.

"... merken wij vooral zo in het diagnostisch proces dat wij zo heel erg op de onderkenning, zo het 'wat' bezig zijn, maar zo wat ligt er allemaal onder. Dat we dat merken van dat eerste neemt al zo veel tijd en we zitten met al zo een beperkte tijd van twee maanden, dat we daar, merken we dat is iets waar we dan mee worstelen, hé." (OOOC)

Voor verschillende organisaties wordt het als een moeilijkheid ervaren **om de essentie te puren uit de veelheid aan informatie** die verzameld werd. Het kan helpen om de clustering van informatie te laten vertrekken vanuit de vraag van het cliëntsysteem (CLB). Ook classificerende diagnostiek kan hierin een rol spelen en verbanden blootleggen. Naast sjablonen en modellen om informatie op een beschrijvende manier te ordenen, zijn ook *theoretische modellen nodig* om (wetenschappelijk) onderbouwde, verklarende verbanden te kunnen leggen en onderliggende mechanismen bloot te leggen (OOOC). Een bijkomende en belangrijke verklaring waarom het integratief beeld zijn volle potentieel niet bereikt, is **het gebrek aan tijd en middelen** (GGZ, OOOC, RCA, OBC) om de puzzel van het integratief beeld gedegen te leggen.

“Tijdsgebrek om iets deftig te kunnen bespreken. Zeker op het kinderteam, is het meestal dat we niet voldoende tijd hebben om dat zeer uitgebreid te bespreken. Dan moeten we keuzes gaan maken wat is belangrijk en wat geeft het brede beeld om tot iets deftigs, om toch tot een bepaald behandeldoel te kunnen komen.” (GGZ)

Omgekeerd zien we dat in die werkingen waarin de tijd wel gegeven is om hierop in te zetten, zoals in sommige OOOOC's en OBC's, de medewerkers duidelijk de vruchten kunnen plukken van hun werk.

“De meeste OOOOC's werken met een voorlopig integratief beeld en daar wordt de hele tijd aan gebouwd, aangepast en een aantal ijkpunten doorheen het diagnostisch proces om te kijken en aan te vullen; welke relaties moeten we onderzoeken om daar een uitspraak over te kunnen doen. Dus eigenlijk van dag 1 begin je eigenlijk uw integratief beeld te vormen.” (OOOC)

“Als je dat deftig wilt doen, dat vraagt sowieso tijd en dat brengt dan ook wel op, maar dat vraagt tijd om dat deftig te doen. Zeker dat integratief beeld dan echt gaan creëren en alle puzzelstukken zo op de juiste plaats leggen. Dat vraagt echt wel wat tijd.” (OBC)

Voldoende tijd investeren in het uitwerken van een degelijk integratief beeld, waarin ook aandacht is voor verklarende mechanismen, is dus cruciaal om een kwaliteitsvol diagnostisch proces te doorlopen. Het integratief beeld wordt daarnaast vaak aangehaald als **een handige tool om te gebruiken in de communicatie met cliënten**, waardoor de kwaliteit ervan gegarandeerd moet worden. Het integratief beeld kan niet alleen een manier zijn om cliënten of hun context te informeren omtrent de aard van de problematiek en de dynamieken die spelen, steeds op maat van de specifieke cliënt, maar ook om adviezen te kaderen die de cliënt kunnen motiveren om er daadwerkelijk mee aan de slag te gaan.

“Zoiets schematisch, voor ouders, kort, krachtig, zou wel een hulpmiddel zijn, denk ik.” (CAR)

“Maar ik denk dat dat gebeurt als het nodig is naar motivatie toe, als ouders vragen stellen. Maar ik weet ook niet of dat altijd nodig is, omdat dat de complexiteit soms wel groter maakt en dat dat voor ouders soms ook wel belastend is. Ik denk dat je de afweging moet maken van welke ouders of welk kind of welke cliënt heb ik bij mij en hoe ver ga ik daarin om dingen allemaal te linken aan elkaar.” (CAR)

“Het is ook nog een beetje zoeken voor wie maken we dat integratief beeld, want ik heb het wel al met jongeren besproken, maar soms vinden ze dat wel confronterend. Ik heb het ook gewoon al weggelaten, dat ik het gewoon in woorden of zelfs een keer tekenen dan dat ik echt de afgeprinte versie aan de jongere toon.” (OOOC)

“Het geeft ook wel gespreksmateriaal of een methodiek om met ouders, met de context in gesprek te gaan en om de dingen die je vaststelt helder te krijgen naar de ouders toe. Want uiteindelijk zijn zij. Of naar leerlingen of naar leerkrachten. Want het zijn zij die dan eigenlijk die adviezen verder moeten opvolgen. En dan is het belangrijk om dat wat je vastgesteld hebt te kunnen omzetten naar concrete taal.” (CLB)

“Ik nodig cliënten ook altijd uit van: ‘Kijk, ik ken jullie ondertussen al zo lang, maar jullie kennen ons even goed. Dus met andere woorden, wij hebben ergens geprobeerd om een beeld, een integratief beeld te creëren.’ Ik nodig ze ook altijd uit om daarover in dialoog te gaan en dat als werkinstrument te gebruiken... om dat in dialoog, echt bespreekbaar te maken in een wederkerig gesprek. Dat geeft het meeste kans op slagen om dat, vooral als basis en als werkinstrument te

gebruiken, dynamisch te gebruiken om vooral daarna uw interventie ook af te stemmen en engagement ook wel te vragen van 'laten we dat samen doen.'" (OBC)

Samengevat kunnen we stellen dat de integratie van informatie over de verschillende disciplines heen logischerwijs tijdens een (interdisciplinair) teamoverleg gebeurt. Minder evident is het overstijgen van het beschrijven van de informatie over de verschillende disciplines heen en te komen tot een doorgedreven clustering van de gegevens waarin dynamieken en verklarende mechanismen een plaats krijgen. Het holistisch beeld en de verslaggeving vormen in veel organisaties twee zijden van eenzelfde medaille. De manier waarop het verslag is opgebouwd, vormt het skelet om de informatie over disciplines te ordenen, structureren en integreren. Het is echter ook een mes dat langs twee kanten snijdt. Zo blijkt dat de invulling van een integratief beeld, mede omwille van de verslaggeving waarin informatie in afzonderlijke vakjes wordt ingevuld, vaak blijft hangen op het beschrijvende niveau, met minder aandacht voor onderlinge relaties. Naast structuren en sjablonen om informatie te bundelen, is er ook nood aan theoretische modellen om voorbij de onderkende/beschrijvende diagnostiek eveneens meer verklarende mechanismen bloot te leggen. Het ontbreekt de organisaties echter vaak de nodige tijd om een dergelijke puzzel te leggen. Het belang van een degelijk integratief beeld kan echter niet onderschat worden. Het biedt een team niet alleen de gemeenschappelijke grond om de problematiek van een casus te begrijpen en tot een gedegen advies te komen. Het biedt ook concrete handvaten om het cliëntstelsel te informeren over, en te betrekken in het diagnostisch proces. Vanuit verschillende focusgroepen rijst bijgevolg de vraag naar opleiding en vorming over het holistisch beeld.

Participatie

"Als de patiënt naar een chirurg gaat, gaat die ook niet zeggen aan de chirurg hoe dat hij moet opereren, hé." (GGZ)

"Want ik denk dat de pijler, hé. Hij is vooral opgesteld vanuit het idee van 'je moet u niet als expert opstellen en je moet plaats geven voor uw cliënt en voor de mening en het idee van de cliënt', maar wat als dat niet zo gemakkelijk gaat? Wat als ze geen mening hebben of de school hen heeft doorgestuurd? Hoe kun je dat toch bevorderen als dat moeilijk is?" (CAR)

Over het algemeen werd over de focusgroepen heen besloten dat **participatie** binnen het diagnostisch proces ontzettend belangrijk is, maar omwille van allerhande moeilijkheden en obstakels **niet altijd voldoende aandacht** krijgt.

"Dat is een mooi begrip, denk ik, maar in de realiteit denk ik niet dat we er altijd de juiste aandacht aan besteden." (CAR)

Participatie is een paraplubegrip waaronder verschillende belangrijke aspecten van het betrekken van de cliënt en het cliëntstelsel vallen. In eerste instantie wijzen vijf focusgroepen (OOOC, CLB, DMW, OBC, COS) op het belang van een **transparant voortraject** waarin de cliënt *heldere informatie* krijgt over het traject dat zal worden gelopen en waarin er een *vertrouwensband* kan worden opgebouwd om het traject verder te kunnen zetten. De focusgroepen wijzen erop dat het voortraject meer aandacht verdient en dat hierin ook een rol is weggelegd voor verwijzers die momenteel niet altijd duidelijk communiceren welke volgende stappen gezet zullen worden.

"Alle zorgen moeten transparant op tafel liggen, want anders kunnen wij niet samenwerken. Die [consulenten] moeten al samen met de ouders, met de jongere, dan moet dat daar besproken kunnen worden en dat zit ook op participatie, dat de consultant zijn of haar zorgen daar kan leggen en de mama dan kan zeggen: 'Goed, maar ik ben daar niet mee akkoord.' Ook dat is voor

ons participatie. Dan kan je een proces aangaan met die mensen. Maar dat stukje voorbereiding van dat gesprek is wel nodig om dat te kunnen doen lukken.” (OOOC)

“Ik denk dat cliënten dat soms op voorhand te weinig weten waarom ze naar een OBC of naar een. Niet alleen vanuit jeugdrechtbanken, maar ook algemeen vanuit verwijzers, dat dat niet genoeg doorsproken is, dat een dialoog voorop gesteld wordt. Dus ik denk dat daar nog wel een nood zit van, in doorverwijzingen dat duidelijker, scherper te kunnen krijgen dat dat het doel van een OBC of van diagnostiek en behandeling is of van ambulante diagnostiek. Ik vind dat dat voor hen soms te vaag blijft.” (OBC)

“... of als je niet alles bevroegd hebt in een intake, kun je heel gemakkelijk nadien zeggen: ‘Ik heb daar of daar nog geen zicht op. Ik zou je nog een keer willen zien om wat meer zicht te krijgen op de motoriek’, bijvoorbeeld. Maar je kan moeilijk teruggaan als je eigenlijk slecht begonnen bent met uw vertrouwensrelatie (ja, dan kan je het vergeten).” (CLB)

“Mag ik daar even bij aanvullen? Want ik denk dat dat iets is waar dat wij ook voor een extra grote uitdaging staan, rond die participatie, is dat wij één of twee contacten hebben met onze cliënt om ons dossier op te maken en wij moeten ook maar verwachten dat die mensen inderdaad zich onmiddellijk open en bloot willen geven, dat die tegen een wildvreemde moeten vertellen van ‘ik zie het eigenlijk niet meer zitten om de zorg op te nemen’, ‘ik kan eigenlijk niet genieten van mijn kind’. Ik heb een mama die dacht van ‘soms denk ik eraan voor hier een familiedrama te veroorzaken’. Allee... Zeg je zoiets in één of twee contacten tegen een wildvreemde?” – “Je hebt inderdaad heel weinig tijd om die vertrouwensrelatie op te bouwen, hé.” (DMW)

“Ja, en ook zorgen voor maximale veiligheid van uw kind, hé, dat het kindje zich veilig voelt... Ook wel vragen van ‘hoe voel jij je nu?’ en ‘vind je het leuk om naar hier te komen? Wat denk je dan? Weet je waarom dat je komt?’ We proberen daar ook wel een beetje duidelijkheid rond te scheppen, een kader rond te scheppen en niet in het wilde weg vraagjes beginnen stellen.” (COS)

Daaraan gerelateerd wordt participatie ook ingevuld als **het bevragen van de verwachtingen (in de intakefase)**.

“Wat bij ons in de intake ook heel erg belangrijk is, is dat we echt expliciet wensen en verwachtingen gaan bevragen om ook te kunnen gaan aangeven, om te kunnen gaan afstemmen wat dat jullie van ons verwachten, is dat inderdaad dat wat wij kunnen bieden? Want vaak komen bijvoorbeeld mensen met een heel specifieke vraag en moet je eigenlijk op zoek naar de vraag achter de vraag en de verwachtingen van wat als je dat nu zou weten, wat zou dat dan betekenen om ook te kunnen een goed antwoord geven op de vraag die gesteld wordt.” (CLB)

“Ik denk, ja, dat je bij uw intake daar zeer veel aandacht aan besteedt van ja, wat is uw motivatie om tot hier te komen, uw hulpvraag.” (RCA)

Uit de analyse van de data blijkt dat participatie daarnaast vooral ingevuld wordt als **transparantie over het (diagnostisch) proces** (OOOC, OBC) en het **terugkoppelen van adviezen** (GGZ, OOOC, COS, CAR, RCA). De betrokkenheid van de cliënt beperkt zich dan tot **geïnformeerd worden en de mogelijkheid hebben om te reageren**. Dit betekent dat de **regie niet bij de cliënt** of diens context wordt gelegd, maar bij de betrokken hulpverleners blijft.

“Ik ben daar wel altijd zeer transparant in naar mijn cliënten. Dan zeg ik dat: ‘Jongens, ik ga dat hier op papier zetten, maar weet dat dit afbreuk doet aan uw verhaal, maar dit is in functie van.’” (OBC)

“Wij vragen van ‘herken je dat?’, maar het is niet zo dat we zelf gaan vragen ‘wat zou hier nu aan de hand kunnen zijn?’ Wij zeggen ons verhaal en we vragen wel van ‘wat herken je en wat herken je niet?’, maar ja. We vertellen het in plaats van. We delen het mee, ja.” (OOOC)

“Bij het adviesgesprek. In de richtlijn staat het hier ook omschreven als iets dat wederzijds is, dat is wel bij ons nog vaak eenrichtingsverkeer, hoe wij als hulpverlener ons advies geven. En oké, de ouder of het kind of gelijk wie kan daarmee akkoord gaan of kan daar niet mee akkoord gaan, uiteraard kan dat onderhandeld worden, maar dat blijft toch wel vaak dat wij het advies, ja, geven.” (CAR)

“We kunnen wel iets adviseren, maar we toetsen het wel af in hoeverre dat zij daar... Ja, we kijken altijd naar de visie van de ouders ook.” (RCA)

Uit sommige focusgroepen blijkt het idee van *samen beslissen* vaak pas in de behandelfase aan de orde te zijn, waarbij de cliënt, en vaak vooral de ouders, mee kunnen bepalen waar de focus ligt of welke stappen eerst worden gezet (GGZ, CAR). De vraag rijst dan: **‘hoe kunnen we de cliënt meer regie geven?’** in het diagnostisch proces (OOOC).

“Waar zitten wij vooral nog echt mee te worstelen, bij ons intern dan, hoe dat wij diagnostiek doen, is dat wij zo al een tijdje ook wel aan het nadenken zijn over hoe kunnen wij zo ook ouders en jongeren meer regie geven in het proces zelf, waar dat wij nu soms nog wat in de expertrol geduwd of gezet worden of dat we dat zelf opnemen, maar hoe kunnen we dat ook veel meer samen?” (OOOC)

“Maar sommige ouders plaatsen je echt wel in die expertpositie, van ‘ja, jullie zeggen wat we moeten doen en mijn kind zal hier wel altijd aanwezig zijn’ en dat vinden wij wel moeilijk om dan die ouders, ook die ouders, ik zal het zo zeggen, mee te betrekken in de rest van het proces.” (CAR)

Binnen meerdere focusgroepen (GGZ, OOOC, OBC, DMW, CAR) maakt men de bedenking dat het belangrijk is dat een **zekere mate van expertise bij de diagnosticus blijft liggen** gezien de kennis en kunde van waaruit de werking de vraag van de cliënt tracht te beantwoorden. De vraag verschuift dan naar *“hoe ver ga je daarin en vanaf wanneer spreek je van participatie?”* (GGZ) Dit omhelst een belangrijke **evenwichtsoefening** en de vraag naar **wie nu eigenlijk de expert is, de cliënt of de diagnosticus?**

“Je moet inderdaad naar uw cliënt luisteren en dat verhaal opstellen en samen aftoetsen, maar wanneer dat het gaat over wat werkt en wat kan een goede behandeling zijn voor die problematiek, vind ik wel dat we een stuk moeten blijven ook naar onze expertise kijken en het is een voorstel dat je doet aan uw cliënt, en uw cliënt kan dat weigeren, maar ik vind dat wij ook wel een stuk moeten vasthouden aan we weten uit de literatuur dat dat werkt en we zouden dit willen proberen. Het is soms heel zwart-wit, hé, alles voor de cliënt en volgen, maar ik vind dat wij daar eigenlijk ook wel nog altijd in onze expertise ook moeten blijven staan, omdat de cliënt daar minder zeggenschap in heeft.” (GGZ)

“Wij gaan net zeggen: ‘Wij weten het ook niet, hé.’ Ik denk dat wij op onze intake, heel duidelijk dat samen zoeken naar, we weten het ook niet, wij kennen jullie nog niet, jullie weten hoe dat het functioneert, zo dat heel hard.” (OOOC)

“Ik vind dat in het OOOC juist, soms moet ik bij mijn teams ook de andere kant bewaken, allee, en uw bias, omdat je er zo mee inzit, met de cliënten bezig bent, zo hun verhaal, hun perspectief, hun

betekenis, dat is belangrijk en goed, maar wij voegen wel iets toe. Ze komen ook juist een stukje voor onze professionele, andere, multidisciplinaire kijk.” (OOOC)

“Wij zeggen dat ook: ‘Jij bent expert van uw kind, maar wij zijn nog altijd de expert in de pathologie.’ Wij kennen nog altijd meer van autisme, van ADHD, dan u dat kent en het is door uw kennis samen te leggen, dat je een mooi proces maakt, hé. Maar in het begin was daar bij ons ook veel discussie van mogen we nu alleen nog maar doen wat de ouders, hé. Dat is natuurlijk niet zo. Dat is een dialoog, een wisselwerking, en je moet elkaar daarin vinden.” (CAR)

“Participatie kan maar tot op een bepaalde hoogte gaan... Ik wil gewoon ook aangeven van we proberen wel maximaal in te zetten op participatie en toelichting en informeren, maar bij sommige cliënten kom je zowel bij ons, maar ook misschien in een CAR of dergelijke zaken, op een punt dat je wel een keer een totaal verschillende visie kunt hebben.” (DMW)

“Ik nodig de cliënten ook altijd uit om daarover in dialoog te gaan en dat [integratief beeld] als werkinstrument te gebruiken, hé. En meestal hebben ouders daar toch wel echt nog een aanvulling in en dan doe ik dat ook wel. Dan pas ik dat nog een beetje aan, ook niet altijd (lacht). Euhm, maar als dat een groot verschil is, dan laat ik dat verschil ook gewoon bestaan, maar ik nodig vooral cliënten ook wel uit om dat in dialoog, allee, echt bespreekbaar te maken en een wederkerig gesprek. Dat geeft dan de meeste kans op slagen om dat vooral als basis en als werkinstrument te gebruiken, dynamisch te gebruiken, om vooral daarna uw interventie ook af te stemmen en ook wel, hé, een engagement te vragen van laten we, wat gaan we dan samen doen. Dat het niet iets is van ons naar hun kind, maar dat zij ook iets doen en dat dat kind ook iets doet en dat we dan eigenlijk beetje een samenwerkingsplan hebben, en een behandelplan dan uiteindelijk, hé, ja.” (OBC)

Vanuit de richtlijn wordt naar voren geschoven dat in de verhouding tussen cliënt(systeem) en diagnostisch team inderdaad een zekere machtsbalans aanwezig is, waar vooral bewust en op een ethische manier mee moet worden omgegaan. Binnen de focusgroepen wordt **de cliënt vooral ervaren als belangrijke bron van informatie**, eerder dan een partner die – in de mate van het mogelijke – mee de touwtjes in handen neemt. Bovendien blijkt dat het **vooral de ouders** zijn die als expert worden beschouwd over de problemen die aanwezig zijn bij hun kind. Ouders worden bevraagd over de problemen of worden soms uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek omdat het waardevolle diagnostische informatie oplevert.

“... ouders mee betrekken in het vinden van herstelopdrachten, huiswerk indien mogelijk geven aan het kind of zorgmomenten inbouwen waar dat ze mee bepalen als ze ziek zijn... zo maximaal mogelijk de zorg laten opnemen door de ouders, geeft voor ons een schat van diagnostische informatie.” (OOOC)

“Dat is de manier waarop we onderzoek doen, betrekken van ouders bij onderzoek van kinderen, ‘houd uw kleine een keer vast, doe jij een keer, misschien kan jij ervoor zorgen dat hij dat prentje benoemt en dat hij dat blokje’. Wij gaan dat eigenlijk altijd, begin af aan, al heel sterk gedaan, hé, zicht krijgen op interacties tussen ouders en kind. Het is niet zo dat wij onderzoek doen als zijnde van dit is het onderzoek... Ze zijn voor ons geen cliënt. Ze zijn voor ons partner in het zoeken naar wat is er met ons kind en hoe kunnen we helpen?” (COS)

“De ouders zijn eigenlijk expert als het gaat om hun eigen kind, hé, dus wij hebben ze ook nodig... Ja, ouders zitten altijd mee aan tafel. Die zijn heel erg betrokken en spreken mee als expert.” (RCA)

“De enige opmerking die ik zelf in de kantlijn gezet had, was inderdaad hetgeen dat ook al gezegd geweest is van er wordt niet gesproken over de cliënt, maar wel met de cliënt. Als je zo een heel jong kind hebt, doe je dat automatisch toch omdat je vooral met de ouders... Allee, ik denk de populatie die bij ons komt op kleuterleeftijd, dat zijn vaak kinderen die qua taal, daar kan je, dat gaat niet, ik bedoel, dan is het echt met de ouders.” (CAR)

Hoewel ouders, en andere actoren in de omgeving van de cliënt, zeker een waardevolle bron van informatie zijn, blijft het desalniettemin **belangrijk om kinderen en jongeren zelf actief te betrekken in het diagnostisch proces** (CLB).

“Hoe moeilijker dat de communicatie is, hoe meer dat dit overgeslagen wordt en dat gaat ook over jonge kinderen. Dat gaat ook over denken dat je een kleuter niet moet bevragen omdat niet elke onderzoeker dat weet hoe dat die dan een gesprekje moet gaan aanknopen en wat dat je dan toch basaal vraagt of hoe dat je dat kind dan toch basaal meeneemt in het proces... of mensen met zware beperkingen. Dus daar waar dat men bepaalde drempels ervaart in die communicatie, is men geneigd van dat over te slaan waardoor dat men eigenlijk het risico loopt dat bepaalde adviezen niet gevolgd worden.” (CLB)

Uit de bevraging tijdens de focusgroepen blijkt echter dat kinderen en jongeren soms niet als partner worden aangeduid en louter worden aanzien als het object dat het diagnostisch onderzoek te beurt valt. Dit bleek onder meer uit hoe steevast werd verwezen naar het betrekken van de ouders en pas in tweede instantie, of na doorvragen van de onderzoekers, ook de rol van het kind of de jongere aan bod kwam. Hoe jonger het kind is, hoe minder vanzelfsprekend het is om ze te betrekken, hoe moeilijker het is om toegang te krijgen tot de belevingswereld en daar iets mee te doen. Verschillende organisaties zijn dan ook wel **zoekende hoe participatie bij kinderen en jongeren mogelijk te maken**.

“Als ik denk aan ons team. Het is misschien een aandachtspunt om toch gericht aan dat kind te vragen van ‘ja, wat is jouw, wat is voor jou moeilijk?’ of ‘als je een toverstafje hebt, wat zou je veranderen?’” (COS)

“We hebben onlangs ook een opleiding gehad rond participatief werken in de sector en waar dat we een stukje op botsen is ook, ook naar doelstellingen toe, dat we meer het kind ook actief moeten betrekken en dat we wel wat soms over het hoofd zien, enerzijds; anderzijds dat dat ook heel moeilijk is om een hulpvraag van kinderen te krijgen, hé. Vaak is het de omgeving die een hulpvraag stelt, maar in onze therapie zijn we wel heel kindgericht, wat dat eigenlijk al soms een beetje qua start voor een onevenwicht zorgt, hé, want een kind komt in therapie omdat we dat en dat en dat hebben gezien, maar de actieve betrokkenheid of bevraging, kort samengevat voor mij, participatie op kindniveau, van ‘wat vind jij belangrijk, wat zie jij zitten, waar bots je zelf op’, dat komt in onze bilanperiode heel weinig aan bod, en bilan, dat zijn die drie maanden onderzoek dat we hebben.” (CAR)

“En als je vraagt aan een kind ‘waarom kom je naar hier?’ – ‘Omdat het moet van mama en papa.’ Wij zijn nu bezig met het uitwerken van echt een kind-intake, om echt het kind al bij diagnostiek, ja, mee te nemen inderdaad in dat verhaal. We doen het nog niet, maar dat is echt wel wat we willen doen omdat we, ja, een kind komt en moet dan starten met therapie en weet eigenlijk niet waarom dat hij, ja, dus dat willen wij echt wel.” (CAR)

“Maar het is bij ASS dan net een beetje anders vaak omdat inzicht er niet altijd is. Het hangt er maar net van af met welk kind of jongere je te maken hebt, denk ik, en welke leeftijd. Dus het is heel erg afhankelijk van het kind.” (RCA)

Waar de laatste quote vanuit het RCA enigszins naar hint, is dat participatie ook **idiografisch** dient ingevuld te worden. Afhankelijk van *verschillende beïnvloedende factoren*, zoals leeftijd, taalvaardigheid, inzicht, hulpvraag, etc., zal het participatieproces een andere invulling krijgen. Dat betekent dat participatie ook geen *dogmatisch keurslijf* mag worden waaraan op een specifieke manier moet worden voldaan. Zo gaf een deelnemer bijvoorbeeld aan dat het vereisen van de aanwezigheid van een cliënt niet altijd participatie bevordert, maar het tevens kan fruisen als dit te belastend is voor de persoon in kwestie. Daarnaast houdt het idiografisch invullen van participatie ook in dat andere actoren, naast de ouders, moeten kunnen betrokken worden in het diagnostisch proces, omdat ze een belangrijk rol spelen in het leven van de cliënt (bv. een buurvrouw, collega's van ouder(s), tantes en nonkels).

"Participatie is ook niet altijd mogelijk van een cliënt. Als je een ZZI [zorgzwaarteinstrument] afneemt, wordt verondersteld dat je uw cliënt een half uur ziet of dat die aanwezig is bij het gesprek, maar soms is dat zeer belastend voor de cliënt. Soms ga je gewoon bij iemand gaan staan voor een keer te kijken... Dus je zou eigenlijk ook wel gewoon kunnen ergens de dingen zeggen van 'ja, participatie van de cliënt, ja oké, we gaan ervoor, maar is hier niet mogelijk', terwijl dat er dan wel een verplichting opgelegd wordt om toch de cliënt erin te betrekken. Dat is misschien niet altijd goed voor de cliënt." (DMW)

"De verwijzer aan ouders en jongeren laten vragen wie mag er aansluiten op het intakegesprek, bijvoorbeeld zelfs collega's van de bpost... Nodig jij de nodige mensen uit die er moeten zijn en als er dan nog een mooie samenwerking is tussen consulent en jongere en/of ouders, dan merk je van oké, er zit een oma of een buurvrouw die het kind elke dag naar school brengt en dat is dan qua participatie van goed, jij mag kiezen wie er aanwezig is en wie niet." (OOOC)

Naast leeftijd worden nog enkele andere factoren naar voren geschoven als belangrijke hindernissen die het participatieproces bij kinderen en jongeren bemoeilijken. Vanuit de CAR's wordt expliciet verwezen naar moeilijke participatie bij ouders die minder taalvaardig zijn omdat ze een mentale beperking hebben, een psychische kwetsbaarheid vertonen of kampen met een verslavingsproblematiek. Met andere woorden, participatie is moeilijker bij ouders die (op dat moment zelf) cognitief of emotioneel niet sterk staan. Een volgende belangrijke factor die in alle organisaties naar voren geschoven wordt en participatie in de weg kan staan, zijn **cultuur- en taalbarrières**. Er is nood aan richtlijnen rond cultuursensitief werken. Het belang daarvan uit zich duidelijk in de manier waarop participatie met ouders vanuit een andere culturele achtergrond ingevuld wordt in verschillende organisaties. Vanuit sommige organisaties (RCA, COS) wordt de eigen, westerse visie centraal naar voor geschoven, waarbij participatie bemoeilijkt wordt wanneer mensen niet meestappen in deze visie. Vanuit andere organisaties (CLB, CAR, OBC) tracht men eerst zicht te krijgen op de visie op diagnostiek en psychische problemen van de cliënten en zoekt men naar manieren om tot een verstandhouding te komen.

"Dat is iets waar we al lang naar zoeken om dat goed te doen, dat te pakken te krijgen, om ja onze visie op diagnostiek te kunnen vertalen eigenlijk voor die mensen die daar een heel andere visie op hebben." (COS)

"Ja, en dan is het moeilijk, want je wil dat kind inderdaad helpen en die juist oriënteren maar die ouders... Dus er zou meer kennis moeten verspreid worden naar verschillende culturen over ontwikkelingsstoornissen ofzo. Ik weet het niet goed hoe dat je die gap moet vullen." (RCA)

“Bijvoorbeeld doorverwijzing naar buitengewoon onderwijs of bepaalde noden zijn niet in iedere cultuur hetzelfde dan als we van ons eigen referentiekader vertrekken. Dus dat vraagt toch ook wel altijd wat aanpassing om u daarin te verplaatsen en ook niet te belerend over te komen.” (CAR)

“En waar wij soms ook wel op botsen is, bij mensen vanuit een andere cultuur of die anders zijn opgegroeid, dat dat [biopsychosociaal] voor hen een vreemd kader is, van ‘ja, waarom zit je dat er nu bij te betrekken?’ Wij hebben soms ouders die echt denken dat hun kind door de duivel bezeten is, zo van die dingen. En dan is dat zo wel, ja, echt gaan luisteren ‘hoe zien jullie opvoeding, hoe zien jullie psychische stoornissen, hoe kijken jullie daarnaar?’ En dan gaan wij een beetje ons model daarnaast leggen, van ‘ja, wij kijken daar hier in België zo naar’, en dan proberen een beetje naar elkaar toe te komen.” (OBC)

Daarnaast ervaren de participanten uit nagenoeg alle focusgroepen moeilijkheden bij het implementeren van het participatieprincipe wanneer een kind of jongere **aangemeld** wordt **vanuit een gedwongen kader** of wanneer er (initieel) **geen hulpvraag is**.

“Ik denk dat onze grootste verwijzer de jeugdrechtbank is. We zitten daar vaak in een heel gedwongen kader. Dus dat klinkt altijd mooi ‘participatief’... wat er ook in de tekst staat, maar dat is altijd een spanningsveld met ouders die niet vragende partij zijn.” (OOOC)

“Welk mandaat heb je op zo’n moment, als het CLB stuurt en die mensen zijn dan soms toch wel volgzzaam om dat dan toch maar te doen, maar eigenlijk willen ze niet. Welke positie moet je dan als diagnosticus gaan innemen?” (RCA)

Vanuit de COS en de CAR kwam naar voor dat ze een morele verantwoordelijkheid ervaren wanneer ouders geen hulpvraag hebben, maar er wel duidelijke bezorgdheid is vanuit bijvoorbeeld de school of de huisarts en er een nood wordt ervaren om een diagnostisch traject te starten met het kind. In sommige situaties lukt het om toch tot een vraag te komen of de weerstand weg te nemen. In andere omstandigheden lukt dit niet en dan hebben vele hulpverleners het gevoel dat dit gebrek aan participatie (in de zin van ‘willen meewerken’ door cliënt en omgeving) **het opvolgen van de adviezen** in de weg staat.

“Omwille van de heel lange wachtlijsten bij ons is dat een discussie in ons team van de mensen moeten een hulpvraag hebben want dat duurt onderzoek, waar dat mensen drie jaar op wachten, dat kan niet zijn dat die ouders geen hulpvraag hebben, want die doen, die zijn dan, die hebben weerstand tegen ons van het onderzoek en die doen niks met adviesvragen. Dat is niet meer verantwoord.” (COS)

“Maar het is inderdaad, ik denk dat we dat allemaal ondervinden dat als wij dingen willen aanpakken waar ouders écht geen vraag rond hebben en waar ze ook niet in meegaan als je het bespreekt, dan werkt het niet.” (CAR)

Het gebeurt ook, en steeds vaker, dat een kind of jongere aangemeld wordt door slechts één van de ouders. De deelnemers van de focusgroepen ervaren **moeilijkheden** met en formuleren **vragen** rond participatie **wanneer één van de ouders afwezig is**, wanneer **ouders gescheiden zijn** of wanneer er sprake is van **pleegzorg**. De vragen bevinden zich vooral in het juridisch kader, bijvoorbeeld: in welke mate mag onderzoek gebeuren als één van de ouders niet akkoord is? Moeten allebei de ouders uitgenodigd worden of volstaat de informatieplicht die ouders naar elkaar hebben?, etc.

“Ik probeer er nu ook meer op te letten om dat echt in het begin heel expliciet te bevragen, want vaak, zo de vergeten vader, of dat is toch zo de laatste tijd, maar eigenlijk heeft die ook recht. Die is niet uit zijn ouderlijk gezag ontzet. Dus ja, die heeft ook recht om ten minste te weten dat wij diagnostiek aan het doen zijn met zijn kind of zijn kind verblijft hier. Dat is ook participatie. Maar dat, ja, wie mag op welke manier weten, wie mag op, of, best op welke manier participeren? Wij proberen dat echt in het begin te vragen, zeker bij jeugdrechtsbanken, dat die, de consulent dat zelf ook goed dat kader zet, omdat je vaak, allee, dan zijn we zo een paar weken verder en dan komen die soms zo hé, een moeilijk ouder of iemand die zegt 'hallo, ik ben er ook nog'. Dat gebeurt, hé. Maar door dat vanaf het begin af aan al mee te nemen, merken we wel dat je ook rond verslagen, dat je nadien daar soms minder werk of gedoe mee hebt.” (OOOC)

“Bij gescheiden ouders vind ik het soms ook niet altijd gemakkelijk om te weten welke aanpak, want vaak zien we toch maar één ouder op gesprek... Ik zeg nu gescheiden, maar ik bedoel eigenlijk afwezige ouder, hé. Soms komt er één ouder en de andere zie je nooit. Moet je die dan opbellen? Moet je die actief betrekken?” (COS)

“Waar wij de laatste jaren veel op botsen, is zo de problematiek van vechtscheidingen... De ene partij komt en dan vinden we het belangrijk om een neutrale positie te hanteren en nemen we contact op met de andere partij. Soms wilt die ook, maar dan zit je ook te meten van oké, twee intakegesprekken, twee adviesgesprekken en dan nog eens tegenstrijdige informatie... Het is moeilijk als je start met tegenstrijdige verwachtingen of mensen die niet in staat zijn om een hulpvraag te formuleren of pleegzorgouders en wat doe je dan met de biologische ouders.” (CAR)

“Daar zou ik ook wel graag zo wat meer richtlijnen in hebben, zeker rond pleegzorg, van wat zijn onze minimale verplichtingen, van wie contacteren we allemaal?... Ik voel dat dat toch soms aan kennis ontbreekt van doen we dat nu wel goed, van welke informatie mag je wel of niet doorgeven, hoe doe je dat als je ouders niet kan bereiken, hoe ver gaat uw verantwoordelijkheid om dat toch te blijven doen, want dan krijg je ineens na een jaar een boze telefoon... Dat zou inderdaad een goeie zijn, zo de wettelijke richtlijn en dan wat doen we daar, hoe vertalen we dat in de praktijk en waar begint en eindigt onze verantwoordelijkheid en hebben we goed gewerkt? Want je hebt altijd het gevoel dat je niet genoeg gedaan hebt, hé.” (CAR)

In deze context gebeurt het soms dat verschillende partijen niet rond dezelfde tafel kunnen zitten waardoor men genooddaakt is om afzonderlijke afspraken in te plannen (intake- en adviesgesprekken). Dit zet echter druk op de tijd en ruimte die de organisaties hebben om hun diagnostisch proces te doorlopen. **Gebrek aan tijd en middelen en de lange wachttijden** zetten ook in het algemeen druk op het toepassen van participatie, terwijl duidelijk ervaren wordt dat **participatie noodzakelijk is en tijd vraagt**.

“Als er geen plaats is, als er geen aanbod is, is er geen aanbod. Dus dan heeft de cliënt natuurlijk weinig te zeggen... Ja, misschien ook wel interessant zo, dacht dat dat ook bij de patiëntenrechten hoorde van recht hebben om uw hulpverlener te kiezen en dat is iets wat eigenlijk ook niet gebeurt, hé.” (GGZ)

“Ik merk wel dat tijd enorm, een enorm belangrijke factor is. Dat is iets waar we altijd zelf ook over waken van we moeten het tempo respecteren van de jongere inderdaad, de ouders. Hoe kunnen we eerst de kwaadheid en weerstand laten komen en het ventileren en dan pas gaan naar de onderliggende lagen? Maar ik vind dat, dat blijft wel een uitdaging, hé. Er zit wel een termijn en verwachtingen, die druk daar ook wel ergens, en dan, ja. Dat is dan een beetje een spanningsveld.” (OOOC)

“Dat vraagt ook meer tijd en meer dialoog en allee, meer gesprekken en meer, ja, een driehoek dat je iedere keer moet doorlopen. Daardoor vind ik, ja, dat... Je zou sneller kunnen gaan, denk ik, als je niet samen met de ouders of met de cliënt, en ik denk dat we dat vroeger wel zo wat meer deden en dan hadden we een goed verslag en hadden we een goed advies, maar het was niet echt samen met de cliënt.” (OOOC)

“Dat is ook soms het moeilijke vind ik omdat het iets is dat heel tijdsintensief is [transparantie en concreet maken van proces], maar dat je wel nodig hebt om het te laten lonen... Als je wilt dat ze iets doen met uw adviezen, dat er verandering komt, dan moet je eigenlijk investeren dat je ze van bij het begin mee hebt en dat is niet altijd evident omdat mensen soms dat overslaan omdat er zo een druk is op wachtlijsten, afleveren van zaken, maar waardoor dat ze eigenlijk blijvend vragen hebben omdat ze er daardoor niet in geslaagd zijn om te komen tot een advies dat gedragen is.” (CLB)

“Ons systeem is weinig flexibel, dus je stoot ook wel op die barrière. We zitten allemaal in een heel strak schema, van op dat moment is er onderzoek, op dat moment is de onderzoeksbespreking, als je alle mensen samen wil krijgen. Je kan ook niet een onderzoek nog een keer uitstellen want er staat al een ander onderzoek. Dus ouders moeten ook wel mee in die planning. Wat dat niet evident is voor ouders, contexten en waar dat wij te weinig flexibiliteit soms kunnen aan boord leggen. We proberen dat, hé, en bijvoorbeeld het feit dat we nu ook digitaal kunnen werken, zorgt er soms voor dat we bepaalde ouders nu wel eens toch al digitaal erbij kunnen krijgen... Dus dat is bijvoorbeeld al een soepelheid die er gekomen is die een meerwaarde kan brengen. Er zijn natuurlijk wel voorwaarden aan... Maar ik denk dat er daar. Wat meer regelluwte zou zorgen dat wij dichter en flexibeler kunnen omgaan naar de cliënt toe.” (CAR)

De invullingen die het begrip participatie krijgt binnen de verschillende focusgroepen tonen een aantal belangrijke tendensen waaruit blijkt dat de lading niet volledig wordt gedekt. Zo lijkt het een evidentie om cliënten te laten participeren als informatie verzameld moet worden (intakefase), maar van zodra beslissingen moeten worden genomen, wordt het moeilijker. Vanuit de focusgroepen wordt een spanningsveld ervaren en is men op zoek naar een goede balans tussen het innemen van een expertperspectief en het laten gelden van de stem van de cliënt. Daarbinnen is een bijkomende belangrijke vraag wie de cliënt en het cliëntstelsel nu precies zijn. Bij jonge kinderen blijkt vaak dat vooral de ouders bevraagd worden en is er nood aan manieren om (jonge) kinderen meer te betrekken in het diagnostisch proces. Daarnaast geeft men aan dat het cliëntstelsel soms kan bestaan uit onverwachte actoren (een buurvrouw, een collega, etc.) of dat men moeilijkheden ervaart wanneer het cliëntstelsel geen klassieke gezinssamenstelling kent (gescheiden ouders, pleeggezinnen, etc.). Bijkomend ervaren de deelnemers problemen om participatie te faciliteren bij anderstaligen, mensen met een andere culturele achtergrond en specifieke groepen (bv. binnen het kader van gedwongen hulpverlening). Desalniettemin beschouwt men participatie als een belangrijke randvoorwaarde opdat adviezen gedragen worden en om ze geïmplementeerd te zien in de praktijk en heerst er consensus dat er tijd nodig is om participatie te faciliteren.

Participatie wordt vaak op een enge manier ingevuld als het verplicht centraal stellen van de cliëntervaring en het verschaffen van een stem aan de participant. Echter blijkt uit verschillende focusgroepen dat het implementeren van participatie, in zijn enge betekenis, niet altijd mogelijk of wenselijk is. Daarnaast kan participatie ook via kleine ingrepen bevorderd worden, bijvoorbeeld door het bespreekbaar maken en bevragen van de eigen rol in het diagnostisch proces. Er is dus vooral een idiografische inschatting nodig, van persoon tot persoon, om de gepaste mate van betrokkenheid in het diagnostisch proces te bepalen.

Kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken

“Kwaliteitsvolle instrumenten, ik vind dat wel een uitdaging.” (OOOC)

“Ik vind dat dat soms wel leidt tot een beetje ethische conflicten, hé, want als je in dat onderzoeksteam zit en iedereen rond de tafel heeft zoiets van ja, dat is echt een kind dat nood heeft aan therapie, dat is echt een kind, hé, dat wij hier zouden moeten helpen, ja, dan ligt daar soms op tafel dat een collega zegt, ik heb dat onderzoeksresultaat en ik kan dat wel gebruiken, maar eigenlijk vind ik dat dat niet echt een heel betrouwbare afname was, eigenlijk denk ik toch dat dat, ja, twijfel ik een beetje aan de resultaten. Dus ja, wij hebben, ik hoop dat ik dat mag zeggen, maar wij hebben soms wel al zo'n resultaten gebruikt (verschillende stemmen in) in de zin van, ja, we doen dan op dat moment wel het beste voor dat kind.” (CAR)

“Ik denk dat ons vaak gevraagd wordt om bepaalde zaken ook te objectiveren, niet alleen subjectief... Wij werken multimethodisch. We werken met observaties, via gesprekken, we werken via testing, vragenlijsten.” (COS)

“We gaan nooit aan de hand van één instrument een beslissing nemen.” (RCA)

Binnen de meeste organisaties wordt met een breed arsenaal aan instrumenten gewerkt om het diagnostisch proces vorm te geven. Hierbij worden **kwantitatieve testinstrumenten en observaties** naar voren geschoven als de meest gehanteerde methodes. Deze methodes worden in combinatie met de werkprincipes beschreven in de AIRD, zoals multi-informant en multimethodisch werken, supervisie en intervisie, ingezet om een antwoord te formuleren op de vooropgestelde onderzoeksvragen of hypotheses.

Een belangrijk spanningsveld dat in alle focusgroepen naar voren wordt geschoven, is **het spanningsveld tussen het gebruik van instrumenten en methodieken in functie van handelingsgerichte diagnostiek versus het gebruik van instrumenten en methodieken in functie van het bekomen van de juiste testgegevens om toegang te krijgen tot bepaalde zorg**. Vanuit het beleid worden concrete criteria naar voren geschoven om bepaalde zorg mogelijk of toegankelijk te maken voor kinderen en jongeren. Die vraag naar, volgens de deelnemers van de focusgroepen, **te strikte objectivering vanuit de overheid** bemoeilijkt soms de correcte interpretatie van testafnames, te meer omdat de naar voren geschoven criteria niet altijd overeenkomen met de manier waarop instrumenten correct geïnterpreteerd zouden moeten worden. Een heel penibel voorbeeld hierbij zijn IQ-scores waarbij het absolute cijfer en niet het betrouwbaarheidsinterval wordt gehanteerd om conclusies te trekken en een besluit te nemen met betrekking tot het verlenen van toegang tot bepaalde zorg/onderwijstypes. Dit strookt niet met het betrouwbaar en correct hanteren van instrumenten en zorgt bij de participanten van de focusgroepen voor wroeging en **ethische dilemma's**. De deelnemers van de focusgroepen ervaren dat ze op deze manier niet aan kwaliteitsvolle (handelingsgerichte) diagnostiek kunnen doen. Zo heerst er bijvoorbeeld sterke onvrede over het feit dat beleidsmatig **enkel kwantitatieve resultaten in rekening worden gebracht**, terwijl binnen de organisatie een uitgebreid diagnostisch proces wordt gevoerd, waarbij cijfers bekomen uit testdiagnostiek in het perspectief geplaatst en geïnterpreteerd (en soms ook gerelativeerd) worden **vanuit het ruimere verhaal van de cliënt**.

“Ik vind dat dat voor veel problemen zorgt. Ik ga nu, allee, omgekeerd ook, hé, als je nu een kind met een IQ van 72, dan zit je met een probleem. Ik bedoel, 72, dat is te veel hé, 70 moet het zijn.” (CAR)

“Ik denk, oké, er zijn kwaliteitsvolle instrumenten en je kan die goed gebruiken. Als je die gebruikt, moet je vooral weten wat ze meten en niet ze zomaar inzetten. Het beperkende is inderdaad dat wij soms testen moeten afnemen om percentielen te halen. En dan is het toch wel heel strikt van ah ja, als je dat IQ hebt, dan zit je in die groep en als je dat IQ hebt in die groep en als je in die groep zit, moet je dan nog zoveel percentielen hebben voor dat. En soms zitten wij echt met kinderen waarvan dat wij denken die hebben hulp nodig, echt multidisciplinair, maar het spijt mij, jij hebt daar nu twee percentielen te veel en twee punten op uw IQ te veel. En dan moeten wij zeggen, het spijt mij, niet inschrijfbaar. En dat wringt enorm, omdat je dan echt wel kinderen hebt die bijvoorbeeld ook privé, omdat ze onder de 86 van IQ zitten niet terugbetaald worden... Dan denk ik, dat is echt niet oké.” (CAR)

“Wij nemen testen af om een antwoord te kunnen geven op de vraag die ouders gesteld hebben. Wij nemen geen testen af om te zorgen dat ze nadien terugbetaling hebben. Sommige testen, logopedische testen, zouden wij eigenlijk in zijn geheel moeten afnemen, maar dat geheel is niet interessant voor ons, dus wij halen er deeltjes uit. Dus inderdaad, wat de overheid of wat het RIZIV oplegt, strookt niet altijd met wat wij nodig hebben, dus daar wijken wij van af.” (COS)

“... kwantitatieve meetinstrumenten een stuk nuanceren op basis van heel het verhaal errond. Puur intelligentiescores, bijvoorbeeld gaan we, weten we eigenlijk al of zeggen we toch ook al vaak in deze context en met die factoren erbij zal dat een onderscore zijn van wat dat dat kind of die jongere in realiteit van mogelijkheden zou moeten hebben of kunnen. Ik denk dat we zelf die dingen verbreden, kwalitatief gaan beschrijven. Ja, ik vind dat, ik vind dat soms relatief, een indicatie.” (OBC)

Enkele deelnemers gaven aan dat er **soms bewust wordt afgeweken van de richtlijnen inzake 'correct' gebruik en interpretatie van instrumenten in functie van het handelingsgericht diagnostisch proces**. Dit staat in contrast met het strikt moeten opvolgen van de regelgeving vanuit het beleid, waarvoor testen wel rigoureuus moeten afgenomen worden om zo betrouwbaar mogelijke cijfers te bekomen.

“Een kantlijn bij ons, het correct gebruik, met de gestandaardiseerde afnames, maar wij wijken daar soms wel wat van af in het voordeel van de cliënt. Bijvoorbeeld een kindje, als er tijdsdruk op zit ofzo, dat we dat niet altijd en heel bewust hanteren omdat we eigenlijk het maximale uit het cliëntje willen halen voor te kijken van oké, wat zou je aankunnen in, via omstandigheden en dan gaan we soms wel afwijken van die hele strakke richtlijnen die er zijn omdat we het in functie van de behandeling zien en niet in functie van we willen heel correct... Als iemand bijvoorbeeld heel laag scoort omwille van faalangst, die blokkeert op alles, dan is het echt de taak van degene die het afneemt om gerust te stellen en om toch, terwijl moest die het volgens de richtlijn doen, ja, dan gaat dat kind bijna niks scoren want die blokkeert helemaal.” (GGZ)

“Wat ik in onze sector soms moeilijk vind, dat is om mensen aan te leren dat het niet is omdat een instrument misschien niet helemaal past of als je niet de juiste normgroep hebt, dat je dan eigenlijk geen diagnostisch instrument meer kan gebruiken. Je moet gewoon weten hoe dat je dat dan moet gaan interpreteren. Je moet eigenlijk die informatie allemaal samenleggen en dan gaan interpreteren.” (CLB)

“Het is dan niet echt compleet gestandaardiseerd, maar we kunnen wel een inschatting, een beoordeling, maken.” (COS)

Daar waar sommige organisaties, met als koploper de CAR's, zich gelimiteerd voelen doordat de keuze aan instrumenten beleidsmatig opgelegd wordt, ervaren anderen **de moeilijkheid door de bomen (van het ruime aanbod in het testlandschap) het bos niet meer te zien.**

"En het aanbod is ook gewoon gigantisch. En dan moet je je ook weer inlezen in wat inderdaad psychometrisch kwalitatiever is, allee ja, moet je ook weer die vergelijkingsstudie gaan doen, terwijl dat je daar echt geen tijd voor hebt... Daar gaat ook zoveel tijd en middelen in voor iedereen apart, terwijl dat dat eigenlijk wel beter zou gebundeld worden." (OOOC)

Van daaruit schuift men naar voren dat er een **grote nood** is aan **een (up-to-date) overzicht van beschikbare instrumenten en methodieken**. Verschillende organisaties maken reeds gebruik van **online platforms**, vaak afkomstig uit Nederland (bv. BergOp, Therapieland). Dergelijke platforms bieden volgens de deelnemers veel voordelen (bv. ruim aanbod instrumenten; in diverse talen; verwerking gebeurt automatisch; online invullen mogelijk). Daarnaast zijn er echter ook verschillende beperkingen waar de deelnemers zich niet altijd even bewust van zijn (bv. geen Vlaamse, maar Nederlandse normen; betaalmuur; geen duidelijke kwaliteitscriteria; geen handleidingen). De deelnemers van de focusgroepen zijn vragende partij **om toegang te hebben tot testotheken** en voor **een Vlaams, toegankelijk en gebruiksvriendelijk platform**. Een dergelijk platform zou in eerste instantie een overzicht kunnen bieden van kwaliteitsvolle (betrouwbare, valide, up-to-date) instrumenten, maar ook gebruikt worden voor beschikbare richtlijnen en een overzicht van bestaande opleidingen.

"Nu, wat ik wel merk, omtrent correct gebruik, dat is dat uw instrumenten al, uw scoring is al een kost, maar ook uw correct gebruik, ja, naar opleidingen toe. Heel veel van ons interviews, materiaal, denk aan een ADOS nu bijvoorbeeld, richting autisme, dat zijn opleidingen die serieuze budgetten kosten en die ook niet altijd zo heel snel te vinden zijn of waar dat je toch wel, ook daarin zou een platform naar opleidingen toe zeer interessant kunnen zijn." (GGZ)

"Als je dan bijvoorbeeld kijkt naar gelijk ASS met de testfiches [classificerend diagnostisch protocol Autismespectrumstoornis, KCD], dat is iets dat bij ons echt helpend is in de praktijk. Die worden ook echt wel gevolgd en bekeken en wij sturen ons handelen daarop af. En dat zou er meer moeten zijn. In de praktijk hebben niet alle onderzoekers constant de tijd om die handleidingen te lezen en zich daarin te verdiepen, terwijl dat ze dat echt wel belangrijk vinden. Dus als je weet van er is een instantie die dat correct op papier zet en die dat bijwerkt, want dat is ook wel nog iets, dan kun je daarop vertrouwen en dan stuur je vol vertrouwen je werkwijze bij. Maar in alle werk dat er is, is dat wel nodig dat dat soms aangereikt wordt. We zouden het zelf kunnen, maar onze focus ligt op behandelen van cliënten en hulp bieden. Dus, zoals het protocol voor ASS zou dat voor verschillende dingen er echt wel mogen zijn." (CAR)

"Dat materiaal zou eigenlijk evidence-based aan ons moeten toegeleverd worden zodanig dat wij het kunnen inzetten en dat het duidelijk is dat we daar ook niet meer een hele studie van moeten maken, terwijl, inderdaad, alles wordt heel gefragmenteerd aangeleverd en dan verlies je wel wat overzicht van wat is er nu wat waard en waar kunnen we wat mee en waar vinden we normen, soms staat dat ergens in een artikel, soms, allee ja, dat is-." (RCA)

"Als wij stagiairs aannemen, vragen wij ook aan hen om in hun testotheken aan de universiteit te gaan kijken van wat is er daar interessant. Niet om te gaan kopiëren, maar eerder om dan een advies te geven wat dat wij wel kunnen aannemen." (GGZ)

Naar de inhoud en het aanbod van instrumenten formuleren de deelnemers enkele specifieke noden. Zo kwam er vanuit de CAR focusgroep aan bod dat er een gebrek is aan instrumenten om

participatie, waarbij hier verwezen wordt naar één van de ICF-categorieën en niet naar de AIRD-pijler, bij een jonge populatie in kaart te brengen. De MFC vertegenwoordiger in de OBC focusgroep gaf aan dat instrumenten niet aangepast zijn aan hun zeer specifieke doelgroepen (bv. doven en slechthorenden). De COS en CAR focusgroepen halen aan dat sommige instrumenten dienen **aangepast** te worden **aan huidige maatschappelijke tendensen** (bv. rolverdeling in testmateriaal, prentjes van eerder 'oubollige' zaken, zoals een rekenmachine of vaste telefoon). Vanuit de RCA wordt aangegeven dat instrumenten voor autisme nog onvoldoende mee geëvolueerd zijn naar het dimensioneel denken. Waar vier organisaties (OBC, OIOC, COS, CLB) in het kader van het correct gebruik van instrumenten naar verwijzen, is **diversiteit**. Er blijken weinig instrumenten voorhanden die kunnen gebruikt worden bij een anderstalig publiek.

"Nu gaan we ervan uit dat we een Nederlandstalig publiek hebben, maar wat eigenlijk heel vaak niet zo is en dan valt een stuk van wat je kunt doen weg. Ik kan u garanderen, er zijn heel weinig instrumenten die wij kunnen gebruiken net omdat we met anderstaligen zitten... Je gaat al serieus moeten kijken op welke manier kan je uw informatie vergaren. Multi-informant lukt nog vrij goed, maar echt een instrument gaan toepassen, amper hé, dus afhankelijk van uw taal toch wel. En dan kun je nog zeggen tolken en dergelijke, maar je vindt ze amper en als je ze vindt is het ook niet zo evident om met een tolk een instrument te gaan doen." (OIOC)

"Ik denk dat die meertaligheid daarbij wel een belangrijk voorbeeld, die cijfers ook dat wij die helemaal anders interpreteren dan vaak in de handleiding staat en dat daar eigenlijk, ja, nergens buiten een aantal thesissen die daar dan rond gebeurd zijn waardoor dat we dat weten, maar dat dat ook nergens echt vaststaat, dat ieder voor zich dat wel hanteert en in overleg en dat we daar consensus proberen rond vinden, maar daar ook nergens wel, ja, een duidelijke richtlijn voor hebben van ja, dat is oké dat jullie dat zo doen. Dat is meer op basis van materiaal dat we verzameld hebben, wetenschappelijk weliswaar, maar niet ergens in één document gegoten. Dus daar heb je ook wel nog altijd, ja, gevaar dat uw cijfers soms als dat te snel door iemand wordt gelezen ook wel verkeerd geïnterpreteerd kunnen worden." (COS)

"Kinderen met taalproblemen ofzo, of een andere taal, wat ga je dan afnemen en hoe interpretere je het resultaat dan. Dat is inderdaad niet eenvoudig." (OBC)

Net zoals bij de voorgaande pijlers, botsen verschillende organisaties op **wachlijsten en een gebrek aan tijd en middelen om instrumenten**, in ruime zin, **op een kwaliteitsvolle manier te hanteren**. Het aankopen van instrumenten is *een dure investering*. Er moet uitdrukkelijk gekozen worden om budget vrij te maken om het instrumentarium te vergroten of up-to-date te houden, zoals ook gebeurt in de RCA's, COS'en en CLB's. Binnen de andere organisaties komt naar voren dat men de afweging moet maken of het beperkte budget dat er is niet beter voor andere doeleinden kan worden ingezet. Daardoor 'kiezen' (lees: gebruiken noodgedwongen) verschillende organisaties ervoor om *met verouderd materiaal verder te gaan* of wordt het uitvoeren van bepaalde (test)diagnostiek *uitbesteed*. Wanneer voor dat laatste gekozen wordt, botst men echter ook al te vaak op *wachlijsten* waardoor twijfel ontstaat waar en hoe best op in te zetten wanneer het gaat over (test)diagnostiek.

"Als je altijd het testmateriaal up-to-date wilt, dan moet je, dan kost dat altijd een heel groot stuk in uw budget om dat altijd opnieuw aan te gaan kopen. Om de zoveel jaar heb je, allee, daar gaan enorme budgetten naartoe en dan moet je keuzes maken. Ofwel besteed je die budgetten uit om dat elke keer opnieuw te updaten, ofwel besteed je het uit naar een andere organisatie en ga je dat budget voor iets anders gebruiken." (OIOC)

"We hebben al geïnvesteerd in een aantal instrumenten, maar we hebben ook wel wat instrumenten die dan eigenlijk ondertussen al verouderd zijn, en ja, we gebruiken die nog... en soms denk ik, ja, is dat dan eigenlijk allemaal wel nog oké, maar ja, wij hebben ook niet de middelen, we krijgen daar niet de middelen voor om dat allemaal up-to-date te houden en om dan ook een uitgebreide testotheek aan te leggen, is dat eigenlijk ook een grote investering voor een klein OOOO." (OOOC)

"Zelfs als wij een nieuwe test kopen. Iedereen mag wel twee uurtjes nemen om dat voor te bereiden, om die test te leren kennen, maar that's it... Ik weet niet of al die testen zo heel juist, correct, ik weet dat niet. Ik denk dat ik vroeger meer tijd nodig had dan dat de mensen krijgen om het écht goed te kunnen." (CAR)

"... waarbij ik toch moet opmerken dus dat kwaliteitsvolle diagnostiek niet altijd gemakkelijk is in deze tijden omdat daar eigenlijk ook heel erg op beknipt wordt en als je al die stappen ten volle wilt doen en maximaal die op de best mogelijke manier, dan komen we er niet, dus eigenlijk komen we daar niet met de uren die maar beschikbaar zijn voor ons onderzoek." (RCA)

"We zitten ook met een beperking van ons aantal contacten. Er wordt ook een bepaalde deadline opgelegd van het moet dan binnen zijn, dus het is niet dat we eeuwig de tijd krijgen om alles grondig te bekijken." (DMW)

Opvallend is dat andere methodieken minder aan bod komen tijdens de focusgroepen. Uit de ruimere context van de gesprekken blijkt wel dat **observatie** één van de belangrijkste methodes is die in elke organisatie wordt toegepast om rijke informatie te verzamelen over de cliënt en/in diens context. Men botst er soms op dat observatie bij sommige teamleden zich beperkt tot het rechtstreeks observeerbare en er minder aandacht geschonken wordt aan bijvoorbeeld verhoudingen en relaties. In andere organisaties mist men zekere *richtlijnen* of eenduidigheid omtrent observeren. Voornamelijk het *vormen en opleiden van nieuwe medewerkers*, vanuit verschillende disciplines, lijkt hierin een belangrijke drempel.

"Een thuisobservatie is heel erg afhankelijk van de persoon die het doet en waar die dan aandacht voor heeft of hoe dat die daarnaar kijkt, dus we missen daar zo een beetje ook, ja, toch instrumenten, richtlijnen, observatieschema's, weet ik veel hoe dat je het moet noemen." (CAR)

"Iets dat ik ook belangrijk vind, is hoe observeren, kwaliteitsvol observeren... Ik vind dat niet zo evident, maar dat is wel een heel essentieel stuk van heel uw handelingsproces, van hoe kijk je nu en hoe, in verschillende contexten en wat kun je daar wel uit meenemen en wat niet? Er zijn daar weinig richtlijnen over." (CAR)

"De gedragsmatige observaties, die kunnen ze vrij goed. Als je vraagt om te observeren, op relationeel gebied is dat vaak een pak moeilijker... Hoe verhouden mensen zich in de ruimte? Dus ik merk wel dat ze daar veel meer ondersteuning in nodig hebben om dat te kunnen doen dan voor puur gedragsmatige observaties." (OOOC)

"Dat vind ik wel een uitdaging die ik voor ons, ook zo nieuwe mensen, nieuwe begeleiders, de mensen die in de leefgroep staan, die zijn ook individueel begeleider... en zo gericht gaan observeren, waar gaan we naar kijken, hoe vertaal je gedrag naar onderzoeksvragen/hypotheses? Achteraf, als ze uit de leefgroep komen, om dat te vertalen naar een team, daar merk ik wel dat intervisie/supervisie, hé, uw begeleiders meekrijgen in hoe ga je dat nu vertalen, dat dat ook wel nog een hele zoektocht is en ook met het wisselende, het verloop van nieuwe mensen." (OOOC)

Wanneer het gaat over kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken, lijkt het er op dat over alle organisaties heen de verschillende werkprincipes (i.e. multimethodisch, multi-informant, supervisie/intervisie) worden toegepast en ook belangrijk worden bevonden. Men botst echter, vanuit verschillende organisaties, vooral op moeilijkheden wanneer het gaat over het *correct gebruik* van instrumenten. Ten eerste vindt men het moeilijk om zicht te krijgen op het beschikbare instrumentarium en is er nood aan een overzicht, bij voorkeur via een online platform, waar informatie over instrumenten, richtlijnen en opleidingen wordt gebundeld. Ten tweede botsen verschillende organisaties op belemmerende factoren wanneer ze instrumenten willen hanteren bij bepaalde doelgroepen omdat ze moeilijk te implementeren zijn (bv. bij anderstaligen, mensen met een beperking) of omdat er geen geschikte Vlaamse normen voorhanden zijn, hetgeen de interpretatie bemoeilijkt. Ten slotte wijzen verschillende organisaties erop dat de beleidsmatig opgelegde criteria niet stroken met het correct gebruik van instrumenten en methodieken en pleiten zij voor regelluwte om kwaliteitsvolle diagnostiek te bevorderen. Het correct gebruik van instrumenten impliceert immers niet het blindstaren op de instructies, maar het hanteren en interpreteren van testmateriaal binnen een bepaalde (idiografische) context. Instrumenten dienen geïnterpreteerd te worden binnen het kader van de beperkingen wanneer ze gebruikt worden voor een doelgroep waar ze niet specifiek voor zijn bedoeld, maar ze kunnen wel een indicatie bieden, een richting in het denken. Naast de objectivering van een fenomeen (gedrag, intelligentie, persoonlijkheid, ...) via een instrument, is het minstens even belangrijk om het verhaal achter de cijfers mee te nemen. Daarnaast wordt observatie beschouwd als een van de rijkste bronnen van informatie. Richtlijnen in verband met observeren, met aandacht voor de context, relaties en interacties, zouden voor verschillende organisaties helpend zijn om observatie verder op een kwaliteitsvolle manier te kunnen inzetten.

Reflexiviteit

"Ik denk dat dat altijd meer aandacht mag krijgen of moet krijgen." (CAR)

"Ik zeg altijd dat je je als diagnosticus bewust moet zijn van 'ik kijk vanuit mijn perspectief en ik probeer zo breed mogelijk te kijken'. Dat is belangrijk om voor ogen te houden." (CLB)

"Het is natuurlijk wel, ja, een heel aanwezige valkuil binnen RCA dat je alleen gaat kijken met een tunnelvisie naar de diagnose autisme, dus ik probeer daar eigenlijk wel voor te waken door aan meerdere hypotheses te denken." (RCA)

Reflexiviteit en **teamwerking** worden in alle focusgroepen in één adem uitgesproken. Reflexiviteit, in de zin van nadenken over de (impact van de) eigen visie en het bewustzijn van cognitieve vertekeningen, wordt beschouwd als iets dat veelal een plaats krijgt, of toch zou moeten krijgen, binnen een teamoverleg. Verschillende deelnemers wijzen erop dat reflexiviteit afhankelijk is van de **bereidwilligheid van (bepaalde) teamleden** omdat niet elk teamlid in dezelfde mate open staat om te reflecteren over het eigen handelen.

"Ik denk ook niet dat alle mensen daar zo open voor staan en daar zo mee bezig zijn om op dat niveau na te denken. Ik denk dat veel mensen zoiets hebben van 'ik doe mijn werk en ik doe dat op die manier en ik doe dat goed' en niet opgeleid zijn om die vragen te stellen en die reflectie te hebben en daar continu mee bezig zijn, en een aantal mensen wel en die worden daar helemaal wild van. Dat is misschien nog een werkpunt... Ik word wel wild van dat, maar ik krijg zelf ook

minder goesting om dan aan die zaken aandacht te besteden als je je moet bezighouden met pff, wie neemt nog een extra testje af om aan dat percentiel te komen.” (CAR)

Desalniettemin heerst er consensus over de focusgroepen heen dat reflexiviteit belangrijk is. Helaas slaagt men er niet altijd in om het voldoende te implementeren. Daarom wordt **reflexiviteit als een belangrijke uitdaging** ervaren.

“Je moet afstand nemen en elkaar gebruiken om zo eens u eigen wakker te houden.” (OOOC)

“Ik krijg altijd zo een beetje stress als ik dat allemaal zie. Dat zijn zo veel dingen waar dat je moet aan denken. Wij hebben daar echt gewoon geen tijd voor. Dan denk ik, ja, natuurlijk moet je daarmee rekening houden en moet je daaraan denken en moet je daarmee bezig zijn, maar in de dagdagelijkse praktijk is dat.” (CAR)

“Ik denk dat je daar soms wel een keer bij stilstaat, maar niet altijd. Je zit in de flow van je werk en je gaat ermee verder en ik denk dat dat wel belangrijk is voor af en toe een keer bij stil te staan.” (DMW)

Door de dagelijkse gang van zaken dreigt reflexiviteit op de achtergrond te verdwijnen. Daarom wordt vanuit verschillende organisaties (DMW, OBC, OOOC, CAR) gepleit om **reflexiviteit herhaaldelijk onder de aandacht te brengen**. In die optiek wordt op regelmatige basis verwezen naar de **AIRD** als bewustmaker en wordt ook aangegeven dat **vormingen** over reflexiviteit een toegevoegde waarde zouden zijn.

“In die zin verhelderend, de oplijsting [in de AIRD] dat ik dacht, ja, moesten we daar af en toe een keer in terugkijken, daar zo toch weer even van bewust zijn, in welke valkuilen trappen we hier.” (OBC)

“Als je er soms een keer bewust van gemaakt wordt, denk ik dat je er wel een keer meer bij stilstaat eigenlijk van oei, ik doe dat nu inderdaad vanuit die gedachte of...” (DMW)

“Mochten er daar nog vormingen van komen, zou ik mij zeker inschrijven voor dat thema.” (OOOC)

“Ik denk inderdaad bijvoorbeeld onder de vorm van een werkgroep dat je met collega's, onder de vorm van een interne of externe studiedag daar expliciet tijd voor gaat maken om met collega's rond die zaken. Hé, want na vandaag [verwijzend naar focusgroep] ga je dan weer even wel bewust mee bezig zijn... Het warm houden, het herhalen.” (CAR)

Opvallend is dat, naast **de dagelijkse werking ('op automatische piloot werken')** ook **urgente en crisissituaties reflexiviteit in de weg kunnen staan**, terwijl op die momenten reflexiviteit net een absolute vereiste zou moeten zijn.

“Ja, ik denk dat dat iets is dat we wel kunnen doen in onze dagdagelijkse praktijk, in onze teamvergaderingen als we praten over onze manier van werken. Ik denk dat we dat wel kunnen doen, maar dat we ons daar ook bewust van zijn dat we dat moeten blijven doen, want in de druk, dat is een beetje de druk van uw werking en uw planning en uw programma en alles wat dat je moet rondkrijgen, dat je op de duur denkt een beetje in bepaalde zaken op automatische piloot te gaan werken, mensen die al lang in bepaalde jobs zitten, dat je op de duur denk ik het risico loopt van een beetje op automatische piloot te gaan van dingen te gaan doen en ik denk wel, hé, ik bedoel, zoiets [AIRD] doet u wel stilstaan bij, ja, misschien moeten we inderdaad toch wel ook kritisch blijven naar elkaar toe, ook in die dagdagelijkse dingen.” (CAR)

"Ik merk op het werk jammer genoeg dat de supervisie of de intervisiemomenten sneuvelen als het alle hens aan dek is, als het crisissituaties zijn of gelijk dat jij ook zegt, we hebben inderdaad soms heel veel nieuwe, allee, veel verloop bij begeleiders, veel nieuwe collega's. Als het crisis is, dan is dat daar een ganse teamvergadering aan dat stuk en dan gaat dat vooral rond behandeling, aanpak, wat gaan we ermee doen en welke stappen gaan we zetten en ik vind het jammer dat we dan veel minder tijd hebben om na te denken van wat doen we, waarom doen we dat en werkt het?" (OOOC)

In verschillende organisaties komt aan bod dat men zichzelf er enigszins op betraapt thema's rond reflexiviteit wel belangrijk te vinden, maar er in de dagdagelijkse praktijk weinig mee bezig te zijn. Men denkt er niet bewust aan of er is geen tijd om erbij stil te staan. Reflexiviteit wordt bekeken als een belangrijk aandachtspunt dat, zonder dat het veel extra tijd vraagt, herhaaldelijk onder het bewustzijn zou moeten worden gebracht. Vormingen over het thema zouden als een meerwaarde worden ervaren. Tijdens de focusgroepen werd weinig bericht over de eigen, persoonlijke invloeden en blinde vlekken die een rol kunnen spelen in het diagnostische proces. Reflexiviteit wordt vooral begrepen binnen de context van een team en de valkuilen die binnen de teamwerking kunnen sluipen.

Interdisciplinaire samenwerking

Tijdens de introductie van de pijler 'interdisciplinaire samenwerking' worden enkele valkuilen gepresenteerd die in een teamwerking aanwezig kunnen zijn, zoals het vriendeneffect en groepsdenken. Uit de focusgroepen blijkt dat deze **valkuilen** vaak **heel herkenbaar** zijn. Terzelfdertijd halen de deelnemers aan dat deze **valkuilen moeilijk te doorbreken** zijn.

"Bij sommige teams herken ik enorm die valkuilen, zeker in twee teams die in een bepaalde dynamiek zitten die heel moeilijk doorbroken wordt. Het is niet makkelijk om daar de vinger op te leggen, om daarmee aan de slag te gaan. Ze zijn zich daar zelf ook niet altijd bewust en het is soms ook heel bedreigend voor de groep om dat aan te pakken. Ik heb daar wel een nood, maar ik weet niet of dat dat bij jullie ligt." (GGZ)

"Het is niet altijd simpel om de bal van de man te spelen, ja, feedback geven, dat is niet altijd simpel, hé. 'Waarom heb je dat gedaan?' of 'ik denk er anders over.'" (COS)

"Ja, dat herken ik wel van als de arts iets zegt, dat dat niet altijd evident is om daar tegenin te gaan of als er verschillende teamleden zijn die zeggen van 'ik denk in die richting', dat dat niet evident is om als enige dan te zeggen 'ik zie het anders'." (CAR)

Vanuit verschillende individuele werkingen komen **methodes en modellen** aan bod om het **teamoverleg te structureren** en/of om **valkuilen te beperken**. Verschillende organisaties (CLB, OBC, RCA) verwijzen naar het behandelplan, het integratief beeld of een vergaderfiche om een overleg te organiseren zodat iedereen aan bod komt, focus te houden en te vermijden dat er wordt afgeweken en vergaderingen eindeloos blijven duren. Daarnaast zijn er verschillende vergadermethodieken (OASE, rollen verdelen, Mentimeter, PSPT-model, etc.) die aangewend worden om, soms op 'speelse' wijze, aan de slag te gaan, (alternatieve) hypotheses te formuleren of uit te dagen en elkaar blijvend in vraag te stellen.

Maar wat baten kaars en bril, als de uil niet lezen wil. Niettegenstaande de meerwaarde die dergelijke methodes en modellen hebben binnen een teamoverleg, blijft een eerste belangrijke randvoorwaarde om open te kunnen spreken binnen een hecht team waarin **wederzijds**

vertrouwen aanwezig is. **Vele en snelle wissels in teams vormen een uitdaging** om elkaar in vraag te durven en kunnen stellen.

“Dat zijn vaste onderzoeksteams, dus ik denk dat die wel op elkaar afgestemd zijn en dat er voldoende vertrouwen is onderling om toch open te kunnen spreken over hoe dat zij het zien.” (CAR)

“Ik denk dat dat ook wat te maken heeft met hoe dat je als team werkt en de gewoontes, hé, dat zal er zeker aan bijdragen, maar als je al geruime tijd ook samenwerkt, dan ben je wel wat ingesteld ook op elkaar en dan, ja, dan begrijp, ik kan wel redelijk snel inzien wat iemand wilt zeggen of welke betekenis die aan iets hecht.” (RCA)

“Ik heb nu, in de twee jaar dat ik er ben, heb ik eigenlijk al heel veel wissels in team gehad, dat speelt ook mee.” (OOOC)

“Ik vind de grootste uitdaging op dit moment bij ons dat we heel veel nieuwe medewerkers hebben. Hoe krijg je iedereen nog mee in dat verhaal waar dat je zelf al even in mee bent?” (OOOC)

Het verloop in de teams zorgt ervoor dat de neuzen moeilijker in dezelfde richting staan. Dat gaat, zoals hierboven aangegeven, gepaard met een aantal moeilijkheden. Echter, er kunnen ook enkele voordelen aan gekoppeld worden, gezien nieuwe perspectieven worden binnengebracht. Uit de focusgroepen blijkt immers ook dat, ondanks men een vertrouwd team belangrijk vindt, het steeds belangrijk is om **elkaar in vraag te blijven stellen**.

“Ja, en op de duur, als je lang met hetzelfde team werkt, is dat ook weer een valkuil.” (CLB)

“Wij proberen niet in vaste subteams te werken, waardoor er heel veel, allee. Er is toch wel heel veel wisseling, afwisseling waardoor dat we met iedereen samenwerken en om zo te vermijden dat je in diezelfde stroom geraakt.” (COS)

“Ik denk dat het ook wel belangrijk blijft, ook al werk je al heel lang met bepaalde collega's samen, om kritisch te blijven naar elkaar toe, om vragen te blijven stellen naar elkaar toe van 'hé, waarom denk jij nu daaraan?' Ik denk dat dat ook wel belangrijk blijft om dat te blijven doen, niet de dingen zomaar aan te nemen van 'ah, die denkt dat, oké, 't zal wel dat zijn', maar toch te blijven in dialoog gaan.” (CAR)

Vanuit de focusgroepen wordt groot belang gehecht aan interdisciplinair werken. Er heerst een algemene consensus over de grote meerwaarde van het samenwerken in een team dat bestaat uit vertegenwoordigers van verschillende disciplines om onder meer de biologische, psychologische en sociale factoren in rekening te kunnen brengen. Maar ook om reflexief te kunnen werken, wordt **de samenstelling van het team**, met verschillende visies, professionele ervaringen, achtergronden, enzovoort, aangebracht als een belangrijke factor.

“Ik denk dat het soms wel kan helpen als er binnen een team mensen zijn met verschillende visies, hé, want we hebben ook al gezegd van dezelfde taal en dezelfde modellen, maar allee, één van onze teams, dat weet ik van iemand die, die heel veel vanuit autisme kan verklaren en dat snel doet en iemand anders die dan heel terughoudend is om ergens een diagnose op te plakken, dat is dan iemand die heel hard naar trauma kijkt en dat zijn geanimeerde discussies. Dus dat is soms wel oké dat ik wat moet modereren, maar op zich is dat wel goed, want het is, het is gemakkelijk om allemaal de neuzen in dezelfde richting te hebben en eenzelfde conclusie te trekken, maar eigenlijk ga je daar dan ergens in een valkuil trappen.” (OBC)

"Uw team, dat hangt soms ook wat van toevalligheden af: wie komt er in uw team, wat hebben die op voorhand ook gedaan, met welke blik komen mensen in uw team, hebben ze al werkervaring... Dus ik vind dat dat soms veel meespeelt van welke know-how dat je eigenlijk allemaal in uw team hebt zo om dan uw diagnostiek op af te stemmen." (RCA)

"Ook de gelijkwaardigheid rond de tafel. Dat vind ik daar ook wel belangrijk in dat iedereen gewoon erkend wordt in zijn expertise en dat jij je sterk genoeg voelt om te durven uw vraag te stellen... en de leefwereld van de teamleden speelt ook een rol, als dat leefwereldperspectief bij de aanwezigen allemaal wat hetzelfde is, dan ga je ook op dezelfde manier kijken naar een casus." (CLB)

"Het is zeker een meerwaarde om op verschillende professionele werken bezig te zijn omdat je op die manier ook wel heel veel kruisbestuiving hebt, echt wel kunt van andere contexten daarvan leren en dingen meenemen. Dat komt dan van alle kanten binnen, mensen die ook op de universiteit werken, die een eigen praktijk, van alles eigenlijk." (COS)

"Ik denk dat ervaring en delen van de ervaring heel belangrijk is... dat er mensen met ervaring zitten en mensen die nog in de start van hun carrière zitten, zodanig dat je een uitwisseling hebt van informatie en zienswijzen." (CAR)

"Ik heb één iemand die geschiedenis gestudeerd heeft en die doet dat fantastisch." (DMW)

Afhankelijk van de specifieke organisatie, maar ook van de individuele werking, wordt een **(externe) procesbewaker ervaren als een enorme meerwaarde** (OOOC, COS, RCA) en een **belangrijke nood** (CLB, CAR, DMW, OBC). Een (externe) procesbewaker is niet alleen geschikt om een frisse blik op een casus te werpen, hypotheses in vraag te stellen en een nieuw perspectief aan te bieden, maar kan ook groepsprocessen en -dynamieken binnen een team aankaarten. Deelnemers geven immers aan soms moeite te ervaren om de denkwijzen binnen het eigen team, van de eigen collega's in vraag te stellen of te corrigeren.

"Zoals je zegt van collega's ook eens, collega's dan van buiten het miniteam, want ik weet niet, bij ons is dat soms zo in het miniteam zo wat een discussie van is het nu dat of is het nu niet dat, en hé, de psycholoog zegt van niet en de contextbegeleider zegt van wel. Het helpt om het wat open te trekken. Ik vind dat soms wel moeilijk om collega's inderdaad op een ander spoor of die blik wat ruimer te krijgen." (OOOC)

"In de teams zitten nooit enkel de personen die dat bepaald kind gezien hebben. Dus ik zit hier, maar er zit ook een andere logopediste bijvoorbeeld en door de casus die dan verteld wordt, kan zij ook meedenken van 'ah ja, dat talige, heb je dan iets over het hoofd gezien?' Dus je stelt elkaar wel mee in vraag." (COS)

"Ik zou dat het zinvolste vinden, niet extern, maar intern met ons onderzoeksteam en daar een supervisor bij, een externe supervisor die het proces begeleidt, die ons ook al een beetje leert kennen, hé, van 'onder stress schiet jij in die' of 'jij neigt snel naar een ADHD-visie' of, allee, om nu kort door de bocht te zeggen, maar zo een externe supervisor, tijd en intervisiemoment, ik denk dat dat heel waardevol is." (CAR)

"Maar zo het idee van een externe supervisor die daar een keer bij te zetten, ook puur op procesniveau of die zelfs naar ook zo naar onderlinge relaties van allee, als de dokter dan iets

poneert, vermoeden van ASS, heb je soms echt al het gevoel van wow, je moet hier wel met grof geschut komen om daar nog wat vraagtekens bij te zetten, van 'ik ben nog niet overtuigd.'" (CAR)

"Wij hebben een vast vergadermoment en iedereen wordt daarop verwacht... In onze werking zijn er altijd mensen bij die gewoon mee denken zonder het kind gezien te hebben en die ook kunnen toetsen van heb je naar dat ook gekeken of ik zou dat niet zo gedaan hebben. Dat vind ik echt een heel grote meerwaarde. Dat is eigenlijk al een soort van intervisie/supervisie dat je op uw vergadermoment hebt." (RCA)

"Ik vind het vooral zinvol als je bijvoorbeeld eens een externe supervisor uitnodigt op een team om echt wel soms een heel ander perspectief of gewoon een neutrale blik of een niet-betrokken blik binnenbrengen. De valkuil zou kunnen zijn dat dat veel geld kost (lacht)." (OBC)

Bovenstaande quotes illustreren hoe een externe procesbewaker verschillende valkuilen die inherent zijn aan teamwerking kunnen voorkomen door mee het proces te bewaken en een andere blik binnen te brengen. Vaker wordt echter binnen een teamvergadering een voorzitter aangesteld (dikwijls psycholoog of arts) die deze rol opneemt. Dit gaat vaak ten koste van de andere rol (als psycholoog, als arts) van waaruit men spreekt.

"Het is een hele taak voor de voorzitter om al die taken te doen, want bij ons in de teams is het inderdaad de artsen zijn de voorzitter, die heeft een computer voor zich staan, dus die moet daar alles noteren, dan nog een beetje zorgen dat dat besluit min of meer ordelijk is, de tijd in het oog houden, dit en dat en je moet ondertussen inderdaad ook nog zorgen dat iedereen aan bod gekomen is, dat iedereen zijn woordje heeft kunnen doen (en luisteren, hé)." (COS)

"De moeilijkheid van die dubbele stoel. Want enerzijds ben ik psycholoog en anderzijds ben ik ook wel de voorzitter van het overleg en dan laat ik iedereen aan het woord en dan denk ik tegen het einde van de vergadering 'oei, ik heb nu eigenlijk zelf niets gezegd', dus die dubbele stoel. Je zou dan eigenlijk al een voorzitter, een externe voorzitter moeten hebben, maar dat kost dan ook weer geld en tijd. Dat lukt dan eigenlijk ook niet. Dus dat vind ik een moeilijke, dat je ook echt moet switchen tussen die verschillende rollen." (OBC)

Uit de focusgroepen blijkt duidelijk dat het uitnodigen van een procesbewaker op een teamvergadering eerder een luxegoed is of zelfs een onmogelijkheid, omdat tijd en middelen schaars zijn. Ook ruimer worden **tijd en middelen** gezien als factoren die **interdisciplinaire samenwerking onder druk** zetten.

"Dat stukje staat bij ons ook wel onder druk, budgettair gezien, want wij zitten eigenlijk alleen samen met mensen die het kind hebben gezien. Binnen ons andere team uit het RCA, want we hebben twee stromen eigenlijk, zitten we wel met heel het team samen en bespreken we wel alle casussen." (RCA)

"In de ideale wereld zouden we het heel graag doen, maar intervisie, supervisie, ja, wij hebben tijd tekort. Denk als wij een onderzoeksteam doen, dan moeten we heel goed de tijd bewaken dat iedereen aan het woord kan komen en dat er gezocht kan worden naar verbanden. Om dan nog elkaars handelen in vraag te kunnen stellen, dat schiet er gewoon bij ons niet over." (CAR)

"Ik vind dat dat wel onder druk staat altijd, hé. Ik denk dat we veel tijd en ruimte nodig hebben om intervisie, supervisie, interdisciplinair overleg. Dit vergt heel veel in tijd om dat op een goede manier te doen en ik vind dat we daar vaak op aangesproken worden. Ik vind dat een moeilijke oefening tussen hoeveel uren rechtstreeks cliëntcontact blijft er over en hoeveel heb je intern nodig

om alles op elkaar op een goede manier af te stemmen en integratief te maken en ik vind dat we daar, ja, dat vaak opnieuw moeten uitleggen waarom we dat zo belangrijk vinden en wat dat daar de meerwaarde van is, ook naar onze overheden toe.” (OBC)

Teamwerking, waarbij met voldoende blikken naar een casus gekeken wordt, staat binnen de verschillende organisaties centraal. Interdisciplinaire samenwerking is zowel elementair als precair, in de zin dat er valkuilen sluipen in het team die niet altijd gemakkelijk te voor- en overkomen zijn. Essentieel voor een goede teamwerking is een veilige omgeving waarin open en met vertrouwen kan worden gesproken, hetgeen wordt bemoeilijkt door snelle wissels in teams. De samenstelling van het team, met variatie in (opleidings)achtergrond en (werk)ervaringen helpt om het biopsychosociaal kader te handhaven, elkaar blijvend in vraag te stellen en alternatieve hypothesen naar voren te schuiven. Het gebruik van discussie- en vergadermodellen wordt dan weer als helpend ervaren om het overleg te structureren en te begrenzen. De grootste nood die naar voren geschoven wordt is een, bij voorkeur externe, procesbewaker om de heersende groepsdynamieken en terugkerende tendensen in het diagnostisch proces te ondervragen. Tijd en middelen zijn hiervoor belangrijke randvoorwaarden.

Voor(bij) de 7 pijlers van de AIRD

De zeven pijlers van de AIRD zijn duidelijk met elkaar verweven, als zeven schakels in een keten van kwalitatieve diagnostiek. Ze werken in op elkaar, versterken elkaar en zijn elk op zich noodzakelijk om kwaliteitsvolle diagnostiek te garanderen. Zo werkt biopsychosociaal denken een idiografisch kader in de hand, is het ook essentieel om een integratief beeld te kunnen opmaken en om interdisciplinair overleg te stimuleren. Interdisciplinair samenwerken is dan weer nodig om het biopsychosociaal kader te kunnen garanderen en reflexiviteit te bevorderen binnen het diagnostisch proces. Er zijn ook enkele hindernissen die pijler-overstijgend zijn. Zo zijn er bepaalde doelgroepen (bv. niet-klassiek samengestelde gezinnen, anderstaligen, gedwongen hulpverlening) bij wie het correct gebruik van instrumenten en het bevorderen van participatie moeilijk is. Daarnaast blijken tijd en middelen niet alleen essentieel, maar ook schaars, om instrumenten up-to-date te houden, om gedegen interdisciplinair overleg te voeren, om een holistisch beeld samen te stellen, om participatie mogelijk te maken, enzovoort. Het aanpakken van deze hindernissen is een belangrijke randvoorwaarde om kwaliteitsvolle diagnostiek te kunnen (blijven) implementeren.

Daarnaast werden tijdens de focusgroepen nog een aantal belangrijke thema's besproken die de zeven kwaliteitspijlers overstijgen, maar ook als essentieel kunnen worden beschouwd om de kwaliteitspijlers verder door te voeren in de praktijk.

De AIRD als kapstok om diagnostiek vorm te geven binnen de organisatie/werking

In de focusgroepen kwam naar voor dat **de AIRD** over het algemeen **eerder weinig bekendheid** geniet binnen verschillende organisaties. Desalniettemin kunnen de leden van de focusgroepen zich wel schragen achter de inhoud en de pijlers van de AIRD en ervaren ze veel parallellen met hun eigen werking. De AIRD biedt op die manier een kader om de eigen werkprincipes aan af te toetsen of verder te ontwikkelen.

“We herkennen ons wel heel erg in de verschillende aspecten die ook in de pijlers aan bod komen.” (GGZ)

“Als ik het doornam, was het allemaal wel heel herkenbaar, maar ik merk dat het bij ons nog niet zo ingebed is.” (OBC)

"Wij zijn niet zo heel direct bezig op het COS met deze richtlijn, maar als we het doornemen, zijn er wel heel veel dingen die we eigenlijk spontaan dan, als ik dat mag zeggen, al doen en dus als ik het zo doorlees, denk ik dat we niet zo heel slecht bezig zijn bijvoorbeeld en dat we het best goed doen... Dus het sluit dan wel aan bij de visie die wij ook hebben rond diagnostiek, denk ik." (COS)

"... maar vandaar vind ik dit [de focusgroep] wel heel interessant. Allee, jullie artikel ook, waar ik, waar wij echt wel zien van ja, daar moeten we zeker nog bijsturen en daar, allee, daar zijn we toch al goed bezig." (CAR)

"Moest dat in een officiële uitgave zijn, zou dat meer impact hebben, denk ik. Dan kun je dat ook effectief. Ik vind dat dat meer geïntegreerd mag zijn en het mag maar de eerste stap zijn. Want dan heb je al die pijlers nog en als je daar dan individuele modules, bijvoorbeeld e-learning trajecten rond hebt, dat je kan in een traject gieten in je centrum en zeggen van kijk, dit jaar focussen we op de eerste twee pijlers, op dat moment mag je die e-learning bekijken, we koppelen daar een supervisie aan of een intervisie aan. Dat zou wel iets zijn, dat effectief gebruikt kan worden." (CAR)

"Dat is ook een beetje mijn verwachting van hier [de focusgroep], kwaliteitsvolle diagnostiek. Wij proberen dat zo goed mogelijk te doen volgens de richtlijn van het VAPH, maar ik wou hier ook een beetje meer informatie van ja, maar wat is dat nu precies, want we geraken er nog altijd niet helemaal volgens wat dat er vanuit het VAPH verwacht wordt... Als ik het las, had ik wel zoiets van ja, eigenlijk doen wij wel heel veel van wat hier in staat, dus allee, dan dacht ik van ah, is dat ook diagnostiek? Dus ook wel interessant om een keer te lezen." (DMW)

In alle organisaties kwam, in meer of mindere mate expliciet, naar voren dat men voortdurend **zoekende** is naar hoe men best aan (kwaliteitsvolle) diagnostiek doet. Er kwam aan bod dat dit zoekproces vaak een cyclische vorm aanneemt, waarbij **periodiek de oefening opnieuw moet worden gemaakt**. Er wordt hierbij ook verwezen naar de **AIRD als mogelijke kapstok** om deze zoektocht aan op te hangen.

"In die zin is deze werkgroep ook wel welkom. We zijn heel erg, zeker op dit moment, bezig met hoe gaan we het diagnostische verder vorm geven binnen ons CGG." (GGZ)

"Bij ons in het CGG hebben we al heel wat geprobeerd rond diagnostiek, maar dat valt dan altijd terug stil en we willen dat terug nieuw leven inblazen." (GGZ)

"... of evalueren van wat dat we doen, doen we het goed, is dat allemaal ook nodig wat we eigenlijk nu doen, de accenten die we leggen, zijn dat de goede accenten. Een beetje het gevoel dat we zeggen van we gaan daar of daar wat rond bijscholing volgen en daarrond iets doen, maar het is niet dat dat ergens aan banden gelegd is ofzo bij ons." (OOOC)

"'t Is zo wat zoeken." – "Dat is voor ons ook een zoektocht." – "Het is zo ook nog een beetje zoeken." (OOOC)

"Deze richtlijnen zijn wel goed en handig om mee te nemen in het werk. Op dit moment zijn we eigenlijk ook aan het kijken van hoe geven wij onze diagnostiek vorm... Ik denk dat deze richtlijn daar ook wat richtinggevend in kan zijn, om samen te zoeken naar wat kan diagnostiek betekenen en specifiek binnen de OBC werking en wat zijn dan goede uitgangspunten om te nemen." (OBC)

Niettegenstaande de blijvende zoektocht naar goede manieren om diagnostiek uit te voeren, schuiven de organisaties over het algemeen een sterke, intern gedragen visie omtrent

kwaliteitsvolle diagnostiek naar voren. De specifieke implementatie in de praktijk getuigt echter ook van **sterke onderlinge verschillen**. Er was veel animo om, vanuit hetzelfde ruimer kader, met elkaar in dialoog te treden om gedachten, ideeën, noden en *good practices* uit te wisselen.

"Ik vind dat zeker zinvol om de kans te krijgen om een keer stil te staan bij oké, wat zijn enerzijds de richtlijnen en anderzijds hoe gebeurt het bij ons in de praktijk, wat kan er beter, wat kan er anders, waar moeten we toch extra aandacht voor hebben? Het lijkt me ook wel zinvol om zo iets af en toe, om de, weet ik veel, twee-drie jaar, een keer een terugkoppeling te kunnen doen, al is dat centra onder elkaar, al is dat hier, dat weet ik niet, om inderdaad die standaard van hoe doe je dat op een goeie manier toch wel te blijven bewaken." (CAR)

"Ik denk dat het wel fijn is om zo'n moment te hebben om die reflectie nog eens te doen." (RCA)

"Er is weinig uitwisseling over de CGG's." (GGZ)

De AIRD als bruggenbouwer in het intersectoraal landschap

Naast de mogelijkheden die de AIRD biedt om diagnostiek vorm te geven binnen verschillende organisaties, kan de AIRD **een goed referentiekader bieden om het intersectorale landschap verder uit te tekenen**.

"Ik vind dat wel fijn dat er een aantal principes zijn waarop dat we kunnen aanhaken, de samenwerking met andere diensten, andere diagnostische diensten of centra. Wat ik fijn zou vinden is dat die [7 pijlers] ook een stukje over de sectoren heen gedeeld zijn waardoor het een referentie kan worden om daar naar te gaan en te zeggen van ja, maar participatie is toch wel heel erg belangrijk of we gaan er toch vanuit dat die vraag, dat uw diagnostiek ook wel idiografisch is en daarvoor moet die richtlijn eigenlijk nog wel wat meer gekend en gebruikt worden om zo ook beter te kunnen samenwerken over sectoren heen. Want nu een heel andere sector aanspreken op het feit dat ze die zaken niet doen... Wij lopen daarop vast." (CLB)

"... omdat het een meerwaarde kan zijn dat een aantal implementiemethodieken of een aantal zaken hierrond sectoroverstijgend worden aangegeven zodat mensen daar ook vorming over kunnen volgen die gericht is op verschillende sectoren zodat ze dat ook merken van ja, dat is niet alleen iets binnen onze sector, dat is voor alle sectoren belangrijk en dat ze dat dan ook ruimer zien en dat wij dat eigenlijk binnen onze implementatie van kwaliteitsvolle diagnostiek ons meer kunnen gaan focussen op die specifieke zaken die uitermate belangrijk zijn binnen de context waarbinnen wij diagnostiek doen. Dat is zeker wel iets waarin dat ik denk dat we, dat je over sectoren heen kan helpen om tot kwaliteitsvolle diagnostiek te komen, want het zou absurd zijn dat we binnen sectoren zouden moeten activiteiten ondernemen voor zaken te gaan implementeren die eigenlijk beter sectoroverstijgend gedaan worden. Maar dat is dan heel concreet over implementatie." (CLB)

Ondanks de blijvende zoektocht naar hoe diagnostiek binnen de eigen werking vorm kan krijgen, blijkt uit de focusgroepen dat **de eigen sterktes en krachten** over het algemeen wel goed gekend zijn en uitgedragen worden. Over het algemeen is men **tevreden over hoe aan diagnostiek wordt gedaan** binnen de eigen werking.

"Maar dat is misschien wel typisch voor onze sector hé. Het is ons werk. Een privépraktijk, een diagnostisch centrum, die gaan waarschijnlijk veel meer dat verklarende en wat is er hier aan de hand. Allee, naar zo'n centrum toe, zeggen wat een kind heeft, terwijl dat wij dat meer vanuit de

context en onderwijs gaan ombouwen naar, ja, wat betekent dat nu voor u, wat betekent dat voor dat kind... of als een leerling zich aanmeldt, hé.” (CLB)

“Het medische stuk binnen de COS'en is ook wel zeker belangrijk... We kijken naar wat is met dat kind op vlak van gezondheid, maar op medisch vlak, binnen COS'en ook wel een belangrijk stuk dat opgenomen wordt, meer denk ik dan in andere sectoren, van ook zoeken naar wat is de oorzaak van het probleem, naar erfelijkheid, genetica, coördineren van onderzoek, medisch onderzoek, aanvullend medisch, zo die dingen, gebeurt eigenlijk bij ons ook wel, maar ik denk dat we dan niet meer zeer in het handelingsgerichte zitten, maar ook in het verklarende, wat is er aan de hand? En dat heeft ook zijn waarde.” (COS)

“Wij hebben ook toch wel een verscheidenheid aan doelgroepen, maar ik vind dat eigenlijk ook wel belangrijk dat je niet al denkt vanuit één, dus die, allee, de verscheidenheid van disciplines, dat is net onze sterkte vind ik, in onze sector, dat wij met veel verschillende invalshoeken naar een kind kunnen kijken.” (CAR)

“Ik ben nog vrij nieuw in de OOOOC's, maar dat is iets dat mij enorm opvalt. De tijd. Je hebt vrij veel. Allee, dat is niet dat mensen niet hard werken, hé, maar er is wel meer tijd per gezin tegenover, ja, je gaat naar een CGG of je gaat naar het COS. Die tijd is veel beperkter en nu krijg je veel meer tijd voor dat multimethodisch, multi-informant... Allee, dat valt mij op dat dat ook echt terdege wordt gedaan.” (OOOC)

De eigen sterktes worden vaak afgezet tegenover de vermeende zwaktes van andere diensten en organisaties. De **kennis over hoe aan diagnostiek gedaan wordt binnen die andere organisaties** is soms eerder beperkt. Hierdoor circuleren onjuiste ideeën omtrent elkaars werking en wordt de kwaliteit van diagnostiek van bepaalde organisaties soms ten onrechte in vraag gesteld. Deze zaken beknotten het **vertrouwen in elkaars werking**.

“Ik vind het verschil tussen CAR en diagnostiek binnen een OOOOC enorm groot.” (OOOC)

“Dus de CAR's doen ook aan diagnostiek. Wij gaan een intensere samenwerking aan met hen. Dan is het voor ons ook nog onduidelijk welk soort diagnostiek doen zij en waar leggen zij dan in hun diagnostiek de focus op en hoe onderscheidt de CGG daarvan? Want zij hebben een heel andere visie op diagnostiek dan in het CGG en hoe puzzel je dat dan samen? Dat is één groot vraagteken.” (GGZ)

“... het COS die dan ASS diagnosticeert, waar wij die stap verder doen en de context, wat biedt dat op basis van die classificerende diagnostiek en daar, is die zorg gepast, krijgt die nog zijn maximale ontwikkelingskansen gezien zijn diagnostiek, denk dat we die verbreding als een kracht beschouwen in het OOOOC.” (OOOC)

“Terwijl iemand van een CGG, die ziet die gasten vier uur en op vier uur zouden die meer kunnen zeggen en weten dan wij in een heel team weten.” (OOOC)

“Ik ben blij dat je het zegt, want dat is inderdaad ook mijn gevoel dat de GGZ-sector, als zij het woord ontwikkelingsstoornis, en daar hebben we al ellelange discussies over gehad... En heel belangrijk, naar ontwikkeling toe, in de anamnese wordt bijvoorbeeld ontwikkeling niet bevraagd, hé. Zo dat soort diagnostiek gaan ze niet doen... Maar natuurlijk, het heeft ook zijn effecten op de cliënt zelf, hé, want bijvoorbeeld voor ASS-kinderen, -jongeren, die gaan we dikwijls niet naar een CGG doorsturen omdat het niet anti-specifiek genoeg is.” (COS)

Een bijkomend heikel punt is dat diagnostische vragen soms terecht komen bij organisaties waar ze eigenlijk niet 'thuishoren', maar omwille van wachtlijsten wel worden opgenomen. Dit kan **een verkeerd beeld en verkeerde verwachtingen creëren**. Nog nefaster voor het vertrouwen is wanneer de vraag eigenlijk **een verdoken vraag** is, bijvoorbeeld naar verblijf om de wachtlijsten te omzeilen of naar specifieke (test)diagnostiek om een bepaald label of bepaalde hulp te verkrijgen.

"Het zou kunnen dat we soms een eenvoudige vraag krijgen voor een OOC, wat niet veel gebeurt, maar dat ik denk van dat is niet nodig, maar ze willen gewoon verblijf. Het moet duidelijk zijn wanneer is het nodig om een OOC in te schakelen. Dat vind ik wel belangrijk. [...] Vroeger kon je ervan op aan als dat op onze wachtlijst staat, oké, dat zal wel kloppen en nu begint die [de coördinator] al te bellen en begint die door te vragen en dan zie je dat er soms nog afvallen omdat het niet klopt. Dus ik denk dat het verschil is dat je bedachtzamer moet zijn en meer moet doorvragen." (OOC)

"... maar dan wordt er soms wel druk op ons uitgevoerd, maar dat heeft ook te maken met het feit dat we, dat we gratis dienstverlening zijn en dat ze daar de prijs voor de ouders mee willen drukken en dat maakt het voor ons niet altijd even evident om daar, als je het dan niet doet, dan verhoog je nog de drempel voor die ouders om eigenlijk diagnostiek te kunnen gaan doen die noodzakelijk is. Dat maakt het in die situatie niet altijd even evident." (CLB)

"Wij krijgen soms wel de andere vraag. Ouders die zeggen ik wil mijn kind naar het buitengewoon onderwijs en het CLB wilt niet mee, dus kunnen jullie een keer. Als ze van het CLB geen 'go' krijgen, dan zitten ze daar, dus die vraag krijgen wij ook verschillende keren [...] vaak komt dat maar tot uiting eens dat je bezig bent, dat is niet de vraag die ze gesteld hebben om binnen te komen, hé, en een keer dat je in gesprek bent met de ouders zeggen ze eigenlijk wil ik een papier of toch dat jullie ons ondersteunen en zeggen 'dat is een kind voor buitengewoon onderwijs' en dan hebben wij wel het diagnostisch proces afgerond en gezegd van 'kijk, die kan starten', als jullie zouden willen, stel dat er geen plaats is, stel dat je met de school niet overeenkomst, dan kan die eigenlijk wel therapie krijgen, maar ga toch een keer in gesprek met het CLB op basis van onze resultaten en kijk wat er kan." (CAR)

"...Soms heb je ook verdoken vragen, hé, dat je eigenlijk een vraag naar verblijf hebt, maar dat ze de vraag stellen naar diagnostiek en behandeling. En dan denk je: maar dit gaan we wel niet doen, dus dat zijn dan de verdoken vragen, ja, dat gebeurt even goed." (OBC)

Er worden ook **rudimentaire vragen** opgeworpen naar de **kernopdracht** van de verschillende organisaties. Duidelijkheid en een transparant beeld scheppen over de opdracht(en) van de verschillende organisaties is belangrijk omdat het ook bepalend is voor **de finaliteit van de diagnostiek** die wordt uitgevoerd.

"Maar dat [vragen van ouders rond diagnostiek i.f.v. buitengewoon onderwijs] is wel onze opdracht niet, hé. De opdracht van een CAR, dus wij doen die vragen niet. [...] allee, we mogen al zo weinig diagnostiek doen, dat is dan een keuze die je maakt denk ik als centrum, maar wij nemen eigenlijk die vragen niet op." (CAR)

"Dan zit ik een beetje vast op de verslaggeving. Voor ouders is het toch ook wel heel belangrijk dat je die visie rond hoe dat wij diagnostiek doen, dat die anders is dan in een diagnostisch centrum die enkel kijkt naar de normeringen en vergelijken. Dus dat kan een heel groot verschil zijn, de resultaten die ze bij ons behalen en stel dat ze diezelfde test ergens anders doen met wel die strakke richtlijnen, dan ga je met een groot verschil zitten." (GGZ)

“Een bijkomende uitdaging in diagnostiek, dat er een heel groot nijpend tekort is aan inzetbaarheid rond categoriale diagnostiek of zoeken naar diagnoses om in aanmerking te komen voor de juiste hulpverlening, waar dat er dan ook heel veel naar ons gekeken wordt als OOC, waar dat wij niet onze kernopdracht in hebben, dat we denken van oké, ja, eigenlijk kunnen wij het niet doen, maar goed, niemand anders gaat het doen, dus laat ons dan een beetje zoeken wat we dan wel kunnen doen.” (OOC)

“Er zijn externe diensten die aan ons vragen om diagnostiek, om testen af te nemen en dat doen we niet omdat dit is niet onze taak, dat is geen diagnostiek voor ons, hé, als jij mij vraagt om een IQ af te nemen, ja, dat is geen diagnostiek, dat doen we niet.” (CLB)

“Ik vind mits een goeie uitleg dat dat [RCA] wel een oké naam is omdat we vaak, allee, van COS bijvoorbeeld doorverwijzen en dan is het heel duidelijk voor mensen dat er een vermoeden van autisme is en als we doorverwezen worden naar het referentiecentrum autisme dus, dat dat duidelijk aan die hulpvraag gaat beantwoord worden, is voor mensen wel ook vaak een houvast en een soort van troost van oké, die hypothese gaat daar afgetoetst worden, maar ja, soms, sommige mensen denken dat enkel, enkel dat in beeld wordt gebracht en dat brengt ook soms wel een beetje een angst bij mensen terecht van oei, ze gaan nu enkel daarnaar kijken en niet breder waardoor dat die wel autisme gaat hebben.” (RCA)

“Wij zijn daar eigenlijk al zeer transparant en open in vanaf de intake, dat ze niet naar ons komen voor classificatie, dat we dan eigenlijk, dat dat niet ons startpunt is, dat dat ook niet ons doel is om dat te hebben, dat dat mogelijk wel een uitkomst is, maar dat dat niet vooraf vastligt, dan moeten ze op een andere dienst zijn.” - “awel, ik denk ook dat komen we eigenlijk zelden nog tegen, heeft mijn kind ADHD. Dan denk ik dan moet je maar naar een revalidatiecentrum gaan of dan moet je naar een COS gaan of weet ik het, ik denk dat die vragen minder tot bij ons komen, ik denk dat de complexiteit net eigen is aan die hulpvragen.” (OBC)

“Dus in die zin, de richtlijn vond ik vooral een ondersteuning geweest als ik ze nog eens doorlas om zo nog eens goed na te denken, waar situeren we ons als OBC, waar gaan we voor, staan we voor. Om bij wijze van spreken de juiste begrippen ook te gebruiken om eigenlijk ook onze diagnostiek ook wel wat te expliciteren, ook naar externen en ook naar internen, om eigenlijk juist te kunnen formuleren dit is eigen aan ons als diagnostiek binnen OBC, binnen dit OBC. Dan vond ik het vooral handig om te kijken wat is het verschil tussen een OBC diagnostiek en een handelingsgerichte OOC diagnostiek bijvoorbeeld. (OBC)

In de dagelijkse praktijk treden verschillende organisaties uiteraard met elkaar in contact, om **informatie te delen** (veelal aan de hand van een verslag), **door te verwijzen**, of soms om **samen te werken** rond een bepaalde casus. De ervaringen omtrent intersectorale samenwerking brengen verschillende hiaten en moeilijkheden in het proces aan het licht. Toch primeert de idee dat intersectorale samenwerking veel voordelen kan bieden en pleit men vanuit verschillende organisaties om het principe van **bijschakelen**, waarbij een externe dienst tijdelijk meekijkt of bepaalde diagnostische activiteiten uitvoert zonder dat de cliënt definitief wordt doorverwezen, door te voeren.

“En als MDT zit je ook in een vreemde positie, want wij doen op zich niet aan diagnostiek. Wij doen relatief weinig. We doen soms wel een IQ-test en zo, maar voor andere zaken moeten wij ons baseren op informatie aangeleverd van externe psychologen, externe artsen. En dan kunnen de richtlijnen wel zeggen het moet in die richting gaan, maar als ze u andere informatie aanleveren,

zitten wij soms ook blok en ja, hoe gekend zijn bepaalde richtlijnen over alle andere externe actoren, extern buiten het MDT-DMW? En zijn daar verschillen in?" (DMW)

"Wat ik merk dat wij vaak ook niet genoeg doen, dat is, als je niet in contact gaat met een dienst, dan weet je soms niet wat heel het proces is van diagnostiek die erachter is gebeurd op basis van een verslag dat je krijg. En soms kijk je daar dan naar en denk je, ja, wat hebben ze nu eigenlijk gedaan? Terwijl dat dat niet wilt zeggen, omdat het niet op papier staat, dat het daarom daarachter niet gebeurd is, maar niet op elk verslag schrijf je dat. Dus ik vind dat je soms ook wel de afweging, dat je moet geloven in mekaars expertise." (CLB)

"Maar ik denk misschien als je het ruimer bekijkt. Maatschappelijk denk ik ook dat er meer afstemming zou moeten kunnen zijn tussen wat neemt eerstelijnszorg bijvoorbeeld af van testen of screening. En dan doen wij soms daar bij wijze van check ook nog een keer testen op. Ah ja, ik denk dat er daar ook wel ergens nog groeimarge is om te zorgen dat cliënten niet telkens opnieuw een screeningvragenlijst krijgen. Ik bedoel dat heeft weinig meerwaarde. Maar die informatie stroomt niet altijd door waardoor dat je toch zelf ook weer van een vertrekpunt moet vertrekken." (CAR)

"Ik denk niet dat er echt wantrouwen is naar de deskundigheid van anderen. Ik denk dat wij allemaal echt wel onze eigen opdracht hebben en dat die voor en na of naast elkaar, maar dat wij op individueel niveau, als er doorstroming nodig is, die informatie wel aanleveren. Maar ja, ik denk dat er soms gewoon door de tijd en wachttijden ook, dingen overlappend gebeuren. Als er aangemeld wordt bij ons en ze moeten anderhalf jaar wachten vooraleer ze effectief kunnen starten. Wij hebben voor de aanmelding al een screeningvragenlijst en een beetje in kaart gebracht van welke vraag leeft er. En ondertussen start het CLB ook met een traject. Ja, dan zijn zij ook bezig, misschien met dezelfde vragenlijsten en daar is er inderdaad soms nog te weinig afstemming. Maar ik denk, de investering om dit goed te krijgen, ik weet niet of dat het waard zou zijn. Ik denk dat we onze tijd in andere dingen nog veel beter kunnen investeren dan daarin. Ik denk dat je je daar gewoon bewust van moet zijn en als ouders zeggen: 'Oh, ik heb die vragenlijst al afgelegd', dat je zegt van 'oké, ik zal hem opvragen' en niet zegt van 'doe het nog een keer', hé." (CAR)

"Soms hebben ze een label en vragen ze op basis van het label een zorg, maar wij moeten dan nog op onze manier gelijk dat ik zeg dan een traject gaan lopen om eigenlijk te bepalen 'jij hebt die zorg nodig' en dat is moeilijk. Ze komen bij ons van 'ik heb een label, die zorg is nodig', ja, maar wij moeten die toegang tot die zorg geven, maar op een andere manier en dat is niet altijd gemakkelijk om u daarin te positioneren." (CLB)

"Ik denk dat het trapsgewijze daarvoor ook wel belangrijk is. Bij het COS hebben we bijvoorbeeld wel een nauwe samenwerking met het CLB. Zij doen al bepaalde dingen voor ons. Zij gieten dat in een verslag of zij melden ons dat, waardoor dat begintraject al een groot stuk gelopen is, dat er al een schoolobservatie gebeurd is of vragenlijsten, waardoor dat die vraag, die vraagstelling al nauwer is bekeken. Maar dat ze dan wel naar ons doorverwijzen om te kijken van 'wij denken aan dit beeld in die richting, we hebben dat voorbereid met de ouders en kijken jullie ook nog wel breed en medisch mee naar wat dat de achterliggende, allee, waar dat wij eventueel dingen over het hoofd zien of wat dat de uiteindelijke diagnose is'. En ik denk dat dat wel duidelijk is, ook voor de andere sectoren, dat zij weten van ja, op dit moment moeten wij doorververwijzen, allee, moeten we daar of daar terecht of dit is niet meer voor ons en is eerder voor een COS." (COS)

"Op dat vlak kan het dan een winst zijn. De beste trajecten die ik daar ooit in heb gelopen zijn degene waarbij dat ik betrokken was waardoor je dan samen in uw adviesfase. Ik moet nu denken aan kinderpsychiatrische diensten waarbij dat een kind opgenomen was geweest waarbij dat je

door het contact dat je hebt en door het adviesgesprek dat je een stuk samen kan doen, die afweging met elk vanuit zijn eigen positie kan gaan maken voor wat betekent dit dan op vlak van een gemotiveerd verslag, een verslag omdat je mee bent en hun diagnostiek ook mee kan gebruiken in je afweging en bewust... en dat je het samen kan gaan doen en dat die ook jou mee bevraagt over dat aspect van onderwijs en dan kan je eigenlijk tot een gemeenschappelijk advies komen waarbij dat je op het einde zegt oké, er is medicatie nodig. Blijkt uit dat advies dat medicatie nodig is, dan gaat de arts dat faciliteren; blijkt uit het advies dat er buitengewoon onderwijs nodig is, dan gaat het CLB dat faciliteren, maar in de huidige praktijk is dat vaak heel erg moeilijk omdat er daar gewoon niet altijd de tijd voor is om te gaan afstemmen en dat samen te gaan doen.” (CLB)

“Ik vind dat ook een heel groot gemis omdat wij hebben net die leefgroep, wij hebben de deskundigheid om bijvoorbeeld een bepaalde problematiek in kaart te brengen en dan missen we, en dan spreken we, ja, we hebben een vermoeden van en hadden we net dat stapje meer, dan zou je ook een breuklijn vermijden. Want eigenlijk hebben wij een schat van informatie, waar dat een psychiater even kan meekijken en ook al dan niet bevestigen en die samenwerking missen wij toch wel ergens.” (OOOC)

In de focusgroepen werd bijzonder veel stilgestaan en ingegaan op het intersectoraal samenwerken en de moeilijkheden die daarbij ervaren worden. Dit wijst enerzijds op het belang dat vanuit de organisaties gehecht wordt aan samenwerken, maar ook op de manifeste moeilijkheden die momenteel aanwezig zijn en de noden die vervuld moeten worden om van het intersectoraal verhaal een succes te kunnen maken. Eerst en vooral is er nood aan **meer en betere kennis over de eigen en elkaars werking** (afbakening kernopdracht, visie, finaliteit, etc.). Daarnaast wordt **betrokkenheid in elkaars diagnostisch proces** als belangrijke mogelijkheid gezien en moet **het idee van bijschakelen** gefaciliteerd worden. Intersectorale samenwerking vraagt **tijd** en er zijn **beleidsmatige inspanningen** nodig om gedegen intersectorale samenwerking verder te bevorderen. Een **overkoepelende visie op kwaliteitsvolle diagnostiek** is hierin een eerste cruciale stap om bruggen te bouwen over organisaties heen.

Een dynamische visie op diagnostiek

In de praktijk is diagnostiek vaak een **momentopname**. In alle organisaties wordt echter benadrukt dat diagnostiek een **dynamisch** gegeven zou moeten zijn. Kinderen, jongeren en hun gezinnen **evolueren** over de tijd en er zijn **verschuivingen** mogelijk **in de problematiek**. Een dynamische visie op diagnostiek kan gesitueerd worden in de verschillende kwaliteitspijlers van de AIRD. Met betrekking tot het 'Biopsychosociaal model' kwam reeds aan bod dat een *ontwikkelingsperspectief* als erg belangrijk wordt ervaren. Binnen de pijler 'Idiografisch kader' kan in vraag gesteld worden of *een classificerende diagnose mogelijk moet herzien worden* op termijn, terwijl dit nu vaak levenslang meegedragen wordt. Het is ook mogelijk dat cliënten zelf *andere accenten* leggen over de tijd heen. Vanuit het idee van 'Participatie' moeten eventuele evoluties in de hulpvraag dan ook in rekening worden gebracht.

“Wij gebruiken het [ICF-kader] ook niet zo gestandaardiseerd, maar iedere keer dat je dat kind ziet, iedere keer opnieuw kijken van oké, welke elementen in jouw omgeving of persoonlijke factoren spelen mee in hoe dat jij je nu voelt en hoe de gezondheidstoestand is.” (OBC)

“Ik spreek dan vooral over ouders, hé, over hoe dat ouders naar de dingen kijken, wat dat zij als probleem ervaren. Dat is geen statisch gegeven, dat is iets dat eigenlijk evolueert. Kinderen veranderen.” (CAR)

“Je zadelt iemand wel op, het is nu negatief gesteld, maar het is wel een diagnose die misschien, ja, wat heeft het voor consequenties voor iemand, hé. Ik denk daar ook niet heel licht over. Ik zie

een diagnose ook niet als iets blijvend, in principe, terwijl het eigenlijk wel zo wordt gesteld. Die diagnose wordt gesteld in het kader van functioneren binnen een omgeving als dat na een tijdje wel goed gaat, dan kan je eigenlijk niet meer spreken over diagnose, hoewel je wel een lijstje kan afvinken misschien" (RCA)

"Bij ons staat dat letterlijk genoteerd in de verslaggeving van we gaan ervan uit dat kinderen in blijvende ontwikkeling zijn en dat dat iets dynamisch is, dus met andere woorden, het is maar een momentopname van diagnostiek om eigenlijk de behandeling op verder te baseren." (OBC)

"... multi-informant, multimethode, maar ook multitemporaal." (OBC)

Er mag niet zomaar van uitgegaan worden dat conclusies en adviezen die voortkomen uit een diagnostisch proces blijven gelden over de tijd. Diagnostiek is een dynamisch gegeven en omstandigheden, klachten, hulpvragen, maar ook hulpbronnen kunnen veranderen. Deelnemers van de focusgroepen vinden het daarom belangrijk dat de zorg of behandeling die ze adviseren tijdig kan worden opgestart zodat ze aansluit op het diagnostisch proces. Wachtlijsten staan dit principe in de weg.

Hardnekkige vicieuze cirkel: nieuwe diagnostiek na wachtlijsten werkt wachtlijsten in de hand

Alle organisaties betreuren de ellenlange wachtlijsten in het diagnostisch landschap. Als een pleister op de wonde krijgen cliënten soms een aanmeldings- of intakegesprek aangeboden waarin de hulpvraag wordt geëxploreerd. Daarna volgt een wachtperiode die soms maanden tot jaren aansleept. Na een lange wachttijd blijkt vaak een **nood aan nieuwe diagnostiek** omwille van veranderde omstandigheden.

"... intakefase. Dan komen ze op een wachtlijst. Ik durf niet zeggen hoelang, maar dus heel lang en op het moment dat ze dan opgestart worden, dan zou het soms wel kunnen dat die echt in een ander team terecht komen omdat dat al zodanig geëvolueerd is dat er heel wat andere zaken aan de hand zijn." (GGZ)

"Maar je kan toch niet zeggen, of dat dat voelen wij, vroeger kon je zeggen oké, je sluit uw diagnostiek en ze gaan door. Maar als ze bij u acht maanden tot een jaar zitten. Uw diagnostiek stopt niet, want uw gezin stopt niet. Wij hebben nu een diagnostiek van vier maanden. Dat kind zit nu bijna een jaar bij ons en is nog altijd niet weg. Dus ja, moet je uw diagnostiek eigenlijk een stuk terug heropenen want uw kind evolueert en het gezin evolueert en je zit eigenlijk. Ik denk dat we ondertussen een derde diagnostiek bij wijze van spreken aan het doen zijn, want je kan het niet maken van stil te staan. Het leven van dat gezin staat ook niet stil. Dus ik denk dat we uit noodzaak momenteel diagnostiek nog eens herbeginnen bij wijze van spreken. Allee, niet helemaal herbeginnen, maar wel, ja, een gezin is dynamisch, blijft gaan, dus zolang dat ze vastzitten, bij u, omdat ze niet kunnen doorstromen naar wat dat je ze geadviseerd hebt, ja, blijf je ook wel opnieuw investeren, kijken. Je bent dat verplicht aan dat gezin en aan dat kind." (OOOC)

"Waar botsen we dan nog op? Dat is op de wachtlijsten, maar dat zal bij jullie niet anders zijn. Die wachtlijst brengt u ook wel in problemen als het van een ander centrum komt. Als ze dan al een tijdje, als die hulpvraag al meer op een ander spoor zit, hé. Als de cliënt eindelijk bij u terecht kan, geeft toch ook wel wat frustratie bij mensen en daar zijn we toch ook nog niet uit van hoe kunnen we dat eigenlijk nog veel meer gaan ondervangen. Daar zit een beetje dat ethisch conflict ook, hé. Als mensen zo lang moeten wachten op hulp, terwijl dat je een duidelijke hulpvraag hebt." (CAR)

"Wij nemen die vraag niet op, maar vaak komt een kind, allee, of komen ouders met een vraag rond taalontwikkeling of fijne motoriek, allee, zijn dat zo de hulpvragen. Maar tegen wanneer dat

ze dan. Anderhalf jaar later zit je al met een ander gegeven en zit je soms inderdaad met al die vraag naar 'ja, ik wil dat hij naar buitengewoon onderwijs gaat, want het is al gebleken dat het niet goed lukt'. Dus zit je ook al, tegen wanneer dat ze starten met het onderzoek, wel met een verschuiving qua hulpvraag of qua aanmeldingsklacht." (CAR)

"Wij doen een intake in het begin en dan doen wij een nieuwe intake een maand voor het onderzoek om te kijken is het iemand voor bij ons, ja of nee. Stel dat hij voor bij ons is, wat hebben we nog nodig? Als we te weinig informatie hebben, sturen we wel eens vragenlijsten naar school of naar de ouders. En dan start de wachtperiode en dan doen wij volledig de intake. Wij adviseren dan wel al van 'start al met logo, start al met kine'. Dus eigenlijk in die wachtperiode krijgen mensen wel adviezen om een aantal dingen op te starten. Het gebeurt dat het niet meer nodig is tegen dat het aan hun beurt is of er wel x-aantal extra zaken zijn en dan wordt er een nieuwe intake gedaan." – "Ook crisissen daartussenin, die vangen wij op." – "Maar dat is inderdaad ook niet factureerbaar, hé. Dat is allemaal werk dat je doet." (CAR)

"Soms zit er wel wat tijd tussen de aanmelding en de intake omdat we met wachtlijsten zitten, dus soms is de informatie niet zo heel relevant en dus moet je ook wel nog een aantal dingen opnieuw bevragen." (CAR)

"Dat doet ook afbreuk aan de dynamische processen, hé. Als je na een jaar of na twee jaar kan je ergens terecht, maar dan moet je eigenlijk opnieuw beginnen met uw diagnostiek, hé (instemming), want ondertussen is er ik weet niet hoeveel gebeurd." (OBC)

Deze vicieuze cirkel van wachtlijsten die klaarblijkelijk zichzelf in stand houden dient doorbroken te worden. Er is nood aan structurele oplossingen waarbij niet ingeboet wordt op de tijd die nodig is om aan kwaliteitsvolle diagnostiek te doen.

Het belang van continuïteit van zorg

Alle organisaties worden geconfronteerd met een zekere **tijdslimiet** om diagnostiek uit te voeren en een kind of jongere te begeleiden. Dit dient om de wachtlijsten in te perken en de doorstroom in de zorg te garanderen. Echter, verschillende focusgroepen werpen op dat dit kwaliteitsvolle diagnostiek in de weg staat omdat, los van pragmatische overwegingen, **continuïteit van de zorg** zowel voor het kind of de jongere als voor de medewerkers vruchtbaarder is op **lange termijn**. Men pleit er dan ook voor om een meer **organisch, idiografisch traject** te kunnen voeren met de cliënt. Op die manier kan vermeden worden dat cliënten nodeloos van het kastje naar de muur worden doorverwezen.

"Eigenlijk zou je moeten kunnen meegaan. Als je een goeie klik hebt met iemand, met een jongere en je zegt van 'kijk, ik vertrouw die echt'. Je zou moeten kunnen meestappen tot je zegt van 'oké, ja, goed, hier laat ik je gaan.'" (OOOC)

"... en dan merken wij dat we ouders een beetje in de koud moeten laten staan omdat je dan een langer traject nodig hebt om dat binnen die drie maanden uitgeklaard te krijgen en dan geef je die een doorverwijzing of je probeert die dan wat op weg te zetten, maar op het einde van de rit hebben ze gewoon anderhalf jaar gewacht." (CAR)

"Ik vind dat kwaliteitsvolle diagnostiek een onderdeel moet zijn van een traject waar dat continue hulpverlening is. Dat is er gewoon niet nu. Mensen botsen, denk ik, soms per toeval op 'ah diagnostiek, dat bestaat, we gaan daar iets mee doen' en dan stopt het traject en dan, in het beste geval, zijn ze aangemeld en moeten ze twee jaar wachten op thuisbegeleiding ofzo. In het slechtste geval gebeurt er niets en dat is het dan. Dat is niet enkel in diagnostiek. Dat is in alle hulpverlening.

Ze moeten het maar uitzoeken. Wij hebben als hulpverleners soms al echt moeite om de sociale kaart te kennen, om te weten wat er allemaal is, waar je terecht kan, waar dat je moet aanmelden en we verwachten dan maar dat mensen dat zelf allemaal uitzoeken die er niets van kennen. Dat klopt gewoon niet in mijn ogen.” (OBC)

Daarenboven wijzen verschillende organisaties (GGZ, OOC, CLB, CAR, OBC) op de **toenemende complexiteit** van de problematieken waarmee ze geconfronteerd worden. De ervaring leert dat **diagnostiek dikwijls te laat** komt waardoor men voor de uitdaging komt te staan om op de relatief korte termijn die hen gegeven is een complexe situatie te vatten.

“Wat dat wij heel sterk voelen, is dat we te laat komen, waardoor dat we heel complexe situaties al hebben. Dat is uiteraard ook heel ambitieus om binnen een drietal maand de situatie te verstaan, daar ook nog goeie verklaringen voor te kunnen vinden en dan ook nog goede indicatiestelling te kunnen doen.” (OOOC)

“Zeker voor die complexe. Op drie maand geraak je daar toch niet uit.” (CAR)

“Hoe groter de complexiteit, hoe meer tijd je daarvoor nodig hebt.” (OBC)

Tot slot betreuren de deelnemers van de focusgroepen (OOOC, COS) dat ze cliënten niet kunnen **opvolgen** na het doorlopen van een diagnostisch traject. Omwille van de **wachlijsten** is het niet mogelijk om voldoende in te zetten op **nazorg** en bijvoorbeeld na te gaan **of en hoe adviezen werden opgevolgd**.

“Het zou beter zijn als we dan ook nog wat een natraject zouden kunnen lopen. Dat doen wij, dat kunnen wij niet. Het praktische loopt daar dan ook op vast, hé. Je kan dat weer niet factureren. Je kan dat niet factureren en je moet een volgende hebben, want je moet therapie kunnen opstarten.” (CAR)

“En ook die opvolging. Je kan wel iets van nazorg bieden, maar het is niet dat er na zoveel tijd contact wordt opgenomen ‘en zijn jullie verder aan de slag kunnen gaan?’. Dat zou wel mooi zijn om dat te kunnen doen, maar daar zijn gewoonweg geen middelen voor. Als je kijkt naar al die die staan te wachten. Voor sommige ouders is dat eigenlijk niet zo goed dat we ze moeten loslaten.” (COS)

“We gaan advies gaan geven of een objectivering gaan geven. Het VAPH neemt een beslissing en de volgende stap is heel vaak een wachtlijst. Wij stoppen of onze opdracht stopt algemeen na de adviesverlening en eventueel nog wat die opvolging, maar de volgende fase om daarmee aan de slag te gaan, behoort soms ook jammer genoeg niet tot ons takenpakket en onze financiering. En tegelijk, voor daarmee aan de slag te kunnen gaan, zit je soms met wachtlijsten op alle domeinen.” (DMW)

“Dat wringt wel een beetje bij onze medewerkers dat ze op dertig dagen alles moeten rondkrijgen. Je moet die nazorg wel goed doen, je wilt die gezinnen goed ondersteunen, die soms moeite hebben om zelf aanmeldingen te doen of hulpverlening te vinden en zo, dus je wilt die wel echt goed op weg helpen, zodat het traject toch waardevol is geweest, zodat de adviezen ook allemaal kunnen opgevolgd worden en dat is iets waarvoor we binnen korte modules en korte nazorg soms wat tijd te kort komen.” (OBC)

Diagnostiek en behandeling gaan niet altijd hand in hand

Diagnostiek wordt vaak handelingsgericht ingevuld vanuit de organisaties, d.i. met het oog op een advies met betrekking tot gepaste (be)handelingen. Diagnostiek en behandeling gaan ook vaak niet hand in hand. Dit vloeit enerzijds voort uit de wachttijden die die wisselwerking in de weg staan, maar anderzijds lijkt er ook een onderscheid te bestaan tussen een 'diagnostische' fase en een 'behandelfase'. Diagnostiek kan hierbij 'afgerond' worden zonder dat erop teruggekomen wordt. Dit zien we ook in hoe verschillende organisaties georganiseerd zijn in '**onderzoeksteams**' en '**behandelteams**'.

"Dat cyclische, ik denk niet dat wij dat zo. Wij doen diagnostiek in wisselwerking, maar een keer dat wij dat diagnostische gedaan hebben en dat we de link leggen met therapie, dan gaan wij niet terug... Ik denk dat wij die reflex weinig maken van een keer te kijken van klopt dat allemaal, beantwoordt dat jullie hulpvraag?" (GGZ)

"Waar ik soms op bots. Wij hebben een heel duidelijke observatieperiode en nadien behandelperiode, maar onze doelgroep wordt steeds complexer, moeilijkere casussen, waar dat ik persoonlijk ook vaak denk dat er eerst meer moet ingezet worden op behandeling, dat diagnostiek nog meer dynamisch mag aanzien worden. Dat niet eerst het diagnostisch proces moet gebeuren. Dat blijft soms toch een beetje te statisch of te hard gericht op een DSM-diagnose bijvoorbeeld. Hoe we dat stuk toch nog meer dynamisch op maat kunnen krijgen, allee, dat vind ik wel heel belangrijk." (OBC)

"Ja, zo die laatste fase, evaluatie van uw advies, dat houdt mij ook soms bezig. Soms ook jongeren die, ja, gewoon ambulante waren, die dan naar huis gaan en daar dan hulpverlening krijgen, maar dan zeggen wij nu ook meer en meer van 'bel maar terug'. Wij zijn daar in aan het veranderen. Vroeger zeiden we van ah nee, we gaan niet te snel terug diagnostiek doen, maar nu, dat is ook weer dat biopsychosociaal model of er verandert iets in hun context of hulpverlening kan toch niet opstarten, ja, dan kijken we terug en maken we opnieuw dat cirkeltje, dus maar dat is wel zoeken, vind ik." (OOOC)

Finaliteit van diagnostiek: inschaling versus handelingsgerichte diagnostiek

"Daarjuist ging het over assessment, hé, bij de psychologie. Dat is dan voor de juiste job te vinden. Dan is dat alsof dat je daar zou zeggen 'je moet eerst het label piet perfectionist (gelach) voordat je een goede job krijgt' ofzo. Allee, dat zeg je daar ook niet, hé. Daar ga je ook gewoon kijken naar wat zijn uw krachten en wat past erbij. Als je dan naar hulpverlening kijkt, moet er daar wel een stempel op. Dat is jammer." (OBC)

Classificerende categoriale diagnostiek gebeurt vaak **om poorten te kunnen openen** en niet noodzakelijk omdat het een zinvol onderdeel uitmaakt van een handelingsgericht diagnostisch proces. Soms gebeurt classificatie net om het advies, dat volgt uit handelingsgerichte diagnostiek, überhaupt mogelijk te maken.

"... dat is nuttig geweest voor dat meisje uiteindelijk op de juiste wachtlijst te zetten, maar past dit dan nog wel binnen wat dat we aan het doen zijn?" (OOOC)

"Ik snap de overheid ook wel, hé. Een budget is niet onbeperkt... en langs de andere kant wordt daar zo veel belang vanuit de overheid aan gehecht, dat je bijna niet anders kan dan die getallen toch wel ergens meegeven, zwart op wit, voor administratieve zaken." (COS)

"Ik denk dat dat ook is door de manier dat het ineem zit en je soms, ja, een diagnose nodig hebt om aan bepaalde hulpverlening. Het is daarom dat die mensen die hulpvraag stellen. Moest je

geen diagnose nodig hebben als toegangspoort, dan zou je veel meer handelingsgericht in plaats van een etiket.” (RCA)

Wanneer diagnostiek gebeurt in het kader van het openen van deuren richting gepaste zorg, worden de **criteria** waaraan moet worden voldaan dikwijls **geïsoleerd**. Dit gebeurt onmiddellijk tijdens het diagnostisch proces, dan wel tijdens de vertaalslag in het verslag of wat door externe diensten wordt meegenomen in de daaropvolgende stappen. In beide gevallen wordt een bredere biopsychosociale en idiografische visie op iemands problematiek achterwege gelaten omdat **men zich vooral richt op het beantwoorden aan de vooraf vastgelegde criteria**. Het nodige label of etiket staat op zich om die deur te openen en zo vervalt de context en de brede kennis die werd opgebouwd rond een specifieke casus.

“... nogal frustrerend als je verslagen zit te maken en er wordt niks mee gedaan. Die worden dan niet altijd gelezen.” (RCA)

“Dat is wat binnen de CAR soms wel beperkend is. Wij zitten met die [limitatieve] lijst en je moet dan toch percentieltjes halen om een kind hulp te kunnen bieden. Wij zijn er ons heel bewust van dat dat niet altijd de beste testen zijn, maar er is niets anders beschikbaar. Wij plaatsen dat ook wel in een ruimere context en daar is, denk ik, ook vanuit beleidsmatig vlak wel wat nood aan inzicht om dat ook te zien als: het is een team dat alles breed bekijkt en er zijn cijfertjes, maar dat is maar een cijfertje en dat is ook, dat evolueert cijfers.” (CAR)

“... een keer dat je ingeschreven bent, dan loopt het weer verder en is het soms iets makkelijker om dat biopsychosociale naar boven te brengen. Maar puur voor die erkenning voor mensen die het toch echt wel nodig hebben, zijn we soms genoodzaakt om dat biologische meer naar boven te brengen. Niet per se vanuit ons om dat te doen, maar met de noodzaak om die rechten te kunnen openen.” (DMW)

Dergelijke strikte objectivering verengt een biopsychosociale blik (bv. positieve kenmerken worden niet in rekening gebracht, sterke focus op biologische luik) of maakt een integratief beeld overbodig (enkel de classificerende diagnostiek is noodzakelijk). Individuele verschillen worden weggewerkt door de focus op testresultaten en classificaties. Het verhaal er achter wordt minder belangrijk, terwijl zorgnoden vaak pas tot uiting komen als de unieke, individuele context mee in rekening wordt gebracht (idiografisch kader). Op de limiet **ondermijnt** een dergelijke invulling van diagnostiek een **handelingsgericht kader**. Diagnostiek en behandeling zijn niet langer twee zijden van dezelfde medaille wanneer de finaliteit van het diagnostisch proces gereduceerd wordt tot het stellen van een diagnose en men niet meer de unieke zorgnood van een specifiek individu voor ogen heeft.

Het onvoldoende specificeren van de finaliteit van diagnostiek kan leiden tot **ethische conflicten**. Zo werd verschillende keren aangehaald dat men vanuit een handelingsgericht advies bepaalde zaken wenst te accentueren, die voor het bekomen van de nodige attesten of om bepaalde adviezen uit te voeren, net onderbelicht moeten blijven. Dit leidt tot **paradoxe situaties** die nefast zijn voor de kwaliteit van het diagnostisch proces.

“Soms krijg je als MDT bijna het verwijt van je schrijft om ingeschreven te geraken en je gaat het soms zwaarder maken dan het is. Dat proberen we te vermijden, want het mes snijdt langs twee kanten, maar als daar de focus op ligt om ingeschreven te geraken, moeten we ons daar ook wel een klein beetje op gaan baseren. Dus ik wil ook wel vermijden dat er dan het beeld heerst dat we naar de mond van het VAPH schrijven... Is dat ook iets dat bij het VAPH lopende is of bekeken wordt, zo die kwaliteitsvolle diagnostiek?” (DMW)

Er moet een duidelijk **conceptueel onderscheid** komen **tussen inschaling en diagnostiek**. Bij inschaling is de finaliteit of het advies gericht op het bekomen van bepaalde financiële of andere ondersteuning, los van de inhoudelijke invulling daarvan. Bij diagnostiek is het einddoel een handelingsgericht advies en wordt invulling gegeven aan de vereiste behandeling om aan de hulp- of zorgvraag tegemoet te komen. Dit impliceert niet noodzakelijk dat inschaling en diagnostiek strikt gescheiden moeten worden. Een handelingsgericht advies kan evenzeer richtlijnen bevatten omtrent de nodige ondersteuning (financieel, onderwijs, doorverwijzing, etc.). Belangrijk is dan dat **het advies vanuit de organisatie wordt gevolgd**, onafhankelijk of de specifieke criteria strikt worden ingevuld. Een idiografisch, op handelingsgerichte diagnostiek gestoeld advies viert nu nog al te vaak bot op een nomothetisch georganiseerd zorglandschap. Er wordt begrip geuit naar de overheid dat budgetten beperkt zijn en een zekere afgrenzing nodig is, maar de huidige invulling strookt niet met, en is nefast voor kwaliteitsvolle diagnostiek. Het doet afbreuk op de, zij het minder criteria-gebaseerde, handelingsgerichte adviezen die uit dergelijke diagnostiek voortvloeien.

“Ons advies wordt niet altijd zo au sérieux genomen.” (OOOC)

“Door het MDT wordt multidisciplinair gekeken en wij geven dan effectief een advies, maar daar wordt dan, allee... Dat wordt dan niet altijd gevolgd omdat dan meer naar het biologische gekeken wordt.” (DMW)

“Als ik nu een concreet voorbeeld mag geven van een kind waarvan we zeggen dat die diagnose, we twijfelen erover, maar eigenlijk verklaren alle contextfactoren dat wel voldoende, maar er is wel duidelijk trauma aanwezig en we raden aangepast onderwijs aan want dat kind functioneert niet in een gewone klas. Dat wij een verslag opsturen en dat er gewoon een mail komt van de school, wij kunnen niet naar aangepast onderwijs sturen, je moet uw verslag aanpassen. Het besluit moet gewoon aangepast worden als wij uw advies willen volgen. En dat wij gewoon als team terug moeten samenkomen: wat is hier hetgeen dat toch een beetje bij het kind past om toch die diagnose te geven en iets van trauma erop zetten of iets dat toch ergens in de DSM staat.” (OBC)

“... een idiografische inschatting, om dan te gaan uitmaken of iemand extra ondersteuning nodig heeft of niet, is ook niet zo evident omdat dat eigenlijk dan een inschatting is van wat heeft dit kind hier nodig, wat zijn mogelijke zaken die opgenomen kunnen worden door de school en door thuis en dat hetgeen dat je dan bij vraagt voor ondersteuning eigenlijk altijd vertrekt vanuit wat dat er nog niet gedaan kan worden op school of in de context. Dus dat wordt dan ook een hele individuele afweging. Het is altijd een afweging, van de huidige context, deze leerling, binnen deze context en wat er hier bijkomend nodig is, is ook erg afhankelijk van wat dat er vanuit de context gegeven kan worden en dat maakt het niet altijd zo makkelijk, vind ik.” (CLB)

Nood aan cultuursensitieve diagnostiek

“Ik wou eigenlijk nog van de gelegenheid gebruikmaken om nog een nood aan te kaarten: cultuursensitieve diagnostiek.” (GGZ)

“Ja, wij krijgen zo veel cliënten met een andere culturele achtergrond waar wij niet altijd voeling mee hebben, dus ik denk dat het [vorming daarrond] zeker wel waardevol zou kunnen zijn.” (RCA)

Waar intersectorale consensus over bestaat, is de absolute nood aan ondersteuning rond **cultuursensitieve diagnostiek**. Cultuursensitieve diagnostiek is noodzakelijk om een kwaliteitsvol diagnostisch proces te kunnen doorlopen. Moeilijkheden in dit verband werden reeds onder verschillende kwaliteitspijlers besproken. Onder de pijler ‘Participatie’ werden verschillende

moeilijkheden gerapporteerd omtrent het actief betrekken van **anderstalige cliënten of cliëntsystemen met een andere culturele achtergrond**. Bij het interpreteren en gebruiken van 'Kwaliteitsvolle instrumenten en methoden' botst men op het gebrek aan instrumenten en normgegevens of moeilijkheden om instrumenten (al of niet met behulp van – schaarse – tolken) af te nemen. Binnen een 'Idiografische visie' heerst discussie omtrent de plaats die een alternatieve visie op (psycho)pathologie en behandeling in het diagnostisch proces krijgt. Ook binnen de pijler 'Reflexiviteit' botst men op de eigen gekleurde, vaak westerse bril en vooral ook op de nood aan aangepaste lenzen om ook reflexief aan de slag te kunnen gaan wanneer het gaat over alternatieve denkwijzen.

"En wij werken dikwijls ook wel met tolken, maar dan merk je ook dat uw contact helemaal anders is. Dat verloopt dan via een omweg. Bijvoorbeeld een collega van mij die geen Frans spreekt, gebruikt dan ook een tolk. Die verstaat dat dan wel wat dat die zegt en dan denkt die 'maar dat is helemaal niet hoe dat ik het gezegd heb' en dan, ja. Die nuances verdwijnen daaruit en dat is ook wel iets waar dat wij over struikelen." (OOOC – kwaliteitsvolle instrumenten en methoden)

"Ik moet ook denken aan kinderen die meertalig zijn. Ik hoor meestal of toch vaak, als een kind zichzelf niet in het Nederlands gemakkelijk kan uitdrukken of goed kan uitdrukken, dat er vaker wordt gedacht aan een taalstoornis direct, terwijl als je tweetalig, drietalig, soms viertalig bent – en ik spreek ook een beetje uit ervaring omdat ik zelf anderstalig ben. Dus ik ben daar zo een beetje allergisch aan. Misschien heeft dat met meertaligheid te maken." (GGZ – reflexiviteit)

Een belangrijke kanttekening, die vooral vanuit de CLB's naar voor kwam, is dat sensitieve of **faire diagnostiek** zich niet beperkt tot cliënten met een andere culturele achtergrond. Er is een grote diversiteit, met allerhande kansengroepen (bv. lagere socio-economische klasse, ouders met psychische problematiek), waar men in de praktijk mee geconfronteerd wordt.

"Het is wel het gegeven dat we trachten mee te geven als je werkt met die kwetsbare doelgroepen en waar dat nog wel een serieuze uitdaging ligt. Het perspectief van de diagnosticus, van wie ben ik, hoe kijk ik naar mensen, hoe stel ik mij een stukje open en wie is de cliënt. Dan zitten we in dat cultuursensitieve, wat dat hier ook wel duidelijk aan bod komt en wat dat we, als we dan kijken naar de handelingsgerichte diagnostiek, eigenlijk dit stukje, het stukje binnen de verschillende fasen ook wel leggen van wat dat je ook doet, doorheen dat traject, weet dat je hier, met wie dat je hier werkt en wat is, als we dan, gelijk dat we het hier benoemen, wat het unieke van deze cliënt, maar dat zijn net, waar dat de leefwereld en dat perspectief toch wel verder af staat van de diagnosticus en waar dat men er op toch wel bewuste manier gaat moeten mee omgaan." (CLB)

In andere omstandigheden mag cultuursensitieve diagnostiek ook **geen vrijgeleide** worden door uit te gaan van een soort **modale cliënt** die vrij eenvoudig vanuit het eigen referentiekader kan begrepen en benaderd worden. Elke cliënt moet met andere woorden idiografisch bekeken worden.

"En eigenlijk is het ook wel, vaak van een heleboel van die adviezen, eigenlijk is dat iets dat je bij iedereen zou moeten doen, tijd zou moeten voor maken en voor die groepen is dat zeker cruciaal, maar ook, voor iemand die er op het eerste gezicht als de gemiddelde Vlaming uitziet, kan je. Als je daar bijvoorbeeld dat intercultureel interview bekijkt van de DSM, zitten daar ook heel interessante vragen in, waar dat je veel, van wat betekent dit probleem voor jou, hoe kijkt men binnen jouw context naar dit probleem en dat is eigenlijk iets heel interessant." (CLB)

Nood aan richtlijnen rond verslaggeving en informatiedeling

Binnen de verschillende organisaties wordt een nood geuit aan **ondersteuning inzake verslaggeving en informatiedeling**. Men worstelt met de vertaalslag van de resultaten van het diagnostisch proces in bijvoorbeeld een verslag.

“De verslaggeving, dat is ook eentje waar wij in vastlopen.” (GGZ)

“Hoe zet je dat allemaal op papier? Je hoort dat iedereen daar zoekende in is. Wij ook nog altijd. Hoe zet je dan al die diagnostiek die je verzameld hebt, hoe zet je dat echt allemaal op papier en hoe doe je dat? Welke structuur? Welke taal?” (OOOC)

Er wordt een evenwicht gezocht tussen welke elementen vereist worden vanuit externe actoren (overheid, beleid, justitie), welke informatie men zelf cruciaal vindt om op te nemen (*‘need to know’*), welke informatie relevant is om de ruimere context in beeld te brengen (*‘nice to know’*), maar misschien minder cruciaal om te delen met verschillende derde partijen, en de risico’s of gevaren die aan het opnemen van bepaalde informatie verbonden zijn. Met betrekking tot dat laatste heersen er eveneens verschillende vragen met betrekking tot **informatiedeling**. Binnen de pijler ‘Participatie’ werd onder andere reeds verwezen naar de moeilijkheden die men ervaart wanneer men geconfronteerd wordt met nieuwe of complexe gezinssamenstellingen (gescheiden ouders, nieuw-samengestelde gezinnen, adoptie- en pleeggezinnen). Ook binnen het **intersectoraal verhaal** speelt informatiedeling een belangrijke rol waarover veel vraagtekens bestaan. Wie heeft recht op welke informatie? Welke verantwoordelijkheid draagt de organisatie bij het delen van informatie? Moeten verschillende verslagen worden opgesteld voor verschillende doeleinden? Wat kan en mag de cliënt inzien?

“Wat dat bij ons een drempel is geweest, dat is, met dat we gestart zijn met ICF en het moest in het verslag komen. Dus mensen hebben het ook vaak verplicht gedaan omdat ze dat moesten invullen en het niet gebruikt tijdens hun diagnostisch traject waardoor dat ze de meerwaarde niet zien, want ze hebben hun eigen clustering al gedaan. Ze hebben ondersteuning al gedaan en dan komen ze eigenlijk op het stuk van advies en verslaggeving en moeten ze dan pas vaak nog de informatie die ze eigenlijk al op een andere manier geclusterd hadden op de juiste plaats gaan zetten. Dat is eigenlijk bijna, als je het op flessen trekt, een administratieve bijkomstigheid waar dat je geen winst van hebt.” (CLB)

“... bij ons staat dat letterlijk vermeld in onze verslaggeving en ik weet dat dat voor de zorginspectie ook wel iets belangrijk is dat dat op papier staat, dat daarover gesproken is, dat dat behandeld is.” (CAR)

“Wij schrijven excepties in onze verslagen en die worden niet gehonoreerd. Ik vind dat een beetje krom. Je kan in uw verslag blijven schrijven ‘dit is enkel bedoeld voor dat en niet voor’, maar als ze het doen, doen ze het, hé. En je weet dat advocaten nu eenmaal anders in elkaar zitten dan hulpverleners.” (OOOC)

“Bij gescheiden ouders en het integratief beeld van daarjuist zijn wij ook wel alert op de externe factoren en persoonsfactoren om die op papier te gaan neerschrijven, hé. Wij behoeden ons ervan om te veel details te geven over de gezinscontext. Ja, uiteindelijk, bij gescheiden ouders, maar bij andere gezinscontexten kan dat ook zijn.” (CAR)

“Het zijn niet alleen onze cliënten, maar bijvoorbeeld ook de jeugdrechtbank, hé. Je schrijft voor ze allemaal tegelijkertijd. Ik denk dat de tijd van gesloten verslaggeving, dat we alleen nog maar naar de jeugdrechtbank stuurden en dat we het niet meegaven aan cliënten, die is hopelijk bij iedereen voorbij. Maar ja, dat is wel, dat is in uw schrijven, wat zet je erin, wat zet je er niet in, ja, ook

toestemming van cliënten, wat deel je en wat deel je niet. Het is zo een divers publiek. Dat vergt wel wat tijd en oefening.” (OBC)

“We willen de cliënt daarin ondersteunen omdat we snappen dat dat voor hen ook niet gemakkelijk is. Dus wij nemen zelf contact met een ziekenhuis en dergelijke, maar van daar krijgen we ook weer, meer en meer, een blok waar we tegenaan lopen. ‘Nee, privacy, mag niet doorgestuurd worden’. Wij laten mensen standaard bij een aanvraag een document invullen dat er verslagen mogen worden opgevraagd, dat we dat kunnen doorsturen naar ziekenhuizen. Nu kreeg ik vorige week van een collega te horen, ‘ja, ik heb naar het ziekenhuis gebeld, ons document is niet genoeg, het moet hùn document zijn’. Dus dat moet dan ook weer langs de cliënt en pff, het wordt ook wel allemaal heel-.” (DMW)

Een andere evenwichtsoefening betreft **de lengte, inhoud, vormgeving, structuur, techniciteit en gebruik van jargon** in een verslag. Ook daar zijn een aantal belangrijke vragen: voor wie wordt het verslag opgesteld? Wat is het doel van het verslag? Wie moet er verder met het verslag aan de slag? Hoeveel (technische) details moeten opgenomen worden? En volstaat het om een eindconclusie te formuleren of moeten ook de tussenstappen gerapporteerd worden? Gebeurt dat binnen het eigenlijke verslag of kunnen bijlages toegevoegd worden?

“Wij schreven echt een verslag op maat van die cliënt in zijn of haar context met die problematiek. Zo heel beschrijvend en inderdaad zeer op maat en vanuit verschillende perspectieven, zeer systemisch ook, en dan kwam HGD. Wij hebben allemaal even in crisis gezeten van hoe gaan we dat in onze visie krijgen. Ik verloor dat dan zo een beetje, dat unieke of dat eigene, zeker dan met die hypothesen en dat aftoetsen en daar dan ook wel wat meer zo gestructureerd in werken. Als ik nu kijk naar onze verslaggeving. Wij hebben dat echt wat veranderd op basis van HGD. Dan mis ik wel een beetje zo de voorbeelden, de heel specifieke zinnen die jongeren zeggen.” versus “Ik vind het net nuttig om tot de essentie te komen en net wel beknopt te kunnen zeggen en het verslag eigenlijk niet te uitgebreid te maken, want dat horen wij dan vaak van ‘het verslag is te lang’. maar om eigenlijk terug te leiden naar waarover dat het gaat, vind ik soms wel helpend.” (OOOC)

“Ik vind dat altijd wel een belangrijke opgave. Ik denk dat we daar nog stappen kunnen in zetten om bijvoorbeeld ons eindverslag. Dat is nu nog zeer sterk een document voor de hulpverlener of de verwijzer. Om ook wel daarin meer de vertaalslag te maken. Eigenlijk zou dat perfect moeten kunnen leesbaar, begrijpbaar, hanteerbaar zijn voor de mensen zelf. En ik denk dat dat ook wel, die reflex om het unieke van de cliënt daarin mee te nemen, automatisch in zich houdt.” (OOOC)

“Ook in onze verslagen staat niet het hele traject. Je kan niet alles in een verslag zetten, anders ben je de helft van de tijd met administratie bezig en daar wordt dan ook over geklaagd... Wij hebben gekozen voor een korter HGD-verslag dat begrijpbaar is en dan te verwijzen naar bijlagen voor die zaken waar dat je dan de technische termen in gebruikt, want die zijn soms ook belangrijk om op die manier te gaan noteren en niet van alles een eigen vertaling te maken.” (CLB)

“Wat wij nu ook in voege gebracht hebben zijn attesten. Dus per diagnose wordt een attest opgemaakt waarbij niet iedere keer het verslag, dus dat ouders eigenlijk de attesten ook hebben, maar dat ze niet hoeven, want er staat daar veel gegevens in die een andere persoon niet moet hebben, over familiale context bijvoorbeeld.” (CAR)

Tot slot zijn er ook discussies over de **houdbaarheidsdatum** van een verslag. Langs de ene kant vindt men het belangrijk dat informatie beschikbaar blijft en dat dit gedeeld kan worden tussen verschillende actoren zodat geen dubbel werk moet gebeuren (‘niet steeds hetzelfde verhaal moeten brengen’) en continuïteit van zorg kan gegarandeerd worden. Langs de andere kant wordt

gepleit voor **het recht om vergeten te worden** en dat testresultaten, labels en andere diagnostische gegevens niet in steen gegrift horen te zijn.

“Dat sluit aan bij verslaggeving, hé. Die gaat soms verloren. ‘Ik heb ooit diagnostiek gehad, maar ik vind dat verslag niet meer.’ Dat is jammer, hé.” (OOOC)

“Ik maak mij soms wel de bedenking van ja, maar, als dat kind ouder wordt, gaat dat misschien ooit dat verslag wel in handen krijgen. Die kunnen dan lezen wat er allemaal gebeurd is met de ouders. Ik maak mij soms wel de bedenking van wie krijgt dit allemaal in handen. We geven aan ouders wel mee van ‘pas op’, allee, ‘als een school dat ook vraagt, geef gewoon het besluitje mee’, dat ze niet, dat er heel vertrouwelijke dingen in staan, maar je hebt altijd ouders die daar niet echt rekening mee houden.” (OBC)

“Het is vooral ook een beetje ethiek, denk ik, hé. Soms kies je ervoor om echt dingen niet te noteren omdat je denkt dat het geen meerwaarde heeft in de verdere ontwikkeling, maar dit moet dan wel weer geweten of bekend zijn.” (OBC)

“Het probleem is met een verslag, er staat daar geen einddatum op, hé. Je zet daar wel op dat het een momentopname is en dat dat evolueert, maar soms zie je vier jaar later in een school nog een verslag en dan denk je, ja oké, maar er is ondertussen al. Je baseert je op dit verslag om. Dan is dat niet oké.” (CAR)

Het belang van verslaggeving in het kader van diagnostiek mag zeker niet onderschat worden. Voor alle organisaties is het duidelijk dat een brede visie en het ruimere verhaal van de cliënt belangrijk zijn, ook wanneer een categoriale classificatie wordt gesteld. Dat geldt ook voor de organisaties waar dergelijke categoriserende diagnostiek de hoofdopdracht is. Een dergelijk brede kijk gaat dikwijls verloren omwille van verslaggeving en attestering. Dus, om de continuïteit van **kwaliteitsvolle** diagnostiek te kunnen garanderen zijn richtlijnen omtrent verslaggeving, waarin de verschillende kwaliteitspijlars van diagnostiek vertegenwoordigd zijn, nodig.

Discussie

Aanbevelingen vanuit het focusgroeponderzoek

Op basis van de resultaten van dit praktijkgestuurd focusgroeponderzoek kunnen een aantal aanbevelingen worden geformuleerd om kwaliteitsvolle diagnostiek verder te implementeren en te versterken. De aanbevelingen hebben in eerste instantie betrekking op de organisaties in de Integrale Jeugdhulp. Het is aannemelijk dat de aanbevelingen ook van toepassing zijn op diagnostische activiteiten in andere organisaties, beleidsdomeinen en voor andere doelgroepen.

Aanbeveling 1: Bijkomende vormingen, ondersteuning en richtlijnen

Uit de focusgroepen blijkt een duidelijke nood aan bijkomende ondersteuning in de praktijk om kwaliteitsvolle diagnostiek verder uit te werken en te implementeren. Deze nood kunnen we vertalen in een vraag naar bijkomende vormingen, ondersteuning en richtlijnen die te situeren zijn op het niveau van de AIRD en voor(bij) de AIRD.

Om kwaliteitsvolle diagnostiek te bevorderen, is het essentieel om de AIRD verder te verspreiden en de bekendheid ervan te vergroten door **algemene vormingen** aan te bieden. Dit kan via colleges, lezingen en studiedagen in verschillende (academische) opleidingen of gericht op specifieke werkingen en organisaties.

Daarnaast is er evenzeer een grote vraag naar **verdiepende vormen** over de zeven kwaliteitspijlars van de AIRD. Wanneer de AIRD voldoende bekendheid geniet, kan binnen een specifieke organisatie of werking gekozen worden om bepaalde thema's verder uit te diepen of verder in te zetten op specifieke kwaliteitspijlars. Dit kan onder meer door het verder inzetten op een online aanbod van *e-learning*s. Het aanbod van vier e-learning⁵ dat beschikbaar was op het moment van deze praktijkbevraging – bestaande uit (1) een algemene introductie van de AIRD, (2) kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken, (3) idiografisch kader en (4) participatie – dient verder uitgebreid te worden. Er is nood aan een meer algemene uitwerking van alle zeven kwaliteitspijlars en verdere verdiepende e-learning^s voor het opmaken van een holistisch beeld, het bevorderen van reflexiviteit en interdisciplinaire samenwerking. Naast e-learning^s moet eveneens verder ingezet worden op zowel organisatiespecifieke als intersectorale *interviews/supervisies*, eventueel in een werkvorm gelijkaardig aan de focusgroepen die in het kader van dit onderzoek hebben plaatsgevonden. Tijdens deze interviews/supervisies kan *vorming en uitwisseling* gecombineerd aan bod komen, bijvoorbeeld met als thema casusgericht, idiografisch en reflexief werken binnen een intersectoraal/ interdisciplinair team.

Voor(bij) de AIRD situeert zich de nood aan bijkomende **specifieke richtlijnen en protocollen**. Enerzijds dienen de bestaande classificerende diagnostische protocollen uitgebreid te worden, naast deze voor verstandelijke beperking en autismespectrumstoornissen. Daarnaast zijn **bijkomende richtlijnen** nodig voor kwalitatief observeren, cultuursensitief werken, verslaggeving en informatiedeling, en het juridisch kader (plichten, wetgeving, patiëntenwetten). Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw kan in dialoog met de praktijk, op basis van een systematische studie van beschikbare theoretische en wetenschappelijk literatuur, en in samenwerking met experts dergelijke richtlijnen opstellen, verspreiden en helpen implementeren.

Aanbeveling 2: Online platform voor kwaliteitsvolle diagnostiek en toegang tot testotheken

Er is een grote uitgesproken behoefte aan een integratief Vlaams online platform voor kwaliteitsvolle diagnostiek voor hulpverleners. Ten eerste is er nood aan een **overzicht en up-to-date informatie** over *kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken*. Er moet meer ingezet worden op de ontwikkeling van kwaliteitsvolle instrumenten, testen en vragenlijsten, volgens een gemeenschappelijk kwaliteitskader. De kwaliteit van diagnostische instrumenten moet ook op voldoende regelmatige basis gereviseerd worden aan de hand van daarvoor beschikbare criteria (bv. BFP Testcommissie, EFPA beoordelingsmodel).⁶ De deelnemers binnen dit onderzoek uitten de nood aan een platform waar beschikbare instrumenten worden opgelijst met een eenduidige en consistente kwalificatie, conform de testfiches aangeleverd vanuit het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw. Via een dergelijk platform kunnen geschikte instrumenten en methodieken op een snelle en efficiënte manier geselecteerd worden om met een bepaalde diagnostische vraag aan de slag te gaan. Ten tweede kan een dergelijk platform nuttige informatie verschaffen over beschikbare *opleidingen, vormen en aankomende studiedagen*. Ten derde kan zo een platform ook dienstdoen als portaal om (lopend) *onderzoek aangaande diagnostiek* vanuit universiteiten en partnerorganisaties te communiceren.

⁵ <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/algemene-intersectorale-richtlijn-diagnostiek-e-learning/>

⁶ <https://www.bfp-fbp.be/testcommissie>; zie 'procedure bij testbeoordeling' op <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/onderzoek-en-advies/>

Deelnemers aan de focusgroepen pleiten niet enkel voor een online platform, maar ook voor toegang tot testotheken, centraal of organisatiespecifiek, waar testen kunnen 'gehuurd' of 'geleend' worden. Dit kan de kosten aanzienlijk verminderen, zeker voor instrumenten die niet vaak gebruikt worden binnen een bepaalde setting en misschien wel in een andere setting. Daarnaast kan via deze weg vermeden worden dat instrumenten onnodig gebruikt worden louter omdat ze voorhanden zijn en om de investering te laten renderen. Tot slot kan het werken via testotheken ook voorkomen dat met verouderd materiaal wordt gewerkt.

Aanbeveling 3: Informatie disseminatie en verbindende activiteiten om intersectorale samenwerking te faciliteren

Interdisciplinaire samenwerking werd binnen de focusgroepen vooral besproken vanuit de eigen, interne werking (intrasectoraal) en niet vanuit een intersectoraal perspectief. De samenwerking over de verschillende organisaties kwam echter regelmatig doorheen de bespreking van de kwaliteitspijlars aan bod. Hierbij werden verschillende moeilijkheden, vragen en noden geformuleerd.

Er is weinig onderling vertrouwen in de kwaliteit van diagnostiek in de organisaties van de Integrale Jeugdhulp. We zien dat er heel wat misverstanden bestaan omtrent elkaars werking. Goede **informatiedisseminatie** is een eerste belangrijke stap om intersectoraal samenwerken te faciliteren. Dit zou bijvoorbeeld ook opgenomen kunnen worden op een *online platform voor kwaliteitsvolle diagnostiek* (cf. supra). **Verbindende activiteiten**, zoals *intersectoraal georganiseerde intervisie/supervisie* en *intersectorale studiedagen of congressen* zijn bijkomende initiatieven die het vertrouwen en de kennis in elkaars werking kunnen bevorderen.

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw kan in dialoog met de organisaties het intersectorale proces mee richting geven door de implementatie van een **gedeelde gedragen visie op (kwaliteitsvolle) diagnostiek** te ondersteunen. De AIRD kan hierbij de leidraad en kapstok vormen.

Aanbeveling 4: Herallocatie van tijd en middelen om kwalitatieve diagnostiek te bevorderen

Er is nood aan een **idiografische invulling** van de tijd die nodig is voor een specifiek diagnostisch traject, in functie van de hulpvraag of zorgnood van de cliënt. In sommige omstandigheden, binnen het kader van specifieke hulp- of zorgvragen, kunnen diagnostische activiteiten vrij eenvoudig worden afgebakend in de tijd. Bij meer complexe situaties of vragen, ervaren deelnemers van de focusgroepen dat de termijn die men krijgt om aan diagnostiek of onderzoek te doen dikwijls onvoldoende is. Ook al wordt in sommige organisaties tijd als hun grootste kracht gezien (OOOC, OBC), zien ook zij de **druk toenemen** om snel antwoorden te bieden op soms erg complexe problemen.

Een kwaliteitsvol diagnostisch traject vereist dus **voldoende tijd**. Afgestemd op de noden van een specifieke cliënt, moet er voldoende tijd zijn om de situatie, context, moeilijkheden en hulpvraag in kaart te brengen, om de onderlinge samenhang te construeren en verklarende mechanismen te onderzoeken en om tot gemeenschappelijk gedragen, handelingsgerichte adviezen te komen. Belangrijk is dat binnen het diagnostisch proces ook tijd wordt voorzien om multi-informant te werken, observaties te doen en reflexiviteit binnen het (interdisciplinair) team te bewaken.

Het vastleggen van een bepaalde termijn voor het diagnostisch proces is te begrijpen in het licht van de lange wachtlijsten en -tijden. Echter, uit de focusgroepen bleek dat wachtlijsten eerder in de hand worden gewerkt omwille van de hardnekkige vicieuze cirkel waarbij diagnostiek herhaald moet worden omdat er te veel tijd is verstreken (diagnostiek is een dynamisch gegeven) of onnodig

aangevuld moet worden omwille van de strikt opgelegde regels (bv. bepaalde testen opnieuw afnemen bij doorverwijzing). Het lijkt in eerste instantie misschien contra-intuïtief, maar het is aannemelijk dat **méér tijd** voor het uitvoeren van degelijke en grondige diagnostiek beter tegemoet zal komen aan de nood om de wachtlijsten tegen te gaan. Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is dat het **handelingsgericht advies** dat uit een degelijk en grondig diagnostisch proces voortvloeit **ook tijdig uitgevoerd wordt** (cf. continuïteit). Naast het vermijden van Sisyfusarbeid (i.e. diagnostische activiteiten die herhaald moeten worden) is er evenzeer minder risico op het creëren van draaideurpatiënten (behandeling die aansluit bij de actuele noden voorkomt herval en nieuwe moeilijkheden) en minder nood om door te verwijzen. De tijd die op deze manier vrijkomt, kan geïnvesteerd worden in activiteiten die reflexiviteit en intersectorale samenwerking bevorderen of in het opbouwen van een nieuw duurzaam traject.

Daarnaast zijn er tal van andere kunstmatige regels en praktijken die niet ondersteunend zijn voor een kwaliteitsvol proces (bv. onnodige, dure en tijdrovende extra inschalingen of diagnostische activiteiten om te voldoen aan rigide vooropgestelde criteria). Deze zaken in kaart brengen en systematisch wegwerken kan op termijn tijd en middelen vrijmaken die beter ingezet kunnen worden in het kader van kwaliteitsvolle diagnostiek.

Aanbeveling 5: (Handelingsgericht) advies laten primeren op labels om 'poorten' te openen

Uit de focusgroepen blijkt dat adviezen die het resultaat zijn van een doorgedreven diagnostisch proces (bottom-up), vaak niet tot uitvoering worden gebracht omdat men op lange wachtlijsten botst of omdat er aan bepaalde vooropgestelde (top-down) criteria niet werd voldaan. Hierdoor zijn organisaties genooddaakt om ofwel hun advies aan te passen binnen de klijtlijnen van wat mogelijk is gegeven de vooropgestelde criteria, of om de cliënt aan verder diagnostisch onderzoek over te leveren (binnen de eigen organisatie of via doorverwijzing naar een meer gespecialiseerde instantie) om toch tegemoet te komen aan die vooropgestelde criteria. Dergelijk bijkomend onderzoek is veelal énkél om sleutels in handen te krijgen om toegangspoorten tot bepaalde zorg te openen. Naast de gevolgen voor de dagelijkse werking (o.a. kostprijs, werkuren, frustraties), kan dit ook collaterale schade berokkenen voor de cliënt (bv. extra kosten, extra wachttijden overbruggen, stigmatisering).

We pleiten voor **een duidelijk kwaliteitskader** om het (handelingsgericht) advies, dat door een multidisciplinair team naar voren wordt gedragen, te kunnen uitvoeren. Een dergelijk kwaliteitskader vertrekt vanuit de principes van kwaliteitsvolle en betrouwbare diagnostische activiteiten, eerder dan vanuit bepaalde specifieke of arbitraire criteria om toegang te krijgen tot bepaalde zorg (bv. een categoriale classificatie of psychiatrische diagnose, specifieke percentielscores).

Deze aanbeveling is geen vrijgeleide voor onbeperkte, onbegrensde en ongelimiteerde hulpverlening. Integendeel, organisaties zijn op grond van kwalitatieve diagnostiek veel beter in staat om een inschatting te maken van wat een cliënt al dan niet nodig heeft en dit te evalueren over de tijd. Bovendien getuigt het kunnen uitdragen van een bepaald advies van **vertrouwen** in de werking, hetgeen zich onrechtstreeks kan vertalen in het aantrekkelijker maken van het werken in deze organisaties en de *bereidwilligheid en motivatie* van mensen in de praktijk om **een duurzaam engagement** aan te gaan. Dit staat haaks op de huidige frustraties en hoge uitval omdat het gevoel heerst dat het werk tot niets leidt of de adviezen niet au sérieux genomen worden.

De **versnippering van de jeugdzorg** vormt tevens een belangrijke hindernis voor de continuïteit van de zorg. Diagnostische activiteiten worden al te vaak artificieel uit elkaar getrokken. We zien *good practices* in teams waarin bewust gekozen wordt om hulpverleners het volledige traject te

laten doen. Zulke trajecten zorgen voor continuïteit van zorg, kan vertrouwen in het diagnostisch proces ten goede komen, alsook participatie bevorderen. Het is niet onwaarschijnlijk dat een engagement op lange termijn in een bepaald traject ook voor de hulpverlener meer voldoening geeft dan louter een schakel te zijn in het verhaal zonder zicht op het verdere verloop. Een dergelijke invulling van de werking vraagt naast een bepaald engagement echter ook opleiding van het personeel. Zo een 'investering' is wel te verantwoorden wanneer deze inspanningen leiden tot minder uitval en minder snelle wissels op de werkvloer, naast de positieve impact die continuïteit van zorg kan hebben op de wachtlijsten. Daarnaast vereist een dergelijke aanpak een andere, meer doorgedreven **intersectorale samenwerking**, waarbij niet doorverwijzen maar wel **bijschakelen** de norm wordt.

Sterktes en beperkingen

Deze studie was gericht om in dialoog met medewerkers uit de Integrale Jeugdhulp in kaart te brengen hoe de AIRD momenteel wordt geïmplementeerd en welke noden er zijn die de implementatie van de AIRD in de weg staan. De discussies tijdens de focusgroepen leverden bijzonder rijke kwalitatieve data op. Deelnemen aan de focusgroep resulteerde voor de participanten evenzeer in een reflectiemoment over de eigen visie op diagnostiek en de eigen invloed, die van de organisatie en voorziening op het diagnostisch proces, wat meteen een concretisering inhoudt van één van de pijlers van de AIRD ('Reflexiviteit').

Kwalitatief onderzoek in het algemeen, en focusgroeponderzoek in het bijzonder, impliceert dat de conclusies en aanbevelingen van de resultaten geïnterpreteerd moeten worden in het licht van de context van de studie. Er zijn een aantal beperkingen inzake de steekproef en de opzet van de studie die nopen tot voorzichtigheid met betrekking tot de generaliseerbaarheid van de bevindingen. Ten eerste hebben niet alle organisaties uit de Integrale Jeugdhulp geparticipeerd. Andere diensten, belanghebbenden en stakeholders – bijvoorbeeld academische instellingen, zorgvragers, private instellingen en zorgverstrekkers, ook buiten de Integrale Jeugdhulp – werden niet bevroegd en zouden vanuit hun perspectief mogelijk andere of bijkomende noden kunnen formuleren. Ten tweede werd niet gecontroleerd voor de samenstelling van de focusgroepen, waardoor mogelijk eerder homogene participantgroepen werden bekomen wat betreft functie, achtergrondsopleiding en ervaring binnen de organisatie. Ten derde zijn bevindingen vanuit focusgroeponderzoek moeilijk kwantificeerbaar omwille van verschillende redenen: (1) discussies groeien dikwijls organisch en thema's die aan bod komen binnen de ene focusgroep blijven mogelijk onderbelicht in andere focusgroepen, daar waar expliciete bevraging mogelijk dezelfde (knel)punten zou hebben blootgelegd; (2) omgekeerd, kan de onderzoeker de discussie sturen via gerichte vragen waardoor thema's prominent gemaakt worden; en (3) afhankelijk van de kernopdracht van een specifieke organisatie zullen bepaalde kwaliteitspijlers of thema's meer of minder op de voorgrond staan. Het feit dat een bepaalde nood of een bepaald thema niet aan bod kwam in een specifieke focusgroep impliceert dus niet noodzakelijk dat deze zaken afwezig zijn in de praktijk.

Conclusie

Uit de resultaten van de focusgroepstudie blijkt enerzijds dat verder ingezet moet worden op de implementatie van de AIRD in de Integrale Jeugdhulp en daarbuiten. Er is een sterke nood om kwaliteitsvolle diagnostiek verder te ondersteunen. Naast de verdere ontvouwing van de AIRD biedt dit rapport enkele concrete adviezen die in dialoog met de praktijk tot stand zijn gekomen: (1) inzetten op bijkomende opleidingen, vormingen en richtlijnen; (2) het ontwikkelen van een online platform voor kwaliteitsvolle diagnostiek, waar onder andere een overzicht van kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken beschikbaar gesteld worden; alsook de mogelijkheid wordt aangereikt om dergelijke instrumenten via testotheken beschikbaar te stellen; (3)

bevorderen van intersectorale samenwerkingsverbanden door informatie-uitwisseling en het organiseren van verbindende activiteiten; (4) tijd en middelen heroriënteren om kwaliteitsvolle praktijken te faciliteren; en (5) handelingsgerichte adviezen laten primeren op beleidsmatig opgelegde criteria om zorg-op-maat te garanderen.

De aanbevelingen die worden geformuleerd in dit rapport vloeien voort uit de resultaten van het focusgroeponderzoek en weerspiegelen op die manier de noden die vanuit de organisaties in de Integrale Jeugdhulp naar voren geschoven worden. Een inschatting van de haalbaarheid en implementeerbaarheid van deze aanbevelingen ligt buiten het bestek van deze studie en vereist bijkomende dialoog.

Bijlage 1 – informed consent

Geïnformeerde toestemming – werkgroep AIRD

Beste

Welkom op de werkgroep Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek (AIRD).

De AIRD werd in 2020 gepubliceerd als kapstok om praktijken van kwaliteitsvolle diagnostiek aan op te hangen. Het biedt een definiëring van wat onder (handelingsgerichte) diagnostiek dient te worden verstaan en hanteert een algemeen richtinggevend kader voor de realisatie van een kwaliteitsvol diagnostisch proces (aan de hand van zeven pijlers). De afgelopen twee jaren werd sterk ingezet op het verspreiden van de AIRD. We ontvangen signalen uit het werkveld dat de richtlijn inderdaad wijde bekendheid geniet, *maar* ook dat er nood is aan ondersteuning voor de concrete implementatie van de pijlers in de praktijk.

Het doel van deze werkgroep is om de AIRD te introduceren, in dialoog te gaan met betrekking tot de wijze waarop momenteel aan diagnostiek gedaan wordt binnen verschillende sectoren, hoe de AIRD daarin past en welke noden er zijn om de AIRD verder te implementeren. Op die manier hopen we zicht te krijgen op hoe we vanuit het centrum kwaliteitsvolle diagnostiek verder kunnen ondersteunen.

Tijdens een rondetafelgesprek zullen we peilen naar uw ervaringen. Deelname aan de werkgroep vormt daardoor ook een reflectiemoment over de eigen visie op diagnostiek en over de eigen invloed, en die van de sector en voorziening op het diagnostisch proces. Dit houdt meteen een concretisering in van één van de pijlers van de AIRD.

Het rondetafelgesprek zal opgenomen worden met een geluidsrecorder. De resultaten van het onderzoek zullen neergeschreven worden in een onderzoeksrapport. Als u bereid bent deel te nemen aan dit onderzoek, kan u hiervoor toestemming geven door dit document in te vullen en te ondertekenen. Het is op elk moment mogelijk uw deelname aan het onderzoek stop te zetten. Bovendien kan u er op rekenen dat het onderzoeksmateriaal op vertrouwelijke wijze zal worden verwerkt.

Voor bijkomende vragen kan u steeds telefonisch contact opnemen via 0497/53 23 89 of een e-mail zenden aan kimberly.vannieuwenhove@kwaliteitscentrumdiagnostiek.be.

Alvast bedankt voor de medewerking.

Toestemming

Ik, (naam),

verklaar dat:

- (1) Ik begrijp waarover deze werkgroep gaat en waarvoor het dient
- (2) Ik op de hoogte ben van het feit dat de werkgroep zal worden opgenomen met een geluidsrecorder
- (3) Ik bereid ben om deel te nemen aan deze werkgroep, maar me hiertoe niet verplicht voel
- (4) Ik weet dat ik op elk moment mijn deelname aan deze werkgroep kan stopzetten, zonder opgave van redenen
- (5) Ik toestemming geef aan de onderzoekers om het onderzoeksmateriaal op vertrouwelijke wijze te verwerken, te bewaren en er over te rapporteren
- (6) Ik weet dat ik het onderzoeksrapport zal ontvangen

Gelezen en goedgekeurd op(datum),

Handtekening:



KWALITEITSCENTRUM
DIAGNOSTIEK^{VZW}