De organisatie van diagnostiek binnen Vroeg & Nabij

INLEIDING

Binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) van de Vlaamse Overheid, wordt de evolutie ingezet naar een kwaliteitsvol geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid. Samenwerking en verdere ontschotting is essentieel binnen deze beleidsbeweging. Daarom werd beslist om binnen het beleidsdomein WVG een strategische oefening op te starten om te evalueren welke componenten over de eigen agentschappen en over de huidige indeling van de sectoren heen, kunnen samengebracht worden om verdere stappen te zetten naar dit geïntegreerd gezins- en jeugdbeleid.

Om deze oefening te maken, werden 4 strategische cirkels en 2 overlegfora m.b.t. bijzondere thema's, samengesteld.

De *strategische cirkel (SC) Diagnostiek & Inschaling* heeft zich gebogen over het uitwerken van inschaling en diagnostiek binnen het geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid.

Concrete vragen t.a.v. de SC Diagnostiek & Inschaling, waren

- Het uitwerken van een organisatiemodel diagnostiek: hoe moeten we diagnostiek in Vlaanderen organiseren zodat deze toegankelijk, efficiënt en overzichtelijk is voor iedereen; Hierbij wordt ook bijzondere aandacht gegeven aan kwaliteit en digitale transformatie.
- Het uittekenen van de zorginschaling in functie van het persoonsgebonden budget met inbegrip van de zorgtoeslag (Groeipakket)

Bijzondere aandacht wordt gegeven aan een specifiek kwaliteitskader voor diagnostiek en inschaling, met daarbinnen de implementatie van de intersectorale richtlijn kwaliteitsvolle diagnostiek.

Het uitwerken van voorstellen om mogelijkheden van digitale transformatie te implementeren en zo sneller, efficiënter en transparanter tot beslissingen omtrent diagnoses en bv. toewijzing van de zorgtoeslag te komen en de 1e lijn hierin te versterken, behoort eveneens tot de opdracht van de SC.

Begrippenlijst – concepten

- Outreaching/ kennisdeling, expertisedeling
- Zorgnood/ondersteuningsnood
- Gedeelde verantwoordelijkheid

KRIJTLIJNEN

1.1 DOELGROEP

Om te bouwen aan een geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid, wordt niet enkel gekeken naar kinderen en jongeren van – 9 maanden tot 25 jaar, maar ook naar hun gezinnen en context. Dit vanuit de overtuiging dat hulpverlening succesvoller en duurzamer is wanneer er oog is voor alle individuele gezinsleden en wat zij nodig hebben.

In de afbakening van de leeftijdsgrenzen zit de expliciete keuze om zeer vroeg in te zetten op het waarborgen van ontwikkelingskansen van alle kinderen in Vlaanderen. De eerste 1000 dagen van een kind, vanaf de bevruchting tot de tweede verjaardag, zijn immers cruciaal voor een goede ontwikkeling en hebben een grote impact op de kansen in het latere leven. Bovendien wordt, met een bovengrens op 25 jaar, blijvende aandacht besteed aan de continuïteit van zorg aan jongvolwassenen, zodat een naadloze overgang naar volwassenheid bewerkstelligd kan worden. Met deze keuzes worden de beleidslijnen zoals uitgeschreven in het Actieplan Jongvolwassenen en De eerste 1000 dagen, gevolgd (1,2).

1.2 KRIJTLIJNEN

De strategische cirkel Diagnostiek& Inschaling & Inschaling werkte voor haar opdracht binnen de krijtlijnen zoals beschreven in de conceptnota *Vroeg en nabij. Naar een geïntegreerd gezins- en jeugdbeleid* (3):

- Alle dienst- en hulpverlening krijgt vorm vanuit het **proportioneel universalisme**
- De dienst- en hulpverlening krijgt vorm vanuit een **gedeelde verantwoordelijkheid**
- Maximale **regie** bij kind, jongere en gezin (participatie, oplossingsgericht en krachtgericht werken, belang van het netwerk)
- De **zorgnood van het kind** bepaalt de concrete invulling van de dienst- en hulpverlening en het vervullen van de voorwaarden van het ontwikkelingstraject
- Kinderen, jongeren en (hun) gezinnen ervaren een duidelijke **synergie** in de/hun dienst- en hulpverlening, waarbij het gezin telkens (opnieuw) het vertrekpunt vormt
- **Geïntegreerde aanpak** van dienst- en hulpverlening voor ouders en kind(eren)
- **Basisvoorzieningen als de werkplek**
- Klemtoon op het **normaliseren van jeugdhulp**

Vanuit de strategische cirkel Diagnostiek& Inschaling willen we het vooropzetten van de zorgnood enigszins nuanceren. Bij de aanvang van een zorg- en ondersteuningstraject is die zorgnood niet steeds duidelijk, deze krijgt verder vorm in de loop van het traject. Het is net de finaliteit van het diagnostisch proces om deze zorg- en ondersteuningsnoden en -behoeften in kaart te brengen. Soms is ook de diagnostische vraag niet duidelijk en moet deze eerst uitgeklaard worden om vervolgens de finaliteit van het diagnostisch proces te bepalen. Het is de rol van diagnostici om dit samen met de kinderen, jongeren en hun context te ontdekken.

Soms ligt de zorg-/ondersteuningsnood van het *kind en zijn/haar gezin* aan de basis voor verdere invulling van het zorg- en ondersteuningstraject, maar het gezin/de context kan ook deel uitmaken van de problematiek van waaruit een zorgnood ontstaat en kan een invloed hebben op de omvang van de zorgnood. Dit benadrukt het belang van een integrale aanpak, rekening houdend met het perspectief van de verschillende betrokkenen (kind/jongere, gezin, context, ...).

Tot slot wordt door de strategische cirkel Diagnostiek & Inschaling ook een kanttekening gemaakt bij de krijtlijn in verband met synergie. Deze krijtlijn is nu eerder geformuleerd als een resultaat. Wij zien dit eerder als een uitkomst van voortdurende afstemming en samenwerking tussen kinderen, jongeren, hun context en de hulpverlening, maar ook tussen hulpverleners (inclusief diagnostici) onderling.

DIAGNOSTIEK

1.3 HET CONCEPT DIAGNOSTIEK

Diagnostiek betreft een breed verhaal met betrokkenheid van diverse mensen, sectoren en beleidsdomeinen. De invulling van de term diagnostiek varieert tussen beleidsdomeinen, sectoren, organisaties, beroepen en opleidingen.

Om een éénduidig kader te creëren voor het concept diagnostiek zoals gehanteerd binnen de strategische cirkel Diagnostiek & Inschaling en waarrond het organisatiemodel opgebouwd werd, is gebruik gemaakt van beschrijvingen uit eerder verschenen onderzoeksrapporten, gerelateerd aan deze strategische oefening. Deze conceptualiseringen nemen afstand van het type diagnostiek (bv. categoriserend, handelingsgericht), maar richten zich op het proces, de mogelijke finaliteit en de kwaliteit van de diagnostische activiteiten.

> *Diagnostiek is elk gestructureerd en kennis-gestuurd handelingsprotocol dat gericht is op het verhelderen van de onderliggende processen die het probleem mee veroorzaken, modereren, verscherpen of verzachten en gericht op het in kaart brengen van hoe werkzame interventies responsief vorm kunnen krijgen (4).*

Diagnostiek heeft als mogelijke doelstellingen

- *het in kaart brengen van het functioneren van een persoon, rekening houden met alle aspecten van de persoon en zijn/haar omgeving*
- *het classificeren van een ziekte, stoornis of syndroom*
- *het inventariseren van symptomen en kenmerken, hun aard en hun graad*

- *het inventariseren van de noden gerelateerd aan de problematiek*
- *de indicatiestelling van de nodige zorg en ondersteuning*
- *het aanleveren van informatie die leidt tot het creëren van toegang tot specifieke ondersteuning, revalidatie- of zorgprogramma's en/of zorgvoorzieningen*
- *het aanleveren van informatie die leidt tot het creëren van toegang tot ondersteunende financieringssystemen (5,6)*

Een kwaliteitsvol diagnostisch proces moet leiden tot een gecontextualiseerd en holistisch beeld van de cliënt die zich aanmeldt of, al dan niet gedwongen, aangemeld wordt met een vraag naar zorg en/of ondersteuning. Kwaliteitsvolle diagnostiek is ingebed in een biopsychosociale visie op het menselijk functioneren, kenmerkt zich door haar idiografisch karakter, leidt tot het vormen van een integratief beeld over een cliënt, stelt participatie van een cliënt en zijn/haar context voorop, is gebaseerd op het gebruik van kwaliteitsvolle methodieken en instrumenten, wordt gekenmerkt door reflexiviteit van de diagnosticus en het diagnostisch team en heeft aandacht voor interdisciplinaire samenwerking (7).

Diagnostiek is geen finaliteit op zich. Diagnostiek moet steeds zinvol zijn, vertrekkend vanuit een bezorgdheid omtrent het functioneren en/of een zorgnood van een kind, een jongere en/of zijn context. Diagnostiek is onlosmakelijk verweven met het zorgtraject van kinderen, jongeren en hun context. Hierbij moet er voldoende aandacht zijn voor het iteratieve karakter van diagnostiek in het zorgtraject. Het moet mogelijk zijn om in verschillende fases van zorg en ondersteuning terug te keren naar eerder verrichte diagnostische activiteiten. Dit om het ontwikkelingstraject en de impact van de zorg en ondersteuning hierop te evalueren, en waar nodig bij te sturen. In de loop van het zorg- of ondersteuningstraject van het kind kan de finaliteit en intensiteit van de diagnostiek variëren.

1.4 HET DIAGNOSTISCH TRAJECT

Diagnostiek is geen eenmalige activiteit maar een traject. Een diagnostisch traject verloopt in verschillende fases met als doel de relevante informatie te verzamelen die bijdraagt aan de besluitvorming. Het diagnostisch traject kan verweven zijn met zorgtrajecten (zoals revalidatie, begeleiding, ondersteuning). Een diagnostisch traject is dynamisch en flexibel en houdt rekening met het evoluerend kind/de evoluerende jongere en de evoluerende context, evenals met de evoluerende zorg en financiering.

Kinderen met een ondersteuningsnood en hun context doorlopen een zorgtraject. Op verschillende tijdstippen (*gebeurtenissen*) binnen dit zorgtraject kunnen deze kinderen nood hebben aan diagnostiek. Aan de vraag naar diagnostiek gaat in de meeste gevallen een (aantal) fase(s) vooraf, zoals de detectie van problemen en signalisatie ervan aan betrokkenen. De doelstelling van de diagnostiek kan, afhankelijk van het moment in het zorgtraject, variëren en moet gekoppeld worden aan de erop volgende fase van zorg en ondersteuning. Het zorgtraject van kinderen en jongeren kent geen lineair verloop, maar verloopt iteratief. Binnen dit zorgtraject is diagnostiek een proces met repetitieve acties en gebeurtenissen die kunnen variëren op vlak van inhoud, doelstellingen, intensiteit, duur en verwachte output. Diagnostiek is bepalend voor het inhoudelijke zorgtraject van kinderen en jongeren. Door de diagnostische activiteit te conceptualiseren als een iteratieve activiteit op bepaalde momenten in het zorgtraject van het kind/de jongeren, kan op een onafhankelijke manier het verloop van het ontwikkelingstraject opgevolgd, geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd worden. Toch is de verwevenheid tussen diagnostiek en zorg/ondersteuning groot en een voorwaarde voor het doelmatig verlopen van het traject met het oog op een positieve outcome. Deze relatie is niet conditioneel, maar essentieel.

1.5 DE ROL VAN DIAGNOSTIEK BINNEN DE BREDE HULPVERLENING

Elk zorg- en ondersteuningstraject moet starten vanuit een minimaal diagnostisch traject, gericht op vraagverheldering, beeldvorming en het in kaart brengen van actuele zorg- en ondersteuningsnoden. Opdat de zorg en ondersteuning kan slagen en er zinvol gehandeld kan worden, is het immers noodzakelijk dat er gestart wordt met kwaliteitsvolle en voor het ontwikkelingstraject gepaste diagnostiek, waarbij veroorzakende processen en behoeften in kaart worden gebracht en men nagaat welke krachten en hulpbronnen er reeds worden aangeboord in het informele en professionele netwerk van het kind, de jongere en diens context. Enkel wanneer dit kwaliteitsvol en zowel voor het kind/de jongere in kwestie én diens context gebeurt, kan er een beslissing genomen worden over de meest geschikte interventies. Elke hulpverlener, maar ook de gezinnen en andere (professionele) betrokkenen, moeten zich bewust zijn van het feit dat een voorafgaandelijke kwaliteitsvolle diagnostische fase geen tijdsverlies is, maar een cruciaal onderdeel van het zorg- en ondersteuningstraject. Het is dan ook belangrijk dat dit opgevolgd wordt binnen het verdere zorg- en ondersteuningstraject.

Om zorgtrajecten vlot en vloeiend te laten verlopen en maximaal te kunnen inzetten op vroegdetectie, vroegdiagnostiek en vroegbegeleiding, moet niet enkel de toegang tot diagnostiek gegarandeerd zijn, maar ook de toegang tot de zorg en ondersteuning die hierop volgt. Een bijkomende investering in capaciteit is ook binnen dit aanbod noodzakelijk, gezien de huidige wachttijden (bv. revalidatie, thuisbegeleiding, ...).

ORGANISATIEMODEL

1.6 UITGANGSPUNTEN ORGANISATIEMODEL DIAGNOSTIEK

Bij het uittekenen van een vernieuwd organisatiemodel voor diagnostiek, worden een aantal uitgangspunten vooropgesteld.

Het kind, de jongere en diens context zijn het vertrekpunt

Het kind/de jongere en zijn/haar context vormen het middelpunt van het organisatiemodel. Het model vertrekt vanuit de noden van het kind, de jongere en diens context en verzekert een toegankelijk diagnostisch aanbod voor alle ondersteuningsnoden.

Sensibilisering, kennis- en expertisedeling

In functie van sensibilisering, vroegdetectie, optimale coördinatie van de kwaliteitsvolle diagnostische trajecten en samenwerking tussen professionals en organisaties, moet ingezet worden op zowel kennis- als expertisedeling tussen de organisaties en professionals. Deze kennis- en expertisedeling reikt verder dan adviseren en informeren, het omvat tevens dat personen of organisaties met specifieke expertise samen met de reeds betrokken professionals het lopende diagnostisch traject mee vorm geven (zie ook punt 6).

Onder kennisdeling verstaan we ook de monitoring van de diagnostische activiteiten en de diagnostische trajecten. Dit met het oog op het blootleggen van tendensen en hiaten. Deze monitoring vormt de basis voor toekomstige innovatie binnen het organisatiemodel.

Coördinatie en samenwerking binnen gedeelde verantwoordelijkheid

Om de capaciteit aan beschikbare diagnostiek maximaal te benutten, is coördinatie van het aanbod nodig. Interorganisatorische en intersectorale samenwerking wordt uitgebouwd, gebaseerd op een doorgedreven en gedeelde verantwoordelijkheid voor het diagnostisch traject voor het kind/de jongere.

Toegankelijk aanbod aan diagnostiek voor alle ondersteuningsnoden op alle expertiseniveaus in alle regio's

Hiaten in het aanbod gerelateerd aan leeftijd, ondersteuningsnood of woonplaats moeten weggewerkt worden en mogen in de toekomst niet meer voorkomen. In alle regio's moet een voldoende divers aanbod aan diagnostiek georganiseerd worden. Dit vanuit bestaande organisaties en samenwerkingsverbanden tussen deze organisaties die bepaalde specialistische opdrachten binnen het diagnostisch traject op zich nemen.

Doelgerichte diagnostiek, inzetbaar in zorg- en ondersteuningstraject

Diagnostiek moet doelgericht zijn, gebaseerd op de actuele zorg- en ondersteuningsnoden en inzetbaar in het zorg- en ondersteuningstraject. Tussen diagnostiek enerzijds en zorg en ondersteuning anderzijds, is er wederzijdse afdwingbaarheid. De zorg/ondersteuning dient afgestemd te zijn op de conclusies die voortvloeien uit het diagnostisch proces en de adviezen die hieruit voortvloeien. Anderzijds moet de zorg/ondersteuning zich opnieuw tot diagnostiek kunnen richten wanneer een interventie niet of onvoldoende werkt, met het oog op herevaluatie. Deze afdwingbaarheid is er op organisatieniveau, niet op het niveau van het kind, de jongere en de context. Het kind, de jongere en/of context behoudt steeds de regie over zijn/haar traject, de keuzevrijheid moet gevrijwaard blijven.

Niet doorverwijzen maar bijschakelen

Er moet een halt toegeroepen worden aan het huidige doorverwijsmodel, waarbij breuken in trajecten ontstaan. Binnen het nieuwe organisatiemodel wordt ingezet op het principe van bijschakelen: het inroepen van bijkomende specialistische diagnostische expertise en kennis, aanvullend op de reeds verrichte of lopende diagnostische activiteiten. Een cruciale voorwaarde voor goed bijschakelen is kennis van (de grenzen van) de eigen expertise opdat de hulp van meer gespecialiseerde expertise tijdig wordt ingeroepen. Hierbij wordt ernaar gestreefd om de diensten zo dicht als mogelijk bij het kind/de jongere te brengen. In functie van een vloeiend verloop van het diagnostisch traject moet de expertise die wordt bijgeschakeld snel beschikbaar zijn.

Continuïteit en opvolging doorheen het diagnostisch en zorg- en ondersteuningstraject

Ook in transitiefases worden dynamische en flexibele diagnostische en zorgtrajecten gekenmerkt door continuïteit. Dit verdient echter enige nuancering. Binnen een continu proces moet de hulpverleningsactiviteit niet steeds even intensief zijn. Tijdens een ontwikkelingstraject kunnen bepaalde periodes voorkomen waarin de diagnosticus/hulpverlener even op de achtergrond verdwijnt, maar nog steeds aanspreekbaar blijft voor het kind, de jongeren, de context (en betrokken professionals). Hierbij is:

- Organisatorische continuïteit noodzakelijk.

- Informationele continuïteit noodzakelijk zolang een diagnostisch en/of zorg- en ondersteuningstraject loopt.
  Om diagnostische activiteiten op elkaar te kunnen laten aansluiten en om te kunnen samenwerken, moet informatie gedeeld worden. Toch heeft een kind/jongere ook het recht op nieuwe, onbevooroordeelde diagnostische evaluaties. Er moet nagedacht worden over hoe het kind, de jongere en de context mee de regie kan krijgen over deze informatiedeling. Informatie mag een kind, de jongere en de context niet tot in het oneindige en zonder zinvolle motivering hiervoor, blijven 'achtervolgen'.
- Relationele continuïteit in verschillende gedaantes.
  Een trajectbegeleider per kind/jongere/context is organisatorisch niet realistisch en ook niet altijd noodzakelijk. Binnen relationele continuïteit is het echter wel van belang dat er aandacht is voor de overdracht van de éne samenwerkingspartner naar de andere binnen het zorgtraject. Overdracht moet in samenwerking en in vertrouwen georganiseerd worden, in dialoog met het kind/de jongere en de context.

Gedeeld kwaliteitskader voor diagnostiek

Interorganisatorische samenwerking in gedeelde verantwoordelijkheid is gebaseerd op het nastreven van een gedeelde visie en methodieken en wederzijds vertrouwen in de kwaliteit van de geleverde diagnostiek. Er moet een gedeeld kwaliteitskader voor diagnostiek geïmplementeerd worden in alle organisaties en door alle hulpverleners die diagnostiek aanbieden. Dit met ruimte voor variatie om de specifieke opdracht van de organisatie of hulpverlener te kunnen vervullen.

1.7 REGIONALITEIT

Om een maximale toegankelijkheid tot een kwaliteitsvol diagnostisch aanbod voor alle kinderen en jongeren met een ondersteuningsnood te kunnen garanderen, is een absolute voorwaarde voor het vernieuwde organisatiemodel diagnostiek een evenwichtige regionale spreiding van de nodige expertise en kennis.

Het aanbod van diagnostische activiteiten zal uitgetekend worden op verschillende geografische niveaus:

- Vroegdetectie en gespecialiseerde diagnostiek: lokaal niveau;
- Hooggespecialiseerde diagnostiek: bovenlokaal niveau;
- Kwaliteit van diagnostiek: Vlaams niveau.

Het organisatiemodel en het bijhorende kwaliteitsbeleid, is uitgetekend aan de hand van functies en opdrachten vertrekkend van de noden van het kind, de jongere en de context. Het is pas in een latere (implementatie)fase dat geëvalueerd wordt wie/welke organisatie welke functie of opdracht kan opnemen, vertrekkend vanuit het bestaande aanbod.

Twee aandachtspunten worden geformuleerd. Enerzijds moet er voldoende aandacht gaan naar het verschil tussen een landelijke en een stedelijke context. Vanuit een stedelijke context is een aanbod immers doorgaans makkelijker te organiseren. In sommige landelijke regio's is er momenteel geen gespecialiseerd aanbod voorhanden. Het organisatiemodel moet echter ook in deze gebieden uitgerold kunnen worden, wat voldoende aandacht vereist bij implementatie. Anderzijds moet er bijzondere aandacht gaan naar kwetsbare

groepen. De diagnostiek voor kansengroepen en meertalige diagnostiek is zeer specialistisch en complex, maar nabijheid is net erg belangrijk opdat ook deze kinderen, jongeren en hun context antwoorden vinden op hun specifieke ondersteuningsnoden.

1.8 ORGANISATIENIVEAUS

Elk organisatieniveau vraagt de inzet van experten. Aan de basis, op het lokale niveau, en op de 1e lijn is een zeer brede kennis en ruime expertise nodig om signalen te kunnen detecteren en te interpreteren, om het diagnostisch traject op te starten en zo nodig de juiste bijkomende expertise in te roepen. Op een meer gespecialiseerd niveau is specifieke expertise nodig in bepaalde ontwikkelingsdomeinen en problematieken, om meer verdiepend aan de slag te kunnen gaan binnen de diagnostiek.

Alle niveaus moeten vrij en vlot toegankelijk zijn voor kinderen, jongeren en hun context. Voor bepaalde zeer complexe ondersteuningsnoden is het dus mogelijk om het diagnostische traject onmiddellijk te starten bij een organisatie die zich vooral op bovenlokaal niveau situeert. Het is dan wel wenselijk dat er ondersteuning vanop het lokaal niveau wordt bijgeschakeld in functie van nabijheid.

Lokaal niveau: organisatie van herkenbare diagnostische plekken vanuit een interorganisatorisch samenwerkingsverband

Kinderen, jongeren en hun context stellen hun vragen op de plekken waar ze het meest komen. Deze voorzieningen dienen versterkt te worden door het organiseren van een nabij en beschikbaar aanbod waarbinnen ruime kennis en expertise wordt samengebracht.

Grote deskundigheid in deze lokale (basis)voorzieningen is nodig, gecombineerd met een generalistische blik. Deze professionals of hulpverleners moeten inschatten of kinderen en jongeren kansrijk kunnen opgroeien en indien niet, signalen inventariseren en analyseren, beslissen of verder aan de slag gegaan wordt vanuit de eigen competentie of meer expertise bijgeschakeld dient te worden. Deze bijkomende kennis en expertise moet ook beschikbaar zijn om organisaties en professionals op het lokale niveau te ondersteunen bij het inschatten van de zorgnood en de diagnostische vragen (participerende adviesfunctie).

Vroegdetectie en signalisatie

Onder vroegdetectie verstaan we het vroegtijdig oppikken van signalen die een indicatie kunnen zijn van een ondersteuningsnood bij het kind/de jongere en diens context. Vroegdetectie is een opdracht die toegewezen wordt aan alle actoren die met het kind/de jongeren en/of de context in contact komen. Bij ongerustheid of een vermoeden van een ondersteuningsnood, moet de mogelijkheid bestaan om kennis/expertise uit de gedediceerde diagnostische plekken bij te schakelen, om advies in te winnen met het oog op het eventueel opstarten van een diagnostisch traject.

Laagdrempelige gespecialiseerde diagnostische plekken

Diagnostiek van de meest frequent voorkomende problematieken (zoals angst en stemming, aandacht, taal, pedagogische, contextuele of systemische problemen, ...) wordt georganiseerd op herkenbare “diagnostische plekken” die vlot en vrij bereikbaar zijn voor kinderen, jongeren en hun context, maar ook voor reeds betrokken professionals en hulverleners. Op deze “plekken” worden kennis en expertise samengebracht om

een zo ruim mogelijk aanbod te creëren opdat er antwoorden gevonden kunnen worden op de meest diverse diagnostische vragen.

Deze "diagnostische plekken" moeten:

1. Autonoom functioneren met sterke verbanden met reeds bestaande organisaties die diagnostische opdrachten vervullen;
2. Een interdisciplinaire en interorganisatorische samenstelling hebben, met aandacht voor de nodige expertise per leeftijdscategorie (bijvoorbeeld 0-6 jarigen, 6-15 jarigen, 15-25 jarigen);
3. Gedeelde verantwoordelijkheid van de verschillende partners ten aanzien van het diagnostisch traject van kinderen, jongeren en hun context, installeren;
4. Instaan voor de sensibilisering van het lokale brede netwerk ifv vroegdetectie en signalisatie.

Deze diagnostische plekken kunnen fysiek geïsoleerd ingericht worden of in een bestaande organisatie ingebed worden, maar functioneren autonoom. Gezien de breedte van de doelgroep en de ruime inclusie van problematieken, worden deze diagnostische plekken interdisciplinair, interorganisatorisch samengesteld. De samenstelling van het team kan wijzigen naargelang de specifieke diagnostische vraag en de kennis en expertise van de diagnostici. Zij zijn samen verantwoordelijk voor het gehele diagnostische traject.

Om echter de garantie te behouden dat expertise vanuit de verschillende organisaties wordt samengebracht, moeten de medewerkers blijvend kennis en expertise opbouwen binnen de respectievelijke diagnostische organisaties (gespecialiseerd binnen een bepaald domein, betreffende een bepaalde doelgroep en/of een bepaalde ondersteuningsnood). Daarom wordt niet gekozen voor volledig geïntegreerde teams, maar voor zogenaamde 'netwerkteams'.

Voor het goed functioneren van dit model moet een gecoördineerde aanpak op lokaal niveau gegarandeerd worden zodat er (1) voldoende verbinding tussen de verschillende diagnostische organisaties ontstaat, (2) het aanbod voldoende gekend is bij enerzijds kinderen, jongeren en hun context en anderzijds professionals en (3) structuur in het interorganisatorisch samenwerken ingebracht wordt. Deze coördinatie wordt gezien als een aparte functie met een specifieke financiering.

Inbedding in zorg- en ondersteuningstraject

Soms is een ondersteuningsnood, diagnose of ondersteuningsplan heel snel duidelijk, soms zijn er verschillende werkhypothesen en duurt het diagnostisch traject langer. Het moet mogelijk zijn om bij een complex diagnostisch traject meteen ondersteuning en zorg in te schakelen op basis van de diagnostiek die reeds uitgevoerd werd op lokaal niveau. Dit in afwachting van de resultaten van meer gespecialiseerde diagnostiek.

Een belangrijke voorwaarde voor het welslagen hiervan is relationele continuïteit. Deze kan mee vorm krijgen door *trajectbegeleiding* waartoe de kinderen/jongeren en hun context zich kunnen richten, die hen kan gidsen en ondersteunen doorheen het diagnostisch en zorgtraject. Deze trajectbegeleiding hoeft niet opgenomen te worden door een hyper-expert, maar kan ook ingevuld worden vanuit samenwerking en informatiedeling. (verwijzing naar strategische cirkel lokale netwerken: concept trajectbegeleiding)

Bovenlokaal niveau

Op bovenlokaal niveau wordt een diagnostisch aanbod georganiseerd vanuit expertisecentra. Deze expertisecentra zijn gespecialiseerd in een deeldomein binnen de diagnostiek en de mogelijke problematieken bij kinderen en jongeren.

Als *opdracht* hebben deze expertisecentra:

1. Het aanbieden van diagnostiek bij minder frequent voorkomende, atypische en/of zeer complexe ondersteuningsnoden met complexe diagnostische besluitvorming;
2. Het aanbieden van diagnostiek bij hoog prevalente problematiek in functie van eigen expertisebestendiging.

Naast de diagnostische activiteiten, staan deze expertisecentra eveneens in voor:

1. Het organiseren van opleiding
2. Outreaching van kennis en expertise in functie van bijschakelen op lokaal niveau
3. Wetenschappelijk onderzoek
4. Diagnostische vernieuwing
5. Nabijheid bij en garantie op gebiedsdekkend te zijn voor de lokale diagnostische plekken:
   - Deze expertisecentra bieden diagnostiek aan op bovenlokaal niveau, maar expertise en kennis van deze centra kan ook 'bijgeschakeld' worden op het lokale niveau.
   - Het aanbod tussen lokaal en bovenlokaal moet afgestemd, gecoördineerd worden.
   - Er moet voldoende connectie zijn tussen de lokale diagnostische settings en de bovenlokale diagnostische expertisecentra.
   - Fysieke inbedding en regionaliteit: niet in elke bovenlokale zone moet elk expertisecentrum aanwezig zijn, maar het specifieke diagnostisch aanbod moet wel beschikbaar zijn in elke bovenlokale zone.

Vlaams niveau

Op Vlaams niveau wordt ondersteuning voorzien voor de netwerken, organisaties en het beleid op het gebied van kwaliteit en organisatie. De Vlaamse overheid moet daarnaast een aantal specifieke opdrachten opnemen zoals het voorzien van een erkennings- en financieringskader en het bewaken van de kwaliteit.

Functie 1: ondersteuning gericht op de kwaliteit van diagnostiek

- Opdrachten o.v.v. kwaliteit van diagnostiek binnen netwerken en organisaties
  - Samenbrengen kennis en expertise i.k.v. kwaliteitsontwikkeling en innovatie
  - Kwaliteitsontwikkeling
  - Kwaliteitsondersteuning voor lokale diagnostische plekken en bovenlokale expertisecentra
  - Wetenschappelijk onderzoek

Deze opdrachten worden uitgevoerd ter ondersteuning van de overheid, de expertisecentra diagnostiek en de gedediceerde plekken diagnostiek en private actoren die diagnostiek aanbieden.

- De nodige kennis en competenties om deze opdrachten uit te voeren, zijn o.m.

    - Kennis en expertise brede domein diagnostiek
    - Wetenschappelijk geschoold
    - Kennis en expertise kwaliteitsmanagement
    - Kennis en expertise netwerkmanagement

Functie 2: ondersteuning gericht op de organisatie en het beleid van diagnostiek

- Opdrachten o.v.v. registratie, monitoring en beleidsondersteuning van de overheid, de netwerken en de organisaties die diagnostiek aanbieden
    - Monitoring van de diagnostische activiteiten en trajecten op alle niveaus (lokaal, bovenlokaal, regionaal) met het oog op het blootleggen van tendensen en hiaten en bundeling van de data. Deze wetenschappelijk onderbouwde monitoring vormt de basis voor toekomstige innovatie binnen het organisatiemodel.
    - Effectmeting van het organisatiemodel op verschillende outcomeparameters, waaronder ook de individuele diagnostische trajecten
    - Het ontwikkelen van tools voor monitoring, registratie en organisatie van diagnostiek binnen netwerken, expertisecentra en organisaties
    - In dialoog treden met de overhe(i)d(en).

Functie 3: erkennen, financieren en kwaliteitsbewaking: opdrachten van de overheid

- Het bepalen van de specifieke opdrachten op organisatie- en netwerkniveau met betrekking tot diagnostiek;
- Het erkennen van diagnostische organisaties en netwerken;
- Het uittekenen van een financieringskader aangepast aan het organisatiemodel;
- Het bepalen van de kwaliteitseisen en gelijkwaardigheidseisen;
- Het uittekenen van een kader dat verplicht samenwerken tussen organisaties mogelijk maakt;
- Het erkennen, accrediteren en controleren van de kwaliteit van de lokale en bovenlokale diagnostische netwerken;
- Het aansturen van een gebied dekkend aanbod voor alle ondersteuningsnoden en leeftijden.

1.9 SPECIFIEK AANDACHTSPUNT: TRANSITIE

In de strategische cirkel is specifieke aandacht gegaan naar transitie, de overgang van minder- naar meerderjarigheid. Diagnostische trajecten moeten vlot kunnen verder lopen in de meerderjarigheid. De transitie naar volwassenheid mag geen breuklijn zijn voor een jongere. Op basis van in kaart gebrachte drempels werden aanbevelingen opgesteld om deze transitie te verbeteren.

Huidige drempels ervaren bij transitie

1.9.1.1 Met betrekking tot inschaling werden volgende drempels geïdentificeerd:

1. *Gebrek aan continuïteit*

Een herinschaling kan nodig en zinvol zijn, maar dat is niet altijd het geval onder andere doordat het tijdstip van herinschalen niet altijd afgestemd is op sleutelgebeurtenissen in het leven van de

jongvolwassene maar wordt bepaald door de leeftijd en de wachttijden voor diagnostiek, inschaling en zorg/ondersteuning. Hierdoor kunnen relevante gegevens over het brede functioneren van de cliënt, nodig voor de aanvraag van toekomstige ondersteuning, niet steeds volledig en correct in kaart gebracht worden.

Er is een gebrek aan informatiedeling.

Er gaat te weinig aandacht naar het inschalen van nieuwe/evoluerende problematieken op alle verschillende functioneringsgebieden kenmerkend voor transitiefase/-leeftijd (bv. ontstaan psychiatrische stoornis bij eerdere ontwikkelingsstoornis).

Er is een spanningsveld tussen het al dan niet nodig hebben van een 'label' voor ondersteuning en zorg bij transitie (toegangsvoorwaarden voor zorg/ondersteuning).

Er is te weinig aandacht voor het gegeven dat een kind/jongere met een beperking andere ondersteuningsnoden kan hebben als volwassene.

Er gaat daarnaast onvoldoende aandacht naar het voortraject, waar samen met de adolescent geëvalueerd wordt welke ondersteuning wenselijk en noodzakelijk is om de toekomstplannen te kunnen realiseren. Deze evaluatie gebeurt met te weinig aandacht voor alle levens- en functioneringsdomeinen, waaronder ook de nieuwe contexten waarbinnen de adolescent/jongvolwassene zich binnenkort zal begeven (bv. werk).

De inschalingssystemen zijn niet afgestemd op elkaar. Daar waar inschaling bij minderjarigen meer focust op het functioneren, ligt bij meerderjarigen de focus hoofdzakelijk op het categoriseren.

De contactpersoon/aanmelder uit de minderjarigenzorg valt weg, terwijl de nood aan een vertrouwenspersoon die beschikbaar is bij vragen van de jongvolwassene, in vele gevallen wel blijft bestaan.

2. *Aandacht voor de regie door de jongvolwassene*

De regie van de ondersteuningsnoden/-wensen verschuift van de ouders naar de jongvolwassene. Dit is een proces dat tijdig aangevat en heel bewust, met de nodige ondersteuning, doorlopen moet worden en waar de opinie van de ouders, hulpverleners en jongvolwassene mogelijk niet overeenstemmen. Deze laatste moet echter de regie krijgen, waar ouders/context/vertrouwenspersonen – mits akkoord van de jongere en/of afhankelijk van het regelgevend kader - betrokken worden en geïnformeerd te blijven.

1.9.1.2 Met betrekking tot diagnostiek werden volgende drempels geïdentificeerd:

1. *Gebrek aan aanbod en capaciteit van kwaliteitsvolle en betaalbare diagnostiek.*

Voor de groep jongvolwassenen is het aanbod aan diagnostiek op dit moment schrijnend laag. Er is geen aanbod voor alle problematieken en geen regionale spreiding. Het bestaande aanbod is weinig gekend en weinig transparant naar professionals en gebruikers toe.

2. *Gebrek aan kennis en expertise*

Er is *onvoldoende kennis van en expertise in* de multidisciplinaire diagnostiek bij jongvolwassenen en volwassenen. De kennis en expertise die opgebouwd wordt, wordt niet gecentraliseerd en verspreid onder experten.

3. *Verschil in instrumentarium/testrepertorium*

Het *instrumentarium/testrepertorium* voor diagnostiek voor meerderjarigen verschilt in grote mate met dat voor kinderen en jongeren. Dit maakt dat er frequent opnieuw diagnostiek uitgevoerd wordt omwille van de transitie minderjarig - meerderjarig, zonder dat er wijzigingen zijn in het functioneren.

4. *Gebrek aan kwaliteitsvolle, genormeerde diagnostische instrumenten en gedeelde werkmethodieken voor (jong)volwassenen*

Er is *weinig tot geen uitwisseling van kennis en expertise* tussen diagnostische centra met een aanbod voor jongeren en centra met een aanbod voor volwassenen. Dit terwijl deze transitieleeftijd een belangrijke fase is met mogelijke evolutie van de bestaande of het ontstaan van nieuwe ondersteuningsnoden.

Aanbevelingen m.b.t. transitie

Het bijschakelen en delen van kennis en expertise tussen het aanbod voor minderjarigen en het aanbod voor meerderjarigen binnen het domein van diagnostiek en inschaling moet mogelijk gemaakt worden ter bevordering van de kwaliteit en efficiëntie.

Kennisdeling, waarbij de regie in handen van de jongvolwassene ligt en het “recht op vergetelheid” gerespecteerd wordt, is een voorwaarde om breuken in de transitiefase en onnodige herevaluaties en herinschalingen te vermijden.

Er moet binnen de transitiefase voldoende tijd en aandacht gaan naar het evalueren van het huidige en toekomstige functioneren van de adolescent/jongvolwassene en dit op alle levensdomeinen, om de ondersteuningsnoden en persoonlijke toekomstplanning correct en volledig in kaart te brengen. De wensen, vragen en belangen van de jongvolwassene krijgen prioriteit, ouders en hulpverleners hebben een adviserende functie en hebben het recht op participatie en informatie. Jongeren moeten tijdig ingelicht worden over hun rechten, de te zetten stappen, de consequenties van beslissingen.

De jongvolwassene moet op elk moment kunnen terugvallen op een ondersteunende/adviserende vertrouwenspersoon. Samen met de jongvolwassene wordt gekeken wie deze rol kan opnemen. Zo nodig, moet in een eerste fase teruggevallen kunnen worden op een reeds betrokken hulpverlener van voor de transitie.

Er dient geïnvesteerd te worden in de ontwikkeling van wetenschappelijk onderbouwde kennis/richtlijnen voor diagnostiek bij volwassenen.

Er is nood aan intersectorale afstemming waaraan ook andere of voor de jongere ‘nieuwe’ domeinen participeren. We denken hierbij aan werk, wonen, (hoger) onderwijs,... Om interorganisatorische en intersectorale samenwerking voor diagnostiek te faciliteren, is er nood aan een beleidsdomeinoverschrijdend communicatiekader gericht op het functioneren van de jongvolwassenen.

Een kader dat hiervoor aangewend zou kunnen worden, is het ICF (de 'International Classification of Functioning Disability and Health').

Er is nood aan extra diagnostische capaciteit voor jongvolwassenen in deze transitiefase.

Als rondvoorwaarde voor een vlotte transitie, moet gegevensdeling tussen organisaties en sectoren mogelijk gemaakt worden, rekening houdend met alle aspecten van integriteit, keuzevrijheid van de jongvolwassene en het (medisch) beroepsgeheim.

INSCHALING

Zoals beschreven in 3.1 is één van de mogelijke doelstellingen van diagnostiek het aanleveren van informatie die leidt tot het creëren van toegang tot ondersteunende financieringssystemen. Deze doelstelling brengt ons bij het complexe vraagstuk van inschaling.

Momenteel bestaat er een wildgroei aan procedures voor het bekomen van ondersteunende financieringssystemen. Verschillende inschalers schalen op verschillende momenten met verschillende instrumenten en met verschillende doelstellingen de ondersteuningsnoden van kinderen, jongeren en hun gezin in (overzicht in bijlage van deze tekst).

De strategische cirkel formuleerde een aantal randvoorwaarden om de verschillende procedures van zorginschaling te vereenvoudigen en beter op elkaar af te stemmen.

1.10 RANDVOORWAARDEN INSCHALINGSPROCES

Ook voor het inschalingsproces gelden de *basisprincipes* zoals beschreven in het organisatiemodel voor diagnostiek. Ook inschaling moet nabij georganiseerd worden en vlot toegankelijk moet zijn voor het kind, de jongere en de context. Inschaling wordt gezien als surplus op de basisdiagnostiek die reeds werd uitgevoerd, als een modulair systeem met brede sokkel (basisdiagnostiek en hooggespecialiseerde diagnostiek) waar een extra module aan toegevoegd wordt in functie van extra budget (inschaling).

De groep die ingeschaald moet worden, moet zo klein mogelijk houden. In het bijzonder wordt hier gekeken naar de jonge kinderen. De ondersteuningsnood van kinderen jonger dan 6 jaar is nog zeer volatiel en er zijn weinig geschikte en kwaliteitsvolle instrumenten voorhanden om deze inschaling onderbouwd te kunnen doen. Bovendien hebben deze gezinnen vaak net een diagnose gekregen en zitten zij nog in een aanvaardingsproces. Het proces van inschaling kan dan zeer confronterend zijn voor ouders. Vanuit de technische werkgroep zorgzwaartebepaling voor minderjarigen werd de piste geopperd om het aantal punten rechtstreeks toegankelijke hulp of RTH te verhogen (van 8 naar 12 punten per jaar) voor deze kleine kinderen. Dit wil niet zeggen dat inschalingen bij zeer jonge kinderen per definitie uitgesloten moeten worden, er moet blijvend aandacht gaan naar die kinderen die zeer intensieve ondersteuning nodig hebben, voor hen moet een inschaling en het toegang krijgen tot extra budget mogelijk blijven.

Naast het beperken van de groep die ingeschaald moet worden, moet ook de *impact van het inschalingstraject zo beperkt mogelijk* gehouden worden. Het principe van proportionaliteit staat hier voorop. Het inschalingsproces dat afgelegd moet worden, moet in verhouding staan met de outcome ervan. Om de inschalingsactiviteit voor het kind/de jongere en de context zo beperkt mogelijk te houden,

moet de inhoud ervan en de taal en structuur die gebruikt wordt, in die mate afgestemd worden, dat de inschaling kan ingezet worden voor verschillende doeleinden.

Bovendien moet de *timing* van de inschaling beter afgestemd worden op de actuele behoeften van een kind, een jongere en diens context. Meer *flexibiliteit* is nodig, waarbij inschalingen niet langer verplicht uitgevoerd worden op schakelleeftijden, maar eerder op schakelgebeurtenissen. Kinderen ontwikkelen zich immers elk op hun eigen tempo, sleutelleeftijden zijn niet steeds relevant voor inschalingen.

Meer *flexibiliteit* betekent ook dat inschalingen zich maximaal op het functioneren van het kind/de jongere moeten baseren en niet zozeer op al dan niet gestelde diagnoses. Dit betekent dat het mogelijk moet worden dat rechten geopend worden op basis van functioneren in plaats van bevestigde diagnose.

Wanneer het proces van inschaling opgestart wordt, is het belangrijk dat het te lopen inschalingstraject voldoende *transparant* is. Kinderen/jongeren en gezinnen moeten duidelijk zicht hebben op waar ze terecht kunnen voor een inschaling en moeten zich kunnen richten tot een dossierbeheerder, die hen bij vragen aangaande het inschalingsproces kan bijstaan. Deze functie van dossierbeheerder kan, zo gewenst, ook toegekend worden aan de functie trajectbegeleiding. Er moet duidelijke communicatie zijn ten aanzien van het kind, de jongere en de context over de doelstelling van het inschalingstraject en de eventuele impact ervan op afgeleide rechten. Het inschalingsproces wordt met participatie van het kind/de jongere en de context doorlopen en deze houden maximaal de regie in handen. Bij een inschaling wordt steeds rekening gehouden met het gezin en de ruimere context, daar deze grote impact hebben op de ondersteuningsnood.

Een breed gedragen *kwaliteitskader* is een absolute voorwaarde voor het welslagen van het inschalingstraject. De inschaling moet gebaseerd zijn op zo recent mogelijke diagnostiek. Aandachtspunt hierbij is geen onnodige bijkomende diagnostiek uit te voeren in functie van enkel inschaling.

Kwaliteitsvolle en wetenschappelijk onderbouwde inschalingsinstrumenten zijn een voorwaarde, alsook *kwaliteits- en expertisegarantie van de inschalers*. Inschalers moeten een kritische massa aan inschalingen uitvoeren om expertise op te bouwen ('het in de vingers hebben'). Het is dan ook niet wenselijk om de verantwoordelijkheid over en het uitvoeren van inschalingen in een netwerk te leggen, maar bij een dienst die diagnostiek als kernopdracht heeft en/of bij organisaties die diagnostiek uitvoeren en die expertise uitbouwen op vlak van inschalingen, door eveneens aan de eerder vermelde kritische massa te voldoen. Bij het niet beschikken over voldoende informatie om de inschaling te doen, moet kennis en expertise bijgeschakeld kunnen worden vanuit andere organisaties of experten.

De *mandaten en verantwoordelijkheden* die gegeven worden aan organisaties die inschalingen uitvoeren, moeten *transparant* zijn voor alle betrokkenen.

Om te komen tot gepaste zorg en ondersteuning volgend op een inschaling, moeten de *doorlooptijden* tussen inschaling en beoordeling acceptabel zijn zodat de diagnostiek niet verouderd is bij beoordeling. Dit is zeker noodzakelijk bij kinderen en jongeren van wie het functioneren snel evolueert. Indien de inschaling niet binnen een redelijke termijn kan gebeuren omwille van de wachttijden voor diagnostiek, moet een retrospectieve correctie van de toegekende rechten, mits motivering door de inschaler, mogelijk gemaakt worden. Niet alleen de beoordeling van de inschaling, maar ook de zorg en ondersteuning moet binnen een redelijke termijn na de inschaling volgen.

Gegevensdeling is een basisvereiste om onnodige herhaling te vermijden. Hiervoor is het noodzakelijk om naar één systeem voor gegevensdeling te evolueren. Eén systeem brengt wel mogelijke valkuilen met zich mee. Het kind/de jongere heeft ook het recht om gegevens te laten verwijderen of te laten herevalueren. De inschaler moet dus steeds de gegevens die voorhanden zijn benaderen met aandacht voor het recht op vergetelheid en hierover duidelijk communiceren met het kind, de jongere en de context. Een gemeenschappelijk werkkader over hoe met die gegevens wordt omgegaan, kan hierbij richting geven.

1.11 INSCHALING EN TRANSITIE

Wat betreft inschalingen moet zorgzaam naar de overgang naar volwassenhulpverlening gekeken worden. De principes en voorwaarden die hierboven beschreven werden, moeten ook tijdens de overgang naar volwassenhulpverlening overeind blijven. Bijzondere aandacht en zorgvuldigheid moet gaan naar het vraagstuk rond gegevensdeling. De regie hiervan moet bij de jongvolwassene liggen. Het moet duidelijk zijn welke gegevens en hoe lang deze gegevens worden meegenomen naar de volwassenhulpverlening.

Nieuwe inschalingen moeten zo veel mogelijk vermeden worden, de mogelijkheid om inschalingen en toegekende ondersteuning over te dragen moet onderzocht worden.

Het moment van inschalen mag niet langer gekoppeld zijn aan leeftijd, maar aan scharniermomenten waarop nieuwe noden kunnen ontstaan (bijvoorbeeld werk zoeken).

We willen vermijden dat we door de ingrepen in het inschalingsproces voor minderjarigen, de breuklijn in de transitie naar de meerderjarigenzorg en ondersteuning groter maken. Verdere afstemming hierrond lijkt noodzakelijk.

KWALITEIT

Eén van de grote drempels voor interorganisatorisch samenwerken is momenteel het gebrek aan wederzijds vertrouwen in de kwaliteit van de geleverde diagnostiek tussen de verschillende organisaties die diagnostiek aanbieden. Hierdoor wordt onvoldoende voortgebouwd op eerder uitgevoerde diagnostiek, wat hertesting in de hand werkt.

Voor het welslagen van interorganisatorisch samenwerken is het van groot belang dat er werk gemaakt wordt van een gedeeld kwaliteitskader en dat de verschillende organisaties kennis van de missie, de visie en het werkingskader van alle organisaties die diagnostiek aanbieden, vergaren.

Voor het definiëren van kwaliteit wordt verwezen naar de omschrijving in het ontwerpdecreet kwaliteit (VR 2022 1706 DOC.0627), waarin kwaliteit van zorg omschreven wordt als de mate waarin de geleverde zorg op het vlak van veiligheid, tijdigheid, effectiviteit, efficiëntie, toegankelijkheid, innovatie of persoonsgerichtheid bijdraagt tot de voor de zorggebruiker vooropgestelde zorgdoelen.

Kwaliteit wordt beschouwd als de verantwoordelijkheid van en een wisselwerking tussen zowel, het Vlaams niveau (met inbegrip van de overheid), (boven)lokale netwerken, organisaties en individuele medewerkers. Met betrekking tot kwaliteit liggen er specifieke opdrachten op het bovenlokale en Vlaamse niveau, zonder andere geografisch niveaus of organisaties uit te sluiten van innovatie.

Onder de noemer kwaliteit vallen drie sub opdrachten: (1) kwaliteitsontwikkeling, (2) kwaliteitsondersteuning en (3) kwaliteitsbewaking.

1.12 KWALITEITSONTWIKKELING

Er is blijvend nood aan innovatie en de ontwikkeling en actualisering van minimum standaarden of richtlijnen voor de inhoud van kwaliteitsvolle diagnostiek.

Deze ontwikkeling moet steeds in dialoog met de praktijk (zowel diagnostiek als zorg en ondersteuning) en relevante stakeholders (bijvoorbeeld onderwijs) gebeuren. Een structurele interactie met de academische wereld valt sterk aan te bevelen.

Daarnaast is er nood aan een gedeeld kwaliteitskader voor diagnostiek dat een aantal minimumvereisten voor organisaties en netwerken vastlegt, maar dat voldoende vrijheid laat voor de eigenheid van de organisaties en de geldende specifieke kaders, de finaliteit van de diagnostische activiteit, de ondersteuningsnood, …

Vanuit deze strategische cirkel wordt de Algemene Intersectorale Richtlijn voor Diagnostiek (Kwaliteitscentrum voor diagnostiek, 2020) naar voor geschoven als minimum kader voor de ontwikkeling van standaarden voor kwaliteitsvolle diagnostiek.

De accreditatie van de diagnostische organisaties dient tevens georganiseerd te worden vanuit dit gedeelde kwaliteitskader. Dit wil zeggen dat organisaties zich, voor het verkrijgen van een kwaliteitslabel en financiering, inschrijven om volgens deze richtlijn te werken. Het aanbod met betrekking tot een doorgedreven kwaliteitsbeleid moet ook opengesteld worden voor de private sector. Concreet zou, naar analogie van de eerstelijnspsychologen, de mogelijkheid gecreëerd moeten worden dat privé aanbod zich engageert om volgens de kwaliteitsrichtlijn te werken. Specifieke expertise en recente opleidingen worden kenbaar gemaakt in een publiek portfolio. Op die manier ontstaat er meer transparantie en synergie tussen het privé en gesubsidieerde aanbod. Tevens moet het mogelijk gemaakt worden om interdisciplinair overleg tussen privé, het gesubsidieerd aanbod en de diagnostische plekken te vergoeden.

1.13 KWALITEITSONDERSTEUNING

Naast kwaliteitsontwikkeling is kwaliteitsondersteuning van cruciaal belang.

Hieronder wordt verstaan de operationalisering van diagnostische richtlijnen en coaching (o.a. door middel van supervisie en intervisie) in implementatietrajecten hiervan. Een bealngrijke voorwaarde voor het welslagen hiervan is tijd en budget om medewerkers op te leiden en bij te scholen. De overheid moet dit faciliteren. Het moet een beleidskeuze zijn dat er effectief middelen worden vrij gemaakt voor het volgen van opleiding en coördinatie van een netwerk. Kwaliteitsondersteuning omvat tevens het ontwikkelen van tools die ter beschikking worden gesteld van de sector (bijvoorbeeld het opzetten van een testotheek waar testmateriaal wordt uitegleend, de evaluatie van onderzoeksmateriaal).

1.14 KWALITEITSBEWAKING

Kwaliteitsbewaking bestaat uit kwaliteitscontrole en kwaliteitsevaluatie.

Kwaliteitsevaluatie is een opdracht op alle organisatieniveaus. Dit kan onder meer gebeuren via zelfevaluatie en zelf audits. De tevredenheid van de kinderen, jongeren, context en de zorg en ondersteuning die volgt op een diagnostische fase moet ook mee opgenomen worden in de kwaliteitsevaluatie. Kwaliteitsevaluatie wordt als voorwaarde voor accreditatie naar voren geschoven.

Kwaliteitscontrole is een taak van de overheid.

RANDVOORWAARDEN ORGANISATIEMODEL

Diagnostiek wordt georganiseerd als een autonoom en voldoende onafhankelijk functionerende "lijn" of functie binnen het jeugd- en gezinsbeleid, die apart beheerd moet worden. Dit bij voorkeur, maar niet noodzakelijk, in een apart netwerk. De functie diagnostiek moet dus apart erkend, gereguleerd, georganiseerd, gecoördineerd en gefinancierd worden.

Minimaal alle door de overheid bevoegd voor WVG gesubsidieerde, erkende of vergunde organisaties met een omschreven opdracht op vlak van diagnostiek, moeten participeren binnen de interorganisatorisch georganiseerde functie diagnostiek, ook organisaties gericht op diagnostiek voor volwassenen moeten betrokken worden in het kader van de transitie van minder- naar meerderjarigheid.

Het is daarnaast de doelstelling om een maximale participatie te genereren van organisaties en professionals met een opdracht op vlak van diagnostiek die niet erkend, vergund of gesubsidieerd worden door WVG:

- Op Vlaams niveau is een versterkte samenwerking met Onderwijs (regulier onderwijs, buitengewoon onderwijs, CLB's, ondersteuningsnetwerken) noodzakelijk maar er is ook betrokkenheid nodig van onder andere Werk en Justitie (Parket en jeugdrechtbanken).
- Met het federale niveau moet bekeken worden hoe private gezondheidszorgactoren, waaronder ook pediaters, huisartsen, enz, betrokken kunnen worden.

De complementariteit met andere netwerken waarbinnen diagnostische partners zetelen (bv. netwerken GGZ, ...) dient in kaart gebracht te worden, met het oog op het organisatorisch en operationeel aansluiten bij deze netwerken. Samenwerking met de netwerken GGZ moet bijvoorbeeld afdwingbaar zijn.

Gegevens- en informatiedeling tussen organisaties en sectoren moet mogelijk gemaakt worden, rekening houdend met alle aspecten van privacy, integriteit, keuzevrijheid van het kind, de jongere en de context en het (medisch) beroepsgeheim. Deze digitale transformatie moet leiden tot een meer (intersectoraal) geïntegreerde diagnostiek. Daarnaast is er nood aan een kwaliteitskader rond informatiedeling en informatiebeheer. Professionals moeten zich bewust zijn van de eventuele gevolgen van informatiedeling en het kind, de jongere en de context hierover duidelijk informeren. Er moet ook een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen wettelijke bewaartermijnen en het delen van gegevens in functie van geïntegreerde diagnostiek.

Om het organisatiemodel ten gronde te realiseren zijn voldoende financiële middelen nodig. Een van de doelstellingen is om diagnostiek zo vroeg mogelijk op te starten. Hiervoor moet voldoende financiering 'vroeg' in het traject ter beschikking zijn. Diagnostiek staat ook niet los van de zorg en ondersteuning. Op basis van het diagnostisch traject moet de gepaste zorg en ondersteuning vlot ingezet kunnen worden. Ook hier geldt dus dat er voldoende financiële middelen moeten zijn voor het zorg- en ondersteuningsaanbod. Tot slot wordt gewezen op het belang van investeringen in monitoring, registratie en informatisering.

AANDACHTSPUNTEN BIJ IMPLEMENTATIE

De Strategische Cirkel Diagnostiek en Inschaling geeft alvast een aanzet voor aandachtspunten bij implementatie van voorliggend organisatiemodel. In deze niet-limitatieve lijst zijn slechts een aantal aandachtspunten weergegeven, die in een volgende fase verder uitgediept en aangevuld dienen te worden.

- Het aanbod aan diagnostiek dat aangeboden wordt op lokaal en bovenlokaal niveau moet voldoende transparant zijn voor zorgprofessionals en andere verwijzers, het kind/de jongere en context.
- Wanneer zones/regio's gebundeld worden voor een specifiek hooggespecialiseerd diagnostisch aanbod, moet het redelijkheidsprincipe met betrekking tot de geografische bereikbaarheid voor de betrokken organisaties vooropgesteld worden.
- Bij de implementatie van het model op lokaal, bovenlokaal en regionaal niveau en het toekennen van opdrachten en verantwoordelijkheden aan organisaties die diagnostiek aanbieden, dient rekening gehouden te worden met de institutionele logica en aspecten van macht, kennis, belangen, … die bestaan binnen organisaties en het diagnostisch veld.
- De programmatie van het diagnostisch aanbod moet afgestemd worden op de bevolkingsspreiding en demografische kenmerken van de regionale/lokale bevolkingsgroep.
- Brussels Hoofdstedelijk Gewest: de specifieke context in het tweetalige gebied vraagt een gerichte uitwerking van het organisatiemodel.

LITERATUUR

1. De eerste 1000 dagen | Kind en Gezin [Internet]. [cited 2022 Mar 22]. Available from: https://www.kindengezin.be/nl/professionelen/over/de-eerste-1000-dagen

2. Actieplan Jongvolwassenen [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 22]. Available from: https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/actieplan_jongvolwassenen_aangepast_20170511_goedgekeurd.pdf

3. Vlaamse Overheid WVG. Vroeg en nabij. Naar een geïntegreerd beleid voor kinderen, jongeren en gezinnen binnen welzijn, volksgezondheid en gezin. [Internet]. Brussels; 2021 [cited 2022 Mar 21]. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/20211221 - Vroeg en nabij - inspiratienota.pdf

4. Decoene S, Danckaerts M, Vandevelde S, Vanderplasschen W. Geblokkeerde ontwikkelingstrajecten bij jongeren. Beheersen, interveniëren en voorkomen. 2018.

5. Cloet E, Kimpe E, Van Ransbeeck T, Leys M. De toegankelijkheid van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in Vlaanderen. Brussel, Belgium; 2020.

6. Cloet E, Vrydag J, Leys M. Implementatieonderzoek naar een systeemmodel voor de organisatie van diagnostiek voor kinderen en jongeren in Vlaanderen. Brussels, Belgium; 2022.

7. Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw. Algemene intersectorale richtlijn diagnostiek. Gent, Belgium; 2019.

BIJLAGE

	Zorgtoeslag (Groeipakket)	**Zorgbudget (VSB)**	**Inschaling PAB**	**A-doc NRTJ**	**Ondersteuning binnen onderwijs**	**Inclusieve kinderopvang**
Wie schaalt in?	Evaluerend arts erkend door Opgroeien regie	Medewerkers van de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, ocmw's en welzijnsverenigingen;	Door Opgroeien erkend multidisciplinair team	Door Opgroeien erkend multidisciplinair team	CLB (voor ondersteuning op basis van gemotiveerd verslag of verslag)	Adviserend arts (Opgroeien)

		diensten gezinszorg (in de praktijk voeren voornamelijk de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen deze uit)				
Doelstelling?	Toeslag om gezinnen te helpen bij de hogere opvoedingskosten bij een kind met een specifieke ondersteuningsbehoefte	Toekenning van een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden	Bepalen budgethoogte PAB	Aanvragen NRTJ (inclusief Materiële Bijstand)	GV: specifieke expertise nodig ifv volgen gemeenschappelijk curriculum V: specifieke expertise nodig bij het volgen van een individueel aangepast curriculum in gewoon onderwijs of ifv overstap naar BuO	Individuele subsidie voor kinderen die extra zorg in de opvang nodig hebben
Wanneer?	Na aanvraag via uitbetaler Groeipakket	Op aanvraag en nadien bij afloop van de beslissing over een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden op basis	Op vraag van het gezin	Op vraag van het gezin	1x per niveau (basis / secundair)	Aanvraag door de opvang (voor – of naschoolse opvang)

		van deze schaal				
Hoe ziet de inschaling eruit?	Inschaling via medisch-sociale schaal (3 pijlerssysteem: medisch, impact kind en inspanningen gezin)	Blok B van de BEL-profielschaal (er loopt een onderzoek naar vervanging van deze schaal door een BelRAI Screener voor kinderen)	Inschaling via Helios (permanentie, ernst, gedrag)	Analyse van wat er goed en moeilijk loopt, veranderingswens. Handicap- en stoorniscodes	HGD-traject met diverse inhouden, eindresultaat is een gemotiveerd verslag of verslag	Individuele subsidie voor bepaalde of onbepaalde duur op basis van ROG-lijst (Rood-oranje-groen) opgesteld door team medisch beleid