

---

## Diagnostiek in het Jeugdhulplandschap

### **Inleiding**

Een diagnostisch proces fundeert, geeft richting aan het handelen, om op gepaste en onderbouwde wijze zowel aan individuele als aan groeps- en contextdoelstellingen te werken. Diagnostiek biedt handvatten voor de cliënt en zijn/haar context, om zichzelf beter te begrijpen, en/of voor de hulpverlener, om gepast te kunnen handelen, begeleiden of ageren.

Diagnostiek is een belangrijk proces zowel voor als tijdens het hulpverleningstraject. Op vandaag botsen we op een aantal knelpunten met betrekking tot diagnostiek. Een aantal van deze knelpunten worden onder meer benoemd in het rapport Geblokkeerde ontwikkelingstrajecten (Decoene, Danckaerts, Vandeveld, Vanderplasschen, 2018).

Momenteel is diagnostiek niet altijd voorhanden. Een reactie hierop is dat organisaties, vanuit een nood, zich aanpassen om zelf gespecialiseerde diagnostiek te kunnen aanleveren. Een mogelijk gevolg hiervan is dat het aanbod aan diagnostiek verruimt, meer divers wordt, maar ook versnipperd geraakt. Hierop zal een antwoord moeten worden geformuleerd.

De laatste jaren is er op verschillende niveaus dialoog ontstaan over het hoe, wat en waar van diagnostiek. Het is goed dat diagnostiek onder de loep wordt genomen en dat er gezocht wordt naar de finaliteit van diagnostiek gezien het veranderende hulpverleningslandschap, zeker ook in de jeugdhulpverlening. Momenteel worden deze gesprekken op verschillende niveaus (regionale en sectorale) en met verschillende betrokkenen (werkveld, beleidsmakers en academici) gevoerd. Vaak gebeuren deze gesprekken parallel met elkaar waarbij we vaststellen dat men niet altijd tot uitwisseling of beïnvloeding van elkaars processen komt. Hierdoor dreigen er opnieuw verschillende sporen te ontstaan terwijl net het samenbrengen van de sectorale en intersectorale expertise een meerwaarde zou betekenen omwille van het aanvullend karakter.

Omwille hiervan en als voorbereiding op de strategische cirkel 'Inschaling en Diagnostiek', die is opgestart in kader van het proces 'Vroeg en Nabij', is er binnen het Sectoraal Directiecomité Jeugdhulp van het Vlaams Welzijnsverbond een intersectorale <sup>(1)</sup>ad hoc-werkgroep Diagnostiek opgericht om te komen tot een gedragen visietekst rond diagnostiek.

Deze visietekst definieert diagnostiek en neemt standpunten in betreffende de positie van diagnostiek, geeft aan hoe de uitvoering gebeurt en wanneer diagnostiek een plaats krijgt in een hulpverleningstraject en bespreekt het al dan niet dwingende karakter van een diagnostisch advies.

De Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek -leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk- van vzw Kwaliteitscentrum Diagnostiek vormt mee de inhoudelijke basis van deze visietekst.

We bedanken graag de leden van deze werkgroep voor hun tijd en inzet. We gingen van start met het samenstellen van een overzicht van de bestaande overlegfora over diagnostiek. Zo kregen we zicht op de finaliteit van deze verschillende besprekingen en kon er een eigen visie ontwikkeld en informatie uitgewisseld worden. Dit gaf aanleiding tot boeiende discussies en feedback die samen de basis vormden voor deze visietekst.

## **Definiëring van diagnostiek in de ruime zin van het woord**

Voor de definiëring van deze begrippen beroepen we ons op de Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek -leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk- van vzw Kwaliteitscentrum Diagnostiek. Uit deze nota nemen we letterlijk volgende alinea:

*Diagnostiek, indicatiestelling en zorginschaling worden afhankelijk van beleids- en werkcontext als alleenstaande dan wel inwisselbare begrippen gehanteerd. Wanneer we de definities van deze concepten in beleidsteksten opzoeken, vinden we verschillende invullingen. Bijvoorbeeld, in het decreet van 21 juni 2013 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin worden de volgende drie omschrijvingen gehanteerd:*

- diagnostiek: het proces van de verzameling, ordening en verwerking van de beschikbare relevante gegevens vanuit de hulp- of zorgvraag van een natuurlijke persoon ten behoeve van de zorg*
- indicatiestelling: het proces dat op basis van de hulp- of zorgvraag van een natuurlijke persoon en de analyse van de beschikbare relevante gegevens betreffende die persoon de behoefte aan hulp- en zorgverlening van die persoon vaststelt*
- zorginschaling: het bepalen van de behoefte aan hulp- en zorgverlening van een natuurlijke persoon aan de hand van een daarvoor bestemd meetinstrument.*

In het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming wordt indicatiestelling als volgt gedefinieerd:

- indicatiestelling: de evaluatie van de zorgbehoefte van de gebruiker om de zorgdoelstellingen of financiering te bepalen of, wat de*

*mobilitieitshulpmiddelen betreft, om de beperking van de mobiliteit van de gebruiker vast te stellen zodat passende mobiliteitshulpmiddelen en financiering bepaald kunnen worden*

De definiëring zoals opgenomen in de Intersectorale Richtlijn Diagnostiek laat de ruimte voor andere definiëringen die werkvormspecifiek zijn of die eigen zijn aan het diagnostische proces. Een voorbeeld hiervan is de definitie van handelingsgerichte diagnostiek:

*- Handelingsgerichte diagnostiek is een kwaliteitskader waarin verschillende principes centraal staan en een planmatige werkwijze uitgewerkt is (Pameijer & Draaisma, 2011; Pameijer, & van Beukering, 2015; Prodia, 2015; Van Vlierberghe, Hamers, & Braet, 2014; Verbiest & Verheyen, 2016). Het is een praktijkmodel en kan beschouwd worden als een pragmatische uitwerking van de diagnostische cyclus (Pameijer & van Beukering, 2015). Handelingsgerichte diagnostiek is erop gericht om een geïndividualiseerd advies naar toekomstige hulpverlening uit te brengen en vertrekt dan ook steeds vanuit de indicerende vraagstelling. 'Hoe kan deze persoon het beste geholpen worden' is het uitgangspunt van het diagnostisch proces. Onderkennende en verklarende diagnostiek kunnen aangewend worden in functie van de indicatieanalyse, maar vormen geen doelstelling op zich (Verbiest & Verheyen, 2016).*

Ook in het rapport Geblokkeerde ontwikkelingstrajecten (Decoene et al., 2018) wordt er een invulling gegeven aan het begrip diagnostiek:

*We gebruiken de term diagnostiek voor deze kennisgestuurde, methodische en gestructureerde handelingen die een beschrijving en verklaring van de stand van zaken van een ontwikkelingstraject beogen, en leiden tot (een set van) interventierichtlijnen t.a.v. bereikbare veroorzakende processen.*

Elke hulpverlener doet aan continue beeldvorming als basis voor zijn/haar gericht handelen op maat van de cliënt. Op basis van een kennismakingsgesprek, observaties en vaststellingen tijdens het hulpverleningstraject en/of op basis van een diagnostisch advies gaat elke hulpverlener een concrete invulling geven of een actie-of handelingsplan uitwerken (= proces van beeldvorming) om doelen en acties te bepalen in het hulpverleningstraject. Dit handelingsplan wordt op regelmatige basis samen met de cliënt geëvalueerd en zal worden bijgestuurd in functie van de noden en veranderende kind- en omgevingsfactoren; wat zijn vertaling krijgt in een evolutieverslag.

Indien er, binnen het proces van beeldvorming, nood is om bepaalde observaties verder uit te diepen, bepaalde vaststellingen te meten door testing of te zoeken naar verklaring van gedrag, herhaling van situaties of bevindingen, dan kan er beroep gedaan worden op experts in diagnostische processen. Hierbij is het belangrijk om diagnostici voldoende tijd en ruimte te geven om, waar nodig, een globaal interdisciplinair diagnostisch beeld te kunnen geven dat ruimer gaat

dan het oorspronkelijke aanmeldprobleem.

## **Wie voert diagnostiek uit en wanneer vindt een diagnostisch proces plaats?**

Voortbouwend op het hoofdstuk 'definiëring', waarin wordt aangegeven dat iedere hulpverlener aan beeldvorming doet, stellen we hier dat niet iedereen diagnostiek, indicatiestelling of een gepaste zorginschaling kan aanleveren of uitvoeren. Wel is er sprake van kruisbestuiving tussen beeldvorming en de daaraan onlosmakelijk verbonden hulpverlening en het voeren van een diagnostisch traject. Beiden kunnen elkaar versterken en ondersteunen in het verdere hulpverleningstraject.

Diagnostiek is een traject waarbij de cliënt en zijn/haar context co-auteur zijn van zijn/haar diagnostisch traject. Diagnostiek kan zowel op individueel niveau als op niveau van het gezin/netwerk en de ruime leefomgeving uitgevoerd worden.

Indien er sprake is van een meer complexe situatie zal, bij de analyse hiervan, er een uitwisseling zijn tussen meerdere disciplines. Deze multidisciplinaire aanpak bepaalt (door meting) en verklaart (door analyse van individuele kenmerken of van interacties) de situatie, het gedrag of een (eerdere) observatie.

Het proces van beeldvorming, ontwikkeld door de betrokken hulpverlener in overleg met de cliënt, zal de doelen van een begeleidingstraject richting geven. Het is van belang dat, indien de complexiteit van de hulpvraag het vereist, snel een meer gespecialiseerde diagnostische expertise wordt ingezet bij dit beeldvormingsproces. Een grondige analyse van de hulpvraag, het (individuele of context-) probleem, vormt samen met de aanwezige krachten of sterktes, de basis om een onderbouwd hulpverleningstraject te kunnen uitwerken. Op die manier worden er tijdig bijkomende handvatten aangereikt om een meer onderbouwde, doordachte en efficiënte hulpverlening verder in te zetten. Het diagnostisch advies is immers richtinggevend voor het bepalen van de zorgnood en het bijschakelen van een gepast hulpverleningsaanbod. Het diagnostisch proces bepaalt en evalueert samen met andere factoren in het breder hulpverleningsproces of de doelgerichte acties in dit hulpverleningsproces al dan niet werken.

Een mens, kind of jongere groeit, evolueert en wordt bepaald door kindfactoren (persoonlijkheid, biologische factoren, erfelijkheid,...) en door de context (gezin, familie, buurt, samenleving,...) waarin hij of zij leeft. Een hulpverleningsproces dat rekening houdt met de evoluties van cliënt en cliëntsystemen, moet zich telkens aanpassen aan de veranderende omstandigheden. Daarom kan een diagnostisch proces geen statisch gegeven zijn. Er is nood aan een flexibel diagnostisch aanbod dat op maat van de zorgnooden van de cliënt en zorgvragen van de hulpverlener kan worden ingezet en dat het proces van beeldvorming verruimt en ondersteuning geeft aan de hulpverlening. Hiermee wordt de diagnose tijdig geëvalueerd, bijgestuurd en verfijnd.

Omwillen van het flexibel karakter van het diagnostisch proces, is het belangrijk dat we loskomen van de huidige structuren in het jeugdhulplandschap. Een voorbeeld hiervan is de huidige opdeling tussen rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp en niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. We vertrekken vanuit de kennis en expertise, die is opgebouwd vanuit bestaande organisaties met diagnostiek als kerntaak. Deze kennis en expertise wordt samengebracht via netwerking om tot uitwisseling, samenwerking en expertisedeling te komen ten bate van cliënt en hulpverlener. Voor deze partners moet het op lokaal niveau duidelijk zijn tot welk netwerk zij zich lokaal moeten richten om diagnostische ondersteuning te ontvangen.

Voorgaande vereist in alle regio's van het hulpverleningslandschap voldoende capaciteit inzake multidisciplinaire diagnostisch handelen, zodat cliënten en hulpverleners niet nodeloos tijd verliezen door op een wachtlijst terecht te komen. Om een gepaste continuïteit binnen afgestemde zorg te garanderen, moeten vraag en aanbod continu gemonitord en aangepast worden naar aantal en expertise. Ook de doorstroom naar hulpverlening moet in dat geval bewaakt worden.

Het volledige continuüm van diagnostisch handelen moet zo dicht mogelijk bij de cliënt en hulpverlener staan. Diagnostiek moet zo laagdrempelig en toegankelijk mogelijk zijn.

### **Belang van kruisbestuiving tussen hulpverlening en het diagnostische traject, die gradueel en gelaagd zijn.**

Zoals eerder gesteld is er sprake van kruisbestuiving tussen de hulpverlening en het diagnostisch traject. Beiden versterken en ondersteunen elkaar in het verdere hulpverleningstraject. Bij het analyseren en begeleiden van meer complexe casussen wordt er nog meer bijzondere expertise en kennisdeling gevraagd, waardoor het van belang is dat diagnostiek en hulpverlening dicht bij elkaar komen en nauwer kunnen samenwerken. Ze moeten met elkaar interageren: diagnostische expertise moet steeds beschikbaar zijn in het hulpverleningsproces, waar de beeldvorming als onderdeel van het diagnostisch proces continu wordt bijgestuurd en up-to-date wordt gehouden. Diagnostiek is een dynamisch, cyclisch proces waar zowel cliënt als hulpverlener voldoende inbreng in moeten hebben.

Wanneer hulpverlening en het diagnostisch traject met elkaar zijn verbonden, vraagt dat dat zowel diagnostici als hulpverleners voldoende kennis hebben van elkaars werking en dat ze zich openstellen voor feedback op de processen die ze lopen.

We stellen dat diagnostiek gradueel en gelaagd moet opgebouwd zijn. Belangrijk hierbij is dat in het gelaagd, gradueel systeem de diagnostiek in al zijn gradaties gevaloriseerd wordt. Dit kan vergeleken worden met de gelaagdheid van het medisch model, waar mensen zich bij een kleine verwonding zelf verzorgen, met alledaagse terugkerende acute kwaaltjes naar de huisarts gaan en waar nodig, worden doorverwezen naar specialisten of ziekenhuizen met gespecialiseerde afdelingen en

dito meetapparatuur.

De beeldvorming gebeurt, in samenspraak, door de hulpverleners en cliënten en is onlosmakelijk verbonden met het hulpverleningsproces. Dit vormt de basis van de diagnostische piramide. Bij nood aan verdere verdieping of uitklaring zal, outreachend of ondersteunend, meer gespecialiseerde diagnostische expertise worden geraadpleegd. Deze expertise is snel en trajectmatig inzetbaar. Met andere woorden, gespecialiseerde diagnostische expertise kan differentiëren in aanbod (consulting, outreachend, ...), in timing van het cliënttraject (vroegdiagnostiek, trajectdiagnostiek, ...) en in toegankelijkheid.

Vanuit dit perspectief kan je aangeven dat elke hulpverlener aan beeldvorming doet, zonder daarbij de specialisatie van het diagnostische proces uit het oog te verliezen en een veelheid aan diagnostisch aanbod te zien ontstaan.

Gezien de nood aan diagnostiek van toepassing is op het hele hulpverleningslandschap met alle verschillende doelgroepen en uiteenlopende zorgnoden, moet in kaart worden gebracht of er, binnen dat ruime spectrum, voor elke casus of hulpvraag expertise aanwezig is en waar die zich moet situeren. De gelaagdheid van diagnostiek is hierbij een criterium. Hoe hoger de graad van specialisatie, hoe uitzonderlijker het aanbod in Vlaanderen moet zijn om voldoende expertise-opbouw en regelmatige uitvoering te kunnen garanderen. Naast het organiseren van voldoende antennepunten per regio, dient er voornamelijk ingezet te worden op de verplaatsingsflexibiliteit van organisaties, de kwaliteit en het trajectmatige van het diagnostisch proces. Om dit alles te realiseren hebben we diagnostisch platforms nodig waar tijdelijke mini-teams een globaal diagnostisch advies kunnen formuleren en de aanvullende en multidisciplinaire expertise ten volle kan ontplooiën en elkaar versterken. Bestaande diagnostische expertise<sup>(2)</sup> wordt samengebracht in intersectorale netwerken. Deze netwerken hebben een duidelijke structuur en mandaat, waardoor er geen 'vrijblijvende' netwerken worden gecreëerd.

## **Het karakter van een diagnostisch proces**

Algemeen gesteld kan de afdwingbaarheid van een diagnostisch proces niet door een diagnostisch centrum worden bekomen. Het is het mandaat van een overheid om iemand te verplichten tot het volgen van een diagnostisch traject. Het diagnostisch verslag heeft wel een richtinggevend karakter voor wat betreft de realisatie van de doelen in de hulpverlening. Gezien de evolutie van situaties en de ontwikkeling van de cliënt in kwestie in combinatie met zijn/haar ruime omgeving, kan het ook nodig zijn om het diagnostisch verslag opnieuw tegen het licht te houden en, in proces, nieuwe diagnostische toetsingsmomenten te installeren. Het belang van kruisbestuiving tussen hulpverlening en het diagnostisch proces wordt hier nogmaals onderstreept.

Vanuit dit perspectief is het een voorwaarde dat, bij aanvang van een hulpverleningstraject, de zorg die wordt geïnstalleerd voldoende

knowhow heeft om met de geïndiceerde problematiek aan de slag te gaan. Het is voor een organisatie of een team van hulpverleners van belang om met de nodige handvatten met elke zorgnood aan de slag te gaan, maar ook bij te schakelen of af te schakelen naar meer of minder gespecialiseerde expertise wanneer nodig. Doordat diagnostiek ingebed wordt in hulpverleningstrajecten, wordt er een continue doorstroom van cliënten in hun hulpverleningstraject waargemaakt (organisatorische continuïteit). Daarnaast is het belangrijk dat informatie die gegenereerd wordt in eerdere hulpverleningstrajecten van de cliënt beschikbaar blijft voor cliënt en raadpleegbaar is voor (vervolg)hulpverlening (informatieele continuïteit). Dit draagt bij aan een goede en continue hulpverlening, namelijk het onvoorwaardelijk in relatie blijven gaan tussen cliënt en hulpverlener.

De expertise-uitbouw en het feit dat de kennis van bepaalde onderzoeken of testen voldoende moet gekend zijn door opleiding en regelmatige uitvoering ervan, vraagt een fundamentele en continue investering. Afhankelijk van de zorgvraag en de complexiteit ervan, wordt diagnostiek door één of meerdere experts uitgevoerd (bepaald door de gelaagdheid van het diagnostisch proces).

Tenslotte is het noodzakelijk dat de kwaliteit van diagnostiek bewaakt wordt. Deze verantwoordelijkheid ligt in eerste instantie bij de organisatie zelf die aan de hand van een jaarlijks kwaliteitsverslag transparant communiceert met de overheid. Om de kwaliteit van de diagnostiek te verzekeren en om expertise tussen diagnostische centra/netwerken af te stemmen, kan een protocol de nodige handvatten geven. Een protocol dat ook de nadruk legt op het gebruik van een gemeenschappelijke taal, die bevattelijk is verwoord voor de cliënt. We vinden het hierbij belangrijk dat dit protocol voldoende flexibel is, zodat er individueel op maat kan gewerkt worden en dus de mogelijkheid geeft om in verscheidenheid te werken. We willen een toetsingskader creëren dat duidelijkheid biedt over de verschillende vormen van diagnostiek, zowel voor medewerkers, partners als overheid. Tot slot zien we een opdracht weggelegd voor een kwaliteitscentrum diagnostiek dat op lange termijn het geheel van kwaliteit van diagnostiek in beeld brengt en bewaakt over de organisaties heen.

## **Indicatiestelling en zorginschaling**

Bij indicatiestelling en zorginschaling wordt de behoefte aan hulp- en zorgverlening van de cliënt en zijn/haar context vastgesteld. Afhankelijk van deze vastgestelde zorgnoden wordt de financiering bepaald. Omwille van deze delicate en fundamentele opdracht is het belangrijk dat de indicatiesteller/zorginschaler naar eer en geweten handelt waar professionaliteit centraal staat. Net zoals bij diagnostiek is ook hier kwaliteitsbewaking belangrijk. De kwaliteit wordt verzekerd door tijdige verantwoording van de indicatiesteller/zorginschaler aan de overheid over hoe onder meer de financiering wordt bepaald.

Daarnaast stellen we volgende kwaliteitseisen voorop om de kwaliteit

van zorginschaling en indicatiestelling te bewaken:

- Instrumenten die worden toegepast in het kader van zorginschaling/indicatiestelling, moeten betrouwbaar zijn en voldoende vertrouwen geven. Er moet voldoende verbinding zijn tussen de hulpverlening en de zorginschaling/indicatiestelling.
- Het proces indicatiestelling/ zorginschaling vraagt een nauwe samenwerking en afstemming met de inschaler. Familie en zorgverleners kennen de persoon het best, dus ook de manier van ondersteunen en de vraag naar ondersteuning.
- Deskundigheid van de indicatiesteller/zorginschaler is belangrijk. De expertise en noodzakelijke kritische massa op jaarbasis moet kunnen gegarandeerd worden.
- De zorginschaler/indicatiesteller is transparant over welk instrument er wordt gebruikt en op welke manier het instrument wordt ingezet.
- Er moet voldoende expertise aanwezig zijn bij de zorginschaler/indicatiesteller over de organisatie waar hij/zij naar indiceert. Voldoende uitwisseling met hulpverleningsorganisaties is hierbij cruciaal.
- Zorginschaling en indicatiestelling moet in zekere zin op individuele maat kunnen gebeuren, omdat het proces kan worden beïnvloed door de eigenheid van het individu en zijn/haar context.
- Aan zorginschaling en indicatiestelling is een zekere mate van subjectiviteit verbonden. Het proces wordt zoveel mogelijk gestandaardiseerd maar er blijft een menselijke factor aan verbonden, bijvoorbeeld door mogelijke denkfouten en eigen stijl van de diagnosticus. Het is belangrijk om hier ten allen tijde rekening mee te houden.

Voorgaande draagt bij aan een correcte toeleiding en een toegankelijke diagnostiek doorheen het hulpverleningsproces.

---

<sup>1</sup> Vertegenwoordiging vanuit OBC, OOC, CAR, MFC, OVBJ, COS, CIG en CKG

<sup>2</sup> Met bestaande diagnostische expertise denken we zowel aan bestaande diagnostische centra, als aan organisaties met diagnostische expertise die niet erkend zijn als diagnostische centra

---

**Bron:** <https://www.vlaamswelzijnsverbond.be/nieuws/diagnostiek-het-jeugdhulplandschap>



