



**WEST-VLAAMS CONSULTATIEBUREAU VOOR DIAGNOSTIEK EN
ZORG (WVCB) VZW**

JAARVERSLAG 2016



Erkend en gesubsidieerd door



VOORWOORD

Het werkjaar 2016 (56^{ste} volledige werkjaar sinds de vzw op 22/7/1960 werd opgericht) was het laatste van een termijn van 3 jaar (2014-2016) waarin WVCB vzw van de Vlaamse Overheid een niet-gereguleerde toelage ontving als basissubsidie voor de diagnostische werking. Die niet-gereguleerde toelage was bedoeld als tussenoplossing bij de overgang van jarenlange provinciesteun naar meer structurele verankering in de Vlaamse erkenning- en financieringsregels. Een nieuwe overeenkomst met de Vlaamse Overheid voor 2017 werd ons door de bevoegde Minister beloofd, bij het schrijven van dit voorwoord -april 2017- ontbreekt het ons nog aan de schriftelijke garantie.

De onzekerheid over onze basissubsidie -wat vanaf 2018?- maakt dat wij momenteel slechts in beperkte zin een toekomstgericht beleid kunnen voeren. De medewerkers - waarvan een aantal al heel wat dienstjaren op de teller hebben staan- moeten al enkele jaren presteren in een heel onveilig werkklimaat. Met wachttijden die momenteel oplopen tot meer dan een jaar (afhankelijk van de deelwerking), kan de blijvende nood van onze werking nochtans duidelijk aangetoond worden.

Het streven naar structurele erkenning en financiering van onze dienstverlening blijft bijgevolg ook in 2017 de belangrijkste prioriteit voor directie en bestuur.

In 2016 werd de sector Ondersteuning van Personen met een Handicap ondergedompeld in de Persoonsvolgende Financiering, onderdeel van Perspectiefplan 2020 van huidig Minister Welzijn, Volksgezondheid & Gezin Jo Vandeurzen. Sinds 1/4/16 is de procedure toeleiding naar een Persoonsvolgend Budget van kracht, een belangrijke kentering in de opdracht van ons MultiDisciplinair Team (MDT).

Onze directie heeft, net als de voorgaande jaren, op diverse fora actief meegewerkt aan advisering van het beleid. Op het terrein namen onze teamleden -naast de reguliere MDT-werking- deel aan de controle-inschalingen met het ZZI-instrument bij VAPH-voorzieningen, nu erkende zorgaanbieders genoemd.

De werking van ons diagnosecentrum voor volwassenen met een (vermoeden van) autismespectrumstoornis (DIASS) werd in de loop van 2016 verder geoptimaliseerd en getoetst aan de meest recente wetenschappelijke inzichten. In 2017 is het 10 jaar geleden dat de eerste diagnostische trajecten werden opgestart. Dit beogen wij in het najaar samen met een breed publiek te vieren.

Een speciaal woord van dank:

- aan het WVCB-team dat ook in 2016 in belangrijke mate loyaliteit heeft getoond, nog steeds vanuit een sterk intrinsieke motivatie mee te willen werken aan de toekomst van onze zinvolle opdracht
- aan de collega-bestuursleden die hun kennis en expertise delen in functie van een goed beheer van WVCB vzw
- aan de psychiaters en huisarts waar wij mee samenwerken om een van onze pijlers, multi-/interdisciplinaire werking, vorm te blijven geven
- aan onze partners, steungevers en sympathisanten

Guido Decorte
Voorzitter

Ruben Ryckewaert
Directeur

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	p. 4
1.1 Gesubsidieerde diagnostiek bij/voor jongeren binnen de transitieleeftijd & volwassenen met ontwikkelingsstoornis	p. 4
1.2 Onze visie & expertise rond diagnostiek	p. 4
1.3 Essentiële pijlers van onze huidige dienstverlening	p. 5
1.4 Toekomst?	p. 5
2. Medewerkers	p. 6
3. Financieel	p. 8
4. Activiteitenverslag: het werkjaar 2016	p. 8
4.1 Inleiding	p. 8
4.2 Overzicht van de resultaten binnen de deelwerkingen	p. 8
4.2.1 Werking Diagnosecentrum voor volwassenen met (vermoeden van) autismespectrumstoornis (afgekort DIASS)	p. 8
4.2.2 Werking algemene zorgdiagnostiek	p. 19
4.2.3 MultiDisciplinair Team (MDT)	p. 19
4.2.4 Contactpersoonschap zorgregie	p. 30
5. Diverse	p. 30
5.1 Personeelbeleid	p. 30
5.2 Kwaliteitsbeleid	p. 30
5.3 ICT	p. 30
5.4 Welzijn op het werk	p. 30
5.5 Raad van Bestuur & Algemene Vergadering	p. 31
5.6 Contactgegevens WVCB vzw	p. 31
Bijlage: 2007-2016, overzicht 9,5 werkjaren DIASS	p. 33

1. INLEIDING

1.1 Gesubsidieerde diagnostiek bij/voor jongeren binnen de transitieleeftijd & volwassenen met een ontwikkelingsstoornis

Vaak zorgt een **individueel probleem of een stoornis** pas op **latere leeftijd voor disfunctioneren**, omdat (secundaire) symptomen zich pas bij een **scharniermoment** (studeren, werken, aangaan/beëindiging relatie, ...) of bij **contextwijziging** (plotse wending in het leven, verminderen/wegvallen van ondersteunend netwerk, ...) meer nadrukkelijk manifesteren en het persoonlijk lijden verhogen.

Op die momenten kan een **interdisciplinair diagnostisch onderzoek** een belangrijke bijdrage leveren in het proces van **objectief** zicht krijgen op iemands **functioneren, mogelijkheden en beperkingen**. Het kan mee een **verklaring** bieden voor de moeilijkheden die iemand binnen **verschillende levensdomeinen** ervaart, kan mee aan de basis liggen van een **onderbouwd handelingsplan** en bepaalt mee of iemand **toegang krijgt tot de best passende vormen van ondersteuning**.

In **Vlaanderen** is er voor de groep **jongeren binnen de transitieleeftijd & volwassenen met (een vermoeden van) ontwikkelingsstoornis** weinig aanbod **interdisciplinaire diagnostiek** met volgende **eigenschappen**:

- **ambulant & niet-sectorgebonden**
- **gespecialiseerd & kwaliteitsgedreven**
- **gesubsidieerd en bijgevolg financieel toegankelijk**

De 11 **Consultatiebureaus** in Vlaanderen namen als **diensten met diagnostiek bij/voor (jong)volwassenen als kernopdracht**, al verschillende jaren een belangrijke plaats in binnen de sectoren personen met een handicap (VAPH als regisseur) en tewerkstelling van personen met een arbeidsbeperking (VDAB als regisseur). Zij (Brailleliga uitgezonderd) hebben op 1/7/14 (minstens) hun opdrachten ten aanzien van de doelgroep personen met een arbeidsbeperking ingebed binnen dienst Gespecialiseerde Trajectbepaling en –begeleiding (GTB).

De resterende Consultatiebureaus, met name **West-Vlaams Consultatiebureau voor Diagnostiek en Zorg (WVCB)** en **Oriëntatiecentrum (OC) Wilrijk**, blijven de **ambitie** hebben zich met het overgebleven deel van hun werking te **herpositioneren**. Hun werking werd lange tijd mogelijk gemaakt door financiële steun vanwege respectievelijk de **provincies West-Vlaanderen** (1960 tem 2013) & **Antwerpen** (1989 tem 2017). De recente **interne staatshervorming** maakt die vorm van overheidssteun onmogelijk, maar de **nood aan financiële overheidssteun blijft onverminderd bestaan**.

Wij vragen dat de **Vlaamse Overheid** voor deze financiële steun garant staat. Een schat aan **gepoolde expertise & knowhow** inzake **zorgdiagnostiek in de brede zin** voor een **kwetsbare doelgroep** dreigt anders te verdwijnen.

1.2 Onze visie en expertise rond diagnostiek

Wij zien '**diagnostiek**' als *essentiële schakel binnen een geheel van handelingen (vraagverduidelijking, indicering, behandeling, ...) die erop gericht zijn ondersteuning maximaal aan te laten sluiten bij de vraag van de persoon met problemen, met (vermoeden van) stoornis(sen) en/of met problemen om te participeren binnen de maatschappij.*

Wij enten onze visie op het **bio-psychosociale model** over het menselijke functioneren.

Er is binnen zowel WVCB als OC **ruime expertise en knowhow** inzake:

- **beschrijvende, classificerende diagnostiek**: gericht op het vaststellen van gedragskenmerken zoals deze tot uiting komen in klinisch observeerbare fenomenen.
- **verklarende diagnostiek**: gericht op het vaststellen van de oorzaken, in stand houdende en compenserende factoren
- **handelings- en competentiegerichte diagnostiek**: gericht op de vertaling van het probleem of de stoornis in het gedrag binnen diverse levensdomeinen
- **indicerende diagnostiek**: gericht op het in kaart brengen van hulpvragen en zorgbehoeften

In dit verband zijn WVCB en OC al vele jaren door het VAPH als MDT erkend. Deze **MDT-werkvorm** biedt volgende **meerwaarde**:

- het MDT-traject is op geen enkele manier verweven met klantenbinding;
- noch proces opmaak ondersteuningsplan PVB, noch begeleiding/behandeling/aanbod vinden binnen dezelfde organisatie(structuur) als de MDT-werking plaats;
- personen met een (vermoeden van) handicap kunnen ambulant een vraag stellen naar objectivering handicap en/of objectivering ondersteuningsnood.

1.3 Essentiële pijlers van onze huidige dienstverlening

- wij werken interdisciplinair (maatschappelijk medewerkers, psychologen, arts/psychiaters) in teamverband
- wij hebben geen aanbod behandeling/therapie/zorg/ondersteuning, het diagnostisch onderzoek staat op zichzelf, maar wij formuleren handelingsgerichte adviezen
- wij werken op maat van de individuele cliënt en zijn/haar vraag; indien mogelijk wordt het netwerk betrokken
- wij hanteren een bio-psycho-sociaal mensbeeld
- ons team beschikt over jarenlange expertise en werkt wetenschappelijk gefundeerd
- dankzij de steun van het VAPH, Autistem vzw en diverse lokale overheden kunnen wij onze dienstverlening financieel heel toegankelijk aanbieden
- wij zijn ingebed in het Regionaal Overlegnetwerk Gehandicaptenzorg, er zijn diverse (inter)sectorale samenwerkingsverbanden
- onze medewerkers beschikken over uitstekende kennis van de sociale kaart

1.4 Toekomst?

De werkjaren 2015 en 2016 stonden in belangrijke mate in het teken van het streven naar een lange termijn toekomstperspectief voor onze dienstverlening, en meer bepaald inkanteling in de Vlaamse erkenning en financieringsregels.

De **3 belangrijkste strategische/operationele doelen** voor **2017**:

1. komen tot lange termijn oplossing voor borgen dienstverlening en werkgelegenheid medewerkers
2. verdere optimalisatie werking DIASS: afstemmen van het proces van diagnose-uitklaring op de nieuwste evoluties inzake diagnostiek ASS en streven naar efficiëntiewinst zonder aan kwaliteit in te boeten + nieuwe samenwerkingsverbanden met potentiële verwijzers
3. verder uitbouwen werking algemene zorgdiagnostiek: profilering + nieuwe samenwerkingsverbanden met potentiële verwijzers

2. Medewerkers

De teamsamenstelling bleef in de loop van 2016 ongewijzigd.

Maatschappelijk medewerker Elien Valcke bleef gedurende het ganse jaar in dienst, zij verving een collega die in de periode 11/4/16 tem 31/12/16 afwezig was door ziekte.

De samenstelling van het WVCB-team op 31/12/16:

9 koppen (8 vrouwen, 1 man); de **personele capaciteit** (medewerkers in loondienst) **bij maximale bezetting** bedroeg op 31/12/16 **8,1 VTE**. De **reële personele capaciteit** bedroeg op 31/12/16 echter **7,1 VTE**.

Het verschil tussen maximale en reële bezetting was te wijten aan thematisch verlof (-20%) van een medewerker en aan langdurige afwezigheid van een medewerker (-80%) door ziekte.

Psychologische discipline (directiefunctie inbegrepen): 3,8 VTE

- **Katrijn Delerue**, 33 jaar, **licentiaat klinische psychologie** (9 jaar baremieke anciënniteit)

Takenpakket 2016: psychodiagnostisch luik DIASS, algemene zorgdiagnostiek, MDT meerderjarigen, administratie DIASS

Extern: bijdrage psychologische discipline leveren aan dossiers hulpmiddelen/PAB CM Roeselare-Tielt (tot ongeveer september), contactpersoon VAPH voor Ampel, voorzitter interdisciplinair overleg DIASS (in beurtrol)

- **Sofie Versyck**, 33 jaar, **licentiaat klinische psychologie** (7 jaar baremieke anciënniteit)

Takenpakket 2016: psychodiagnostisch luik DIASS, MDT meerderjarigen (voornamelijk geïnterneerden in samenwerking met penitentiair complex), voorzitter interdisciplinair overleg DIASS (in beurtrol)

- **Veerle Cremmery**, 33 jaar, **licentiaat klinische psychologie** (5 jaar baremieke anciënniteit)

Takenpakket 2016: psychodiagnostisch luik DIASS, algemene zorgdiagnostiek, MDT meerderjarigen, administratie DIASS, voorzitter interdisciplinair overleg DIASS (in beurtrol)

- **Ruben Ryckewaert**, 32 jaar, **licentiaat klinische psychologie + directiefunctie** (7 jaar baremieke anciënniteit)

Takenpakket 2016: algemene coördinatie en (inhoudelijke) ondersteuning medewerkers, algemene interne administratie, personeelszaken en loonadministratie, financieel beheer, kwaliteitscoördinatie, intern preventieadviseur, secretaris en penningmeester, MDT meerderjarigen

Extern: lid stuurgroep en AV ROG W-VI, lid RvB & AV DOP W-VI, deelname aan (provinciaal) verwijzersoverleg, lid stuurgroep project extra zorgbemiddeling W-VI, lid commissie in2zorg Vlaams Welzijnsverbond, voorzitter stuurgroep DIASS, waarnemend lid RvB Verwijzersplatform en lid AV Verwijzersplatform, lid PW I&E VAPH, lid stuurgroep project DIA-Land, extern lid RPC sinds 1/4/16, ad hoc overleg-, werk-, stuur- of denkgroepen

Maatschappelijke discipline: 4,1 VTE

Chantal Van de Castele, 64 jaar, **gegradueerde maatschappelijk werk** (27 jaar baremieke anciënniteit)

Takenpakket 2016: MDT meerderjarigen

Extern: lid werkgroep maatschappelijke discipline (beurtrol met Elfriede De Saffel, Rebecca Van Overbeke), opvolgingscommissie ROG

Elfriede De Saffel, 44 jaar, **gegradueerde maatschappelijk werk** (17 jaar baremieke anciënniteit) – afwezig wegens ziekte van 11/4/16 tem 31/12/16

Takenpakket 2016: luik maatschappelijke discipline DIASS, MDT meerderjarigen, contactpersoon zorgregie

Extern: lid werkgroep maatschappelijke discipline (beurtrol met Chantal Van de Castele, Rebecca Van Overbeke), opvolgingscommissie ROG

Rebecca Van Overbeke, 33 jaar, **bachelor maatschappelijk werk + toegepaste psychologie** (7 jaar baremieke anciënniteit)

Takenpakket 2016: luik maatschappelijke discipline DIASS, MDT meerderjarigen, contactpersoon zorgregie

Extern: lid RPC W-VI tem 31/3/16, lid focusgroep 'operationalisering van het begrip grootste ondersteuningsnood binnen de zorgregie', lid werkgroep maatschappelijke discipline (beurtrol met Elfriede De Saffel, Chantal Van de Castele), opvolgingscommissie ROG

An Vangroenweghe, 28 jaar, **master maatschappelijk werk** (3 jaar baremieke anciënniteit)

Takenpakket: luik maatschappelijke discipline DIASS, MDT meerderjarigen, contactpersoon zorgregie

Extern: plaatsvervangend lid stuurgroep ROG, opvolgingscommissie zorgregie

Elien Valcke, 25 jaar, **bachelor maatschappelijk werk** (1 jaar baremieke anciënniteit vanaf september 2016)

Takenpakket 2016: luik maatschappelijke discipline DIASS, MDT meerderjarigen, onthaal- en administratie

Psychiatrisch/medische discipline

Samenwerkingsverbanden met:

Dr. B. Coussement (**huisarts** - MDT-werking)

Dr. A. Beyne (**psychiater** – DIASS)

Dr. L. Willaert (**psychiater** – DIASS)

We probeerden ook in 2016 te streven naar een gezond evenwicht tussen kwaliteit en kwantiteit, tussen interne opdrachten en externe vertegenwoordiging. We proberen iedere medewerker kansen te geven tot zelfontplooiing, onder meer door combinatie van verschillende opdrachten. Om onze dienstverlening met een beperkte equipe over gans de provincie West-Vlaanderen te blijven spreiden, dichtbij de cliënt, was er ook in 2016 nood aan heel wat flexibiliteit: zowel aan medewerkers- als aan werkgeverszijde.

3. Financieel

Zie hiervoor het afzonderlijk financieel jaarverslag

4. Activiteitenverslag: het werkjaar 2016

4.1 INLEIDING

De dienstverlening van WVCB vzw bestaat grosso modo uit 3 deelwerkingen:

- algemene zorgdiagnostiek bij personen met een (vermoeden van) handicap (bv. niveaubepaling, oriënteringsonderzoek)
- Diagnosecentrum Autismespectrumstoornissen (DIASS)
- MultiDisciplinair Team (MDT) in opdracht van VAPH

Daarnaast proberen wij een zinvolle bijdrage te leveren aan advisering van het beleid en aan de binnen ROG West-Vlaanderen genomen initiatieven. Contactpersoonschap zorgregie zat ook het hele jaar in het pakket dienstverlening; het laatste jaar, aangezien contactpersoonschap zorgregie vanaf 1/1/17 ophield te bestaan.

Het is niet evident om binnen het bestek van een jaarverslag alle activiteiten, initiatieven en concrete tussenkomsten te bevatten, maar we hopen met voorliggend document toch een voldoende weergave van onze werking in 2016 te kunnen presenteren.

4.2 OVERZICHT VAN DE RESULTATEN BINNEN DE DEELWERKINGEN

4.2.1 Werking Diagnosecentrum voor volwassenen met (vermoeden van) autismespectrumstoornis (afgekort DIASS)

DIASS algemeen

Het bestuur en de medewerkers van WVCB blijven heel sterk in het belang van DIASS (zie verder voor concretisering) geloven, om -op zijn minst- in West-Vlaanderen een antwoord te bieden aan **een reële nood van vragen naar kwaliteitsvolle en differentiaal-diagnostische uitklaring vermoeden autismespectrumstoornis (ASS) bij volwassenen.**

De werking van DIASS omvatte in 2016:

- **interdisciplinair diagnostisch onderzoek bij volwassenen** met vermoeden van **ASS**
- **informatiepunt ASS:** voornamelijk meldpunt en doorverwijzen naar meer gespecialiseerde informatiekanalen

De vragen die in 2016 aan DIASS gesteld werden, konden voor de cliënt **financieel heel toegankelijk** beantwoord worden door de **niet-gereguleerde toelage** die wij **van de Vlaamse Overheid** (alternatief voor de provinciemiddelen tem 2013), met het VAPH als doorgeefluik, ontvingen.

Wij ontvingen daarnaast, net zoals de voorgaande werkjaren, **cofinanciering van Autistem vzw**. Hiermee konden wij de bijdrage van 2 psychiaters aan het multi-/interdisciplinair dossieroverleg vergoeden. Ten slotte boden ook een aantal gemeentebesturen (zie financieel verslag) financiële steun.

De werking van DIASS wordt **geadviseerd door een stuurgroep** met volgende samenstelling: vertegenwoordiging vzw De Lovie, vzw Cadans, vzw Het Anker, vzw Ter

Dreve, vzw Autistem, psychiaters Dr. A. Beyne en Dr. C. Vranken (in 2016 vervangen door Dr. Willaert). Vzw Ter Dreve stelt een vergaderlokaal voor de bijeenkomst van de stuurgroep ter beschikking. In 2016 is de stuurgroep 2x bijeengekomen, op 4/2 & op 21/10.

De relevantie en het belang van de dienstverlening DIASS

In 2016 werkten wij verder aan een gedragen kijk op het diagnostisch proces ASS.

De diagnose autismespectrumstoornis (ASS) wordt gesteld op basis van **waarneembaar gedrag**, er zijn voornamelijk **geen biologische markers** die uitsluitend kunnen geven over het al dan niet voorkomen van ASS bij een persoon. Bovendien is het beeld van ASS bij **volwassenen** (= doelgroep DIASS) gevarieerder dan bij kinderen en dus ook moeilijker te herkennen. Indien men pas in de volwassenheid een vraag stelt naar uitklaring van een vermoeden van ASS, gaat het heel vaak over subtiele varianten binnen het spectrum die niet altijd direct en/of duidelijk te observeren zijn in het waarneembaar gedrag.

Bij het **ouder worden**, kan **waarneembaar gedrag wijzigen**, bv. spontane afname van bepaald stereotiep gedrag of net toename in de context van rigiditeit. Er kunnen bovendien **leereffecten** optreden. Maar personen die pas op volwassen leeftijd een vraag naar diagnostische uitklaring stellen, **compenseren** vaak al lang (vb. op sociaal vlak).

Algemeen kunnen we stellen dat de manier en het moment waarop ASS tot uiting komt, afhangen van de wijze waarop de genetische aanleg in interactie treedt met de omgevingsfactoren (vb. stresssituaties). Als de diagnose ASS pas op volwassen leeftijd wordt gesteld, betekent dit echter niet dat de stoornis ook op heel jonge leeftijd nog niet aanwezig was en dat er voordien geen **lijdensdruk** was. Verschillende mechanismen kunnen aan de basis liggen van een hulpvraag/vraag naar diagnose op latere leeftijd (zie verder).

In functie van het verhogen van de **betrouwbaarheid van een diagnose**, is het van groot belang dat het **diagnostisch proces om het vermoeden van ASS uit te klaren, grondig, differentieel en multidisciplinair** verloopt. De betrouwbaarheid van de conclusies groeit bovendien met **de expertise** die een multidisciplinair team heeft opgebouwd en die expertise groeit met het aantal doorlopen diagnostische cycli (binnen **DIASS na bijna 10 jaar werking intussen zowat 300 grondig uitgevoerde diagnostische trajecten**).

Deze elementen dragen bij tot **beperking van het risico op vals positieve of vals negatieve diagnoses tot een minimum**, maar ze volledig uitsluiten is moeilijk.

Binnen DIASS vinden wij het uiterst belangrijk om het al of niet voorkomen van ASS-specifieke kenmerken op heel jonge leeftijd, te exploreren bij uitklaring van vermoeden ASS. De maatschappelijke discipline en in mindere mate ook de psychiatrische discipline streven daarom naar een **voldoende uitgebreide ontwikkelings- en heteroanamnese**. Directe betrokkenen en/of betrokkenen uit de kinderleeftijd worden uitgenodigd of bevroegd. Als niemand uit het netwerk dat de persoon met een vermoeden van ASS in de kindertijd heeft gekend, beschikbaar blijkt, proberen wij zoveel mogelijk info uit andere bronnen (boekjes kind & gezin, schoolrapporten, tekeningen van vroeger, CLB-verslagen, ...) te halen.

We hechten veel belang aan de **transitieperiodes** bij de anamnese: baby-peuter, kleuter, basisschool, puberteit, adolescentie, volwassenheid, moeder/vader worden, ...). Het lijkt dat de maatschappelijke discipline voor haar rekening neemt, bestaat meestal uit **meerdere contacten met de persoon met vermoeden van ASS en -indien mogelijk- het betrokken netwerk**.

De diagnose ASS wordt binnen DIASS dan ook enkel weerhouden als er op gedragsmatig vlak voldaan wordt aan de criteria vanaf de kinderleeftijd (uitzonderingen komen voor als

er té weinig info voorhanden is, maar dan overleggen we er grondig en multidisciplinair over).

Terug inpikkend op het aspect rond betrouwbaarheid van de diagnose, vinden wij het essentieel om **de uit verschillende bronnen bekomen informatie te integreren tot een samenhangend geheel**. Binnen DIASS gaan wij er daarnaast vanuit dat het doel van diagnostische uitklaring niet enkel een juiste classificatie is, maar ook **een verklaringsmodel** voor de klachten dat gebaseerd is op **een evaluatie van cognitieve, sociale, communicatieve en compenserende vaardigheden vanuit een ontwikkelingsperspectief**.

Naast de anamnestiche gegevens is het voor ons dan ook heel belangrijk om te proberen duidelijkheid te krijgen welke **psychologische disfuncties** of **welke manier van informatieverwerking** aan de grondslag ligt van de afwijkende gedragingen. Hiermee verwijzen we naar het **executief functioneren, de 'Theory of Mind', en de centrale coherentie**. Zowel testresultaten als observaties zijn hiervoor van essentieel belang.

In het kader van de DIASS-werking worden na afloop van een diagnostisch traject de **resultaten** van het onderzoek en het **advies grondig met de persoon** (en eventueel **betrokken netwerk**) **besproken**. De persoon krijgt bovendien een **uitgebreid verslag** mee dat kan dienen voor begeleiding of behandeling in navolging van het diagnostisch traject.

Medewerkers DIASS

Wij streefden er ook in 2016 naar, met een beperkte equipe, een evenwicht te creëren tussen de deelwerkingen, een laagdrempelige dienstverlening te verzekeren en de personeelsinzet hierop af te stemmen.

De langdurige afwezigheid door ziekte van een maatschappelijk medewerker bracht de nodige herschikkingen met zich mee. Haar vervangster diende grondig opgeleid te worden. Toch slaagden we erin de bij het begin van het kalenderjaar vooropgestelde doelstellingen te benaderen.

De interdisciplinaire werking van DIASS zou niet mogelijk zijn zonder de intussen **sterk verankerde en bijzonder gewaardeerde inbreng van 2 psychiaters**: Dr. A. Beyne en Dr. C. Vranken*.

*Dr. Vranken zette eind 2015 -tijdelijk- de samenwerking met DIASS 'on hold' omwille van loopbaanonderbreking. Haar vervangster, Dr. Lieselotte Willaert, toonde zich enthousiast om haar plaats over te nemen. Zij nam in 2016 de rol van Dr. Vranken over en blijft ook in 2017 aan DIASS verbonden. In 2017 zullen dus 3 psychiaters structureel aan DIASS verbonden zijn.

Het verloop van een diagnostisch proces binnen DIASS

Een **volledig multi-/interdisciplinair en differentiaal diagnostisch onderzoek** omvat standaard **volgende fasen/onderzoeksluiken**:

1. aanmelding en eerste vraagverheldering bij een van de psychologisch medewerkers*
*vanaf 1/1/17 komt deze opdracht een van de maatschappelijk medewerkers toe.
2. luik (auto-, hetero-, ontwikkelings-)anamnese bij een maatschappelijk medewerker
3. luik consult(en) bij de psychiater
4. luik psychodiagnostisch onderzoek bij een psychologisch medewerker
5. multi-/interdisciplinaire bespreking

6. eindbespreking psychologisch medewerker met cliënt (en eventueel betrokken (hulpverlenings-) netwerk)
7. telefonische follow-up (of via mail indien cliënt dit verkiest) ongeveer 10 weken na eindbespreking

De inbreng van **verschillende disciplines** (elk eigen bril/achtergrond) bij het proces van uitklaren van vermoeden ASS vormt een **essentiële hoeksteen** om op een kwaliteitsvolle manier tot betrouwbare gevolgtrekkingen te kunnen komen.

Binnen DIASS werken wij bijgevolg steevast **multi-/interdisciplinair**, waarbij iedere discipline om te beginnen **individueel contact** heeft met de persoon met vermoeden van ASS (en het netwerk voor de heteroanamnese).

De **maatschappelijk medewerkers** zijn getraind in het concreet en gedetailleerd bevragen van de cliënt en zijn/haar omgeving ivf de **algemene anamnese, autoanamnese, heteroanamnese en ontwikkelingsanamnese**.

Dit onderzoekluik vond in 2016 plaats in een van de 4 locaties (Oostende, Brugge, Roeselare, Kortrijk) voor cliëntcontact. Gewoonlijk fungeert de locatie dichtst bij de woonplaats van de cliënt als plaats voor cliëntcontact, maar de cliënt kan hier vrij in kiezen.

De **psychodiagnostisch medewerkers**, onze **masters/licentiaten klinische psychologie**, voeren een **uitgebreid psychologisch onderzoek** (neuropsychologisch, persoonlijkheid, intelligentie) om de onderliggende manier van informatieverwerking en sterktes en zwaktes (handelingsgericht) in kaart te brengen. Dit luik vindt gewoonlijk in onze locatie te Roeselare plaats.

De **psychiaters** ten slotte gaan verder in op oorzaken, symptomen, het beloop en de gevolgen van de problematiek. De **consultatie(s) bij de psychiater** vinden plaats in hun praktijk.

De individuele bevindingen van iedere discipline worden samengelegd tijdens een **multi-/interdisciplinaire bespreking** van het voorbije diagnostisch proces. Iedere discipline geeft vanuit haar invalshoek een interpretatie van de bekomen gegevens, waarna het **team** beslist of de diagnose ASS kan worden weerhouden, of er **comorbiditeit** is met andere stoornissen, of als een andere (ontwikkelings)stoornis aan de grondslag van het zich manifesterende gedrag ligt. In 2016 vond 7x een formele multi-/interdisciplinaire bespreking plaats. Tussenin zijn er per diagnostisch traject diverse informele interdisciplinaire contacten.

Ten slotte worden de resultaten van het diagnostisch proces uitgebreid besproken tijdens een **eindbespreking** met de cliënt (en zijn/haar betrokken netwerk). In principe is het de psychodiagnostisch medewerker die de eindbespreking voert, in uitzonderlijke gevallen is het de psychiater. Na afloop van de diagnostische cyclus krijgt de aanvrager een **omvattend verslag** mee, waarin **handvatten/adviezen** vermeld staan in functie van omgaan met de moeilijkheden die zich stellen. Ook de **sterktes** worden nadrukkelijk vermeld.

In het kader van **follow-up** nemen wij ongeveer **10 weken na de eindbespreking** terug contact op met de cliënt, om te horen hoe het gaat en eventueel bijkomend te adviseren.

Kanttekeningen:

- als de maatschappelijk medewerker vaststelt dat er op basis van de anamnese te weinig argumenten zijn om het diagnostisch proces verder te zetten, worden de andere disciplines hieromtrent ingelicht. Het team beslist vervolgens om het diagnostisch proces verder te zetten, dan wel te beëindigen.

- voor de uitklaring van vermoeden ASS bij **personen met een matig verstandelijke beperking** werkte DIASS in 2016 opnieuw met **Ampel** samen. We konden niet langer rekenen op de steun van psychiater Dr. Hameryck, de zoektocht naar een psychiater met ervaring in het werken met personen met verstandelijke beperking bleek geen sinecure en gaat verder in 2017.

Optimalisatie van het diagnostisch traject ASS binnen DIASS

In 2016 hebben wij aandacht besteed aan het verder **optimaliseren van het verloop en de inhoud van het diagnostisch proces** binnen DIASS.

Per discipline waren er verbeteracties in navolging van het actieplan dat we in de loop van 2015 hadden opgesteld.

Volgende '**onderzoeksvragen**' bleven centraal staan:

- Hoe kunnen we een kwaliteitsvol diagnostisch centrum in functie van uitklaring ASS bij volwassenen blijven? Op welke punten kunnen we beter? Welke investeringen zijn nodig om minimaal dezelfde kwaliteit te kunnen blijven leveren?
- De slinger kan te ver overslaan naar kwaliteit, waardoor heel wat klanten (te) lang op een diagnostisch proces moeten wachten; wanneer bereiken we evenwicht tussen kwantiteit en kwaliteit? Op welke manier kunnen we dichter tot dat evenwicht komen?
- Een van de pijlers van onze werking is het multi-/interdisciplinaire karakter, waardoor verschillende disciplines en individuen elk met hun eigen figuurlijke bril naar de klant kijken. Hoe kunnen we optimaal deze eigenschap, het multi-/interdisciplinair karakter, benutten? Dit hangt uiteraard samen met de vraag rond bereiken evenwicht kwaliteit-kwantiteit.

Belangrijkste **opvolgingspunten per discipline**:

- Psychologische discipline

De '**kern van het diagnostisch traject**', een 'minimum' aan testonderzoek dat quasi bij elk diagnostisch onderzoek wordt afgenomen om een kwaliteitsvol diagnoseproces te kunnen garanderen, werd verder geoptimaliseerd. De samenstelling gebeurde op basis van wetenschappelijke onderzoeksbevindingen, vergelijkingsstudie met andere diagnostische centra, en eigen ervaringen binnen DIASS.

Naast de vooropgestelde kern kan bijkomend testonderzoek aangewend worden naargelang het klinisch oordeel van de onderzoeker.

- Maatschappelijke discipline

Verdere optimalisatie van het luik (auto-, hetero-, ontwikkelings-) anamnese van het diagnostisch onderzoek.

- Psychiatrische discipline

Blijvende inzet op differentiaal diagnostisch onderzoek; hiertoe bracht Dr. Willaert het team belangrijke expertise inzake AD(H)D bij volwassenen bij.

Het **dynamische draaiboek**, dat als **standaard** moet dienen voor een diagnostisch proces ASS binnen DIASS, werd indien nodig bijgestuurd.

In de rand: medewerker Veerle Cremmery heeft naast een diploma licentiaat klinische psychologie, ook een diploma bachelor logopedie. Zij ging in november 2016 een dag meevolgen met de logopediste van Oriëntatiecentrum Wilrijk.

Bijsturing interne processen

Op 1/12/16 vond een intern denkmoment plaats waarop we heel grondig de interne processen hebben geëvalueerd en vervolgens ook -waar nodig- bijgestuurd.

De schriftelijke neerslag van die denkoefening en de gevolgen die eraan werden gegeven, kan op eenvoudig verzoek nagevraagd worden via directie@wvcb.be.

Diagnostische trajecten ASS 12-16 jaar

In de loop van 2016 hebben wij verschillende keren overleg gehad met (een delegatie van) CAR Overleie rond een mogelijke samenwerking inzake diagnostische trajecten ASS voor jongeren van 12-16 jaar.

De uitrol zal in de loop van 2017 plaatsvinden. Het komt er in essentie op neer dat 3 medewerkers van WVCB (Katrijn Delerue, An Vangroenweghe & Veerle Cremmery) voor een beperkt deel tewerkstelling onder het werkgeverschap van Overleie zullen vallen. Op die manier kunnen de vooropgestelde diagnostische trajecten financieel heel toegankelijk gemaakt worden.

WVCB zal op haar beurt de door de medewerkers verworven inzichten (vorm van intervisie) kunnen implementeren in de eigen werking.

Diverse DIASS

- WVCB vzw werkte mee aan het onderzoeksproject DIA-Land (via actieve participatie in de stuurgroep en door het invullen van de enquête)
- in november vond overleg met thuisbeleidingsdienst vzw Victor plaats; doel: onze adviezen nog beter afstemmen op hun begeleidingsmogelijkheden; verdere afstemming volgt in 2017.
- in het kader van een bachelorproef Howest rond de CFT-Strategie testen de psychodiagnostische WVCB-medewerkers enkele keren een nieuwe rekentool uit. Deze info werd meegenomen in een wetenschappelijk artikel rond de CFT-Strategie.

Resultaten DIASS

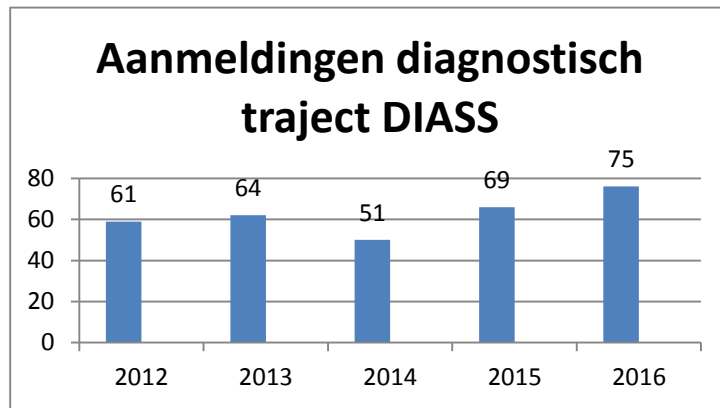
De vraag naar **uitklaring vermoeden ASS** aan de hand van **differentiaaldiagnostiek** was ook in 2016 de **belangrijkste reden waarom men zich tot DIASS richt**.

1. Aanmeldingen

Aanmeldingen diagnostiek 2016*	75
Informatie-/oriënteringsvragen ASS	worden niet (meer) geregistreerd

*Aanmeldingen diagnostiek = personen die wij effectief op de wachtlijst DIASS plaatsen, dus met een onderbouwd vermoeden ASS.

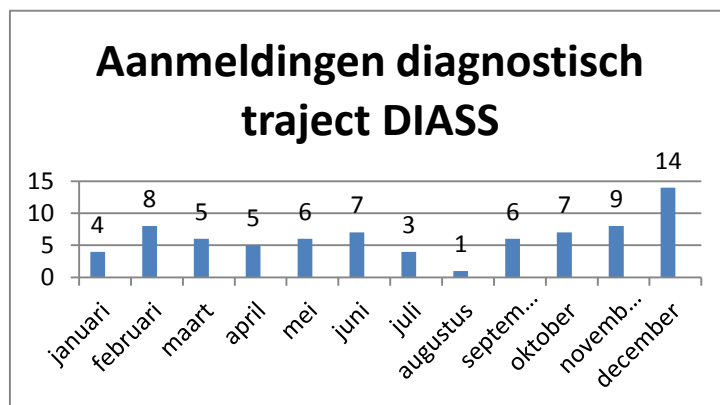
Er is een groep personen die ons contacteert, maar door de lange wachttijd tussen aanmelding en opstart onderzoek beslist om geen DIASS-traject aan te gaan (naar schatting 3-tal per maand), de **wachtlijst** vormt nog steeds duidelijk een **drempel**. Daarnaast zijn er ook personen bij wie het **vermoeden ASS onvoldoende gegrond** blijkt. Ten slotte zijn er nog **personen die niet tot onze doelgroep behoren** (-18 jaar).



Vaststelling: we tekenden een -in vergelijking met vorige werkjaren (2015: 69; 2014: 51; 2013: 64; 2012: 61)- **hoog aantal aanmeldingen diagnostiek ASS op.**

Dit geeft op 31/12/16 een **totaal van 637 aanmeldingen met initiële vraag brede uitklaring diagnose ASS sinds opstart DIASS.**

Aanmeldingen diagnostiek ASS 2016 uitgesplit per maand:



2. Annuleringen

We bedoelen hiermee vragen op de wachtlijst die **in de loop van 2016 geannuleerd** zijn geworden.

Wij noteerden in 2016 in totaal **30 annuleringen**, met als **redenen**:

- al diagnose elders: 9x (meestal niet-gesubsidieerd diagnosecentrum)
- geen vraag meer: 12x
- weigert onderzoek: 5x
- afgehaakt na anamnese: 2x
- reden onbekend: 2x

Verdeling over kalenderjaren (jaar van aanmelding):

- 3 aanmeldingen daterend uit 2013
- 15 aanmeldingen daterend uit 2014
- 8 aanmeldingen daterend uit 2015
- 4 aanmeldingen daterend uit 2016

Vaststelling: dit is een heel hoog aantal, de tendens uit 2015 zet zich verder.

Wij zien zelf als **voornaamste probleem** de **wachttijd tussen aanmelding en opstart**, die bedraagt al enige tijd 1,5 à 2 jaar. In 2017 zetten we hier sterk op in: **wie aanmeldt op 1/1/17 wordt binnen het jaar gezien; wie aanmeldt op 1/1/18 binnen de 6 maanden**. Dit is 1 van de belangrijkste doelstellingen die uit de denkoefening op 1/12/16 zijn gekomen.

3. Analyse diagnostische trajecten ASS

We beperken ons tot de **kerngegevens**; meer gedetailleerde info kan opgevraagd worden via diass@wvcb.be

Aantallen

Voor **2016** hadden wij **45 integrale diagnostische trajecten ASS vooropgesteld** (datum multi-/interdisciplinaire bespreking hanteren we als criterium om gerealiseerde aantal te bepalen).

Twee opgestarte diagnostische traject werden tijdens of na het onderzoekluik anamnese onderbroken en worden dus niet meegenomen in de analyse.

De behandelde dossiers in 2016 betroffen voornamelijk **aanmeldingen van najaar 2013 tem najaar 2014** (cf. wachtlijst).

Bemerking in de rand: diagnostische trajecten kunnen over 2 kalenderjaren heen verlopen.

Integrale diagnostische trajecten (cf. dd. ID-bespreking)	42x
Luik maatschappelijke discipline opgestart in 2015 én afgerond in 2015	7x
Luik maatschappelijke discipline opgestart in 2015 en afgerond in 2016	0x
Luik maatschappelijke discipline opgestart in 2016 én afgerond in 2016	35x
Dossier na afronding of tijdens luik maatschappelijke discipline stopgezet (reden: geen interesse/reactie meer)	2x
Luik psychodiagnostisch onderzoek opgestart in 2015 én afgerond in 2015	3x
Luik psychodiagnostisch onderzoek opgestart in 2015 en afgerond in 2016	1x
Luik psychodiagnostisch onderzoek opgestart in 2016 en afgerond in 2016	38
Aantal cliënten besproken op multidisciplinair teamoverleg	42x
Eindbespreking plaatsgevonden	36x

Vaststelling: het **totaal aantal integrale diagnostische trajecten ASS** ligt in lijn met dat van 2015. Voor 2017 stellen wij een behoorlijk hoger aantal voorop.

Kenmerken onderzoeksproces

Hier weerhouden wij **enkel de dossiers die multi-/interdisciplinair besproken zijn geweest in 2016**. Het gaat dus telkens om 42 dossiers, tenzij anders vermeld.

Cliëntcontacten maatschappelijk medewerker

1 cliëntcontact: 1x (2,5%)

2 cliëntcontacten: 21x (50%)

3 cliëntcontacten: 20x (48%)

Gemiddeld aantal cliëntcontacten: 2,45 (gemiddelde vorige jaren: 2,61)

Doorlooptijd maatschappelijk medewerker

outlier: 1

Gemiddeld verliepen er **13 kalenderdagen** tussen het eerste gesprek van de maatschappelijk medewerker met de cliënt en het laatste gesprek.

Cliëntcontacten psychodiagnostisch medewerker

1 cliëntcontact: 1x (2,5%)
2 cliëntcontacten: 33x (79%)
3 cliëntcontacten: 8x (19%)

Gemiddeld aantal cliëntcontacten: 2,17 (gemiddelde vorige jaren: 2,41)

Doorlooptijd psychodiagnostisch medewerker (N= 35)

Niet/incorrect geregistreerd/outlier: 7

Gemiddeld verliepen er **11 kalenderdagen** tussen het eerste luik van het psychodiagnostisch onderzoek en het laatste luik.

Cliëntcontacten psychiater (N= 34)

Niet/incorrect geregistreerd: 8

1 cliëntcontact: 9x (26%)
2 cliëntcontacten: 23x (68%)
3 cliëntcontacten: 2x (6%)

Gemiddeld aantal cliëntcontacten: 1,79 (cf. gemiddelde vorige jaren: 1,19)

Doorlooptijd psychiater (N= 30)

Niet/incorrect geregistreerd/outlier: 12

Als er meer dan 1 gesprek was, verliepen er **gemiddeld 20 kalenderdagen** tussen het eerste gesprek van de psychiater met de cliënt en het laatste gesprek.

Diagnoses (N= 41)

Niet/incorrect geregistreerd: 1

Diagnose ASS weerhouden	32x (= 78%)
Diagnose ASS niet weerhouden	9x (= 22%)

Het **resultaat** diagnose ASS weerhouden, ligt min of meer **in lijn met werkjaar 2015** (toen 81% diagnose ASS weerhouden)

Detail diagnoses

Bemerking: de initiële vraag bij opstart diagnostisch traject DIASS dient steeds uitklaring vermoeden ASS te zijn. Het diagnostisch onderzoek/hypothesevorming is bijgevolg gefocust op deze vraag, niet op uitklaring van elke eventueel onderliggende problematiek. Bij interpretatie van onderstaande gegevens moet hiermee rekening gehouden worden, we kunnen geen verregaande conclusies trekken uit de differentiaaldiagnostiek.

- Enkel ASS: 16x
- ASS + licht verstandelijke beperking: 2x
- ASS + matig verstandelijke beperking: 2x
- ASS + ADD: 1x
- ASS + ADHD: 7x
- ASS + persoonlijkheidsstoornis NAO: 1x
- ASS + psychodynamische problematiek: 1x
- ASS + burn-out: 1x
- ASS + dyslexie: 1x
- ASS + schizoïde persoonlijkheidsstoornis: 1x
- Geen ASS, geen diagnose weerhouden: 1x
- Geen ASS, wel diagnose AD(H)D: 4x
- Geen ASS, wel diagnose DCD: 1x
- Geen ASS, wel diagnose psychodynamische problematiek: 1x
- Geen ASS, wel defectueel toestandsbeeld binnen schizofreniforme toestandsbeeld/nav psychoses: 1x

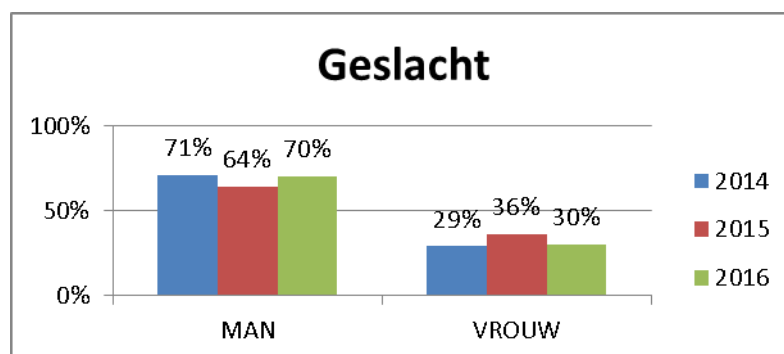
Doorlooptijd

De **gemiddelde doorlooptijd** (= periode tussen start anamnese en eindbespreking met de cliënt) bedroeg net als in 2015 ongeveer **4,5 à 5 maanden**. De doorlooptijd is wel vertekend omdat we te kampen hadden met **langdurige afwezigheden van 2 medewerkers**. Lopende dossiers moesten overgenomen worden, wat met de nodige vertraging gepaard ging.

Kenmerken cliënten

Geslacht

- **man: 30**
- **vrouw: 12**



Leeftijd

Gemiddelde leeftijd **bij opstart diagnostisch onderzoek: 39 jaar**

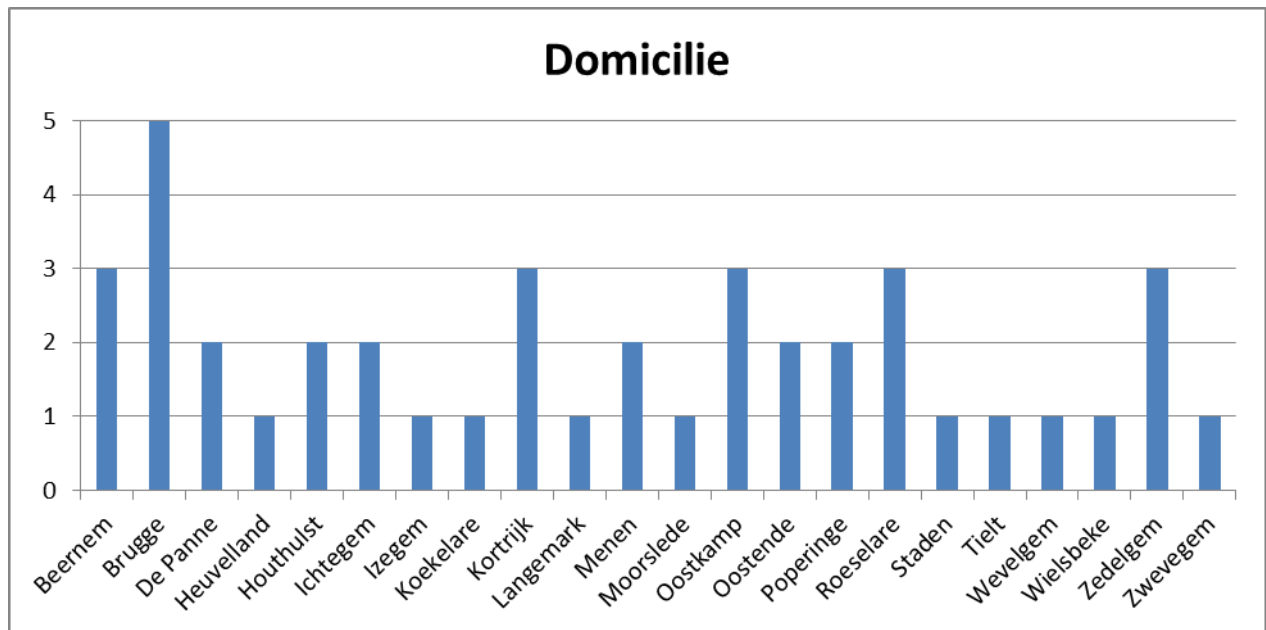
De gemiddelde leeftijd is **exact gelijk aan die in 2015**.

IQ (N= 37)

Enkel normaal begaafde personen

Gemiddelde TIQ: 96

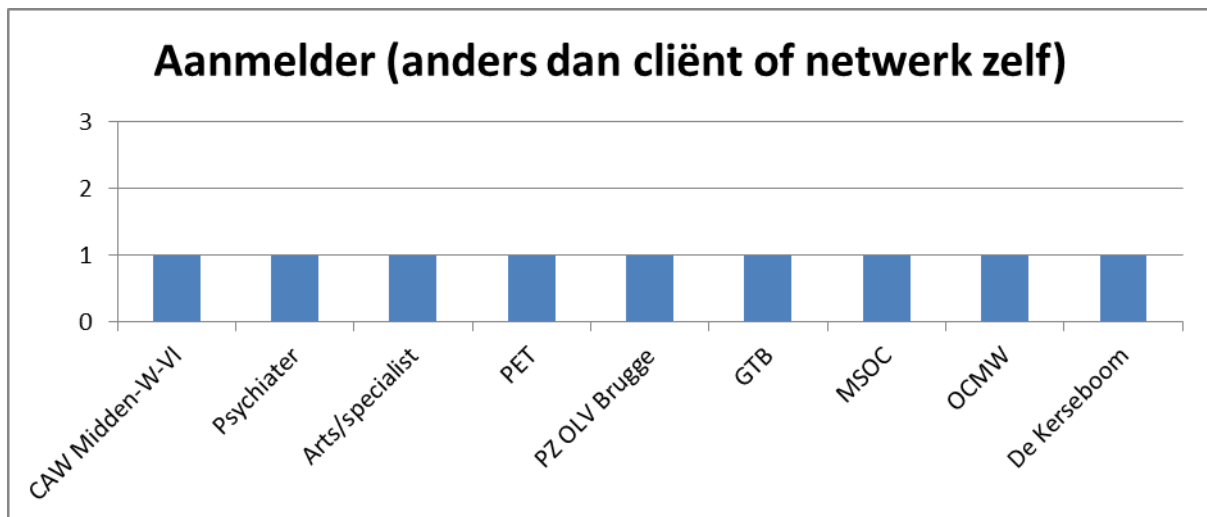
Domicilie



Vaststelling: sterke spreiding, 42 cliënten uit 22 verschillende West-Vlaamse gemeentes

Aanmelder

In een groot deel van de gevallen, bij **33 trajecten**, meldde de betrokken cliënt zelf of iemand uit het netwerk aan (vaak op verwijzing).



4. Informatievragen

Deze registreren we niet langer. Het betrof vooral vragen naar informatie over ASS bij volwassenen en doorverwijzingen naar andere informatiekanalen.

4.2.2 Werking algemene zorgdiagnostiek

Het aantal vragen die wij in dit verband in 2016 hebben behandeld (**13**), is te beperkt om een gedetailleerd overzicht van de resultaten te geven. Het betreft in essentie vragen naar **niveaubepaling, sterkte-zwakteprofiel, enz. bij personen met (vermoeden van) handicap.**

We hebben dit onderdeel van onze werking nog niet meegenomen in onze profilering. De vragen die ons tot nu toe werden gesteld, bereikten ons spontaan. We zullen hier in 2017 verder op inzetten.

Meer info kan bekomen worden via directie@wvcb.be.

4.2.3 MultiDisciplinair Team (MDT)

Financiering (onafhankelijke) MDT's

In het verlengde van onze basisopdracht zorgdiagnostiek, fungeerden wij **in opdracht van het VAPH als MDT** voor personen met een vraag **naar niet-rechtstreeks toegankelijke (nRTH) begeleiding en zorg in natura (ZIN) voor meerderjarigen.** Vanaf 1/4/16 werd de procedure **toeleiding naar een Persoonsvolgend Budget (PVB)** van kracht.

In de loop van 2016 hebben wij ons MDT volop voorbereid op de implementatie van Persoonsvolgende Financiering en op die procedure toeleiding naar een Persoonsvolgend Budget. **6 medewerkers** volgden de **praktijkgerichte opleiding ZZI** die door het VAPH werd georganiseerd. De directeur nam deel aan de **opleiding prioritering en de opleiding voor nieuwe RPC-leden.**

In eerdere jaarverslagen pleitten wij voor een kostendekkende MDT-financiering. Sinds 1/1/16 vallen alle MDT's onder een nieuw financieringssysteem, gebaseerd op modules. Het macrobudget voor de MDT's blijft ongewijzigd, maar het is wel de bedoeling dit budget met het nieuwe financieringssysteem beter te benutten.

De MDT-werking blijft voor WVCB een opdracht waarvoor, **naast de prestatievergoedingen, een stevige ruggengraatfinanciering onontbeerlijk** is. Een andere optie zou een aangepast financieel kader voor MDT's die volledig onafhankelijk werken, kunnen zijn.

Een '**onafhankelijke**' MDT-werking steunt binnen de **visie** van **WVCB** op **3 pijlers**:

- het MDT-traject is op geen enkele manier verweven met klantenbinding;
- noch proces opmaak ondersteuningsplan PVF, noch aanbod van hulpmiddelen, noch begeleiding/behandeling/aanbod vinden binnen dezelfde organisatie(structuur) als de MDT-werking plaats;
- personen met een (vermoeden van) handicap kunnen louter ambulante een vraag stellen naar objectivering handicap en/of objectivering ondersteuningsnood.

Controle-inschalingen ZZI

Wij werkten volop mee aan de controle-inschalingen ZZI, dit in het kader van de transitie van de zorggebruikers naar een PVB. In totaal voerden wij **210** van **dergelijke controle-inschalingen** uit.

Regionale Prioriteiten Commissie (RPC)

De directeur nam in 2016 deel aan de opleiding, opstart- en intervisiesessies en 2 RPC-vergaderingen. Maatschappelijk en psychologisch medewerker Rebecca Van Overbeke maakte deel uit van de RPC tem eind maart 2016.

Verkorte modules diagnostiek ASS meerderjarigen

Wij experimenteerden al in 2015 met verkorte diagnostische trajecten ASS bij meerderjarigen. Hiermee wilden we tegemoet komen aan personen die een vraag naar nRTH hebben, maar slechts een monodisciplinair gestelde diagnose ASS hebben. Het VAPH verwacht -terecht- dat een diagnose ASS multidisciplinair moet worden gesteld.

Deelwerking DIASS bood geen uitweg. De wachttijd tussen aanmelding en opstart diagnostisch traject binnen deelwerking DIASS ligt momenteel op ongeveer 1 jaar. Bovendien worden er vragen behandeld van personen met een vermoeden van ASS die een uitgebreide vraaguitklaring wensen, niet steeds in functie van niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning (= classificerende diagnostiek).

Het resultaat is een **kortdurend diagnostisch protocol rond ASS**, dat we in de loop van 2016 hebben uitgetest. Evaluatie volgt in 2017.

Doelgroep: cliënten met in de aanmelding een vraag naar nRTH door het VAPH (vraag aan MDT VAPH) EN met een monodisciplinaire -door psychiater gestelde- diagnose ASS (dus geen personen met enkel een vermoeden van ASS).

Genomen initiatieven om de kwaliteit van onze MDT-werking in 2016 te optimaliseren

- **intervisie**: multidisciplinaire verslagen worden in de regel nagelezen door minstens 1 lid van een andere discipline + multi-/interdisciplinaire bespreking van ieder advies.
- **bilaterale contacten** (telefonisch, per mail) op dossierniveau met het Provinciaal Kantoor (PK) van het VAPH, wat bijdraagt tot de kwaliteit van onze dienstverlening (correcte adviezen, deskundige verslaggeving, enz.)
- **lidmaatschap RPC**: de directeur is lid van de RPC, waardoor er kort op de bal kan worden gespeeld in het kader van kwaliteitsvolle checklists prioritering
- **VTO**: o.a. opleiding ZZI (6 medewerkers), prioritering
- naleven **Minimale Kwaliteitseisen** voor MDT's
- continue **interne kwaliteitscontrole** door directie: steekproef van verslagen.
- opvolging van en advisering rond de **implementatie van het decreet PVF**, specifiek ook inzake de gevolgen voor de MDT's

Info- en ontmoetingsmoment ROG 17/10/16

De directeur sprak in naam van alle West-Vlaamse MDT's een ROG-publiek toe inzake de rol van de MDT's in de procedure toeleiding naar een PVB.

Samenwerking met scholen en CLB's

Sinds **1/9/14** had WVCB een **samenwerking** opgestart met **enerzijds de scholen en CLB's van het GO! West-Vlaanderen en anderzijds met VCLB Brugge(n) en de scholen die zij begeleiden**; ook **Start West-Vlaanderen** was, voor de opdracht **contactpersoon zorgregie**, in het partnerschap betrokken. WVCB werd als prioritaire partner gezien om vragen naar nRTH VAPH voor de schoolverlaters te beantwoorden. In de loop van 2016 doofde deze samenwerking uit, gezien het ondersteuningsplan PVB als eerste stap in het aanvraagtraject PVB en gezien WVCB de zorgvrager hier niet bij ondersteunt.

WVCB participeerde aan **2 infoavonden in scholen**, waar de opdracht van een MDT nader werd verklaard.

Samenwerking met MDT CM Roeselare-Tielt

Onze psychologische discipline leverde net als de voorgaande jaren op zowat wekelijkse basis een bijdrage in de MDT-werking van CM Roeselare-Tielt. Aangezien CM Roeselare-Tielt vanaf ongeveer september zelf in psychologische discipline begon te voorzien, werd deze **samenwerking stopgezet**.

Resultaten MDT-werking 2016

WVCB vzw maakte midden 2014 een doorstart met de deelwerkingen zorgdiagnostiek, nadat deelwerkingen diagnostiek in het kader van tewerkstelling en loopbaanbegeleiding overgedragen waren naar GTB vzw (zie jaarverslag 2014 voor uitgebreide toelichting). Om geen appels met peren te vergelijken, maken we bij de analyse van de MDT-werking in 2016 -waar het relevant is- enkel de vergelijking met werkjaren 2014 en 2015, de eerste jaren waarin binnen het inhoudelijk jaarverslag een aparte analyse van de MDT-werking werd gemaakt.

Bij een aantal rubrieken maken we bovendien een onderscheid tussen vragen in de context van de 'oude' procedure toeleiding en vragen in de 'nieuwe' context van PVF.

1. Aantal AANMELDINGEN & ANNULERINGEN bij ons MDT in 2016

Vooraf

Het betreft alle aanmeldingen die ons in 2016 hebben bereikt, inbegrepen zijn deze die - na vraaguitklaring- niet in een VAPH-aanvraagdossier resulteerden.

Wat begrijpen wij onder een 'aanmelding'?

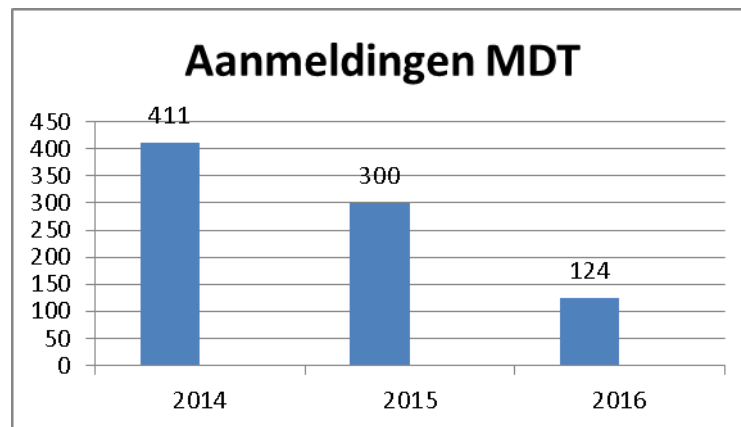
We spreken van een '**aanmelding**' wanneer we de vraag van een persoon als ontvankelijk beschouwen en hem/haar registreren op de aanmeldingslijst. Wanneer al van bij het eerste contact (mail/telefonisch) duidelijk blijkt dat iemand geen vraag stelt die in een VAPH-dossier zal resulteren, vindt geen registratie op de aanmeldingslijst plaats. Er wordt in die gevallen wel gezorgd voor een degelijk antwoord op de vraag/vragen en eventueel voor een warme doorverwijzing. In alle andere gevallen wordt een persoon met zijn/haar vraag/vragen wel op de aanmeldingslijst geplaatst en op het eerstvolgende teamoverleg besproken. Wanneer het team beslist dat de vraag niet ontvankelijk (bv. bij iemand met een overwegend psychiatrische problematiek en/of bij serieuze twijfel over het bestaan van een handicap en de ernstige impact ervan op het dagelijkse leven van de zorgvrager) is in het kader van onze opdracht als MDT, spreken we op dat moment van een '**annulering**'. Indien dit het geval is, wordt de zorgvrager hiervan op de hoogte gebracht en wordt in samenspraak gezocht naar een andere oplossing; wat dan meestal resulteert in een warme doorverwijzing. Wanneer de zorgvrager er toch op staat dat een VAPH-dossier wordt ingediend, doen we dat weliswaar. In dat geval maken we in het multidisciplinair verslag duidelijk aan dat ons advies niet strookt met de vraag/vragen van de zorgvrager. We spreken hier dan niet van een annulering, maar van een '**negatief advies**'.

Een andere vorm van '**annulering**' is wanneer de MDT-dossierbeheerder het proces van brede vraagverduidelijking en informatieverzameling heeft opgestart en de aanmelder plots geen vraag meer heeft of het traject wordt gestopt omwille van een andere reden (bv. overlijden).

TOTAAL AANTAL AANMELDINGEN MDT 2016: 124 (vergelijking 2015: 300; 2014: 411)

Die **124 vragen** kunnen we verder opsplitsen in:

- **78 vragen ZIN** (= één van de 'oude' erkenningsvormen)
- **46 vragen** binnen de context van toeleiding naar een **PVB**
 - objectivering handicap (module A), objectivering ondersteuningsnood (module B) & prioritering (module C): 4 vragen
 - objectivering ondersteuningsnood (module B) & prioritering (module C): 9 vragen
 - objectivering handicap (module A), ander MDT neemt andere modules voor haar rekening: 5 vragen
 - objectivering ondersteuningsnood (module B) ikv PVB na noodsituatie: 6 vragen
 - herziening/herevaluatie prioriteitengroep (module C): 22 vragen



De aanzienlijke **daling in aantal aanmeldingen** is **mogelijk te verklaren door:**

- toegenomen complexiteit procedure toeleiding
- de zorgvrager is nog onvoldoende gemachtigd zelf een OP PVB in te dienen, tools/handvatten zijn nog in ontwikkeling
- voor de medewerkers van eerstelijnsdiensten (zeker in het begin voornamelijk DMW mutualiteiten) is het nog wat zoeken (methodiekontwikkeling) hoe de opdracht van procesondersteuner bij opmaak OP PVB in te vullen
- trajecten Dienst Ondersteuningsplan (DOP) zijn intensief + capaciteitsprobleem dreigt om voor zorgvragers met afgekeurde OP's PVB een kwaliteitsvol OP PVB op te stellen
- veel zorgvragers zitten binnen de procedure toeleiding PVB nog in fase van opmaak OP PVB
- veel zorgvragers hebben vóór 1/4/16 nog vraag gesteld
- knoop doorstroom minderjarigen-meerderjarigen
- te weinig beschikbaar budget op macroniveau (weinig uitbreidingsbeleid, weinig uitstroom): mensen zoeken alternatieven
- invloed vermaatschappelijking van de zorg
- invloed RTH (verdere uitbouw BOB zal dit nog versterken)
- Het MDT van WVCB heeft geen aanbod begeleiding/therapie/revalidatie, cliënten komen uitsluitend ambulant bij WVCB terecht. Het cliënteel van andere MDT-werkvormen is er meestal (via basiswerking) bij in begeleiding/therapie/revalidatie (bv. revalidatiecentra, algemene ziekenhuizen, CLB's, CGGZ)

WVCB treedt niet zelf als procesondersteuner bij opmaak van OP PVB op; binnen oude procedure toeleiding vulden wij in de regel samen met cliënt het A001-aanvraagformulier in.

Redenen: we worden er niet voor gesubsidieerd; we kunnen geen onafhankelijkheid (opmaak OP PVB <> objectivering handicap en ondersteuningsnood) garanderen; ligt

niet in de lijn van onze werking: we kunnen vanuit onze werking het OP niet procesmatig (cf. concentrische cirkels) opbouwen, de 'band' die wij met iemand hebben is steeds ambuland en kortdurend.

Het MDT binnen WVCB is voor instroom vragen bijgevolg volledig afhankelijk van andere diensten die wel mee OP PVB opmaken: in eerste instantie DOP en eerstelijnsdiensten (bv. DMW's mutualiteiten, CAW (?), OCMW (?), ...); later ook pmH (en zijn/haar netwerk).

TOTAAL AANTAL ANNULERINGEN: 29 (23%) (vergelijking 2015: 36%; 2014: 20%)

TOTAAL AANTAL NEGATIEVE ADVIEZEN: 0 (vergelijking 2015: 0; 2014: 0)

Redenen van annulering: zorgvraag niet langer actueel; zorgvrager annuleert -om redenen eigen aan de zorgvrager- de zorgvraag vóór opstart dossier; twijfel over inschrijfbaarheid of niet inschrijfbaar (in beide gevallen al of niet na teambespreking); uitgebreid proces van vraagverduidelijking prioritair (in dat geval meestal doorverwijzing naar DOP); onterechte vraag doelgroepuitbreiding (al of niet na teambespreking); huidige erkenningsvorm blijkt voldoende, zorgvrager had al goedkeuring voor erkenningsvorm; ander MDT is meer gespecialiseerd (bv. IMB); zorgvrager daagt (voor verschillende afspraken) niet op; eerst multidisciplinair diagnostisch onderzoek nodig (bv. ASS); toestand nog niet stabiel; vraag niet meer relevant in context PVF (kan via RTH beantwoord worden of is niet actueel en louter toekomstgericht).

Vaststelling: bijna **1/4 van de aanmeldingen in 2016 resulteerde niet in een VAPH-dossier**; voor bijna 1/4 van de geregistreerde aanmeldingen is er bijgevolg een redelijke tijdsinvestering die voor aanmeldingen in 2016 niet leidde tot een vergoed VAPH-aanvraagdossier. Daarbij komen dan nog alle vragen (telefonisch/mail), gericht aan ons MDT, die niet geregistreerd worden maar ook enige behandeling vragen.

2. Analyse van in 2016 AFGEWERKTE MDT-DOSSIERS (= MDV's)

Vooraf: zoals eerder vermeld voerde het MDT van WVCB in 2016 in totaal **210 controle-inschalingen ZZI** in het kader van **de transitie van zorggebruikers naar PVF** uit. Het VAPH beschikt over de belangrijkste gegevens (voorzieningen, B&P-waarden, enz.), wij nemen die controle-inschalingen niet mee in de onderstaande analyse.

We weerhouden analoog aan de voorgaande jaren alle dossiers die in 2016 zijn **afgewerkt**, aanmelding en opstart konden in 2015 liggen. 'Afgewerkt' betekent dat er een VAPH-aanvraagdossier/module(s) werd(en) samengesteld en dat het/de multidisciplinair verslag/module(s) ten laatste 31/12/16 naar het provinciale kantoor van het VAPH werd(en) verstuurd.

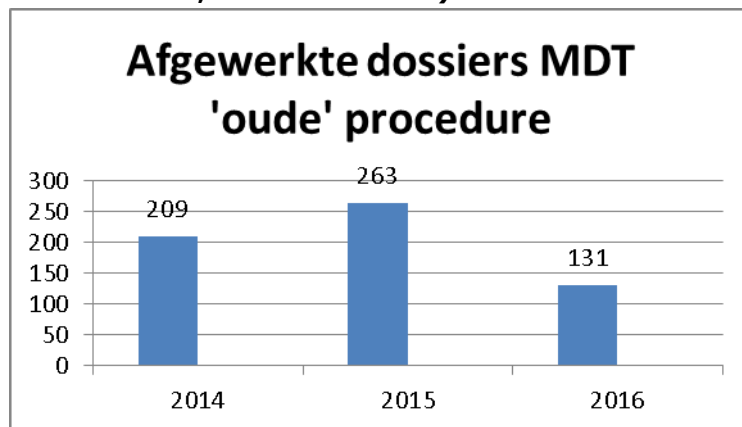
Vallen dus **niet onder de scope van deze analyse:**

- alle dossiers die zijn opgestart in 2016, maar waarbij het/de multidisciplinair verslag/module(s) niet meer in 2016 naar het provinciale kantoor van het VAPH werd(en) verstuurd.
- alle aanmeldingen die niet in een VAPH-aanvraagdossier/module(s) resulteerden; in die aanmeldingen kroop wel telkens wat werk, eventueel ook een gerichte verwijzing

De hieronder weergegeven resultaten vormen de kern van de gegevens die wij in het kader van de dagelijkse werking registreren. Meer gedetailleerde info kan opgevraagd worden via directie@wvcb.be.

Bemerking: 1 aanvraagdossier volgens de aanvraagprocedure tem 31/3/16 (hierna 'oude' procedure genoemd) kan meerdere vragen naar ondersteuning bevatten.

**TOTAAL AANTAL IN 2016 AFGEWERKTE DOSSIERS 'oude' procedure: 131
(vergelijking met 2015: 263; met 2014: 209)**



De 131 multidisciplinaire verslagen 2016 werden bij het provinciaal VAPH-kantoor **ingediend in de periode 1/1/16 tem 30/6/16** (= einddatum om dossiers 'oude' procedure in te dienen).

TOTAAL AANTAL IN 2016 AFGEWERKTE MODULES in de context van een aanvraag PVB:

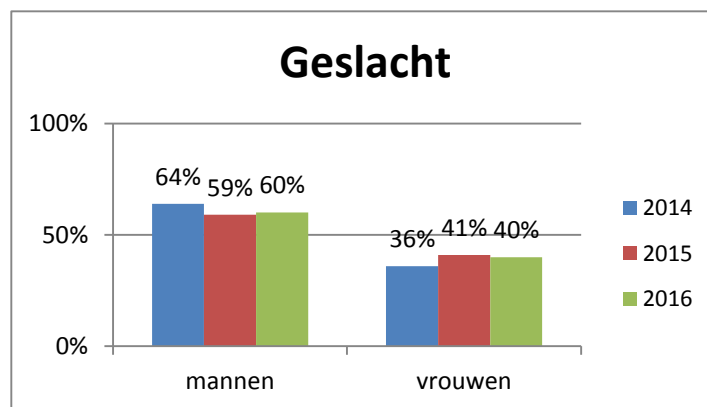
Voor **8 zorgvragers**:

- 1x **module A** (objectivering handicap); ons MDT werkte samen met een ander MDT rond 1 zorgvrager
- 5x **module B** (objectivering ondersteuningsnood; wijze objectiveren: telkens ZZI)
 - 3x gewone toeleiding PVB
 - 2x PVB na noodsituatie
- 5x **module C** (prioritering)
 - 3x gewone toeleiding PVB
 - 2x herziening prioriteitengroep in context transitie CRZ naar PVF

2.1 GESLACHT (N= 139)

Mannen: 84

Vrouwen: 55



Vaststelling: de verhouding mannen/vrouwen bleef over de jaren 2014 tem 2016 ongeveer gelijk, weliswaar met een **overwicht voor mannen**.

2.2 LEEFTIJD (N= 137)

Niet geregistreerd: 2

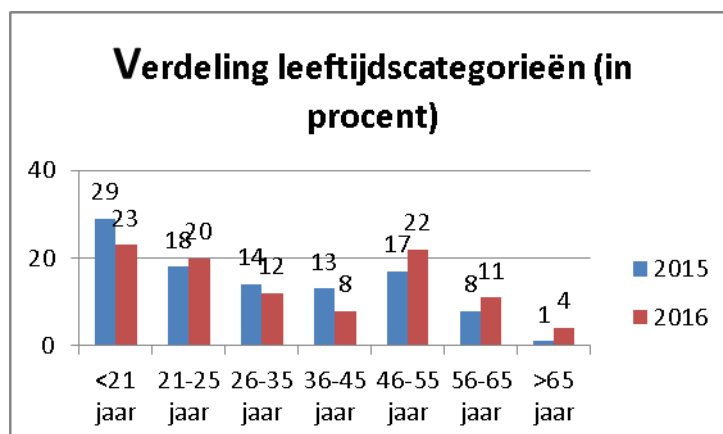
We maken een onderscheid tussen:

- zorgvragers vanaf 21 jaar (reguliere MDT-dossiers)
- zorgvragers tem 20 jaar (CLB-groep)

Voor de berekening van de **gemiddelde leeftijd** weerhouden we **enkel de zorgvragers vanaf 21 jaar** (geworden in 2016); alle zorgvragers jonger dan 21 jaar beschouwen we als de 'CLB-groep' (cf. restant van samenwerking met GO! West-Vlaanderen en VCLB Brugge(n)).

De **gemiddelde leeftijd** van de **zorgvrager vanaf 21 jaar** bedroeg **40,5 jaar**; in **2015** was dit **39 jaar**; in **2014** was dit eveneens **40,5 jaar**.

In detail (zie ook grafiek): <21 jaar: 31 personen (= CLB-groep); 21-25 jaar: 28 personen; 26-35 jaar: 17 personen; 36-45 jaar: 11 personen; 46-55 jaar: 30 personen; 56-65 jaar: 15 personen; >65 jaar: 5 personen



Vaststelling: de zorgvragers komen net als in 2015 uit **alle leeftijdscategorieën**, met een –in vergelijking met 2015- minder duidelijke piek voor de leeftijdsgroep <21 jaar (= CLB-groep) en opnieuw een dalende trend vanaf de leeftijd van 56 jaar.

2.3 DOMICILIE (N= 138)

Niet geregistreerd: 1

Steden/gemeentes met **10 of meer zorgvragers:** Brugge (26), Waregem (10)

Steden/gemeentes met **7 zorgvragers:** Oostende, Roeselare

Steden/gemeentes met **6 zorgvragers:** Kortrijk

Steden/gemeentes met **4 zorgvragers:** Oostkamp, Poperinge, Ieper, Harelbeke

Steden/gemeentes met **3 zorgvragers:** Staden, Menen, Kortemark, Zwevegem, Zedelgem, Tielt, Wevelgem, Izegem, Knokke-Heist

Steden/gemeentes met **2 zorgvragers:** Maldegem, Lichtervelde, Ledegem, Bredene, Kuurne, Koekelare, Koksijde, Ingelmunster, De Panne, Avelgem, Ardoeie, Torhout, Veurne, Nieuwpoort

Steden/gemeentes met **1 zorgvrager:** Blankenberge, Zuienkerke, Damme, Dentergem, Oudenburg, Middelkerke, Gent, Aalter, Hooglede, Ichtegem, Oudenaarde, Beernem

Vaststelling: ondanks een daling in absoluut aantal vragen, blijven de **zorgvragers vanuit verschillende hoeken in -voornamelijk- West-Vlaanderen** komen, namelijk uit **28 verschillende West-Vlaamse steden/gemeentes** (vergelijking met 2015: 55 West-Vlaamse steden/gemeentes; 2014: 50 verschillende West-Vlaamse steden/gemeentes).
Ongeveer **1/3 van de zorgvragers komt uit de centrumsteden Oostende, Brugge, Roeselare & Kortrijk.**

2.4 GEZINSSITUATIE (N= 125)

Niet geregistreerd: 14

Alleen, met een of andere vorm van professionele begeleiding/assistentie: 18

Alleen, zonder een of andere vorm van professionele begeleiding/assistentie: 6

In ouderlijk gezin, met een of andere vorm van professionele begeleiding/assistentie: 33

In ouderlijk gezin, zonder een of andere vorm van professionele begeleiding/assistentie: 15

In eigen gezin, met een of andere vorm van professionele begeleiding/assistentie: 14

In eigen gezin, zonder een of andere vorm van professionele begeleiding/assistentie: 8

Residentiële voorziening VAPH: 17

Pleeggezin: 1

Andere (bv. vervangend gezin, gevangenis, ziekenhuisopname, enz.): 13

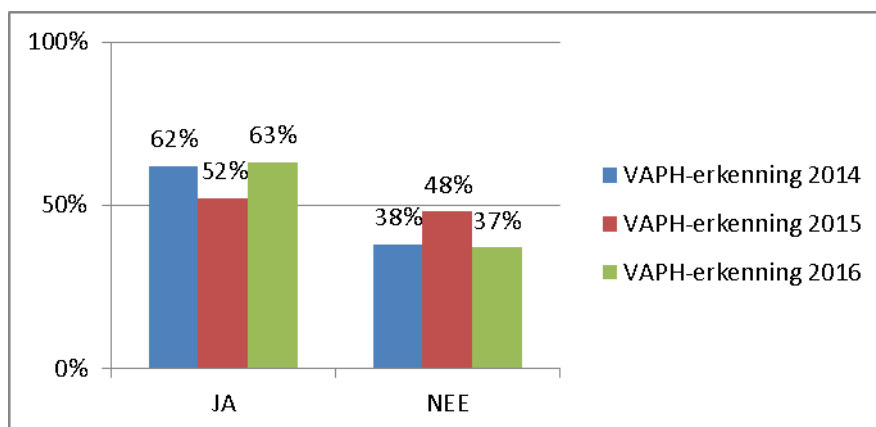
Vaststelling: in **bijna 3/4 van de gevallen** genoten de zorgvragers **al een vorm van professionele ondersteuning** (RTH, al of niet VAPH/nRTH) op het moment dat ze een (meer)vraag naar nRTH/PVB stelden.

2.5 VAPH-erkenning JA/NEE (N= 128)

Niet geregistreerd: 11

Aantal zorgvragers die bij aanmelding **al een VAPH-erkenning** hadden: 80

Aantal zorgvragers die bij aanmelding **nog geen VAPH-erkenning** hadden: 48



Vaststelling: 63% van de zorgvragers was **al eerder ingeschreven bij het VAPH** = vergelijkbaar met werkjaar 2014; in 2015 was het verschil minder groot: 52% erkenning, 48% geen VAPH-erkenning

2.6 BELANGRIJKSTE VORM VAN INKOMEN (N= 124)

Niet geregistreerd: 15

FOD-erkenning: 32

(verhoogde) Kinderbijslag: 26

Loon Maatwerkbedrijf: 8

Loon NEC: 5

Mutualiteit: 25

OCMW-leefloon: 2

Pensioen: 5

RVA-uitkering: 13

Andere: bv. weduwepensioen, geen vorm van inkomen: 8

Vaststelling: het aantal zorgvragers met een **loon uit betaalde tewerkstelling of RVA-uitkering** vormt een **minderheid**.

2.7 TAAL (N= 139)

De grote meerderheid van de zorgvragers (98%) waren de Nederlandse taal machtig; 2% of in aantal 3 zorgvragers dienden in een andere taal geholpen te worden. Indien nodig schakelden wij een tolk in.

2.8 AANMELDERS/VERWIJZERS (aantal zorgvragers: 138)

Niet geregistreerd: 1

Verwijzers met **10 of meer verwijzingen**: betrokkene zelf/familielid (16), mutualiteit (16), Ten Anker (12)

Verwijzers met **8 verwijzingen**: DOP W-VI

Verwijzers met **6 verwijzingen**: Start W-VI, CLB GO! De Klaver

Verwijzers met **5 verwijzingen**: Oikonde, OCMW, Cadans

Verwijzers met **4 verwijzingen**: 't Spoor, VOC Rozenweelde

Verwijzers met **3 verwijzingen**: CLB GO! Oostende, GTB, OLV PZ Brugge

Verwijzers met **2 verwijzingen**: Ons Huis, Vondels, PC Menen, mobiel team, VOC De Rozenkrans, Kompani, De Meander, Havenzate, WVCB (via contactpersoon zorgregie)

Verwijzers met **1 verwijzing**: BuSO Ter Bruyninge, CLB GO! Mandel & Leie, De Loods, OCJZ, Pleegzorg W-VI, Sint-Idesbald, De Kantel, Victor, Het Anker, 't Veer, CAW N-W-VI, De Pelikaan, Den Achtkanter, DIASS, EPR, Groep Ubuntu, KEI, Optima T, PET, De Branding, Dominiek Savio, Mariasteen

Vaststelling: de aanmeldingen/verwijzingen van de in 2016 afgewerkte dossiers kwamen opnieuw **vanuit heel diverse hoeken/sectoren, WVCB** vzw is dus **intersectoraal bij heel wat verschillende diensten/voorzieningen gekend.**

2.9 LOCATIE (N = 127)

Niet geregistreerd: 12

Waar vond cliëntcontact plaats?

CB Roeselare: 41

CB Kortrijk: 14

CB Brugge: 35

CB Oostende: 11

Huisbezoek: 14

Op locatie: 12 (bv. bij VAPH-vergunde aanbieder)

Vaststelling: cliëntcontact vindt plaats **op verschillende locaties** verspreid over de provincie, wat een kernpunt van onze werking in de verf zet: **laagdrempelige dienstverlening**

2.10 HANDICAP (N= 126)

Niet geregistreerd: 13

Noot: 1 zorgvrager kan meerdere handicaps hebben

Autismespectrumstoornis: 26

Licht verstandelijke beperking: 59

Matig verstandelijke beperking: 33

Ernstig/diep verstandelijke beperking: 9

Niet te klasseren verstandelijke beperking: 0

Motorische beperking: 20
Ander dan motorische beperking: 3
Marginaal fysieke beperking: 1
Niet-degeneratief NAH: 6

Psychische beperking algemeen: 3
Marginaal psychische beperking: 1
Ernstige gedragsstoornis: 3

Stem-, spraak-, taalstoornis: 0
Auditieve beperking: 1
Visuele beperking: 1

1 handicap: 85

Meervoudige handicap: 41

Vaststellingen:

- bij **67%** van de zorgvragers is sprake van **1 handicap** (vergelijking met 2015: 60%); **33%** heeft een **meervoudige handicap** (vergelijking met 2015: 40%)
- **21%** van de zorgvragers heeft een **autismespectrumstoornis (ASS)** (vergelijking met 2015: 28%); de meeste van de zorgvragers met een ASS kwamen niet op verwijzing van DIASS
- bij **80%** van de zorgvragers is sprake van een **verstandelijke beperking** (vergelijking met 2015: 70%)
- bij ongeveer **24%** van de zorgvragers is sprake van een **fysieke/motorische beperking** (vergelijking met 2015: 19%)

2.11 DUUR CLIENTCONTACT (N= 124)

Niet geregistreerd: 15

We brengen hier **enkel de dossiers 'oude' procedure** in rekening.

De **gemiddelde duur van cliëntcontact** (= de zorgvrager effectief zien) **per zorgvrager** bedroeg **ongeveer 113 minuten** (vergelijking met 2015: 117 minuten). Het cliëntcontact spreidt zich over **1 tot 2 contacten**.

2.12 AANLEVEREN DIAGNOSTIEK (N= 139)

Diagnostisch onderzoek in functie van het aanvraagdossier VAPH.

Noot: bij 1 zorgvrager kunnen meerdere diagnostische instrumenten gebruikt zijn

WAIS-IV: 21

WAIS-III: 4

Schoolse vorderingen test: 28

NIDA: 1

SON-R 2,5-7: 2

Vaststelling: bij ongeveer **24%** van de zorgvragers heeft **WVCB vanuit zijn basiswerking aanvullende diagnostiek** gedaan (vergelijking met 2015: 30%; vergelijking met 2014: 43%)

4.2.4 Contactpersoonschap zorgregie

Bijstand bieden aan de zorgvrager in het traject naar nRTH. WVCB is/was in principe enkel contactpersoon indien een zorgvrager geen aansluiting vindt/vond bij een andere dienst/voorziening. Wij waren in 2016 voor gemiddeld een **65-tal zorgvragers** contactpersoon.

De rol van de contactpersoon won in 2016 nog aan belang bij de transitie van de CRZ in PVF-termen. De tussenkomsten van onze contactpersonen zorgregie bestonden voornamelijk uit individuele begeleiding (briefwisseling, telefonische begeleiding, individuele gesprekken) van de zorgvragers.

Wij registreerden onze tussenkomsten in dit verband (bv. follow-up, traject ifv status PTB en/of persoonsvolgend convenant, andere) niet; meer gedetailleerde info kan ingewonnen worden via directie@wvcb.be.

5. DIVERSE

5.1 Personeelsbeleid

Ook in 2016 continue aandacht hiervoor, onder meer via VTO, teamoverleg en individuele contacten/opvolging. Alle procedures ter zake staan beschreven in het kwaliteitshandboek.

5.2 Kwaliteitsbeleid

WVCB houdt zich aan de restricties van het kwaliteitsdecreet Welzijn en aan de Minimale Kwaliteitseisen voor Multidisciplinaire teams (MKE's).

5.3 ICT

Voornamelijk:

- registratiesystemen voor werking MDT & werking DIASS
- beheer toestellen
- beheer website
- beheer centraal server- en back-up systeem
- beheer mobiele telefonie & mobiel internet

5.4 Welzijn op het werk

De opdracht van intern preventieadviseur wordt waargenomen door directeur Ruben Ryckewaert.

De medewerkers worden continue rond Welzijn op het werk geïnformeerd via een interne 'Wegwijzer welzijn op het werk'.

Belangrijkste in 2016 genomen initiatieven:

- aandacht voor psychosociale belasting (opvolging risico-analyse 2015)

- aandacht voor beeldschermwerk en ergonomie
- transparant personeelsbeleid en individuele opvolging
- aandacht voor brandveiligheid

Er waren geen arbeidsongevallen met werkverlet.

Voor meer gedetailleerde info, zie jaarverslag van de interne dienst preventie en bescherming op het werk.

5.5 Raad van Bestuur & Algemene Vergadering

De RvB vergaderde 4x in 2016. De samenstelling was op 31/12/16 als volgt:

Dhr. Guido Decorte, voorzitter;

de heren Marc Vanmeenen, Marc Van Leynseele, Daniël Moeyaert, Leo De Smet, Patrick Lanckswaert, John Capon, Peter Roose, Eric Van Parys;

de dames An Casteleyn, Krista Janssens, Lien Vanmaele

De directeur, Dhr. Ruben Ryckewaert, treedt op als adviserend lid en neemt de functie van secretaris-schatbewaarder waar.

De AV vergaderde 1x in 2016. De samenstelling was op 31/12/16 als volgt: alle leden van de RvB + Dhr. Geert D'haene.

5.6 Contactgegevens vzw WVCB

Algemeen

4 locaties voor cliëntcontact in **2016**:

- Prof. Mac Leodstraat 4, 8400 Oostende
- Joost de Damhouderstraat 5, 8000 Brugge
- Spoelstraat 19, 8800 Roeselare (maatschappelijke zetel)
- President Rooseveltplein 12A, 8500 Kortrijk

Sinds **1/1/17** wijzigde onze inplanting:

- Spoelstraat 19, 8800 Roeselare (maatschappelijke zetel en centrale uitvalsbasis)
- indien mobiliteit voor de cliënt een probleem vormt, zoeken wij samen met hem/haar naar een alternatief. Onze medewerkers kunnen zich verplaatsen indien nodig.

Voor vragen, aanmeldingen, enz.:

Centraal nummer MDT: 0499/517 330
Centraal e-mailadres MDT: mdt@wvcb.be
Centraal nummer DIASS: 0499/517 331
Centraal e-mailadres DIASS: diass@wvcb.be

Wij voorzien telefonische permanentie, elke werkdag van 9u tot 12u.

Website: www.wvcb.be

Facebookpagina: WVCB-DIASS

Contactgegevens medewerkers

Ruben Ryckewaert – licentiaat klinische psychologie/directeur

E-mail: directie@wvcb.be

GSM: 0499/517 322

Rebecca Van Overbeke – bachelor maatschappelijk werk/bachelor toegepaste psychologie (werkt niet op woensdag)

E-mail: rebecca.vanoverbeke@wvcb.be

GSM: 0499/517 323

An Vangroenweghe – master sociaal werk

E-mail: an.vangroenweghe@wvcb.be

GSM: 0499/517 324

Chantal Van de Castele – gegradueerde maatschappelijk werk (werkt niet op woensdag, dondernaamiddag en vrijdag)

E-mail: chantal.vandecasteele@wvcb.be

GSM: 0499/517 325

Elfriede De Saffel – gegradueerde maatschappelijk werk (werkt niet op woensdag)

E-mail: elfriede.desaffel@wvcb.be

GSM: 0499/517 326

Katrijn Delerue – licentiaat klinische psychologie

E-mail: katrijn.delerue@wvcb.be

GSM: 0499/517 327

Veerle Cremmery – master klinische psychologie/bachelor logopedie

E-mail: veerle.cremmery@wvcb.be

GSM: 0499/517 328

Sofie Versyck – licentiaat klinische psychologie (werkt niet op maandag)

E-mail: sofie.versyck@wvcb.be

GSM: 0499/517 329

Elien Valcke – bachelor maatschappelijk werk

E-mail: elien.valcke@wvcb.be

GSM: 0499/517 330

Lize Schepens – master klinische psychologie (in dienst sinds 13/2/17)

E-mail: lize.schepens@wvcb.be

GSM: 0499/517 326 (tijdens afwezigheid Elfriede De Saffel)

Lieve Vandevyver – bachelor boekhouding (in dienst sinds 17/3/17)

E-mail: lieve.vandevyver@wvcb.be

GSM: /

Bijlage: 2007-2016, overzicht 9,5 werkjaren DIASS

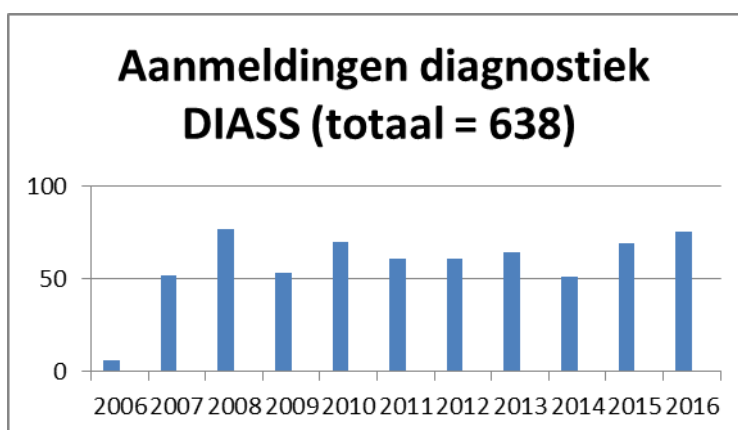
Analyse door Ruben Ryckewaert – Directeur, bijlage bij jaarverslag 2016 WVCB vzw

DIASS als project gestart in mei 2007; eerste contacten maatschappelijk medewerkers met cliënten dateren van juni 2007. Onderstaande analyse is gebaseerd op prestaties en registraties tem 2016.

1. Aanmeldingen & annuleringen/onvolledige trajecten

1.1 Aanmeldingen initiële vraag diagnostiek ASS* sinds opstart DIASS in 2007 tem 2016

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
6	52	77	53	70	61	61	64	51	69	75

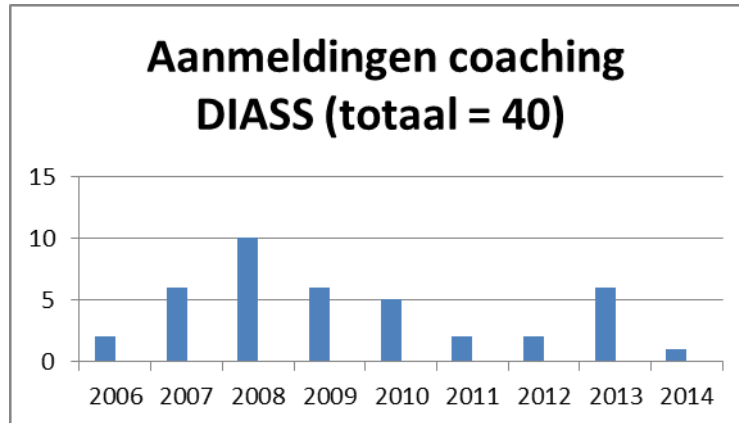


***Aanmeldingen diagnostiek** = personen die wij effectief op de aanmeldingslijst DIASS plaatsen, dus met een onderbouwd/gescreend vermoeden ASS. Er contacteren ons behoorlijk wat personen bij wie het **vermoeden ASS onvoldoende geground** blijkt. Er is daarnaast een groep personen die ons contacteert, maar door de lange wachttijd tussen aanmelding en opstart onderzoek beslist om geen DIASS-traject aan te gaan (naar schatting 3-tal per maand), de **wachlijst** vormt nog steeds duidelijk een **drempel**. Ten slotte zijn er nog **personen die niet tot onze doelgroep behoren** (-18 jaar).

Vaststelling: als we 2006 niet meerekenen, waren er **gemiddeld 63 aanmeldingen diagnostiek ASS per kalenderjaar**

1.2 Aanmeldingen initiële vraag coaching* sinds opstart DIASS in 2007 tem 2014**

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
2	6	10	6	5	2	2	6	1

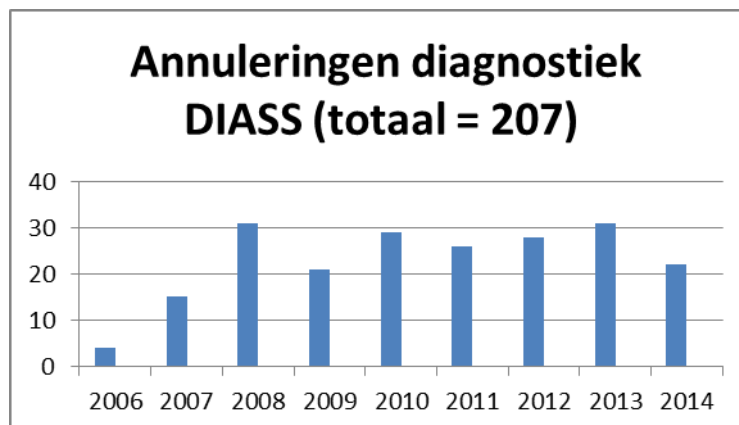


***Aanmeldingen coaching** = personen die wij effectief op de aanmeldingslijst coaching DIASS plaatsten, dus na vraaguitleg

**De functie coaching naar gepaste hulpverlening werd in 2015 stopgezet (zie jaarverslag WVCB 2015).

1.3 Annuleringen/onvolledige diagnostische trajecten ASS* sinds opstart DIASS tem 2014**

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
4	15	31	21	29	26	28	31	22



***annulering/onvolledig traject** = proces uitklaring diagnose ASS bij DIASS **voor, tijdens of na intake stopgezet**

**2015 & 2016 betrekken we niet in de analyse, mogelijk komen er nog annuleringen bij

Vaststelling: gemiddeld 42% van de aanmeldingen diagnostiek ASS wordt voor, tijdens of na intakeproces geannuleerd.

Wanneer werd traject uitklaring diagnose stopgezet?

171x (op totaal van 207) vóór opstart diagnostisch traject

Voornaamste redenen:

- diagnostiek intussen elders gebeurd
- actueel geen vraag meer
- actueel in opname
- niet meer te bereiken

11x (op totaal van 207) tijdens anamnese

Redenen:

- diagnostiek al elders gebeurd
- onvoldoende indicaties ASS
- geen interesse meer

21x (op totaal van 207) na anamnese

Redenen:

- te weinig aanknopingspunten voor ASS
- verbetering situatie
- opname
- geen interesse meer

4x (op totaal van 207) tijdens psychodiagnostisch onderzoek

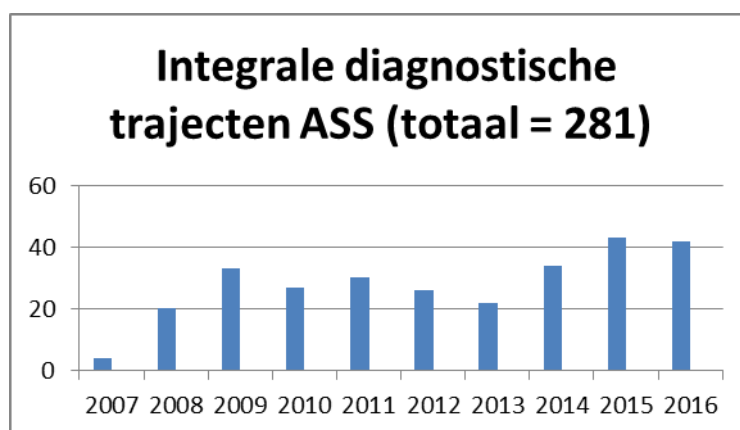
Redenen:

- geen interesse meer

2. Diagnostische trajecten ASS

2.1 Volledige interdisciplinaire trajecten* sinds opstart DIASS in 2007 tem 2016

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
4	20	33	27	30	26	22	34	43	42



***Volledige interdisciplinaire trajecten** zijn trajecten waarbij **zowel classificerend, verklarend, handelingsgericht en indicierend onderzoek** aan bod kwam

De datum van formeel interdisciplinair overleg is de datum waarop een traject als 'volledig' wordt beschouwd; nadien volgen nog eindbespreking met de cliënt (en eventueel betrokken netwerk) en follow-up.

2.2 Anamnese

Alle integrale interdisciplinaire trajecten ASS bestonden in eerste instantie uit een **grondige auto-, ontwikkelings-, en -heteroanamnese**.

Maatschappelijk medewerkers die **nog binnen werking DIASS actief** zijn + het **aantal integrale trajecten ASS** waar zij tem eind 2016 aan meewerkten:

Rebecca Van Overbeke: 44
An Vangroenweghe: 41
Elfriede De Saffel : 34
Elien Valcke: 2

Bij **9 trajecten** stond **Ampel** in voor de **anamnese**, het betrof **cliënten met een verstandelijke beperking**.

Tijdens een **volledig diagnostisch traject ASS** waren er **gemiddeld 2,61 contacten met de maatschappelijk medewerker**.

Als er meer dan 1 cliëntcontact was, verliepen er **gemiddeld 30 kalenderdagen tussen het eerste gesprek van de maatschappelijk medewerker met de cliënt (en eventueel betrokken netwerk) en het laatste gesprek**.

2.3 Psychiatrisch(e) consult(en)

Alle integrale interdisciplinaire trajecten ASS bestonden uit een of meerdere **psychiatrische consulten**.

Psychiaters met wie **binnen werking DIASS nog steeds wordt samengewerkt** + het **aantal integrale trajecten ASS** waar zij tem eind 2016 aan meewerkten:

Dr. Arnold Beyne: 138
Dr. Carmen Vranken: 100
Dr. Lieselotte Willaert (verbonden aan DIASS sinds 2016): 18

Tijdens een **volledig diagnostisch traject ASS** waren er **gemiddeld 1,31 consulten bij de psychiater**.

Als er meer dan 1 cliëntcontact was, verliepen er **gemiddeld 40 kalenderdagen tussen het eerste gesprek van de psychiater met de cliënt en het laatste gesprek**.

2.4 Psychodiagnostisch onderzoek, eindbespreking & follow-up

Alle integrale interdisciplinaire trajecten ASS bestonden uit een of meerdere contactmomenten voor **(psycho)diagnostisch onderzoek, formeel interdisciplinair overleg, een eindbespreking met de cliënt (en eventueel betrokken netwerk)** en een **follow-up contact**.

Psychologisch medewerkers die **nog binnen werking DIASS actief** zijn + het **aantal integrale trajecten ASS** waar zij tem eind 2016 aan meewerkten:

Sofie Versyck: 107
Katrijn Delerue: 64
Veerle Cremmery: 28

Tijdens een **volledig diagnostisch traject ASS** waren er **gemiddeld 2,37 consulten bij de psychologisch medewerker**.

Als er meer dan 1 cliëntcontact was, verliepen er **gemiddeld 20 kalenderdagen tussen het eerste contact met de cliënt en het laatste contact**.

2.5 Doorlooptijd

De **gemiddelde doorlooptijd** (= periode tussen start anamnese en eindbespreking met de cliënt) per volledig diagnostisch traject bedroeg **202 kalenderdagen** of ongeveer **6,5 maanden**. Wanneer we alle trajecten met een **doorlooptijd >200 kalenderdagen eruit filteren**, komen we aan een **gemiddelde doorlooptijd van 139 kalenderdagen** of **ongeveer 4,5 maanden**.

Diverse redenen kunnen de doorlooptijd beïnvloeden, zowel eigen aan de dienst (bv. ziekte medewerker, verlofperiode, tijdelijke bottleneck bij een van de disciplines) als aan de cliënt (bv. ziekte, afspraken niet nakomen, tijdelijk afhaken, wachttijd wensen tussen de verschillende luiken van een diagnostisch traject).

2.6 Leeftijd

Gemiddelde leeftijd bij aanmelding: 36 jaar

Man: 36 jaar
Vrouw: 35 jaar

2.7 Geslacht

Man: **70%**
Vrouw: **30%**

2.8 IQ (enkel normaal begaafde cliënten, N=245)

Gemiddelde TIQ: 99

2.9 Diagnoses*

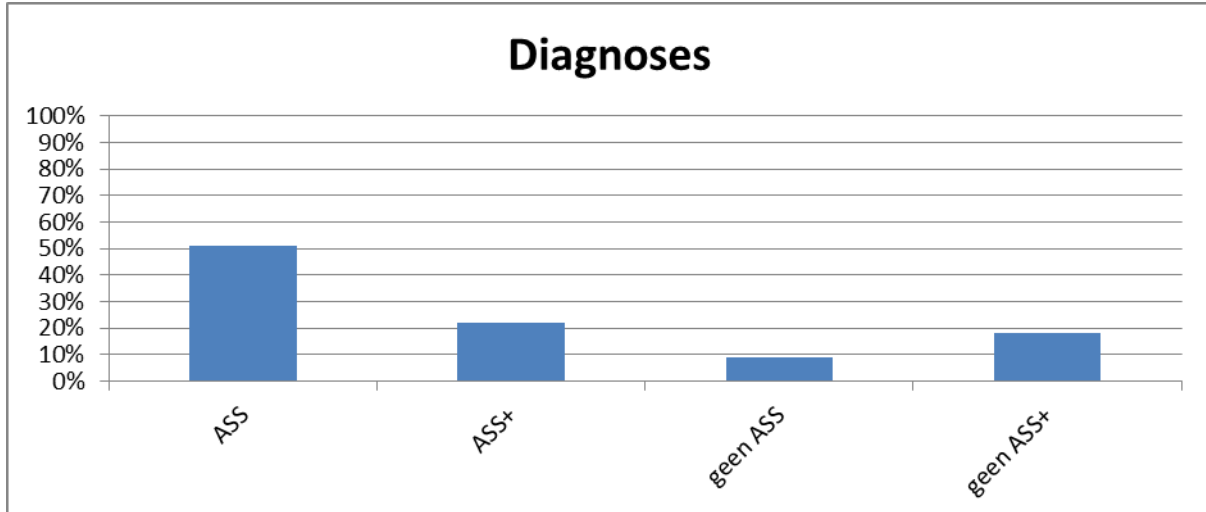
*In de loop van 10 jaar werking DIASS schakelden wij over van DSM-IV naar DSM-5.

Bij **205 cliënten of 73%** werd de **diagnose ASS weerhouden**:

- bij **62 cliënten of 22%** werd **naast de diagnose ASS ook nog een andere ontwikkelingsstoornis en/of psychische stoornis vastgesteld, of het vermoeden van een andere stoornis** geuit (**ASS+ in grafiek**).
- bij **143 cliënten of 51%** werd **naast de diagnose ASS geen andere ontwikkelingsstoornis en/of psychische stoornis vastgesteld, of het vermoeden van een andere stoornis** geuit (**ASS in grafiek**).

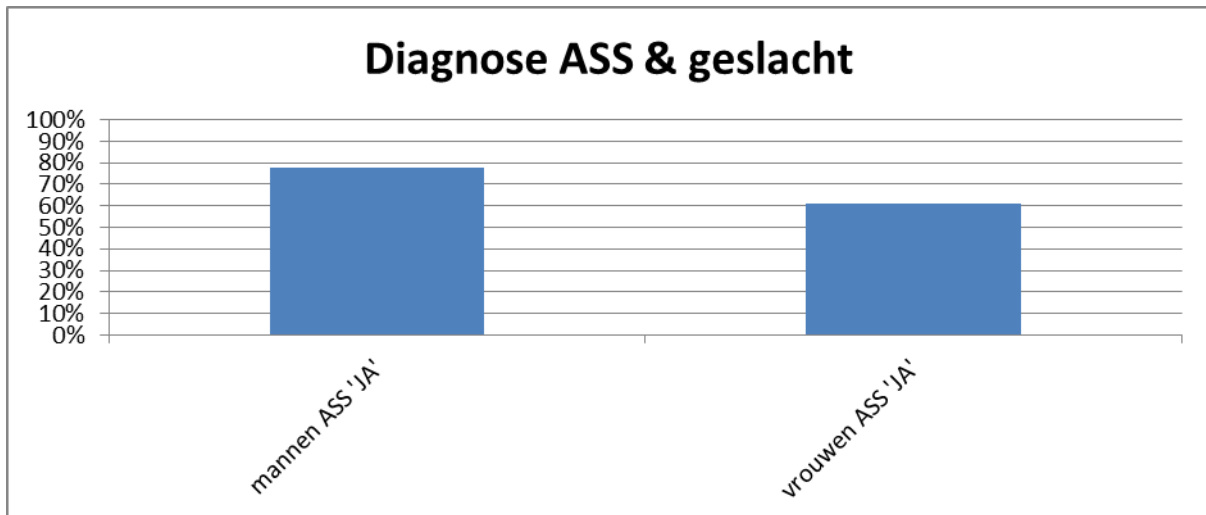
Bij **76 cliënten of 27%** werd de **diagnose ASS niet weerhouden**:

- bij **51 cliënten of 18%** werd de **diagnose ASS niet** weerhouden, maar werd een **andere ontwikkelingsstoornis en/of psychische stoornis vastgesteld, of het vermoeden van een andere stoornis** geuit (**geen ASS+ in grafiek**).
- bij **25 cliënten of 9%** werd de **diagnose ASS niet** weerhouden en werd **geen andere ontwikkelingsstoornis en/of psychische stoornis vastgesteld, of het vermoeden van een andere stoornis** geuit (**geen ASS in grafiek**).

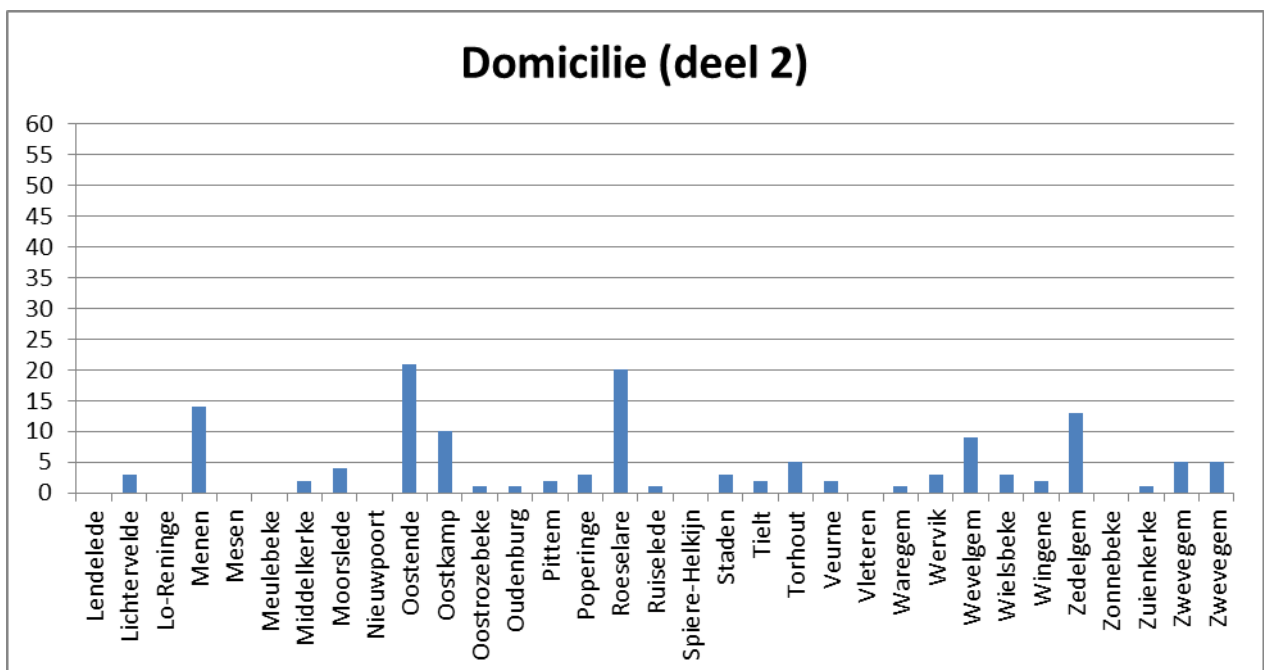
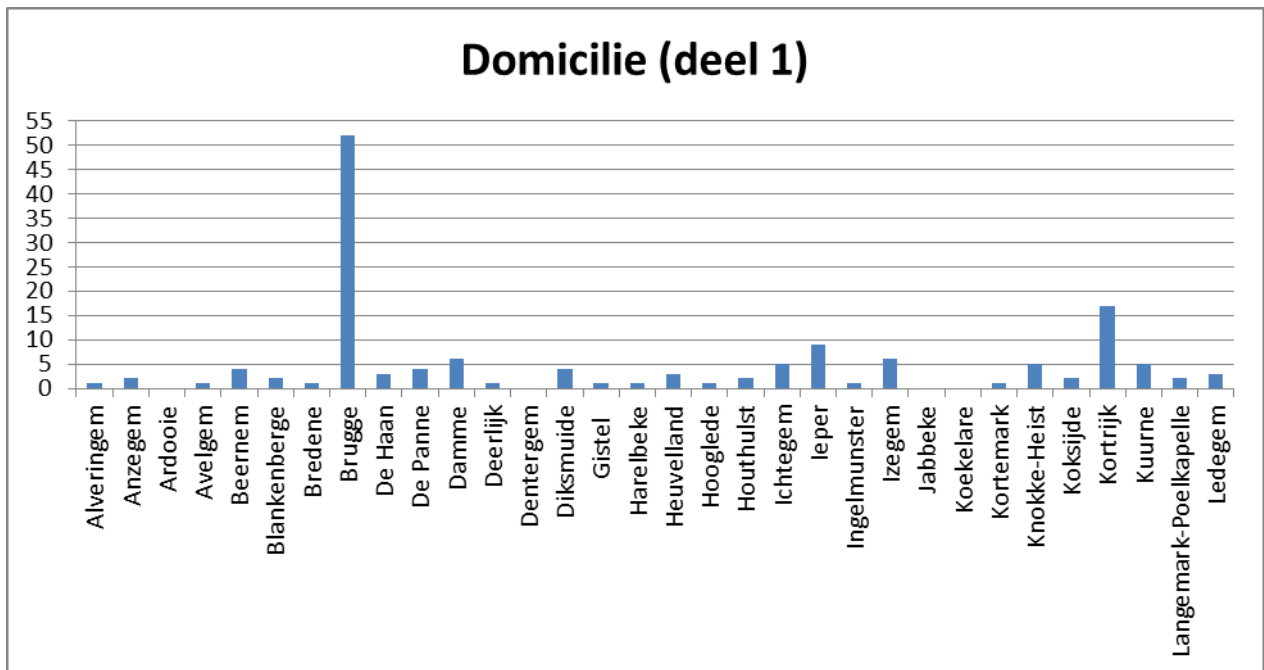


Bij **mannen** werd **in 78% van de gevallen** de **diagnose ASS gesteld**, al dan niet in combinatie met een andere stoornis.

Bij **vrouwen** werd **in 61% van de gevallen** de **diagnose ASS gesteld**, al dan niet in combinatie met een andere stoornis.



2.10 Domicilie

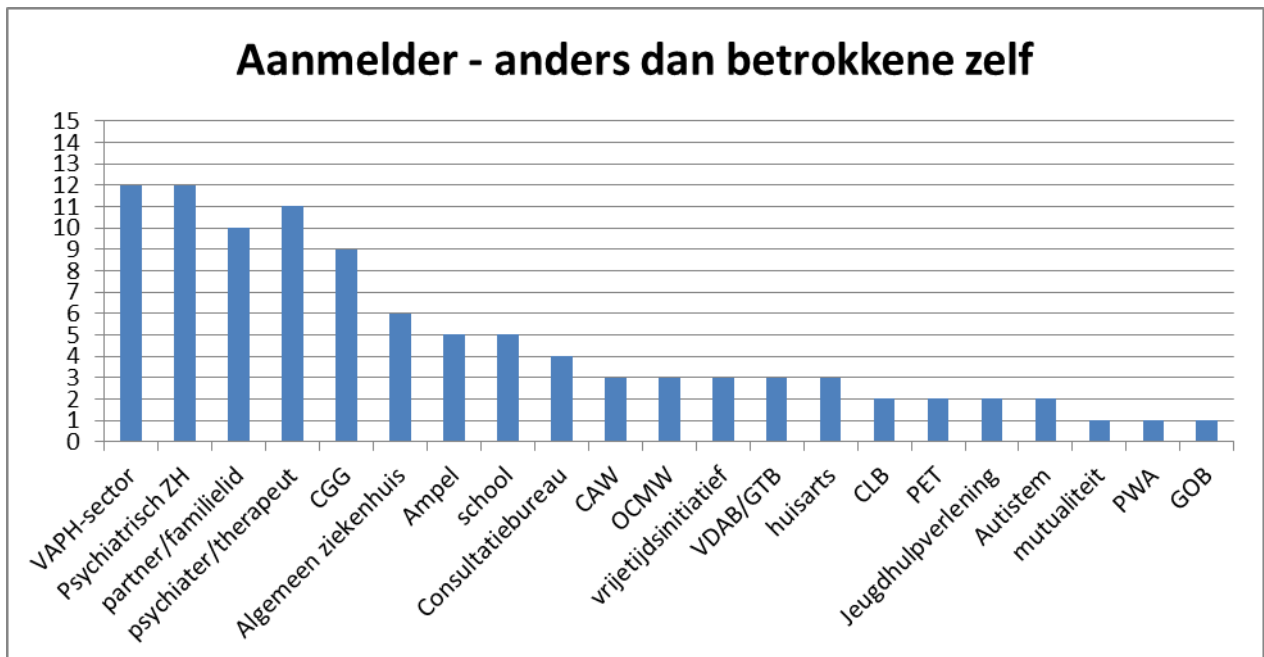


Vaststelling: sterke spreiding, cliënten die volledig diagnostisch traject ASS doorliepen, kwamen uit **52 verschillende West-Vlaamse steden/gemeentes**

2.11 Aanmelder/verwijzer

In een groot deel van de gevallen, bij **181 trajecten**, meldde de betrokken cliënt zelf aan.

Als de **betrokken cliënt zelf niet aanmeldde**, was de **verdeling als volgt**:



3. Coachopdracht

3.1 Coachtrajecten

- Aanmeldingen enkel ifv coachopdracht (diagnose ASS elders gesteld): 40
- Aanmeldingen coachopdracht na uitklaring diagnose ASS door DIASS (kort na eindbespreking of na telefonisch follow-up): 35
- Aanmeldingen coachopdracht na annulering uitklaring diagnose ASS door DIASS: 13 (reden van annulering: diagnose bleek toch al elders gesteld)

Geeft som van aanmeldingen coachopdracht waarbij de diagnose ASS elders werd gesteld van **53; aanmeldingen coachopdracht na traject DIASS **35****

- Volledig traject coachfunctie na diagnose ASS elders: 44
- Niet-volledig traject coachfunctie na diagnose ASS elders: 9
- Volledig traject coachfunctie na diagnose DIASS: 29
- Niet-volledig traject coachfunctie na diagnose DIASS: 6

Totaal volledige trajecten: **73**

Totaal niet-volledige trajecten: **15**

3.2 Voorzieningen/coaches

Coach Cadans 20x
 Coach De Lovie 16x
 Coach Oranje 8x
 Coach Het Anker 22x
 Coach Feniks/Groep Ubuntu: 9x