



RICHTLIJNEN BIJ DIVERSSENSITIEVE DIAGNOSTIEK

Michelle Vereecke, Ofelia Wouters,
Thomas Art & Dagmar Winkler
CuSeHa

Dienst Ondersteuningsplan Vlaams-Brabant en Brussel

Info@dop-vbb.be

www.DOP-VBB.be

Inhoudstafel

1	Aanleiding van het CuSeHa-project.....	3
2	Missie van CuSeHa.....	5
3	Diverssensitieve zorg	6
3.1	Diverssensitieve attitude.....	6
3.1.1	Kruispuntdenken	6
3.1.2	ECLECTIC framework	7
3.2	Diverssensitieve kennis	8
3.2.1	Foutenbronnen in psychodiagnostisch onderzoek	8
3.3	Diverssensitieve vaardigheden.....	9
4	Diverssensitieve richtlijnen	9
4.1	Basishouding.....	9
4.2	Op het kruispunt handicap en Migratie	10
4.3	Fundamenten van onze diverssensitieve aanpak	10
4.3.1	Bruikbaar, bereikbaar en representatief.....	11
4.3.2	Werken met taalondersteuning en visueel testmateriaal	11
4.4	Structuur CuSeHa traject.....	13
5	Aanmelding en kennismaking	13
5.1	Uitsluiting, vertrouwen en taboe	14
5.2	Differentiaaldiagnostische overwegingen.....	15
5.3	Abstractie en referentiekader van diagnostiek.....	15
5.4	Meerwaarde op korte termijn.....	16
5.5	Taal en laaggeletterdheid.....	16
6	Cultureel interview	17
6.1	Communicatiestijl.....	17
6.2	Acculturatie	17
6.3	Handelingsverlegenheid.....	18
6.4	Ziektebeleving	18
7	Zelfredzaamheid.....	19
7.1	Visuele ondersteuning.....	19
7.2	Bevraging op maat.....	20
8	Anamnese.....	20
8.1	Auto-anamnese	21
8.2	Hetero-anamnese.....	21

9	Psychologisch onderzoek	22
9.1	Kwantitatief versus kwalitatief.....	22
9.1.1	Triangulatie en het belang van observatie.....	22
9.1.2	Trapsgewijze werking en procesdiagnostiek.....	23
9.2	Intelligentie-onderzoek	23
9.2.1	Intelligentie-concept	23
9.2.2	Taal	24
9.2.3	CHC-model.....	24
9.2.4	Vergelijking van NiTal-index met TIQ	26
9.2.5	Geschat IQ op Westerse testen.....	27
9.2.6	Testing the limits	27
10	Psychiatrisch of medisch onderzoek	27
11	Multidisciplinair overleg.....	28
12	Eindgesprek en doorverwijzing	28
12.1	Taboe rond diagnose	28
12.1.1	Bottom-up werken	29
12.1.2	Praktisch nut van een diagnose.....	29
12.2	Partnerschap	29
12.2.1	Regie bij de cliënt	30
12.3	Belang van psycho-educatie.....	30
12.4	Continuïteit.....	31
12.4.1	Betrokkenheid verwijzer	31
12.4.2	Aanmelden bij doorverwijzer	31
13	Verslag.....	31
13.1	Vereisten van beslissingsbevoegde diensten.....	31
13.2	Overzicht afwijking van de maatstaf	32
13.3	Lijst van onderzoeksmethodieken.....	32
14	Afsluitende noot.....	32
15	Bronnenlijst	33
16	Bijlagen	35
16.1	visuele afspraken overzicht	35
16.2	Gespreksflap.....	36

1 Aanleiding van het CuSeHa-project

Wat als je ondersteuning nodig hebt in je leven, maar de buitenwereld dat niet aan jou ziet? Wat als je zelf niet weet wat er aan de hand is? Dan krijg je niet altijd de hulp en zorg die je nodig hebt.

Doordat in 2015 het aanbod van diagnostiek voor volwassenen verminderde, werd het probleem steeds groter. Cliënten met 'onzichtbare' maar erg beperkende problematieken vonden geen antwoord op de vraag 'waarom heb ik die moeilijkheden?' Tegelijk viel het DOP Vlaams-Brabant & Brussel op dat er geen toegankelijke diagnostiek was voor anderstaligen. In Brussel, maar ook in Vlaams-Brabant, leven er veel mensen met een migratieachtergrond die het Nederlands onvoldoende onder de knie hebben. Ook zij kunnen een handicap hebben en voelen de nood aan ondersteuning.

Het beleid kreeg gelijkaardige signalen vanuit verschillende Brusselse organisaties. Tegelijk onderstreepte het onderzoeksrapport 'Personen met een handicap in Brussel – Situatianalyse 2020'¹ dat Brusselaars met een handicap drempels ervaren bij de zoektocht naar gepaste zorg en ondersteuning.

In 2020 wilde de overheid werk maken van oplossingen en we wilden dat maatschappelijk engagement graag opnemen. Vanaf 2021 ging het project CuSeHa dan ook van start, kort voor Cultuursensitieve Zorg voor Personen met een Handicap en een Migratieachtergrond. Het project kreeg twee grote doelstellingen als reactie op de geformuleerde noden: cultuursensitieve diagnostiek uitbouwen voor Brusselaars én de ondersteuning in Brussel meer cultuursensitief maken. Het Horizontaal Integratie- en Gelijke kansen-beleidsplan 2020-2024 was het kader waarbinnen het project paste. Meer specifiek zat het binnen de doelstelling 'inclusie als uitgangspunt voor personen met een handicap' met duidelijke focus op 'inclusieve en toegankelijke dienstverlening voor mensen van buitenlandse herkomst met een handicap.' We kregen financiële ondersteuning vanuit het Agentschap Binnenlands Bestuur, Gelijke kansen en vanuit het Agentschap voor personen met een handicap (VAPH).

Het Kenniscentrum WWZ werkte Pijler I uit en legde de focus op een leertraject voor hulpverleners. Dankzij dat traject wisselden ze ervaringen en expertise uit over het bereiken van en omgaan met cliënten met 'onzichtbare handicaps' zoals een verstandelijke beperking, autismespectrumstoornis of een niet-aangeboren hersenletsel. Tegelijk kregen ze handvaten om gesprekken en ondersteuning bij personen met een migratieachtergrond vlotter te laten verlopen.

Dienst Ondersteuningsplan Vlaams-Brabant en Brussel werkte Pijler II uit en focuste op cultuursensitieve diagnostiek. Met de hulp van velen, bouwde het team expertise op om elke cliënt een kwaliteitsvol diagnostisch onderzoek aan te bieden met respect voor de culturele eigenheid.

De overkoepelende resultaten van Pijler I en II voor projectperiode 2021-2022 werden gebundeld in een [cahier](#)². Het bevat de samenvatting van de geleerde lessen overkoepelend aan zowel pijler I als II en biedt een laagdrempelige tool voor hulpverleners om meer voeling te krijgen met een diverssensitieve praktijk. In 2023 zette het Agentschap Binnenlands Bestuur de financiële ondersteuning stop. Het Kenniscentrum WWZ besliste om zich terug te trekken uit het project ten voordele van de directe cliëntgerichte diagnostische werking die verder gefinancierd werd door het VAPH. Ook in 2024 kan de divers-sensitieve diagnostische werking van het CuSeHa-project rekenen op de financiële steun vanuit het VAPH.

¹ Op 1 juli 2014 nam het Gespecialiseerd Team Bemiddeling (GTB) de consultatiebureaus van Leuven en Brussel over en stopte de welzijnswerking.

² <https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>

Deze richtlijnen bij diverssensitieve diagnostiek beschrijven een divers-sensitieve invulling van diagnostiek, vanuit de theoretische onderbouwing en de cliëntgebonden ervaringen van 2021 (Pijler II van het CuSeHa-project) tot 2024.

Helga Janssen, directeur DOP-VBB en promotor voor het CuSeHa-project

2 Missie van CuSeHa

Zoals hierboven al beschreven nam Dienst Ondersteuningsplan Vlaams-Brabant en Brussel in 2021 en 2022 de tweede pijler van het project op zich. CuSeHa had als missie om een diagnostische werking op poten te zetten voor volwassen Brusselaars met een migratieachtergrond en een vermoeden van een autismespectrumstoornis (ASS) of een licht verstandelijke beperking.



Het project spitste zich hiermee toe op de ondervertegenwoordiging van personen met een migratieachtergrond binnen de zorg voor personen met een beperking³. Die ondervertegenwoordiging is ook zichtbaar bij de prioriteitengroepen voor een Persoonsvolgend budget. [Persoonsvolgende budgetten](#)⁴ zijn de financiering die het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) toekent aan personen met een handicap die nood hebben aan gespecialiseerde ondersteuning en waarmee ze zorg en ondersteuning volgens hun eigen keuzes kunnen inkopen bij door het VAPH erkende diensten (niet rechtstreeks toegankelijke hulp, NRTH). Brusselaars met een migratieachtergrond blijken minder gebruik te maken van deze dienstverlening, hetgeen niet in verhouding staat tot de nood. De manier waarop overheidsdiensten beslissingen nemen over wie erkend wordt voor zijn beperking en wie niet en wie budget krijgt voor zorg en wie niet, zorgt ervoor dat een diagnose vaak een toegangsticket is tot zorg op maat. Omdat het bestaande diagnostische aanbod voor personen met een migratieachtergrond vaak ontoegankelijk is, zit daar één van de sleutels in de doorstroom van mensen met een migratieachtergrond en een beperking tot de gepaste zorg.

In 2022 zoomde de eerste pijler van het CuSeHa-project in op hoe diensten hun toegankelijkheid kunnen vergroten en hoe mensen ondersteund kunnen worden in het ontwikkelen van de vaardigheden die nodig zijn in hun zoektocht naar zorg. Het [cahier](#)⁵ van het CuSeHa-project biedt zicht op wat meespeelt in de toegankelijkheid van zorg. Het cahier bundelt de geleerde lessen over toegankelijkheid van zorg en biedt een laagdrempelige tool voor hulpverleners om meer voeling te krijgen met een diverssensitieve praktijk.

Daarnaast stond CuSeHa specifiek stil bij de toegankelijkheid van een erkenning van handicap bij het VAPH en de daarvoor vereiste diagnostiek. Terwijl het reguliere diagnostisch aanbod in België weinig toegankelijk is voor personen met een migratieachtergrond door onder andere de westerse bril van methodieken, de afwezigheid van een gemeenschappelijke taal of taalondersteuning, de locatie van het onderzoekscentrum, afspraken binnen de werkuren, ... proberen we een toegankelijk diagnostisch aanbod te voorzien dat tegemoetkomt aan mogelijke bronnen van vertekening.

Om drempels te verlagen, zetten we ons in voor een geschikter aanbod door onder andere met taalondersteuning te werken en onderzoeksmaterialen kritisch te beschouwen, door het traject gratis te maken voor cliënten en door flexibel te zijn in locatie en tijdstip van afspraken. Een actieve samenwerking met RTH- en eerstelijnsdiensten bood een vertrekpunt om ons aanbod aan (een deel van) onze doelgroep kenbaar te maken.

³ Zie de [situatieanalyse](#) (2020) Personen met een handicap in Brussel vanuit Kenniscentrum WWZ en Vrije Universiteit Brussel voor meer info over de positie van personen met een beperking in het Brussels landschap (<https://www.kenniscentrumwwz.be/sites/default/files/bijlagen/Personen%20met%20een%20handicap%20in%20Brussel%20Situatieanalyse%202020.pdf>)

⁴ <https://www.brap.be/persoonsvolgende-financiering-pvb/>

⁵ <https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>

Deze richtlijnen zijn het resultaat van de aanpak ontwikkeld tijdens de projectperiode 2021-2023. We beweren allesbehalve alle antwoorden te hebben opgenomen in onze aanpak. We zien de tekst als een aanzet tot reflectie over diverssensitieve psychodiagnostiek en delen onze aanpak in de hoop te inspireren. We richten ons hierbij tot alle disciplines waaronder psychologen, pedagogen, psychiaters, artsen, maatschappelijk medewerkers, logopedisten, ... die in aanraking komen met vragen rond psychodiagnostiek bij personen met een migratieachtergrond en een vermoeden van een verstandelijke beperking of een autismespectrumstoornis. We verwijzen naar hen als diagnostici.

3 Diverssensitieve zorg

Binnen CuSeHa (Cultuur Sensitieve zorg voor personen met een Handicap) interpreteren we 'cultuur' breed. Met name als het geheel van dagelijkse gebruiken, het systeem van zingeving en betekenisgeving waarmee een persoon zich verhoudt tot anderen. De cultuur hoeft volgens deze definitie niet per se samen te hangen met het herkomstland van een persoon. Echter verwijst 'cultuur' in de volksmond gewoonlijk naar de verschillen die bestaan tussen groepen mensen op basis van verschillen in herkomstland, met andere woorden hun etniciteit. 'Cultuur' gelijkstellen met 'eticiteit' beperkt onze blik. Hoe kunnen we ten volle nieuwsgierig zijn naar de achtergrond van de cliënt wanneer we onze bril reeds op voorhand instellen op etniciteit? De semantiek van 'cultuursensitieve zorg' heeft daarom volgens ons een beperkende impact. We willen de cliënt in de veelheid van zijn facetten kunnen zien. Individuen worden niet bepaald door één aspect van hun achtergrond. Voor die diversiteit willen we oog hebben. Daarom stellen we de term 'diverssensitieve zorg' voor.

Diverssensitieve zorg verwijst naar zorg waarbij hulpverleners zich bewust zijn van de mogelijke invloed van de achtergrond van hun cliënt en hier nieuwsgierig naar zijn in het contact met de cliënt. Diverssensitieve zorg is faire zorg. Het is een zorg die oog heeft voor het unieke verhaal van elke cliënt en er geschikt voor is. Voor dergelijk streven is een wederzijds begrip tussen hulpverlener en cliënt het vertrekpunt. In de praktijk raken diverssensitieve competenties aan drie domeinen: attitude, kennis en vaardigheden.

3.1 Diverssensitieve attitude

Een diverssensitieve attitude is een open, nieuwsgierige houding naar eigen normen en waarden en naar die van de ander. Het is een bereidheid om je eigen achtergrond en die van de ander te leren kennen, om de betekenis van gedragingen te kunnen achterhalen. De attitude erkent dat er verschillende denkkaders bestaan over eenzelfde thema en impliceert een bereidheid tot open communicatie hierover. Hieronder worden twee hulpmiddelen aangereikt, die hierbij kunnen helpen.

3.1.1 Kruispuntdenken

Het CuSeHa-project richt zich op personen met een handicap en een migratieachtergrond. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is het [kruispuntdenken](#)⁶. Iemands identiteit krijgt vorm op het kruispunt van verscheidene ervaringen en lidmaatschappen van bepaalde groepen. Het al dan niet bezitten van bepaalde identiteitskenmerken heeft een belangrijke impact op onze positie in de maatschappij en onze kansen. Te vaak wordt de identiteit van cliënten met een andere achtergrond dan de meerderheidsgroep gereduceerd tot de etnische identiteit. Bij iedereen is er sprake van een meervoudige identiteit, want ieders identiteit bestaat op een kruispunt van meerdere vlakken. Hierbij is het belangrijk om hun etniciteit maar zo zwaar te laten doorwegen als zijzelf aangeven. Kruispuntdenken biedt een tegenwicht aan stereotypering.

⁶ <https://www.kenniscentrumwwz.be/kruispuntdenken>

3.1.2 ECLECTIC framework

Verschillen binnen groepen zijn soms groter dan verschillen tussen groepen. Denk maar aan de verschillen tussen de bevolking op het platteland versus de bevolking van de stad in eenzelfde land. Er bestaat geen one-size-fits-all-methode voor cross-culturele diagnostiek (Franzen, van den Berg, Pappa, 2021). Daarom hoort een degelijke reflectie altijd het vertrekpunt te zijn.

Het *ECLECTIC framework* (Fuji, 2018) biedt een raamwerk om aan reflectie te doen over de manieren waarop de achtergrond van cliënten het onderzoek kunnen beïnvloeden. CuSeHa gebruikt het raamwerk als de fundamenteën voor zijn werking. Verder kan ook Ardila (2005) een inspiratie zijn.

Het *ECLECTIC framework* gaat uit van volgende vragen:

- Welke opleidingsachtergrond (**Education**) heeft de cliënt?
- In welke mate is de cliënt aangepast aan de cultuur (**Culture**) van het gastland?
- Welke talen (**Language**) spreekt de cliënt en op welk niveau?
- Welke economische achtergrond (**Economics**) heeft de cliënt?
Dit gaat over werk, inkomen, diploma, huisvesting, woonbuurt, etc. Hetgeen samenhangt met de (cognitieve) stimulatie die kinderen krijgen tijdens het opgroeien.
- Welke communicatiestijl (**Communication style**) hanteert de cliënt?
Dit gaat bijvoorbeeld over verschillen tussen mensen in de mate waarin ze het gepast vinden om problemen te bespreken of om negatief te antwoorden. Hetgeen het wederzijds begrip tussen diagnosticus en cliënt kan beïnvloeden.
- In welke mate is de cliënt vertrouwd met de testsituatie (**Testing situation**)?
Dit gaat over de gevoelens en gedachten van de cliënt bij de formele één-op-één testsituatie. Mensen verschillen in de mate waarin ze zich hiermee vertrouwd voelen. Bovendien heeft niet iedereen evenveel inzicht in de doelen van een diagnostisch onderzoek en de bijdrage van de verschillende opdrachten hieraan. We verwachten van cliënten dat ze hun beste prestatie proberen neerzetten. Hiermee verwachten we echter meteen ook dat ze begrijpen waarom het herhalen van cijfers bijvoorbeeld, een belangrijke opdracht kan zijn.
- Op welke manier kijkt de cliënt naar intelligentie (**Intelligence: conception**)?
De kijk van de cliënt op intelligentie kan een sterke invloed hebben op de zaken waar hij al dan niet belang aan hecht en welke vaardigheden hij heeft geoefend doorheen het leven. Voor sommige bevolkingsgroepen zijn snelheid en kwaliteit onverenigbaar, terwijl westerse intelligentietesten vaak met tijdslimieten werken.
- In welke omstandigheden migreerde (**Context for migration**) de cliënt?
Dit gaat over de reden waarom iemand migreerde, de omstandigheden van de reis, etc. Het vertelt iets over mogelijke probleemsituaties die de cliënt doormaakte.

Bij diverssensitieve diagnostiek is niet enkel een interesse in de volledige achtergrond van de cliënt van belang, maar dient de client ook stil te staan bij het eigen referentiekader. Een bewustzijn van het eigen referentiekader impliceert een bewustzijn van de eigen blinde vlekken of stereotypes en stimuleert een diverssensitieve houding. In het [cahier](#)⁷ van CuSeHa lees je meer over blinde vlekken.

Cultuurvrije methodieken bestaan niet. Toch kan het een streven zijn om bij de ontwikkeling van nieuwe onderzoeksmaterialen oog te hebben voor een brede toepasbaarheid. ECCroN zet zich hiervoor in wat betreft neuropsychologisch onderzoek (Franzen et al., 2021). Ze zien het niet als een

⁷ <https://kenniscentrumwvz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>

werkbare oplossing voor de problematiek van faire diagnostiek om aparte normen te ontwikkelen voor elke bevolkingsgroep, maar stellen instrumenten voor die rekening houden met interindividuele verschillen. Dit door bijvoorbeeld breed toepasbare stimuli te gebruiken die niet op schoolse vaardigheden gebaseerd zijn en heldere instructies te bieden (ook voor personen zonder testervaring), die makkelijk door een taalondersteuner gegeven kunnen worden.

3.2 Diverssensitieve kennis

Diverssensitieve kennis gaat over het kennen van de context van de cliënt. Kennis verzamelen hierover kan door de migratiegeschiedenis van de cliënt bespreekbaar te maken en vragen te stellen over het herkomstland, de opleidings- en werkgeschiedenis, wie er wel en niet meereisde naar België, moeilijke ervaringen in het thuisland of onderweg naar België, etc. Die context hangt samen met structurele tendensen in migratie, maar is evengoed een uniek verhaal van identiteit en betekenisgeving. Dit unieke verhaal moet steeds naast de algemene kennis over een land of cultuur bestaan. De focus op algemeenheden zorgt er immers voor dat cultuurverschillen benadrukt worden, ten nadele van sociale en persoonlijke factoren. Waardoor er gemakkelijk de veronderstelling gemaakt wordt dat individuen binnen een groep dezelfde visie hebben. Op die manier is er een risico dat de cliënt gestereotypeerd wordt op basis van zijn etnische afkomst. Dit terwijl de eigenheid van bevolkingsgroepen voortdurend evolueert en er vaak grote verschillen bestaan tussen vele groepen binnen landen én tussen de leden van één groep. Hieronder wordt verder toegelicht waarom het belangrijk kan zijn om deze kennis in het achterhoofd te houden tijdens een psychodiagnostisch onderzoek.

3.2.1 Foutenbronnen in psychodiagnostisch onderzoek

Ook het gebruik van psychodiagnostische methodieken vraagt een reflectieve geest. Vooreerst zijn er hierbij belangrijke bronnen van vertekening waardoor de score op een bepaalde test geen representatief beeld kan geven van de gemeten trek. Bernearts en Dejonghe (2019) behandelen dit topic in een overzichtelijk artikel. We verwijzen ook graag naar Van de Vijver, Schittekatte en Fontaine (2016) en Resing en Hessels (2001). Ze beschrijven allen hoe de vorm waarin een **construct** tot uiting komt, sterk kan verschillen over culturen heen. Bovendien bestaan sommige constructen niet overal. Hierdoor kan een instrument dat afgestemd is op de ene bevolkingsgroep aspecten van een construct meten die in een andere bevolkingsgroep irrelevant zijn of net aspecten die er belangrijk zijn niet meten (constructvertekening). Een voorbeeld hiervan is de grotere neiging tot somatiseren bij een depressie in Aziatische culturen.

Ook **de methode** waarop zaken gemeten worden, kan verschillen opleveren (methodevertekening). Bevolkingsgroepen verschillen in de mate waarin ze sociaal wenselijk antwoorden of extreme antwoordopties kiezen (antwoordstijlen). Bij vragenlijsten kan er bij sociaal wenselijke antwoordtendensen een weinig representatief beeld ontstaan. Daarnaast kunnen de formele aspecten van een onderzoekssituatie en de weinig dagdagelijkse manier waarop vaardigheden worden gemeten weinig vertrouwd zijn voor bepaalde bevolkingsgroepen. Zo kunnen laagopgeleide cliënten zwart-witte lijntekeningen minder goed benoemen dan gekleurde tekeningen of foto's (Franzen, et al., 2019). Wanneer een bepaalde opdracht voor cliënten futiel lijkt, kan dit overigens een impact hebben op hun motivatie en bijgevolg de behaalde score.

Een **specifiek item** in een test kan over verschillende bevolkingsgroepen heen verschillen in de mate waarin het geschikt is om een bepaald construct na te gaan (itemvertekening). Niet alle bevolkingsgroepen zullen een bolhoed even goed herkennen als een voorbeeld van een hoofddekseel.

Om de redenen hierboven, valt een **score** bij iemand uit de ene bevolkingsgroep vaak niet te vergelijken met de scores van personen uit andere bevolkingsgroepen (kwantitatieve equivalentie).

Dit maakt de westerse normen van de beschikbare onderzoeksmethodieken vaak moeilijk bruikbaar bij onze doelgroep. We meten dan met de foutieve ‘meetlat’.

Wanneer we met bovenstaande zaken geen rekening houden, is een testscore soms niet meer dan een weergave van iemands aanpassing aan de cultuur van het gastland. Met andere woorden, de **acculturatie**. Enkel wanneer de acculturatie voldoende groot is, kunnen we ervan uitgaan dat de reguliere methodieken bruikbaar zijn.

Om foutenbronnen te minimaliseren is het, zeker bij cliënten met een migratieachtergrond, van essentieel belang om verschillende methoden aan te wenden om eenzelfde construct te meten en die informatie met elkaar te vergelijken. Dit is **triangulatie** (van de Vijver, 2016). De betrouwbaarheid van de verzamelde informatie stijgt wanneer er vanuit verschillende invalshoeken, zoals anamnestiche gegevens, observatie of testgegevens, hetzelfde beeld bestaat over de cliënt. Ook herhaalde metingen over een langere periode vergroten de betrouwbaarheid.

Omdat de hierboven beschreven foutenbronnen een correcte kwantificatie bij personen met een migratieachtergrond erg bemoeilijken, is een **kwalitatief gebruik** van onderzoeksmaterialen vaak aangewezen (Borra, 2016). Niet zozeer de score die een cliënt behaalt, is in onze praktijk interessant, maar wel de manier waarop een cliënt de opdracht volbrengt. Bij intelligentie-onderzoek en nood aan erkenning van de beperking bij de cliënt, is een poging tot kwantificatie wel aangewezen in het licht van de eisen die overheidsinstanties, zoals het VAPH, stellen.

3.3 Diverssensitieve vaardigheden

Diverssensitieve vaardigheden zijn de vaardigheden waarmee je een diverssensitieve attitude in praktijk brengt en waarmee je diverssensitieve kennis verzamelt. Enerzijds gaan diverssensitieve vaardigheden over interesse tonen in de achtergrond van de cliënt en die bespreekbaar maken. Anderzijds dient men ook stil te staan bij de eigen attitudes en bewustwording van eigen blinde vlekken. Het gaat ook over een partnerschap opstellen waarbij de cliënt betrokken blijft in het denken en beslissingsproces. Hoe men dit kan doen, wordt later in de richtlijnen besproken.

4 Diverssensitieve richtlijnen

De richtlijnen die in dit document besproken worden, zijn allesbehalve het volledige verhaal. We gaan ervan uit dat wie deze tekst leest kennis heeft over hoe een kwalitatief diagnostisch onderzoek voor verstandelijke beperking en ASS eruitziet. We bouwen verder op de [richtlijnen](#)⁸ van het kwaliteitscentrum diagnostiek en op het [AAIDD-model](#)⁹. Vele zaken die we aanhalen, zoals het multimethodisch werken, zijn dan ook niet typerend voor een diverssensitieve aanpak, maar zijn de fundamenten van kwaliteitsvolle diagnostiek. Met onze reflecties hopen we die kennis en kunde te onderstrepen of verder aan te vullen. Er is niet één juiste aanpak. Daarom willen we vooral aan het denken zetten en zinvolle tools aanreiken om dit te doen. Deze richtlijnen zijn eerder een hulp bij reflectie, dan een protocol. Daarbij is het een aanzet om de eigen praktijk als diagnosticus aan te scherpen.

4.1 Basishouding

Omdat diverssensitieve kennis leeft, willen we er geen statisch gegeven van maken door ongenuanceerde checklists mee te geven. Uiteraard is het aanbevolen om literatuur door te nemen, bijvoorbeeld over het verschil tussen collectivisme (culturen waarin de focus ligt op groeps-

⁸ <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/publicaties/>

⁹ https://www.prodiagnostiek.be/materiaal/CZF_AAIDD-model.pdf

lidmaatschap en collectieve verwezenlijkingen) en individualisme (culturen waarin de focus ligt op vaardigheden en verwezenlijkingen van het individu), over de geschiedenis van migratie in België en actuele vraagstukken hieromtrent. Dergelijke specifieke achtergrondkennis helpt mee een bewustzijn te scherpen. Het vakgebied van de [etnopsychiatrie](#)¹⁰ is een interessante bron hiervoor. Voor actuele informatie gebruiken we [humanitaire informatiebronnen](#)¹¹, deze geven een betrouwbaar toestandsbeeld van de recente evoluties per land. Je vindt er informatie rond de algemene gezondheidsbeeld, huidige crisissen, voedingstoestand, etc.

Daarnaast pleiten we voor een sensitiviteit en flexibiliteit naargelang de unieke cliënt als de basis voor diverssensitief werken. We geloven dat diverssensitieve kennis voortvloeit uit diverssensitieve attitudes en vaardigheden. Diverssensitieve kennis krijgt vorm in praktijkervaring met diverse achtergronden. Daarom willen we graag benadrukken dat onze manier van werken slechts een uitkomst is van een voortdurend in vraag stellen en op basis daarvan bijstellen. We bieden geen protocol aan. Dat zou indruisen tegen de diverssensitieve basishouding.

Als diagnostici plaatsen we onze bevindingen binnen een referentiekader. In België is dit kader vaak empirisch bepaald of wordt de realiteit vergeleken met classificatietools, zoals de DSM-5 of de ICD-10. Diverssensitiviteit neemt geen standpunt in over referentiekaders. Het beoogt vooral een bewustzijn van het feit dat meerdere referentiekaders naast elkaar kunnen bestaan en dat er ondanks verschillen verbinding kan ontstaan via gelijkenissen. Vanuit dergelijk bewustzijn ontspruit diverssensitieve, verbindende communicatie.

4.2 Op het kruispunt handicap en Migratie

Diverssensitieve zorg is zorg op maat. Het vereist een aanpak die resoneert met de unieke cliënt en zijn achtergrond, waarbij er oog is voor alle assen van zijn identiteit en hoe deze elkaar beïnvloeden. CuSeHa legt zich specifiek toe op personen met een migratieachtergrond en een vermoeden van een handicap. Dit betekent dat de diverssensitieve werking binnen CuSeHa minstens zowel een cultuur- als handicapsensitiviteit inhoudt. Het kruispunt van handicap en migratie brengt bepaalde noden met zich mee. Die noden zijn gerelateerd aan de veelheid van referentiekaders, taligheid, communicatiestijl, taboes, opleidingsgraad, etc.

We vonden een werkbare aanpak in het visueel ondersteunen van eenvoudig woordgebruik aan de hand van pictogrammen, vertelkaarten of tijdslijnen; of in het gebruiken van metaforen. Echter is de meest opvallende rode draad doorheen onze werking de extra tijd, die we nodig hebben om ons af te stemmen op de noden van onze doelgroep. We dienen we het vertrouwen te winnen van onze cliënten, om uitleg te geven, om de tussenstap van taalondersteuner naar cliënt te maken, om de cliënt niet te overhaasten en overbevragen, om flexibiliteit in te bouwen en om informant te bereiken. Daarbij hebben we tijd nodig om taboes te achterhalen, bespreekbaar te maken en ermee aan de slag te gaan.

4.3 Fundamenten van onze diverssensitieve aanpak

Onze missie is om diverssensitieve zorg te faciliteren. Hierboven schetsten we al wat dat inhoudt: een diverssensitieve zorg die oog heeft voor de achtergrond van elke unieke cliënt en die zijn inhoud hierop afstemt. Wanneer we uitgaan van de reguliere diagnostische protocollen komt de premisse van diverssensitieve zorg echter al snel in het gedrang. We kijken nog te vaak vanuit een puur westerse bril. Denk aan de westers geïnspireerde items bij intelligentietesten en de vaak nog witte

¹⁰ https://www.tijdschriftvoorpsychoanalyse.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/PA-26-3-6/Etnopsychiatrische-perspectieven-op-migratie-en-vlucht

¹¹ <https://reliefweb.int/country>

normgroepen. Dit geeft het risico op foutieve interpretaties wanneer we deze materialen gebruiken bij personen met diverse achtergronden (Bernaerts en Dejonghe, 2019).

Hieronder worden elementen aangehaald die CuSeHa toepast of gebruikt in zijn diverssensitieve werking, naast de diverssensitieve basishouding, het [kruispuntdenken](#)¹² en het ECLLECTIC framework dat eerder al besproken werd. De volgende hoofdstukken die aan bod komen, bouwen hierop verder.

4.3.1 Bruikbaar, bereikbaar en representatief

Het diagnostische traject is vrijwillig en gratis voor cliënten. Hierdoor kunnen cliënten deelnemen en hoeven ze zich geen zorgen te maken over financiële verplichtingen. Er wordt rekening gehouden met het feit dat deze cliënten zeer kwetsbaar zijn en vaak in onstabiele situaties leven.

Het werken met een flexibele planning voor ontmoetingen met cliënten, zoals beschikbaar zijn na officiële kantooruren, is een noodzaak. Sommige cliënten worden door verschillende zorginstellingen gevolgd of zijn met een asiel-/registratieprocedure bezig en zo zijn late middag- of vroege avonden veel geschikter voor hen. Daarnaast is een afstemming met het bestaande ondersteuningsnetwerk niet altijd vanzelfsprekend.

De testresultaten en het eindverslag kunnen worden gebruikt om een persoonsvolgend budget voor personen met een handicap (PVB) aan te vragen en kunnen ze een bijdrage zijn voor verdere consulten met verschillende hulpverleners en gezondheidsprofessionals. Een cultureel gevoelige diagnose geeft een volledig beeld en houdt rekening met iemands achtergrond, waarden en tradities. Het geeft inzicht in taboeonderwerpen of kwesties die niet in een ander gesprek aan bod kunnen komen. Voor het bestaande ondersteuningsnetwerk is de bekomen informatie bruikbaar om het zorgtraject beter af te stemmen.

Diverssensitieve zorg bestaat niet zonder doorgedreven reflectie. De diagnostische cyclus is hier een raamwerk voor (Borra, 2016; Cré et al., 2008). Tijdens dat proces is het geen overbodige luxe om af te stemmen met collega's en de blik breed te houden. Ook externe hulp is hierbij een meerwaarde. De [helpdesk](#)¹³ van Solentra, een expert in transculturele psychiatrie die psychische zorg biedt aan jonge vluchtelingen- en migrantenkinderen en hun gezin, biedt die mogelijkheid. Op hun helpdesk kunnen hulpverleners een casus voorleggen. Een medewerker van Solentra belt dan terug om de casus samen inhoudelijk te bespreken.

4.3.2 Werken met taalondersteuning en visueel testmateriaal

Uiteraard is het een vereiste om de cliënt goed te begrijpen om psychodiagnostiek te kunnen opstarten. Wanneer cliënt en diagnosticus geen gemeenschappelijke taal delen, werpt zich een taalbarrière op en wordt het moeilijk om kwaliteitsvolle diagnostiek uit te voeren. Dan is er een taalondersteuner nodig om aan de slag te kunnen. Hiervoor dient toestemming gevraagd te worden aan de cliënt (Franzen, van den Berg, & Pampa, 2021). Sommige cliënten hebben al veel tijd geïnvesteerd in het aanleren van Nederlands of Frans en geven er de voorkeur aan om dit te laten zien, eerder dan hun moedertaal te spreken. De diagnosticus kan dan kaderen waarom er taalondersteuning nodig is volgens hem. De moedertaal, de taal waar de cliënt mee opgroeide, is vaak de taal waarin cliënten zich intuïtief en gevoelsmatig kunnen uitdrukken. Hetgeen de meeste inkijk geeft in het functioneren van de cliënt enerzijds, anderzijds geeft dit de cliënt de kans om optimaal te kunnen presteren.

¹² <https://www.kenniscentrumwwz.be/kruispuntdenken>

¹³ <https://www.solentra.be/nl/aanvraag-helpdesk-voor-hulpverleners/>

Het gebruik van taalondersteuners, zoals sociaal tolken, intercultureel bemiddelaars, telefoon-/webcamtolken, etc. tijdens de verschillende afspraken met de cliënt heeft een positieve invloed op een actieve betrokkenheid van de cliënt op het gesprek en op de kwaliteit van het werk van de hulpverlener. De cliënt voelt zich meer op zijn gemak bij het beantwoorden van vragen in zijn moedertaal. De tolk zorgt voor een directe en duidelijke vertaling. Dit is nodig om een goed beeld te krijgen van de behoeften en problemen van de cliënt en rekening te houden met zijn migratieachtergrond.

Hetzelfde geldt voor het werken met visueel materiaal. Pictogrammen, afbeeldingen of tekeningen die bijvoorbeeld eenvoudige voorwerpen of thema's voorstellen. Dit helpt de cliënt te visualiseren en beter te begrijpen wat de hulpverlener vraagt. Er dient oplettend omgegaan te worden met namen van bepaalde voorwerpen die niet noodzakelijk bestaan of dezelfde betekenis hebben in een andere cultuur. Het woord 'stoel' bestaat bijvoorbeeld niet in elke cultuur, denk aan culturen waar het de gewoonte is om op de grond te zitten. Werken met visueel materiaal maakt het werk gemakkelijker voor de hulpverlener en vergroot de kans dat de cliënt volledig betrokken is bij het proces.

Omdat psychodiagnostiek een complex proces is met vaak een grote impact op terugbetaling of toegang tot zorg, is een professionele taalondersteuner aanbevolen (Franzen, van den Berg, & Papma, 2021). Een professional geeft de cliënt meer ruimte om over gevoelige onderwerpen te spreken. Bij tolkende familieleden gebeurt het wel eens dat cliënten zich minder vrij voelen om bepaalde zaken bespreekbaar te maken. Bovendien kan het gebeuren dat informele taalondersteuners bepaalde informatie weglaten uit schaamte of bezorgdheid over de cliënt. De realiteit is echter dat er soms geen budget is voor een professionele taalondersteuner of dat de tolkdienst geen tolk kan voorzien. Enkel dan kan een lid uit de gemeenschap, een vriend of familielid toch overwogen worden als tolk. Nog meer dan bij professionele tolken, zal het dan van belang zijn om uitleg te geven over het doel en de werkwijze van het onderzoek en wat van de taalondersteuner verwacht wordt. Echter wordt er in geen geval een kind gevraagd om te tolken, aangezien er dan een risico op parentificatie kan ontstaan.

Verder kan Google translate met zijn spreekfunctie in uitzonderlijke nood te hulp schieten tijdens gesprekken. Samen zoeken is samen mens zijn en werkt verbindend. Vanwege het risico op foutieve vertalingen en de beperkte controle die je als diagnosticus nog hebt, zijn vertaalapps allesbehalve aangewezen tijdens meer specifieke momenten van het onderzoek, zoals bij een intelligentietest.

Met taalondersteuning werken, vraagt extra inzet omdat het niet altijd evident is om met meerdere partijen een afspraak vast te leggen. Soms wordt er pas een dag voordien bevestigd of een taalondersteuner beschikbaar is. Dit hangt ook samen met het beperkte aanbod van taalondersteuners door politieke keuzes. Het [cahier¹⁴](#) van CuSeHa gaat dieper in op de drempels bij het werken met taalondersteuning en geeft praktijkgerichte adviezen over het gebruik ervan.

Voorafgaand aan elk onderzoeksmoment dient de diagnosticus de taalondersteuner te informeren over het belang van een zo letterlijk mogelijke vertaling, instructies niet ongevraagd te herhalen en niet te helpen gedurende het onderzoek. Helemaal letterlijk vertalen is vaak geen optie. Wel kan de diagnosticus duidelijk maken aan de taalondersteuner dat hij geïnteresseerd is in het taalgebruik en de communicatieve vaardigheden van de cliënt en waarom deze informatie belangrijk is. Bovendien kan het zinvol zijn om na het onderzoeksmoment de taalondersteuner kort nog even te bevragen over zijn indruk van de cliënt. Bij vertalingen zit er immers een enorme ruis op de communicatie en gaat veel informatie verloren, die de taalondersteuner wel kan opnemen doordat ze dezelfde taal spreken. Mogelijks hebben de taalondersteuner en de cliënt ook een gelijkaardige culturele achtergrond maar

¹⁴ <https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>

dit is niet altijd het geval. Taalondersteuners hebben natuurlijk een eigen culturele identiteit die niet altijd in overeenstemming is met deze van de cliënt. We verkiezen, indien mogelijk, intercultureel bemiddelaars boven sociaal tolken omdat ze deze voor- en nagesprekken als deel van hun takenpakket zien en de cliënt met diagnosticus proberen te verbinden via culturele duiding.

Consecutief tolken, waarbij de tolk vertaalt wanneer de ander is uitgesproken, in tegenstelling tot simultaan tolken, vraagt meer tijd dan rechtstreekse communicatie. Taalondersteuners tolken consecutief. De diagnosticus is dus genoodzaakt meer tijd te voorzien dan wanneer hij zonder taalondersteuner zou werken. Ook houdt de diagnosticus er best rekening mee om zijn boodschappen zo kort en doelgericht mogelijk te houden (Franzen, van den Berg, & Papma, 2021). Op die manier gaat er minder informatie verloren en krijgt de diagnosticus meer controle over het gesprek. Tot slot kan het bij psychologisch onderzoek zinvol zijn om de taalondersteuner de instructies rechtstreeks te laten aflezen uit de handleiding, om zo gestandaardiseerd mogelijk te werken.

4.4 Structuur CuSeHa traject

Binnen CuSeHa hebben we een vaste structuur uitgewerkt waarin het diagnostisch proces doorlopen wordt. Zo gaan onze cliënten van start met een kennismakingsgesprek. Daarna volgt er een cultureel interview en een auto-anamnese. Vervolgens wordt de zelfredzaamheid in kaart gebracht. Indien mogelijk, wordt er nadien een hetero-anamnese en/of ontwikkelingsanamnese afgenomen met een familielid, jeugdviend of begeleider. Hierna volgen er twee testmomenten, waarbij er psychodiagnostisch materiaal wordt afgenomen. Nadat we de tot dan toe verkregen informatie, resultaten en interpretaties hiervan hebben verzameld in het eindverslag, wordt er een medisch onderzoek bij een huisarts, neuroloog of psychiater ingepland. Nadien vindt er een multidisciplinair overleg plaats, waarin er wordt samen gezeten met de maatschappelijk werker, psycholoog en de arts of psychiater om de casus door te spreken en een gezamenlijke beslissing te nemen in het al dan niet weerhouden van een diagnose. Tot slot wordt er een eindgesprek gevoerd met de cliënt en zijn begeleider(s) of familielid, indien hij hun aanwezigheid bij het gesprek goedkeurt.

De volgorde van deze structuur is niet zonder reden tot stand gekomen. Informatie uit het cultureel interview kan bijdragen tot een adequatere afname van de anamnese. Zo hebben we een beter beeld over de achtergrond, normen en waarden van de cliënt en leren we de cliënt beter kennen. Bovendien kan er tijdens de anamneses meer ruimte gemaakt worden voor de ontwikkeling en belangrijke gebeurtenissen/ervaringen doorheen het leven van de cliënt. Al deze informatie draagt op zijn beurt bij aan een correcte inschatting van de bruikbaarheid van reguliere onderzoeksmethodieken. Ten slotte wordt er verkozen om na de onderzoeksmomenten het voorlopig verslag te delen met de arts voor het medisch/psychiatrisch onderzoek. De tot dan toe bekomen informatie en onderzoeksresultaten maakt het mogelijk dat de arts bepaalde elementen kan uitdiepen. Anderzijds beseffen we dat het vooraf doornemen van het verslag kans geeft op verschillende vormen van bias. Kortom, we passen een trapsgewijze werking toe.

In de volgende hoofdstukken wordt elk onderdeel van het CuSeHa-traject verder toegelicht en uitvoerig besproken. Ook worden er tools en hulpmiddelen aangereikt, om in elk onderdeel van het onderzoek vanuit een diverssensitief perspectief te werken.

5 Aanmelding en kennismaking

Het CuSeHa-traject van cliënten start bij de aanmelding. Dit gebeurt via ons aanmeldingsformulier en meestal door een begeleider. In dit formulier worden enkele gegevens, de reden van aanmelding en nood aan taalondersteuning beschreven. Nadien wordt er een kennismakingsgesprek ingepland met de cliënt en aanmelder. Tijdens dit gesprek wordt het verder verloop van het CuSeHa-traject

toegelicht. Verder worden persoonlijke gegevens, de huidige woon- en familiale situatie, scholing, taalvaardigheid, etc. besproken. Ook wordt er bevraagd wat de noden zijn van de cliënt en zijn verwachtingen van het traject. Dit is voor velen een eerste aanraking met diagnostiek en/of psychologische hulpverlening, waardoor dit onwennig of niet vertrouwd kan aanvoelen.

5.1 Uitsluiting, vertrouwen en taboe

Racisme is helaas nog steeds aanwezig in onze maatschappij en uit zich in verschillende vormen van **uitsluiting**. Cliënten met een diverse achtergrond komen hier op verschillende plekken mee in aanraking. Bijvoorbeeld in de structurele beperking van taalondersteuners, in discriminatie op de huurmarkt, etc. Ze worden nog te vaak als ‘anders’ benaderd. Ook voor subtiele vormen van racisme ontwikkelen ze sterke voelsprietten. Complimenten over hun Nederlands duwen hen bijvoorbeeld keer op keer in de positie van ‘de andere’. Ervaringen van racisme en uitsluiting in de zorg creëren wantrouwen en zorgen ervoor dat deze cliënten zich gemakkelijker distantiëren van de hulpverlening. Dat hulpverleners bepaalde woorden in de mond nemen, die voor sommige cliënten taboe zijn, kan dit wantrouwen versterken. Denk aan woorden zoals handicap, (verstandelijke) beperking, autisme, etc. Een kennismakingsgesprek kan helpen om een vertrouwensrelatie met de cliënt op te bouwen voor de start van het diagnostisch proces. Er wordt steeds rekening gehouden met het traject dat de cliënt reeds heeft afgelegd om voldoende vertrouwen en bereidheid op te bouwen om te kunnen starten met een diagnostisch proces. Tot slot is een rode draad doorheen onze trajecten dat we bij de ontvangst steeds een vijftal minuten voorzien om de cliënt drank aan te bieden en te horen hoe hij erbij zit. Meestal helpt dit om het gesprek open te trekken en van daaruit verder te gaan. Uiteraard is zo’n informele babbel niet bij alle cliënten welkom. We verwijzen graag naar het [cahier¹⁵](#) van CuSeHa voor meer informatie hierover.

Aanmeldingen bij onze dienst gebeurden veelal door **bestaande ondersteuningsnetwerken**. Vaak hebben deze hulpverleners reeds een vertrouwensrelatie met de cliënt opgebouwd. We proberen verder te bouwen op die vertrouwensrelatie. Concreet uit dit zich in het uitnodigen van de begeleider voor het kennismakingsgesprek met de cliënt. Net zoals organisaties vaak meer vertrouwen krijgen van cliënten door de aanwezigheid van een intercultureel bemiddelaar, voelen we dat de hulpverlener houvast kan bieden aan de cliënt. Ook merken we dat ze de drempel verlagen om te spreken en ons soms kunnen bijstaan in het formuleren van zaken, zodat het duidelijk is voor de cliënt. Anderzijds ervaren we ook grenzen bij deze manier van werken. Er mag geen front van hulpverleners ontstaan. Dit kan een negatieve impact hebben. Deze uit zich in het feit dat de cliënt zich in het nauw gedreven kan voelen door aanwezigheid van multiple hulpverleners en taalondersteuners. Deze sterke aanwezigheid kan het gesprek tussen cliënt en begeleiders beïnvloeden. Een voorbeeld hiervan is wanneer een begeleider de cliënt niet de kans geeft om zijn eigen verhaal te vertellen, maar zijn eigen observaties over de cliënt deelt. Dit kan de perceptie vertekenen.

Zeker bij de opstart van een diagnostisch traject voelen we geen meerwaarde om al in diagnostische termen te spreken. We merken dat er bij onwennige cliënten eerst een solide vertrouwensrelatie nodig is, vooraleer er termen in de **taboesfeer**, zoals bijvoorbeeld ‘handicap’ en ‘beperking’, benoemd kunnen worden. Bij de opstart beperken we ons tot een concrete beschrijving van wat we doen en waarom. We beperken ons op dat moment louter op het diagnostisch proces op zich en de praktische kant ervan. Op die manier hoeft het nog niet meteen over de cliënt zelf te gaan. Zo voelt de uitleg voor sommige cliënten veiliger aan. Echter dient er rekening mee gehouden te worden dat dit taboe niet bij alle cliënten aanwezig is. Het is dus een persoonlijk verhaal. Steeds uitgaan van taboe wanneer er een migratieachtergrond speelt, is overculturaliseren en werkt stigmatiserend. Daarom is het belangrijk

¹⁵ <https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>

om bij elke cliënt te evalueren welke spreekruimte er is voor diagnoses en 'handicap'. Dit gesprek dient met een nodige voorzichtigheid geopend te worden.

5.2 Differentiaaldiagnostische overwegingen

Cliënten die een bewogen leven achter de rug hebben, dragen vaak een sterk gevulde rugzak met zich mee. Denk maar aan traumatische ervaringen, ongevallen, armoede, etc. Deze complexiteit maakt het vaak moeilijk om bepaalde symptomen terug te brengen naar één oorzaak. Vaak zijn er meerdere zaken die een samenspel vormen en die elkaar onderling mogelijks versterken. Ook kan er sprake zijn van een overlap van symptomen bij verschillende diagnoses. Daarom is het belangrijk om differentiaal diagnostisch te werken.

Doorheen het traject merken we dat er dat bij vragen rond verstandelijke beperking of autisme ook bedenkingen zijn rond een hersenletsel of psychiatrische problemen. Vanwege een taalbarrière heeft het ondersteuningsnetwerk soms minder informatie het verleden van de cliënt. Bij een diagnostisch onderzoek is het daarom aangeraden om antecedenten in kaart te brengen. Dit kan bijdragen aan differentiaal diagnostisch werken. Zo is het bijvoorbeeld een meerwaarde om contact op te nemen met de huisarts van een cliënt. Met toestemming van de cliënt kan een huisarts ons vaak wegwijs maken in het eerdere zorgtraject. Om te voorkomen dat het vragen van toestemming wantrouwen oproept bij de cliënt, is het belangrijk om deze vraag voldoende te kaderen. Daarnaast ontbreekt er vaak informatie van de hulpverleningsgeschiedenis uit het land van herkomst. Informatie vanuit het bestaande netwerk, bij voorkeur informaten die bij de cliënt waren in het land van herkomst, zijn een grote meerwaarde. Bij aanvang van het diagnostisch traject proberen we zicht te krijgen op het medisch en psychiatrisch verleden van de cliënt. Aandachtspunten hierbij zijn: een ongeval, een (psychiatrische) ziekenhuisopname, andere betrokken hulpverleners die betrokken zijn of waren, een diagnostisch onderzoek in het verleden, motorische moeilijkheden, etc. In de anamnestiche gesprekken kan hier verder op worden ingegaan.

5.3 Abstractie en referentiekader van diagnostiek

Diagnostiek is weinig concreet. Er worden vaak complexe uitspraken gedaan over zaken zoals intelligentie, aandacht of werkgeheugen. Bovendien is psychodiagnostiek gestoeld op een westers mensbeeld. Hierbij kan het functioneren van een persoon in verschillende vaardigheden worden opgesplitst en kunnen vaardigheden gelinkt worden aan specifieke hersenfuncties. Dit mensbeeld ontspruit aan een individualistische kijk op de wereld, waarbij eigenheid en controle centraal staan. Een illustratie van de verregaande impact hiervan is het onderzoek van Chua, Boland en Nisbett (2005). Dit onderzoek toont aan dat collectivistische culturen een meer holistische denkstijl aanhangen, waarbij ze bijvoorbeeld meer naar de context op een prent kijken. Terwijl individualistische culturen eerder een analytische denkstijl hanteren, waarbij ze bijvoorbeeld meer naar het onderwerp op een prent kijken.

Omdat een diagnostisch proces als iets abstract kan overkomen, proberen we dit op verschillende manieren te verduidelijken voor cliënten.

Zo wordt er de tijd genomen om alle stappen te kaderen a.d.h.v. het [visuele afspraken overzicht](#). Ook wordt er doorheen de verschillende onderzoeksmomenten steeds nagevraagd hoe het gesprek aanvoelt voor de cliënt. Verder wordt er tijd gemaakt om te duiden waarom er welke vragen gesteld worden, aangezien dit soms overweldigend kan overkomen. Hierbij is het helpend om concrete voorbeelden te geven. Dit kan cliënten helpen om de meerwaarde van vragen te begrijpen. Bovendien geeft het een beter beeld van welke antwoorden verwacht worden.

Daarnaast kan het helpen om eens een voorbeeldopgave te tonen of de blokjes die gebruikt worden bij de subtest blokpatronen uit WAIS-IV-NL. Om de cliënt kennis te laten maken met het psychodiagnostisch materiaal, kan er tijdens een eerste gesprek een Raven's-2 afgenomen worden. Hierbij baseren we ons op Nkaya, Huteau, en Bonnet (1994) die aantonen dat een tweede Raven's-2-afname bij analfabeten een betere voorspeller is voor latere prestaties, dan de eerste testafname. Vertrouwdheid met het testgebeuren speelt hierbij een grote rol. Ook is de testafname voor diagnostici een eerste observatie van hoe de cliënt omgaat met dergelijke opdrachten en hoe hij hierop scoort. Hoewel de Raven's-2 slechts een schatting maakt van vloeiende intelligentie, is het dankbaar om de resultaten op een later moment te kunnen vergelijken met de resultaten van subtesten uit de WAIS-IV-NL of SON-r-6-40, die ook vloeiende intelligentie meten.

5.4 Meerwaarde op korte termijn

In België heeft diagnostiek, vanwege de structurele opbouw van de sector voor personen met een handicap, 'het voordeel' dat het een toegangsticket kan zijn tot geschikte zorg. Diagnostiek kan na een erkenning van de handicap uitzicht bieden op een persoonsvolgend budget, evenwel zonder garantie. Bovendien zijn er lange wachtlijsten. Niet iedereen heeft evenveel boodschap aan voordelen op lange termijn waarover er geen garantie bestaat. Wanneer iemand het dagelijkse leven moeilijk georganiseerd krijgt, telt enkel het hier-en-nu. De meerwaarde van diagnostiek op korte termijn moet ook duidelijk zijn voor de cliënt. Die meerwaarde zit bijvoorbeeld in zelfinzicht, inzicht bij het netwerk, het creëren van een gemeenschappelijke taal om te spreken over de moeilijkheden van de cliënt en perspectieven op afstemming van bestaande begeleiding en ondersteuning.

Hierbij is het belangrijk om over gezamenlijke doelstellingen en verwachtingen te spreken met cliënten en hier transparant over te zijn. Tegelijk merken we dat deze verwachtingen geregeld afgebakend dienen te worden. Niet alle cliënten zijn even vertrouwd met de grenzen van elke dienst in de zorgsector. Vaak hopen ze ook praktische hulp of blijvende begeleiding te krijgen van diagnostici. In dit geval helpt het om alle betrokken hulpverlening en hun aanbod duidelijk te schetsen. Zodat het voor cliënten duidelijk wordt waar ze met welke vragen terecht kunnen. Op die manier kunnen heldere verwachtingen en doelstellingen teleurstelling voorkomen en kan het een bron van motivatie worden voor de cliënt.

5.5 Taal en laaggeletterdheid

Cliënten spreken soms verschillende talen. Aan welke taal ze de voorkeur geven, kan afhangen van de setting. Sommige talen kunnen als prestigieuzer worden ervaren, waardoor cliënten graag deze taal spreken, ook al zouden ze een andere taal vlotter spreken. Het wordt extra uitdagend voor cliënten om in een andere taal dan de moedertaal in gesprek te gaan over niet vertrouwde thema's. Niet alle cliënten hebben evenveel opleiding genoten in hun leven. Sommige cliënten zijn laaggeletterd of hebben beperkte gezondheidsvaardigheden. Thema's die voor hulpverleners vanzelfsprekend zijn, kunnen voor hen vaak moeilijk te volgen zijn. Hierdoor kunnen ze de zorg die ze verkrijgen als 'minder goed' ervaren. Doordat cliënten zich niet altijd even betrokken voelen in hun zorgtraject en soms niet goed begrijpen wat er gebeurt, hebben ze geregeld geen overzicht over hun reeds gevolgde zorgtraject.

In het kader van het diagnostisch onderzoek is het belangrijk om een zicht te krijgen op het functioneren en de taalvaardigheid van cliënten in hun moeder- of voorkeurstaal. Op die manier kunnen mogelijke vertekeningen tijdens testonderzoek vermeden worden. Dit proberen we na te gaan aan de hand van de taalondersteuner of intercultureel bemiddelaar. Zo vragen we na op welk niveau de cliënt de taal beheerst op mondeling en schriftelijk vlak. Tevens is het belangrijk om diens penvaardigheid in rekening te brengen, daar dit ook een invloed kan hebben op de resultaten. Dit kan

men nagaan door de cliënt te observeren terwijl er gevraagd wordt om iets op te schrijven. Ten slotte kan er gebruik gemaakt worden van de terugvraagmethode van Pharos om na te gaan of een cliënt begrepen heeft wat er verteld wordt: “Ik zou graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Kan je me daarom eens vertellen wat ik heb gezegd?”. Deze methode helpt om een controlerende insteek te vermijden.

6 Cultureel interview

Door middel van het cultureel interview proberen we een beeld te vormen van de cliënt zijn communicatiestijl, achtergrond, acculturatie en verschillende lagen van zijn identiteit. Hiervoor baseren we ons op het [Cultural Formulation Interview](#)¹⁶ en het [Culturele Interview](#)¹⁷. Dit biedt namelijk een houvast voor belangrijke thema's die aan bod dienen te komen. Hieronder wordt dit verder toegelicht.



6.1 Communicatiestijl

Er zijn verscheidene manieren waarop bevolkingsgroepen verschillen in hun communicatiestijl (Fuji, 2018). Zo verschillen ze in hun perceptie van wanneer er wel of niet gesproken kan worden, wat er wel of niet besproken kan worden, in hoe direct dit gebeurt, hun sociale wenselijkheid, in hun tempo en amplitude, etc. Communicatiestijlen beïnvloeden de manier waarop personen hun lijdensdruk en symptomen naar buiten brengen. Bovendien bemoeilijken incongruente communicatiestijlen tussen diagnosticus en cliënt het comfort van de cliënt bij de testsituatie. Waardoor testresultaten minder representatief kunnen zijn.

Als hulpmiddel bij het communiceren maken we gebruik van pictogrammen en [Gespreksflap](#), die gebaseerd zijn op de gespreksflappen van Dienst Ondersteuningsplan. Zo'n flap kan een visuele voorstelling bieden van de relevante thema's tijdens het gesprek. Uiteraard bieden gespreksflappen geen pasklare oplossing om de communicatieverschillen tussen cliënt en hulpverlener te overbruggen. Bij sommige bevolkingsgroepen is het simpelweg niet gebruikelijk om over problemen te praten. In dat geval is het belangrijk om alert te blijven bij wat er gebeurt tijdens gesprekken en dit te benoemen. Op die manier kan er een nieuw gesprek geopend worden en helpen de verschillen om tot een gezamenlijk gesprek te komen. Verder wordt er beroep gedaan op interculturele bemiddelaars om de taal- en cultuurbarrière te overbruggen. De culturele duiding die ze kunnen geven, werkt verenigend. Ze kunnen moeilijkheden niet alleen duiden, het helpt ook om manieren te vinden om bepaalde thema's aan te kaarten.

6.2 Acculturatie

Zoals ook het ECLECTIC framework van Fuji (2018) meegeeft, kan de manier waarop onderzoeksmomenten bij een diagnostisch onderzoek worden ingekleed erg wantrouwig opwekken bij een cliënt. Voor sommige cliënten is het bijvoorbeeld niet wenselijk om in een afgezonderde ruimte te zitten met een onbekende of een onbekende van het andere geslacht. Niet alle cliënten voelen zich even vertrouwd bij alle elementen uit de cultuur van het gastland. De acculturatie of hoe goed de cliënt

¹⁶ https://www.dsm-5.nl/actueel/209-363_Cultural-Formulation-Interview/

¹⁷ <https://www.pharos.nl/kennisbank/het-culturele-interview-in-het-kort/>

elementen uit de cultuur van het herkomstland integreert met elementen uit de cultuur van het gastland in zijn dagelijks leven, is bepalend voor zijn prestaties op diagnostisch materiaal.

Vooraleer een psychologisch onderzoek wordt opgestart, dient men de acculturatiegraad van de cliënt in kaart te brengen. Dit bepaalt in welke mate onze westerse methodieken bruikbaar zijn bij de cliënt. Hoe groter de acculturatie van een cliënt, hoe meer hij aansluit bij de normgroep en het referentiekader van de test. Dus hoe groter de acculturatie, hoe meer kwantificatie mogelijk is. Taal is vaak al een belangrijke parameter van die acculturatie. Om de kennis van het Nederlandse bij de cliënt in te schatten kunnen de Boston benoemtaak of de Peabody Picture Vocabulary Test een hulp zijn. Dit geeft ook meteen een inschatting van een aspect van de gekristalliseerde intelligentie (Gc, zie psychologisch onderzoek). Daarnaast kan de inschatting van het taalniveau eenvoudig nagegaan worden op basis van gesprekken met de cliënt.

Om de acculturatie nog verder in kaart te brengen, laten we ons inspireren door de [Gentse acculturatieschaal](#)¹⁸. Zo is het interessant om te weten welke (eet)gewoonten de cliënt heeft, in welke winkels hij komt, wat hij kijkt op televisie, welke actualiteit hij volgt, wie zijn vrienden zijn, welke feestdagen hij viert, welk bezoek er bij hem thuis komt, etc. Naast de acculturatie is ook het niveau van opleiding belangrijk om mee te nemen in de keuze voor onderzoeksmethodieken. Personen die opgroeiden in een nomadengemeenschap en geen formele scholing kregen, zullen anders omgaan met de opdracht om te puzzelen of om iets op tijd te doen, dan cliënten met een diploma.

6.3 Handelingsverlegenheid

Wanneer we niet vertrouwd zijn met een bepaald gegeven, kan dit verlamdend werken omdat we vrezen iets fout te doen. Daarom kan het gebeuren dat ervoor gekozen wordt om het onderwerp niet aan te kaarten, dit lijkt een veilige optie. Zo gebeurt het dat professionals de migratieachtergrond van cliënten niet bespreekbaar durven maken, omdat ze denken niet over de vereiste culturele kennis te beschikken om correct te handelen. Op die manier wordt echter voor de cliënt ingevuld wat wel en niet relevant is. Om dit te vermijden kunnen het [Cultural Formulation Interview](#)¹⁹ en het [Culturele Interview](#)²⁰ een hulp bieden. Aan de hand van deze interviews worden niet enkel reguliere thema's, zoals school, werk, vrije tijd, sociale context, etc., besproken met de cliënt. Zo komen er ook thema's aan bod rond (culturele) identiteit, geloof, acculturatie, taal en de migratiegeschiedenis van de cliënt. Een overzicht van belangrijke thema's en bijhorende vragen, kan helpen om de drempel van handelingsverlegenheid te overwinnen. De interviews hebben oog voor een differentiatie in identiteit en verklaringmodellen. Bijkomend biedt de aanwezigheid van een intercultureel bemiddelaar de veiligheid dat er in gesprekken rond betekenisgeving bijgestuurd kan worden indien nodig.

Culturele gebruiken sturen het gedrag van mensen. Als witte hulpverlener is de betekenisgeving achter een bepaald gedrag niet steeds duidelijk. Daarom is het belangrijk te durven bevragen waarom cliënten bepaald gedrag stellen. Sommige cliënten maken bijvoorbeeld geen oogcontact uit respect voor de ander. In dat geval hoeft het gebrek aan oogcontact geen argument voor ASS te zijn. Ook het [cahier](#)²¹ gaat dieper in op handelingsverlegenheid.

6.4 Ziektebeleving

Hoe iemand ziekte en gezondheid beleeft en verklaart, hangt samen met zijn of haar referentiekader. Dit referentiekader wordt gevormd en bepaald door karakter, cultuur, gender, geloof en omgeving. In

¹⁸ <https://www.ugent.be/pp/nl/diensten/rso/assessmentlab/gacs>

¹⁹ https://www.dsm-5.nl/actueel/209-363_Cultural-Formulation-Interview/

²⁰ <https://www.pharos.nl/kennisbank/het-culturele-interview-in-het-kort/>

²¹ <https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>

de westerse wereld wordt doorgaans een biomedisch verklaringmodel gehanteerd. In dit model wordt de oorzaak van ziekten toegewezen aan organismen die van buitenaf komen. In andere culturen zijn er ook niet biomedische verklaringmodellen (Foster, 1976). In Oosterse achtergronden bestaan naturalistische verklaringmodellen waarbij de ziekte wordt gezien als onpersoonlijk en systematisch. Zij schrijven hun gezondheidstoestand toe aan de balans van de vijf elementen (vuur, hout, water, aarde, metaal), die deel uitmaken van een persoon. De voornaamste ziekte theorieën worden dan ook toegeschreven aan het uit balans zijn van deze elementen. Daarnaast bestaan er ook personalistische verklaringmodellen die we vinden in Hinduïstische, Marokkaanse, Turkse en Creoolse achtergronden. Bij deze verklaringmodellen wordt de oorzaak van de ziekte gezien als een doelgerichte *agent*. Deze *agent* kan een menselijke (heks, tovenaer), niet-menselijke (geest, voorouders) of bovennatuurlijke (krachten, god) vorm aannemen. Zo wordt bijvoorbeeld psychiatrische toestandsbeelden gelinkt aan bezetenheid van een Djinn (geest).

Er kunnen verschillende verklaringmodellen naast elkaar bestaan voor één ziekte theorie. De verklaringmodellen hoeven elkaar niet uit te sluiten. Soms wordt er meer gewicht gehangen aan één van de verklaringmodellen, zo wordt door mensen met een Marokkaanse achtergrond bijvoorbeeld sneller gebruik gemaakt van een personalistisch verklaringmodel als de ziekte/aandoening onverwacht, intensief of langdurig van aard is. Naast de ziekte theorie van de cliënt is het ook belangrijk om de ziekte theorie van diens omgeving in kaart te brengen. Zo hadden wij een cliënt waarbij de familie de problematiek toeschreef aan bezetenheid. De cliënt is enkele malen bij een exorcist geweest om de geest te verdrijven. Voor deze cliënt bestond dit verklaringmodel naast het biomedisch verklaringmodel.

7 Zelfredzaamheid

De zelfredzaamheid van cliënten wordt in kaart gebracht tijdens het traject. Bij voorkeur wordt dit gesprek bij cliënten thuis gevoerd en indien mogelijk met een informant. Op die manier kan men een vollediger beeld bekomen van de zelfredzaamheid. Enerzijds is het een handige manier om een deel van de noden van cliënten te bundelen op conceptueel (taal, leesvaardigheid, schrijven, begrip van geld, tijd en getallen), praktisch (zelfzorg, huishoudelijke taken, werken, gezondheidszorg, mobiliteit, geldbeheer, etc.) en sociaal (interpersoonlijke relaties, sociale vaardigheden, sociale regels, etc.) vlak. Anderzijds kunnen moeilijkheden met zelfredzaamheid een indicatie zijn voor cognitieve problemen.

Werken met een vragenlijst of interview kan helpen om een goed beeld te krijgen van de zelfredzaamheid van de cliënt. Het is belangrijk dat de vragen duidelijk zijn en dat de cliënt zich niet overweldigd voelt door het aantal vragen. Afhankelijk van de aandachtspanne van de cliënt dient het aantal gestelde vragen verminderd te worden om de cliënt niet te overbevragen. Vragen over onderwerpen die naar voren kwamen in het Culturele Interview, zoals bijvoorbeeld de rol van vrouwen en mannen in de samenleving, hoeven niet per se herhaald te worden. Zo kan informatie uit de culturele achtergrond bepaalde onderzoeksvragen of thema's irrelevant maken. Om te voorkomen dat de cliënt zich overweldigd voelt door de hoeveelheid vragen, kan het raadzaam zijn om de vragenlijst vooraf en voor het gesprek naar de cliënt en/of zijn begeleider of informant te sturen. Op deze manier kunnen de cliënt en netwerk dit op hun eigen tempo invullen. Let hierbij op dat de cliënt en begeleider hierdoor overweldigd kunnen worden, schat in of dit binnen hun mogelijkheden ligt.

7.1 Visuele ondersteuning

Om de zelfredzaamheid van een cliënt te bespreken, kan er gebruik gemaakt worden van een gespreksflap. Dit kan een visuele voorstelling bieden van relevante thema's in het gesprek. Zo kan de zelfredzaamheid van een cliënt besproken worden aan de hand van een afbeelding van een huis.

Tijdens het gesprek worden alle kamers in het huis overlopen en wordt er telkens stilgestaan bij de bijhorende taken. Op die manier wordt er nagegaan welke taken vlot verlopen en bij welke taken de cliënt moeilijkheden ervaart. Hierbij is het belangrijk om voldoende door te vragen, zodat het duidelijk wordt waarom bepaalde zaken makkelijk of moeilijk verlopen en op welke manier dit tot uiting komt. Zoals eerder vermeld, kan dit belangrijke informatie en een meerwaarde bieden op het vlak van iemands adaptieve en cognitieve functies.

7.2 Bevraging op maat

Men dient aandachtig te blijven zodat bepaalde thema's geen eigen invulling krijgen vanwege de leerervaringen van cliënten en hun naasten. Dit geldt bijvoorbeeld voor de verwachtingen die ouders stellen tegenover hun kinderen doorheen verschillende leeftijdsfasen. Dit betekent dat verschillende bevolkingsgroepen andere verwachtingen hebben bij het behalen van ontwikkelingsmijlpalen doorheen de verschillende leeftijdsfasen. Ook op vlak van huishoudelijke taken kan dit verschillen tussen bevolkingsgroepen. Daarom is het belangrijk om na te gaan waarom iets moeizaam verloopt. Hierdoor kan er een verschil zijn in relevantie van bepaalde onderwerpen tussen hulpverlener en cliënt. Een cliënt die oorspronkelijk uit een crisisgebied komt zal andere prioriteiten hebben dan wat er gevraagd wordt. Zo kan bijvoorbeeld een vraag rond het gebruik van keukengerei minder relevant zijn. Vragen die relevanter lijken voor hen zijn bijvoorbeeld: waar haal ik het eten voor de volgende dag voor mijn familie? Zal er genoeg hout zijn om te koken? Wanneer er dan wordt stilgestaan bij het gebruik van keukengerei is dit minder relevant voor de cliënt en kunnen vragen hierrond als onwettig beschouwd worden. Bij het gebruik van vraaglijsten om adaptief gedrag in kaart te brengen, kan de westerse maatstaf dus verschillen van de maatstaf waarmee de cliënt is opgegroeid.

Daartegenover komt er soms informatie naar boven waardoor er bepaalde vragen die op het eerste zicht irrelevant lijken later toch nog van belang zijn. Er zijn bijvoorbeeld vragen die meer gendergerelateerd zijn en die je niet zou willen stellen aan een man of vrouw met een andere achtergrond, omdat deze vragen verwijzen naar activiteiten die alleen vrouwen of mannen doen in een andere cultuur. Het stellen van deze vragen kan in een andere cultuur als vreemd worden ervaren.

Bovendien kunnen onderwerpen die voor ons belangrijk zijn om over te praten een taboe zijn in een andere cultuur. Terwijl wij bijvoorbeeld geleerd hebben om openlijk te praten over gezondheidskwesties zoals fysieke en psychologische problemen en symptomen, worden deze in een andere cultuur misschien niet benoemd of zijn zelfs taboe. Terwijl een arts of hulpverlener in ons land een patiënt/cliënt bijvoorbeeld zou vragen naar spijsverteringsproblemen, zou deze vraag niet noodzakelijk worden beantwoord door iemand die uit het Midden-Oosten komt. De reden hiervoor kan zijn dat het geen gewoonte is om openlijk over problemen of symptomen te praten in het land van herkomst van de cliënt. In dit opzicht is het belangrijk om cultureel- en gendersensitief te zijn bij het stellen van vragen en het selecteren van de vragen. Vragenlijst rond adaptief gedrag zijn vaak zeer gedetailleerd. De opbouw van deze vragen volgens diverse thema's (communicatie, sociaal netwerk, enz.) kan als onlogisch ervaren worden door de cliënt aangezien de samenhang van thema's kan verschillen tussen culturen.

8 Anamnese

Een uitgebreide anamnese is noodzakelijk om alle facetten van iemands leven in kaart te brengen en een volledig beeld te krijgen van iemands identiteit. Tijdens de anamnese gaat men in gesprek met de cliënt, of met iemand die nauw betrokken is met de cliënt.

8.1 Auto-anamnese

Tijdens de auto-anamnese gaat de diagnosticus in gesprek met de cliënt en wordt er getracht de hele levenslijn in kaart te brengen. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van een A3-blad waarop we een tijdslijn tekenen vanaf de cliënt zijn geboorte tot op heden. Hierop kunnen belangrijke gebeurtenissen aangeduid worden. Ook wordt er geprobeerd om met pictogrammen te werken, omdat dit verhelderend kan zijn bij taalbarrières. Echter wordt dit niet bij alle cliënten goed onthaald. Sommigen vinden het overbodig om zaken op te schrijven op de tijdslijn of vinden de pictogrammen kinderachtig of verwarrend tijdens het gesprek. Het is dus belangrijk om je als diagnosticus af te stemmen op de cliënt die voor je zit. Zo kan er een gezamenlijke taal en werkwijze ontstaan. Bovendien vinden deze gesprekken bij voorkeur plaats in de moedertaal van cliënten. Zo kunnen cliënten zich op de best mogelijke manier uitdrukken en wordt er meer verteld over hun gevoelens en eigen leefwereld.

8.2 Hetero-anamnese

Bij een hetero-anamnese wordt er informatie verzamelt over de cliënt via een familielid, vriend, hulpverlener of iemand anders die nauw betrokken is. Idealiter wordt de informant uitgenodigd voor een gesprek met de cliënt. Echter is betrokkenheid van het netwerk vaak geen evidentie bij mensen met een migratieachtergrond. Soms migreren mensen alleen naar België, waardoor ze hier niet omringd zijn door familie. Daarom is het geregeld een uitdaging om familieleden te betrekken bij het traject en vraagt dit de nodige flexibiliteit. Soms kunnen familieleden of andere informanten telefonisch of digitaal bereikt worden om hen te betrekken bij het onderzoek. Echter beschikt niet iedereen over de technologie om dit mogelijk te maken. Bovendien kan het taboe rond handicap familieleden afschrikken om mee te werken aan het traject. In dat geval kan er voorgesteld worden om het diagnostisch onderzoek te kaderen naar de context van de cliënt. Hierbij dient men de cliënt te volgen in wat hij wenst en hoe haalbaar hij dit acht.

Tijdens de auto-anamnese wordt er reeds een genogram opgesteld met de cliënt. Op die manier wordt er een duidelijk beeld geschetst van de familie van de cliënt. Omdat het binnen sommige bevolkingsgroepen voorkomt dat huwelijkspartners ook bloedverwanten zijn, is het interessant om de familiale relatie tussen de ouders van de cliënt te bevragen. Bloedverwantschap tussen ouders verhoogt immers het risico op ontwikkelingsstoornissen bij kinderen. Daarnaast kan het genogram een aanknopingspunt zijn om zicht te krijgen op broers en/of zussen en hoe deze verschillen in functioneren. Zo een genogram hoeft niet schriftelijk opgesteld te worden. Poppetjes kunnen tevens een handige manier zijn om het netwerk van de cliënt visueel te maken in de aard van de personen, de afstand tussen hen in, etc. Echter dit is niet bruikbaar bij alle cliënten. Sommigen vinden dit te kinderachtig. Bovendien kan het fysiek voorstellen van familieleden traumatische ervaringen oproepen.

Daarnaast is een ontwikkelingsanamnese aangeraden om een duidelijk zicht te krijgen op de vroege levensfasen van een cliënt. Hierbij zouden ouders of iemand die de opvoeding van de cliënt op zich heeft genomen, ideale informanten zijn. Omdat mensen zichzelf amper tot niets meer kan herinneren uit de eerste levensfasen. Hierdoor zou er veel belangrijke informatie niet tot bij de diagnostici kunnen terechtkomen. Tijdens dit gesprek wordt er informatie bevraagd vanaf de zwangerschap tot op heden. Er wordt vooral stilgestaan bij ontwikkelingsmijlpalen, zoals leren praten, stappen, zindelijkheid, slaappatronen, eetpatronen, spelen, contact met leeftijdsgenoten etc. Dit is belangrijke informatie, omdat complicaties tijdens de zwangerschap, bevalling of vroege ontwikkeling een symptoom kunnen zijn van ontwikkelingsstoornissen zoals ASS of een verstandelijke beperking.

9 Psychologisch onderzoek

Nadat er reeds veel informatie vergaard is aan de hand van gesprekken met de cliënt en diens context, is het tijd om psychodiagnostisch testmateriaal af te nemen. Afhankelijk van de hypothese(s) zal er meer of minder materiaal afgenomen worden. Binnen CuSeHa ligt de focus vooral bij intelligentie onderzoek en het in kaart brengen van de cognitieve vaardigheden, derhalve we ons beperken tot diagnostiek van verstandelijke beperkingen, Autisme Spectrum Stoornissen (ASS) en Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH). Na het afnemen van dit materiaal, wordt het gescoord en worden de resultaten geïnterpreteerd, rekening houdend met observaties en de eerder bekomen informatie over de cliënt.



9.1 Kwantitatief versus kwalitatief

Het ideaal van diagnostisch onderzoek wijkt af van de realiteit, nog meer bij personen met een migratieachtergrond. Omdat onderzoeksmaterialen vaak niet afgestemd zijn op de taal, leerachtergrond, communicatiestijlen en prestatienormen van niet-westerse groepen, is kwantificatie van hun functioneren via vragenlijsten of intelligentietesten vaak weinig representatief. Kwalitatieve interpretatie is daarom de norm.

Hoewel we bij onze doelgroep op veel beperkingen botsen bij het afnemen van onderzoeksmaterialen, proberen we het psychologisch onderzoek wel zo gestandaardiseerd mogelijk te laten verlopen waar mogelijk. Afwijkingen van de gestandaardiseerde praktijk worden steeds duidelijk in het eindverslag genoteerd en toegelicht.

De keuzes bij diagnostisch onderzoek kunnen vanuit verschillende perspectieven gemaakt worden. Vanuit wetenschappelijk perspectief is het wenselijk om zoveel mogelijk onderzoeksmaterialen af te nemen, terwijl het vanuit het perspectief van de cliënt vooral wenselijk is om niet te overbevragen en geen overmatige opdrachten voor te leggen. Echter hebben overheidsinstanties, zoals bijvoorbeeld het VAPH, vooral oog voor kwantificatie en inpassing hiervan binnen de vooropgestelde criteria. Het praktisch perspectief, dat men zich moet behelpen met een informele tolk of zelfs vertaalapp en de beschikbare tijd, speelt daarbovenop ook mee.

Omdat diagnostiek vaak een toegangsticket is tot de juiste zorg, zijn we verplicht om rekening te houden met de eisen die deze diensten stellen. Voor de erkenning van een verstandelijke beperking vraagt het VAPH niet enkel informatie over de ontwikkeling en een beeld van het adaptief gedrag, maar moeten er ook IQ-cijfers voorgelegd worden. Kortom is er een vereiste van kwantificatie om de cliënt een kans te geven op financiële ondersteuning en toegang tot zorg.

9.1.1 Triangulatie en het belang van observatie

Omdat observaties betrouwbaarder worden wanneer ze herhaaldelijk en in meerdere contexten terugkomen, is het belangrijk om meerdere bronnen te consulteren over een bepaald aspect van de cliënt. Dit heet triangulatie. Met triangulatie verminderen we de impact van de tekortkomingen van methodieken of ons klinisch oordeel.

Binnen CuSeHa krijgen we bij huisbezoeken een inkijk in het dagelijks leven van de cliënt. Hierdoor hebben we concrete aanknopingspunten om bepaalde vaardigheden te observeren of te bespreken, buiten de onderzoekssetting. Zo kunnen we trianguleren door informatie van derden naast informatie uit observaties uit het dagelijks leven en onderzoeksmomenten samen te leggen. De realiteit leert ons

dat tijdsdruk de ruimte beperkt om uitgebreid te trianguleren. De hulp van derden bij het doen van helder geïnstrueerde observaties in het dagelijks leven, bijvoorbeeld bij een winkelbezoek, kan dit gedeeltelijk compenseren. Door situaties tijdens een testmoment concreet te maken met visueel en tastbaar materiaal, kunnen dagelijkse situaties nagebootst worden. We proberen dit bijvoorbeeld, door te kijken hoe cliënten met een reclamefolder van hun vaste supermarkt omgaan. Zo observeren we of cliënten hier informatie uit kunnen extraheren om in lijn met hun budget een winkellijstje op te stellen. Dergelijke opdrachten zijn subjectief van aard, maar vooral een ingangspoort om het dagelijks functioneren van cliënten rond concrete thema's bespreekbaar te maken.

Hoe minder onderzoeksmaterialen bruikbaar zijn, hoe belangrijker observaties worden. Enkele voorbeelden zijn: 'Hoe maakt de cliënt contact?', 'Is er contactgroei?', 'Wat doet de cliënt met onverwachte situaties, bijvoorbeeld wanneer er voor hem geen stoel is om op te zitten?', 'Wat gebeurt er als je de cliënt koffie aanbiedt, maar zijn tas ver weg gezet wordt van hem?'. Ook observaties die men maakt tijdens het intelligentie-onderzoek zijn zeer relevant. Belangrijk is wel om bij personen met een migratieachtergrond steeds in vraag te stellen vanuit welk referentiekader je observeert. Bewustzijn van je eigen blinde vlekken is hierbij erg belangrijk. Deze heeft invloed op wat al dan niet als 'adequaat' of 'normaal' wordt beschouwd. Een veelvoorkomende kwestie is oogcontact tijdens een gesprek, vooral als er vermoeden is van ASS. In sommige culturen is directe oogcontact niet gewenst gedurende een gesprek, terwijl in andere culturen vermijden van oogcontact als onbeleefd wordt beschouwd.

9.1.2 Trapsgewijze werking en procesdiagnostiek

Tijdens het doorlopen van een psychodiagnostisch traject maken we gebruik van een trapsgewijze werking. Pas wanneer een gesprek, observaties en een intelligentie-onderzoek niet voldoende uitsluitsel geven, kan het een meerwaarde zijn om verder te gaan met sociaal-emotioneel en neuropsychologisch onderzoek. Materialen zoals de subtest verhalen vertellen van ADOS, de SIT, de Complexe figuur van Rey, de TAT, etc. kunnen best kwalitatief geïnterpreteerd worden, als een hulpmiddel om te observeren. Hierbij is het belangrijk om rekening te blijven houden met het acculturatieniveau, hetgeen reeds is ingeschat aan de hand van het cultureel interview en de anamneses. Op die manier wordt er rekening gehouden met de bruikbaarheid van reguliere onderzoeksmethodieken. Met deze trapsgewijze aanpak proberen we te vermijden dat cliënten overmatig belast worden.

Ook is er een duidelijke meerwaarde van meerdere meetmomenten over de tijd bij een cliënt. De 'storende' factoren die er waren op één moment, zijn er soms niet meer of minder op een ander moment. Doordat de berekening van de resultaten gebaseerd is op meerdere meetmomenten, bekomen we een meer betrouwbaar resultaat. Bovendien wordt er bij procesdiagnostiek de kans gegeven aan cliënten om vertrouwd te raken met het testgebeuren en een eventuele evolutie door te maken.

9.2 Intelligentie-onderzoek

Bij elke cliënt wordt er een intelligentie-onderzoek afgenomen. Dit is telkens het vertrekpunt van de psychodiagnostiek binnen CuSeHa. Wanneer er sprake is van een hypothese verstandelijke beperking volstaat dit normaliter. Wanneer de hypothese ASS voorop wordt gesteld, wordt er nadien bekeken welk psychodiagnostisch materiaal er nog kan worden afgenomen.

9.2.1 Intelligentie-concept

Niet bij alle bevolkingsgroepen betekent intelligentie hetzelfde. Niet in alle culturen doen zich dezelfde problemen evenveel voor. De betekenis van intelligentie hangt af van de eisen die de omgeving stelt.

Is dat snel antwoorden? Of net voorzichtig en beredeneerd? De betekenis die iemand geeft aan intelligentie hangt samen met zijn focus, eerder taakgeoriënteerd of eerder relatiegericht.

Omdat intelligentie niet bij alle culturen geassocieerd is met snelheid, is het niet bij elke cliënt verantwoord om tijdslimieten te gebruiken bij intelligentietesten. Sommige cliënten geven de voorkeur aan snelheid, boven nauwkeurigheid. Bij andere cliënten is het net andersom. Ook de opsplitsing van ons functioneren in verschillende vaardigheden, gelinkt aan hersenfuncties, is een referentiekader dat niet iedereen uitdraagt. Daarom is het niet voor alle cliënten even duidelijk waarom sommige testen worden afgenomen. Sommige testen kunnen zo irrelevant lijken dat de cliënt zijn motivatie verliest.

We proberen bij de cliënt na te gaan wat het voor hem of haar betekent om 'slim' te zijn. Dit geeft ons een beeld van waar de cliënt de focus heeft gelegd in zijn ontwikkeling en welke vaardigheden hij mogelijks beter heeft ontwikkeld.

9.2.2 Taal

Onderzoeksmethodieken zijn niet genormeerd op een vertaalde afname. Bovendien bestaat in sommige talen geen vertaling voor een bepaald item. Bijvoorbeeld het woord 'trompet', bestaat niet in het Tibetaans. Ook is woordenschatkennis sterk afhankelijk van scholing. De taal die in testmateriaal gebruikt wordt, is een cognitieve academische taal (CAT-taal). Het vraagt meer tijd en blootstelling aan een schoolse context om de CAT-taal aan te leren, dan bij het dagelijks algemeen taalgebruik (DAT-taal). In welke mate is de prestatie op een test dan nog representatief voor het functioneren in het dagelijks leven? Ondanks het bovenstaande worden bij beslissingen over ondersteuningsrechten steeds kwantitatieve gegevens gevraagd. Het VAPH raadt aan om de schoolse kennis van cliënten toch in kaart te proberen brengen met behulp van taalondersteuning. Omdat er zonder een score voor gekristalliseerde kennis (Gc) geen totaal IQ kan worden bepaald.

Voor taalondersteuners is het niet gebruikelijk om in een psychodiagnostische setting te werken. Bovendien kan er ruis ontstaan door de tussenstap van vertaling. Om dit te minimaliseren is het belangrijk om taalondersteuners vooraf te informeren over het opzet van een onderzoek en de rol die ze hierin spelen. Ook kan het helpen om hen de instructies rechtstreeks te laten vertalen uit de handleiding en extra aandacht te besteden aan het begrip van de opdracht bij de cliënt.

Verder zijn vragenlijsten vaak onbruikbaar wanneer cliënten de afnametaal niet beheersen. Ze kunnen niet zomaar vertaald worden door een taalondersteuner. Hierdoor zouden er foute interpretaties kunnen ontstaan, aangezien vragenlijsten op een bepaalde manier opgebouwd en gestandaardiseerd zijn. Bijgevolg wordt er meer geïnvesteerd in gesprekken met de cliënt. Hierbij kan men wel inspiratie halen uit vragen op zelfrapportage- en informantenvragenlijsten zoals de BRIEF of de ABAS-3. Indien er met een intercultureel bemiddelaar gewerkt wordt, kan men hen laten waken over de culturele verschillen.

9.2.3 CHC-model

Het CHC-model biedt ons een theoretisch onderbouwde bril om het intelligentieconstruct te differentiëren en op te delen in hiërarchisch geordende vaardigheden. Voor meer uitleg over het CHC-model verwijzen we naar het [CHC-platform van Thomas More](#)²². Je vindt er uitleg over de [werkwijze](#)²³ en een [werkbrochure](#)²⁴ voor het opstellen van een CHC-intelligentieprofiel.

²² <https://expertisetoegepastepsychologie.be/subpages/chc-platform/>

²³ <https://drive.google.com/file/d/1ekz8TBz7xtNjfm4hDFXVfW5MTKJFKh13/view>

²⁴ <https://drive.google.com/file/d/1DB8IWENURWEZTGXq0UgEBWa0DVjNbk-Y/view>

Hoe het CHC-model intelligentie differentieert in meerdere cognitieve vaardigheden, maakt het diverssensitief in kaart brengen van intelligentie bij cliënten met een migratieachtergrond werkbaar. De verschillende cognitieve vaardigheden die het CHC-model afbakent, zijn allemaal in verschillende mate cultureel bepaald. Door de sterk cultureel bepaalde vaardigheden weg te laten in onze intelligentiemeting, kunnen de culturele vertekening verminderd worden.

Als men de tijdscomponent even buiten beschouwing laat, zijn de vaardigheden onder vloeiende intelligentie (Gf), visuele informatieverwerking (Gv) en verwerkingssnelheid (Gs), relatief weinig cultureel bepaald. Bovendien kunnen ze gemeten worden zonder veel afhankelijkheid van talige instructies. De vaardigheden onder gekristalliseerde intelligentie (Gc) zijn daarentegen inherent talig en zijn eerder een weergave van schoolse kennis. Bij weinig geaccultureerde personen is Gc niet in kaart te brengen aan de hand van de reguliere WAIS-IV-NL-subtesten. Een afname van die subtesten zou enkel een weergave zijn van de acculturatie van de cliënt. Bovendien zijn die subtesten niet zomaar te vertalen.

Deze tabel geeft een overzicht van de taalvereisten en culturele lading van elke WAIS-IV-subtest.

Subtest	Taalvereisten	Culturele lading	CHC
Figuur Zoeken	L	L	Gs
Matrix Redeneren	L	L	Gf
Figuur Samenstellen	L	L	Gv
Blokpatronen	M (L)	L	Gv
Substitutie	M (L)	L	Gs
Symbool Zoeken	M	L	Gs
Cijferreeksen	M	L	Gsm
Rekenen	M	M	Gq
Gewichten	M	M	Gf
Cijfers en Letters Nazeggen	H (M)	L	Gsm
Onvolledige Tekeningen	L	H	Gv (Gc)
Begrijpen	H	H	Gc
Informatie	H	H	Gc
Overeenkomsten	H (M)	H (M)	Gc (Gf)
Woordenschat	H	H	Gc

L= laag M= middelmatig H= hoog

Vet: indien volledige WAIS mogelijk dan afnemen om én WAIS-TIQ te berekenen en te vergelijken met een niet-talige IQ-score

De niet-talige IQ-score of de NiTal-index ([Magez, Dejonghe, & Van Parijs, 2016²⁵](#) en [Magez, 2021²⁶](#)) is een IQ-score die wordt berekend op basis van subtesten waarbij taalkennis of acculturatie een kleinere rol spelen. Die subtesten geven een beeld van de vloeiende intelligentie, de visuele infoverwerking en de verwerkingssnelheid. Bij deze brede cognitieve vaardigheden heeft de cultuur waarin iemand opgroeide een minder bepalende invloed, dan bij andere brede cognitieve vaardigheden. De NiTal-index is een samenvattende score van deze brede cognitieve vaardigheden.

De non-verbale vaardigheden, waarop de NiTal-index zich beroept om een schatting te maken van het IQ, zijn misschien wel minder cultureel bepaald dan andere eerder verbale vaardigheden, maar zijn

²⁵https://www.thomasmore.be/sites/www.thomasmore.be/files/niet-talig_onderzoek_van_cognitieve_vaardigheden_modules_gf_gv_gs_1.pdf

²⁶ https://expertisetoegepastepsychologie.be/wp-content/uploads/2021/10/NiTal_indexen-2021.pdf

daarom niet cultuurvrij. Non-verbale vaardigheden verschillen over culturen heen (Rosselli & Ardilla, 2003). Ook het begrip van instructies blijft belangrijk om de opdrachten goed uit te voeren. Leeftijd heeft bovendien ook een impact, zo scoren oudere cliënten lager op de NiTal-index.

Gezien het niet-talige karakter van de NiTal-index is deze werkwijze niet aanbevolen voor personen met een fijn motorische beperking, personen met sterke visusbeperkingen en personen met een non-verbale leerstoornis.

9.2.4 Vergelijking van NiTal-index met TIQ

Wanneer de Nederlands kennis van een cliënt onvoldoende is om een testafname in het Nederlands mogelijk te maken, wordt een volledige en valide WAIS-afname eigenlijk uitgesloten. Toch kan het interessant zijn om een volledige WAIS af te nemen, inclusief de subtesten voor Gc. Enkel dan kan een totale IQ-score (TIQ) bepaald worden. Dat TIQ kan dan vergeleken worden met de NiTal-index. Hetgeen informatie biedt over de representativiteit van het TIQ en de culturele vertekening ervan, bovenop de betrouwbaarheidsintervallen die veelal gebaseerd zijn op een westerse normgroep. Bovendien moet er rekening gehouden worden met de eisen die overheidsinstanties stellen. Het VAPH eist één volledig afgenomen testbatterij. Mits de juiste verantwoording kan de SON-r-6-40 hier ook onder vallen. Een SON-IQ is echter nog beperkter dan een NiTal-index, aangezien die geen Gs-index includeert. Een vergelijking tussen een WAIS-IV-NL en de NiTal-index levert bovendien meer informatie op, dan een vergelijking tussen de NiTal-index en een SON-IQ. Een vergelijking tussen een WAIS-IV-NL en een NiTal-index maakt het immers mogelijk om de scores op sterk cultureel bepaalde subtesten af te zetten tegen scores op minder cultureel bepaalde subtesten, hetgeen informatie oplevert over mogelijke vertekeningen.

Vanuit het perspectief van de cliënt is het niet altijd aangewezen om te belasten met subtesten die weinig kunnen zeggen over zijn functioneren, zoals die voor Gc. In dat geval kan het geïndiceerd zijn om enkel een SON-IQ te bepalen. Hoewel een vergelijking tussen een NiTal en een volledige WAIS-afname interessante en handelingsgerichte informatie biedt, vraagt het een grotere tijdsinvestering.

Voor personen jonger dan 40 baseren we ons voor de NiTal-index op de SON-r-6-40-subtesten om Gv en Gf in rekening te brengen. Wanneer je het NiTal-IQ wenst te vergelijken met het TIQ, is men genoodzaakt twee volledige testbatterijen af te nemen, namelijk de WAIS-IV-NL en de SON-r-6-40. Terwijl een SON-IQ door het VAPH met de nodige motivering, gezien het C-kwaliteitslabel door de beperkte meetpretentie, in tegenstelling tot het gewenste A-label (Coertjes, N. et al., 2021), aanvaard wordt als volledige intelligentietest. Voor sommige cliënten is die erkenning van het VAPH het enige doel van het diagnostisch onderzoek en kan deze beperkte inschatting van intelligentie volstaan. Ook is het zo dat Gf sterker samenhangt met de algemene intelligentie (de g-factor²⁷). Een Raven's-2, die enkel Gf meet, kan dan een tijdsefficiënte aanvulling zijn op het SON-IQ. De Gf-score die Raven's-2 oplevert, kan meegenomen worden in de berekening van de Gf-index van een cliënt door gebruik te maken van de [Trend-index](#)²⁸. Wel blijven we Gf bij mensen met een migratieachtergrond gewoonlijk onderschatten. Geen enkele test is immers cultuurvrij, ook niet als die niet-talig zijn, zoals de Raven's-2 of de SON-r-6-40-subtesten. Om meer zicht te krijgen op de culturele component die verweven zit in niet-talige subtesten is het een meerwaarde om naar de oplossingsstrategie te vragen van cliënten. Sommige cliënten ordenen de puzzels van Raven's-2 immers volgens andere principes, bijvoorbeeld esthetische. Er zijn aanwijzingen dat het NiTal-IQ sterk samenhangt met Raven's-2-scores.

Bij personen ouder dan 40 jaar zijn we genoodzaakt om ons te baseren op een WAIS-IV-NL-afname. Omdat de normen van de SON-r-6-40 maar tot de leeftijd van 40 jaar lopen. Ondanks een WAIS-IV-NL

²⁷ Zie het [CHC-model](#) voor meer achtergrond hierover (https://www.prodiagnostiek.be/materiaal/CF_CHC_model.pdf)

²⁸ https://expertisetoegepastepsychologie.be/wp-content/uploads/2021/11/Omzettingsgrafiek_Trendindexen_versie_2020.pdf

afnemen bij personen met een laag acculturatieniveau problematisch is, is het te adviseren om vanuit de basisregel te vertrekken. Namelijk om te vertrekken vanuit een volledig gestandaardiseerde IQ-test met een A-label. In het eindverslag dienen we uiteraard aan te geven dat de volledige testafname niet als geldig kan worden beschouwd. De vergelijking tussen de NiTal-index op basis van de WAIS-subtesten met het totale IQ kan dit betoog ondersteunen. De focus ligt dan op de kwalitatieve observaties, ontwikkelingsgegevens en gegevens over adaptief gedrag bij de cognitieve inschatting van een cliënt.

9.2.5 Geschat IQ op Westerse testen

De nationale IQ's die Lynn en Meisenberg (2010) opsommen in hun onderzoek, geven voeling met hoe bepaalde bevolkingsgroepen scoren op westerse testen. Hoewel methodologische vragen bestaan bij het onderzoek en zijn exacte resultaten, verwijzen we er graag naar als een tool tot reflectie. De IQ's bieden een bewustzijn van eventuele culturele vertekening, zonder dat we beweren dat de IQ's een exacte weergave bieden. Wanneer in het land van herkomst van de cliënt op groepsniveau lager wordt gescoord op onze intelligentietesten, informeert dit over de impact van cultuur, scholing, vertrouwdsheid, etc. bij deze bevolkingsgroep.

9.2.6 Testing the limits

De tijdscomponent kleurt de resultaten bij personen met een migratieachtergrond. Daarom kan het ons bijkomende informatie geven om die tijdslimieten niet strikt te hanteren bij de testafname door aan testing the limits te doen (Kamar, 2016). Echter laten we dit de score niet beïnvloeden en registreren we wanneer de cliënt buiten de tijd antwoordt. Door ook na het verstrijken van de tijdslimiet te blijven registreren en eventueel aan te moedigen, kan men zien in welke mate de tijdslimiet de prestatie van de cliënt beïnvloedt en wat zijn potentieel hierbuiten is. Dit leverde niet alleen informatie op over cultureel bepaalde vertekening, maar biedt ook een handelingsgerichte invalshoek op individueel niveau. Op groepsniveau biedt testing the limits te weinig betrouwbaarheid om beslissingen te kunnen nemen. De praktijk hiervan is immers erg subjectief.

10 Psychiatrisch of medisch onderzoek

Verslag door psychiater Dr. S. Van Den Aemele



Deelnemers worden doorverwezen voor psychiatrische evaluatie bij een vermoeden van een autismespectrumstoornis. De doelstellingen van het psychiatrisch onderzoek zijn het opstellen van een differentiaal diagnostiek, nagaan van psychiatrische comorbiditeit, de noodzaak van aanvullend lichamelijk onderzoek inschatten, en deelname aan het multidisciplinair overleg.

De verslaggeving van het psychodiagnostisch onderzoek wordt doorgenomen voorafgaand aan het psychiatrisch consult. Speciale aandacht gaat hierbij naar het CFI, ontwikkelingsanamnese, sociaal functioneren en omkadering, intelligentieonderzoek, het DSM-5-interview voor ASS en psychiatrische/somatische voorgeschiedenis.

Tijdens de consultatie worden in eerste instantie de verwachtingen en klachten van de patiënt geëvalueerd, de lijdensdruk, de wijze van contactname, mate van wederkerigheid en contactgroei. Qua cognitieve functies ligt de focus op aandacht, afleidbaarheid, concentratie, geheugen, metacognitieve vaardigheden, probleeminzicht en adaptieve vaardigheden. Daarnaast wordt de stemming, suïcidaliteit, slaapkwaliteit, traumatische ervaringen, psychotische symptomen, symptomen van

dwang of drang en middelengebruik systematisch geëvalueerd. Doorheen het gesprek wordt er specifiek aandacht geschonken aan de DSM-5-criteria voor een Autisme Spectrum Stoornis. Bij vermoeden van aandachtsproblematiek, wordt er uitgebreider stilgestaan bij ADHD-symptomen in volwassen- en kindertijd. Het functioneren op verschillende levensdomeinen wordt anamnestic ingeschat.

11 Multidisciplinair overleg

Psychologen, pedagogen, artsen, maatschappelijk medewerkers, logopedisten,... leren de cliënt elk op hun manier kennen. Het opzet is om de ervaringen van alle betrokken hulpverleners in een multidisciplinair overleg te integreren tot één veelzijdig verhaal. Enkel vanuit een veelzijdig verhaal kan een genuanceerd besluit getrokken worden.

Bij het nemen van beslissingen dreigt het risico dat er enkel rekening wordt gehouden met de informatie, die het beeld dat we reeds voor ogen hadden, bevestigt. Om deze confirmation bias zo veel mogelijk tegen te gaan, wordt elke casus systematisch besproken.

Tijdens het multidisciplinair overleg proberen we cliënten volgens een vaste systematiek te bespreken. Eerst wordt er een schets gegeven van de huidige context van de cliënt en zijn ontwikkeling door de maatschappelijk medewerker, vervolgens worden de bevindingen uit het psychologisch onderzoek overlopen door de psycholoog en nadien vult de arts of psychiater aan met bevindingen uit het medisch of psychiatrisch onderzoek. Ten wordt er nagegaan of er aan genoeg criteria wordt voldaan om al dan niet een diagnose te kunnen stellen.

Hoewel er getracht wordt reeds een zekere systematiek in te bouwen, is er hier nog ruimte voor verbetering. Zo denken we dat het zinvol kan zijn om cliënten te bespreken aan de hand van een checklist die in overeenstemming is met het traject van de cliënt. Die checklist kan een overzicht bieden van alle relevante thema's. Het ECLECTIC framework, [culturele interview](#)²⁹ of de [diagnostische richtlijnen](#)³⁰ van het kwaliteitscentrum en het [AAID-model](#)³¹ bieden hier inspiratie voor. Zo wordt er vermeden dat bepaalde zaken bij een cliënt onderbelicht blijven en dat een bepaald stukje van het verhaal een onterecht overwicht krijgt in de uiteindelijke besluitvorming.

12 Eindgesprek en doorverwijzing

Tot slot worden de bevindingen van het diagnostisch onderzoek gebundeld in het eindverslag en tijdens het eindgesprek toegelicht aan de cliënt en hun (ondersteunings-)netwerk. Hierbij geven we ook het advies mee en lichten we toe waar de cliënt volgens ons het best terecht kan, op basis van het onderzoek.

12.1 Taboe rond diagnose

Diagnoses zitten vaak in de taboesfeer. Die betekenisverlening hangt ook samen met het referentiekader dat de cliënt uitdraagt. Voor sommigen betekent een handicap het wegvallen van toekomstperspectieven. In sommige landen kan een zichtbare lichamelijke beperking bijvoorbeeld betekenen dat deze mensen niet deelnemen aan het openbare leven of verborgen worden gehouden door familieleden. Het niet kunnen deelnemen aan het openbare leven kan ertoe leiden dat deze mensen een gewenst beroep niet kunnen uitoefenen. Voor anderen is het geloofsbeproeving, die ze

²⁹ <https://www.pharos.nl/kennisbank/het-culturele-interview-in-het-kort/i>

³⁰ <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/publicaties/>

³¹ https://www.prodiagnostiek.be/materiaal/CZF_AAIDD-model.pdf

zelf willen aangaan en hierdoor geen hulp van buitenaf wensen. In sommige landen worden vrouwen die niet (direct) zwanger kunnen worden bijvoorbeeld gezien als vrouwen op wie een vloek van de hemel rust. Daarom gaan sommige vrouwen liever naar een "medicijnman" dan naar een arts of vruchtbaarheidskliniek. Hoe iemand naar handicap en diagnoses kijkt, hangt samen met zijn uniek verhaal. Hieronder wordt verder toegelicht hoe CuSeHa hiermee omgaat vanuit een diverssensitieve houding.

12.1.1 Bottom-up werken

Tijdens het eindgesprek worden de belangrijkste observaties met de cliënt besproken. Deze observaties worden geïllustreerd aan de hand van afgenomen testmaterialen en (hetero)anamnestische informatie. Concrete voorbeelden van moeilijkheden in het dagelijks leven van de cliënt maken de implicaties van onze observaties duidelijk. We checken steeds af bij de cliënt welke observaties hij zelf herkent en welke niet. We bouwen vervolgens verder op de observaties die hij herkent en geven mee dat dokters en andere hulpverleners een naam hebben voor al deze zaken samen. Op deze manier krijgt de cliënt de bouwstenen van zijn diagnose mee, hangen we een concreet en cliëntspecifiek verhaal rond de cliënt en verzachten we de lading van het label. Het wordt geschetst als 'maar een naam voor'. Hierbij is er het bewustzijn dat het taboe rond bepaalde diagnoses dan nog steeds voor weerstand kan zorgen bij cliënten. We merken dat onze vertrouwensband met de cliënt en eventueel ook die van de begeleider met de cliënt, dit gegeven mee helpen dragen.

12.1.2 Praktisch nut van een diagnose

Diagnosticici hebben de taak om de cliënt hun diagnose mee te delen. Een expliciete vermelding van het label kan de cliënt voorbereiden op toekomstige confrontaties hiermee. Door het label te kaderen als slechts een naam voor enkele moeilijkheden, die de cliënt ervaart en hier ook zijn sterktes naast te zetten, proberen we de lading van het woord te verzachten. Ook worden de praktische voordelen van de diagnose in België verduidelijkt. We gebruiken vaak de metafoor van een 'toegangsticket' naar geschikte zorg. Echter is die vraag naar zorg er niet bij alle cliënten. De meerwaarde van het label wordt afgestemd op het unieke verhaal van de cliënt. Het diagnostisch referentiekader, als heersende taal in België, hoeft geen andere referentiekaders uit te sluiten. Daarom proberen we het religieus verklaringsmodel van de cliënt ernaast te laten bestaan en ons verhaal hierin te passen.

12.2 Partnerschap

In de hulpverlening is de taal vaak doorspekt met jargon. Het is taal die voor een cliënt soms weinig betekenis heeft. Zeker wanneer de cliënt een andere moedertaal heeft en hij niet vertrouwd is met het medisch gekleurde mensbeeld binnen de hulpverlening. Jargon weegt op de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt. Het drukt immers een hiërarchie uit, creëert afstand en ontnemt regie van de cliënt. Wanneer de cliënt moeilijk kan volgen, kan hij ook maar weinig zijn stem laten gelden. Dit risico is er des te meer bij diagnostiek. Een diagnose is immers een onpersoonlijke categorisatie van een persoonlijk en uniek verhaal, één waarover de diagnosticus het beslissingsrecht heeft en niet de cliënt. Het is aan de hulpverlener om expliciet de ruimte te maken voor de stem van de cliënt en zo een partnerschap te bewerkstelligen. Het [cahier](#)³² van CuSeHa gaat hier dieper op in. Wel kunnen de verwachtingen van de cliënt over zijn zeggenschap verschillen naargelang zijn houding ten opzichte van hulpverleners. Sommige cliënten zijn meer vertrouwd met een hiërarchische relatie met hulpverleners, waarbij ze een passieve rol innemen. Zeggenschap kan voor die cliënten niet vertrouwd

³² <https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>

en zelfs beangstigend aanvoelen. Het [culturele interview](#)³³ be vraagt de houding van de cliënt over dit thema.

12.2.1 Regie bij de cliënt

Vanuit een afgestemd partnerschap trachten we de cliënt een gelijkwaardige stem te geven in gesprek. Tijdens het eindgesprek koppelen we de observaties, doorheen het diagnostisch traject, terug. Hieraan koppelen we, indien aan de orde, ook een diagnose. Tijdens het eindgesprek beperken we ons tot een mededeling, als samenvatting van de besproken observaties (bottom-up). We merken dat de opbouw om daartoe te komen vaak al aan de limieten reikt van wat cliënten kunnen verwerken. Meer informatie over de diagnose zou aan hen voorbij gaan. Daarom bieden we steeds de optie van een nazorggesprek aan. In dit gesprek is er de ruimte voor top-down uitleg over de diagnose en bijkomende vragen. Een tweede gesprek op een later tijdstip geeft de cliënt de tijd om alle informatie uit het eerste gesprek te verwerken en eventuele vragen alsnog te stellen. Die extra tijd geeft de cliënt de kans om de regie vast te houden. Een bijkomend voordeel van een tweede gesprek, lijkt ons om het aantal betrokkenen bij die gesprekken te doseren. In het eerste gesprek kan, in lijn met wat de cliënt wil, zijn begeleider bijvoorbeeld aansluiten en in een tweede gesprek de partner van de cliënt. Natuurlijk zijn restricties rond tijd een realistische bedenking bij het aanbieden van twee gesprekken. Het voorstel om een telefonisch of online opvolgggesprek te doen, kan een tussenweg bieden.

Niet elke cliënt heeft meteen nood aan uitleg over zijn diagnose. Dit aanbod dient dus afgestemd te worden op de vraag van de cliënt. Wanneer de cliënt wel bepaalde vragen heeft, kan de psycho-educatie hierop worden afgestemd en hoeft er niet vanuit een generisch kader gesproken te worden. Bij psycho-educatie kunnen beelden een hulpmiddel zijn.

12.3 Belang van psycho-educatie

Wanneer iemand een diagnose toegeschreven krijgt, is het belangrijk om iemand zo goed mogelijk te informeren over de diagnose. Hierin kan psycho-educatie een belangrijke rol spelen. Aan de hand van psycho-educatie licht een psycholoog informatie, voorlichting en advies toe over de psychische klachten waarmee een cliënt worstelt. Tijdens een adviesgesprek kan deze informatie al heel wat verduidelijking scheppen. Vaak zijn mensen overdonderd of kan een diagnose hard binnenkomen. Daarom is psycho-educatie een efficiënte werkwijze om de cliënt op dat moment te ondersteunen. Ook voor diens omgeving kan dit een efficiënt hulpmiddel zijn.

Ook bij het geven van psycho-educatie werken we met een bottom-up houding. Cliënten hebben mogelijks meerdere [Ziektebeleving](#). Het blijft belangrijk om de ziekte theorie van de cliënt te laten bestaan naast de ziekte theorie of diagnose die wordt gesteld. Omtrent dit laatste gebeurt psycho-educatie. Weerstand naar psycho-educatie kan optreden wanneer er wordt ingegaan tegen de alternatieve ziekte theorie van de cliënt.

Er kan een pauze ingelast worden voor de cliënt om de nieuwe informatie even te laten bezinken en te bevragen waarom de nieuwe informatie niet in lijn ligt met (de andere) ziekte theorie. Daarnaast hebben sommige woorden een verschillende connotatie en kunnen bijgevolg een zwaardere lading hebben.

Tijdens psycho-educatie kan er bij de taalondersteuner nagegaan worden of een bepaald woord al dan niet een andere betekenis of interpretatie heeft in de leefwereld van de cliënt. Zo heeft het woord 'psychose' in het Somalisch een veel negatievere lading waardoor een cliënt even niet verder kon met psycho-educatie. Wanneer ik het woord anders formuleerde vanuit de symptomen van deze cliënt

³³ <https://www.pharos.nl/kennisbank/het-culturele-interview-in-het-kort/>

(tegen zichzelf praten, moeilijkheden om de wereld te verstaan, ...), verlaagde de weerstand en werkte de cliënt samen verder mee aan psycho-educatie.

12.4 Continuïteit

Voor cliënten die niet vertrouwd zijn met de complexe Belgische samenleving is onze hulpverlening nog een groter doolhof dan voor de doorsnee Vlaming. In Brussel is er het onderscheid tussen Phare en VAPH voor de handicapspecifieke hulpverlening. Voor psychiatrische problemen zijn er andere diensten. Alle diensten hebben bovendien hun eigen manier van werken. Het is vaak een hele opgave om wegwijs te raken in de verschillende aanmeldingen. Voor cliënten betekent dit in de praktijk vaak dat ze niet tot de gepaste zorg komen. Een gepast diagnostisch verslag is een bijdrage aan het komen tot gepaste zorg. Echter neemt dit niet weg dat er vaak lange wachtlijsten zijn. Het [cahier](#)³⁴ van CuSeHa gaat dieper in op de toegankelijkheid van zorg.

12.4.1 Betrokkenheid verwijzer

Onze cliënten worden doorgaans aangemeld door het bestaande ondersteuningsnetwerk. Omdat deze hulpverleners vaak al een vertrouwensrelatie hebben opgebouwd met de cliënt en ook in de toekomst betrokken zouden blijven, nodigden we hen - met het akkoord van de cliënt - graag uit bij het eindgesprek. We merken dat de aanwezigheid van deze vertrouwenspersoon de lading van moeilijke boodschappen soms helpt verzachten. Door hen goed te informeren, proberen we bovendien bij te dragen aan de continuïteit in de begeleiding van de cliënt.

12.4.2 Aanmelden bij doorverwijzer

Vaak geven we aan onze cliënten het advies om in het licht van hun diagnose samen met Dienst Ondersteuningsplan verder te kijken naar de passende ondersteuning en zo nodig een aanvraag in te dienen voor een persoonsvolgend budget. Met de verwijzer en de cliënt stemmen we af wie welke aanmeldingen op zich neemt, zodat de cliënt hier niet alleen mee komt te staan en het diagnostisch traject kan leiden tot veranderingen in het dagelijkse leven. Op die manier kan dit bijdragen aan een grotere levenskwaliteit van de cliënt en zijn naasten.

13 Verslag

Het eindverslag dient een weergave te zijn van de bevindingen en observaties uit het diagnostisch onderzoek, dus ook van alle drempels en bijkomende afwijkingen van de standaardprocedure. De regel is dat lezers zich een goed beeld moeten kunnen vormen van hoe het onderzoek is verlopen, wat de bevindingen zijn, de interpretaties hiervan en de uiteindelijke conclusie.

13.1 Vereisten van beslissingsbevoegde diensten

Verslagen van diagnostisch onderzoek dienen vaak om toegang te krijgen tot zorg op maat. Daarom dienen de verslagen informatie te bevatten, die de diensten in kwestie vereisen. Het VAPH is hierin bijvoorbeeld een grote invloed. Ze bepalen of een cliënt erkend wordt voor zijn handicap. Bijvoorbeeld, om een verstandelijke beperking te kunnen laten erkennen, verwachten ze een volledig afgenomen intelligentietest waarbij het totaalresultaat onder een bepaalde grens ligt. Dergelijke totaalscores houden bij cliënten met een migratieachtergrond risico's in op misvattingen. Bij hen dient het verhaal vaak genuanceerd te worden en mag er niet louter aan die totaalscore worden vastgehouden.

Ongenuanceerde totaalscores worden vermeden en er wordt bij voorkeur een (grafische) weergave van een aantal minder cultureel bepaalde indexscores gegeven. Wanneer we in het kader van een

³⁴ <https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>

vraag rond verstandelijke beperking wel de totaalscore van een intelligentietest dienen weer te geven, zodat ons verslag bruikbaar zou zijn om een erkenning aan te vragen bij overheidsdiensten. Wordt deze score genuanceerd door deze te vergelijken met andere scores. Zo wordt het WAIS-TIQ gewoonlijk met de NiTal-index (zie psychologisch onderzoek) vergeleken en/of het SON-IQ. Ook wordt de score van Raven's-2 geregeld vergeleken met zijn Gf-indexscore op basis van de SON-r-6-40 of de WAIS-IV-NL. Bovendien wordt er vermeden om in de conclusie van het intelligentie-onderzoek die totaalscore ongenueanceerd te vermelden. Er wordt stevast aangegeven welk bereik de interpretatie van de scores hebben. Zo wordt er soms bij weinig geaccultureerde cliënten toch een Gc bepaald, om het totaal IQ met het niet-talige IQ te kunnen vergelijken. In dit geval wordt er steeds beschreven dat deze Gc-score slechts een bijkomende weergave is van het acculturatieniveau van de cliënt en geen weergave van die vaardigheid. Waar het kwantitatieve weinig meerwaarde biedt, zoals bij de beschrijving van centrale coherentie of theory of mind, beperken we ons tot een kwalitatieve interpretatie van de test.

13.2 Overzicht afwijking van de maatstaf

In het verslag wordt er steeds ruimte voorzien om aan te geven waar we van de standaardprocedure afwijken tijdens het onderzoek. Vooral tijdens het intelligentie-onderzoek wordt hier de nodige aandacht aan besteed. Er wordt aangegeven op welke manier de acculturatie van een cliënt wordt ingeschat, welke impact het gebruik van taalondersteuning heeft, op welke momenten die wordt ingezet, welke impact de schrijfvaardigheid van de cliënt heeft en waarom bepaalde subtesten niet zijn kunnen worden afgenomen.

13.3 Lijst van onderzoeksmethodieken

Onder het hoofdstuk 'Bijlagen' wordt er een overzicht gegeven van welke onderzoeksmaterialen op welk moment worden afgenomen. Bij elke test wordt er een beschrijving van de test toegevoegd. In de beschrijving van de testresultaten wordt er bijkomend aangegeven op welke manier er wordt afgeweken van de gestandaardiseerde afname.

14 Afsluitende noot

De manier waarop de gehandicaptensector is opgebouwd, zorgt er voor dat de toegang tot zorg vaak afhangt van de juiste diagnose. Wanneer personen geen toegang krijgen tot diagnostiek, betekent dit in de praktijk helaas dat ze geen zorg op maat kunnen krijgen, ook al is er een zorgnood. Een betaalbaar, bereikbaar en geschikt aanbod voor personen op het kruispunt van handicap en diversiteit ontbreekt nog steeds in de sector. Dit hangt samen met de beperkte middelen die er zijn. Diverssensitieve diagnostiek vraagt tijd. Hoewel diagnostiek bij personen met een migratieachtergrond een specifieke aandacht vraagt, gaat diverssensitieve diagnostiek over diversiteit in al zijn facetten. We pleiten ervoor dat diverssensitieve diagnostiek de norm wordt en dat er voor elke cliënt voldoende tijd en middelen zijn, om het diagnostisch traject af te stemmen op hun noden en unieke verhaal. De problematiek rond toegankelijkheid van diagnostiek en zorg op maat in Vlaanderen treft echter niet alleen de doelgroep van CuSeHa. We hopen met onze aanpak bij personen met een migratieachtergrond een schakel te zijn in een lange ketting van initiatieven en breed te inspireren.

15 Bronnenlijst

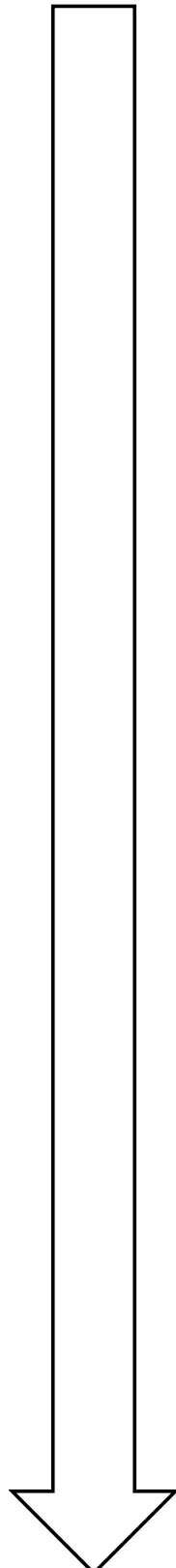
- Ardila, A. (2005). Cultural values underlying psychometric cognitive testing. *Neuropsychology review*, 15(4), 185-195.
- Bernaerts, I., & Dejonghe, C. (2019). [Cultuurfair psychodiagnostisch handelen: een conditio sine qua non, maar geen vanzelfsprekendheid](#). *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 49 (3), 227-242.
- Borra, R. (2016). Cultuurbewuste psychodiagnostiek: de regulatieve cyclus. In Borra, R., van Dijk R., & Verboom, R. (Reds.), *Cultuur en psychodiagnostiek* (pp. 35-45). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Chua, H. F., Boland, J. E., & Nisbett, R. E. (2005). Cultural variation in eye movements during scene perception. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(35), 12629-12633.
- Coertjes, N., Cops, K., Maes, B., Schittekatte, M., Verlinde, L., De Ganck, J., ... & Van Gampelaere, C. (2021). Classificerend diagnostisch protocol verstandelijke beperking.
- Cré, J., et al. (2008). Toetsstenen faire diagnostiek: Kwaliteitsvolle en zorgzame diagnostiek bij kansarmen en allochtonen. VCLB-service.
- Foster, G. M. (1976). *Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems*. *American Anthropologist*, 78(4), 773–782. doi:10.1525/aa.1976.78.4.02a00030
- Franzen, S., et al. (2019). Assessment of visual association memory in low-educated, non-western immigrants with the modified visual association test. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 47(4-6), 345-354.
- Franzen, S., et al. (2021). [Cross-cultural neuropsychological assessment in Europe: Position statement of the European Consortium on Cross-Cultural Neuropsychology \(ECCroN\)](#). *The Clinical Neuropsychologist*, 36(3), 546-557.
- Franzen, S., van den Berg, E., & Papma, J. M. (2018). Neuropsychologische diagnostiek bij niet-westerse migranten. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 13(1).
- Fujii, D. E. (2018). Developing a cultural context for conducting a neuropsychological evaluation with a culturally diverse client: The ECLECTIC framework. *The Clinical Neuropsychologist*, 32(8), 1356-1392.
- Kamar, N. (2016). “Koerden bestaan niet.” Een negenjarig Irakees-Koerdisch meisje met vermoeden van ADHD. In Borra, R., van Dijk, R., & Verboom, R. (Reds.), *Cultuur en psychodiagnostiek* (pp. 141-157). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Lynn, R., & Meisenberg, G. (2010). National IQs calculated and validated for 108 nations. *Intelligence*, 38, 353–360.
- Magez, W., Dejonghe, C., & Van Parijs, K. (2016). Niet-talig onderzoek van cognitieve vaardigheden. [niet-talig onderzoek van cognitieve vaardigheden modules gf gv gs 1. \(thomasmore.be\)](#)
- Nkaya, H. N., Huteau, M., & Bonnet, J. P. (1994). Retest effect on cognitive performance on the Raven-38 Matrices in France and in the Congo. *Perceptual and Motor Skills*, 78(2), 503-510.









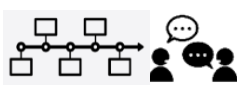































- Resing, W., & Hessels, M. G. (2001). Het meten van de cognitieve mogelijkheden en het schoolgedrag van allochtone kinderen. In Bleichrodt, N. & van de Vijver, F (Reds.), *Diagnostiek bij allochtonen: mogelijkheden en beperkingen van psychologische tests* (pp 89-118). Swets & Zeitlinger.
- Rosselli, M., & Ardila, A. (2003). The impact of culture and education on non-verbal neuropsychological measurements: a critical review. *Brain and Cognition*, 52(3), 326– 333.
- Van de Vijver, F. J. (2016). Interculturele psychodiagnostiek: zes vuistregels. In Borra, R., van Dijk, R., & Verboom, R. (Reds.), *Cultuur en psychodiagnostiek* (pp. 3-15). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Van de Vijver, F., Schittekatte, M., & Fontaine, J. (2016). Allochtone leerlingen. In Verschueren, K., & Koomen, H. (Reds.), *Handboek diagnostiek in de leerlingenbegeleiding* (pp. 323-337). Maklu.

16 Bijlagen

16.1 visuele afspraken overzicht

Jouw afspraken bij CuSeHa



<p>Afspraak 1: Gesprek kennismaking </p> <p> Met MW:</p> <p> Plaats:</p> <p> Om:</p>	
<p>Afspraak 2: Gesprek </p> <p> Met MW:</p> <p> Plaats:</p> <p> Om:</p>	<p>Afspraak 3: Gesprek </p> <p> Met PSY:</p> <p> Plaats:</p> <p> Om:</p>
<p>Afspraak 4: Gesprek </p> <p> Met MW:..... +</p> <p> Plaats: <i>Thuis</i></p> <p> Om:</p>	<p>Afspraak 5: Gesprek </p> <p> Met PSY: +</p> <p> Plaats:</p> <p> Om:</p>
<p>Afspraak 6: Opdrachten </p> <p> Met PSY:</p> <p> Plaats:</p> <p> Om:</p>	<p>Afspraak 7: Opdrachten </p> <p> Met PSY:</p> <p> Plaats:</p> <p> Om:</p>
<p>Afspraak 8: Gesprek </p> <p> Met huisarts: <i>Dr. Vanbeylen</i></p> <p> Plaats: <i>Bonaventurestraat 50, 1090 Jette</i></p> <p> Om:</p>	<p>Afspraak 9: Gesprek </p> <p> Met psychiater: <i>Dr. Van Den Aemele</i></p> <p> Plaats: <i>Laarbeeklaan 101, 1090 Jette</i></p> <p> Om:</p>
<p>Afspraak 10: Eindgesprek </p> <p> Met PSY:</p> <p> Plaats:</p> <p> Om:</p>	

16.2 Gespreksflap

