



RICHTLIJNEN BIJ DIVERSSENSTIEVE DIAGNOSTIEK

Michelle Vereecke & Saartje Sierens
CuSeHa Pijler II
Dienst Ondersteuningsplan Vlaams-Brabant en Brussel
Info@dop-vbb.be
www.DOP-VBB.be

Inhoudstafel

1. Aanleiding van het CuSeHa-project.....	4
2. Missie van Pijler II.....	5
3. Faire zorg.....	6
Definitie diverssensitieve zorg.....	6
Houding.....	7
Op het kruispunt handicap en migratie.....	8
4. Wat en hoe van de richtlijnen.....	8
Insteek.....	8
Fundamenten van onze faire aanpak.....	8
• Bewustzijn van aandachtspunten: ECLECTIC framework.....	9
• Foutenbronnen in psychologisch onderzoek.....	10
• Werken met taalondersteuning.....	11
• Gezamenlijke reflectie.....	12
Opbouw.....	13
5. Aanmelding en kennismakingsgesprek.....	14
Wat zijn aandachtspunten?.....	14
• Vertrouwen en taboe.....	14
• Differentiaaldiagnostische overwegingen.....	14
• Abstractie en referentiekader van diagnostiek.....	14
• Meerwaarde op korte termijn.....	14
• Taal en laaggeletterdheid.....	15
Casus: illustratie van drempels.....	15
Hoe deden wij het?.....	16
• Vertrouwen en taboe.....	16
• Differentiaaldiagnostische overwegingen.....	17
• Abstractie en referentiekader van diagnostiek.....	17
• Meerwaarde op korte termijn.....	18
• Taal en laaggeletterdheid.....	19
6. Sociaal onderzoek.....	20
Wat zijn aandachtspunten?.....	20
• Communicatiestijl.....	20
• Vertrouwdheid met onderzoekssituatie en cultuur gastland.....	20

• Handelingsverlegenheid.....	20
• Kruispuntdenken	20
• Ziektebeleving	21
• Betrokkenheid van netwerk	21
Casus: illustratie van drempels.....	21
Hoe deden wij het?	22
• Communicatiestijl en kruispuntdenken	22
• Vertrouwdheid met onderzoekssituatie en cultuur van gastland	23
• Ziektebeleving en handelingsverlegenheid.....	25
• Betrokkenheid netwerk.....	25
7. Psychologisch onderzoek	26
Wat zijn aandachtspunten?.....	26
• Intelligentie-concept	26
• Taal	26
• Kwantitatief vs kwalitatief.....	27
• Verschillende brillen, met verschillende eisen.....	27
Casus: illustratie van drempels.....	27
Hoe deden wij het?	28
• Intelligentie-concept	28
• Kwalitatief vs kwantitatief en verschillende brillen	31
• Taal	33
8. Psychiatrisch/medisch onderzoek.....	35
9. Multidisciplinair overleg.....	36
Wat zijn aandachtspunten?.....	36
• <i>Confirmation bias</i>	36
Hoe deden wij het?	36
• <i>Confirmation bias</i>	36
10. Eindgesprek en doorverwijzing	37
Wat zijn aandachtspunten?.....	37
• Taboe rond de diagnose.....	37
• Partnerschap	37
• Continuïteit.....	37
Casus: illustratie van drempels.....	37

Hoe deden wij het?	38
• Taboe rond de diagnose	38
• Partnerschap	39
• Continuïteit.....	40
11. Verslaggeving	41
Wat zijn aandachtspunten?.....	41
• Reproduceerbaarheid van het onderzoek.....	41
• Vereisten van beslissingsbevoegde diensten	41
Hoe deden wij het?	41
• Reproduceerbaarheid van het onderzoek.....	41
• Vereisten van beslissingsbevoegde diensten	42
12. Afsluitende noot.....	42
13. Bronnenlijst	43
14. Bijlages.....	45
Bijlage 1: Tips & tricks - overzicht.....	45
• Algemeen.....	45
• Kennismaking	45
• Sociaal onderzoek.....	45
• Psychologisch onderzoek	46
• Multidisciplinair overleg.....	46
• Eindgesprek	46
• Verslaggeving	46
Bijlage 2: Berekening van de NiTal-index bij volwassenen	47
Bijlage 3: Taalniveaus	50
Bijlage 4: Beeldverhaal	51
Bijlage 5: Tijdslijn	59
Bijlage 6: Gespreksflappen DOP – voorbeeld.....	60
• Flap om dromen te concretiseren.....	60
• Flap om zelfredzaamheid te bespreken	60
• Flap om zicht tek krijgen op levensloop.....	60
Bijlage 7: Bijkomende inspiratie	61

1. Aanleiding van het CuSeHa-project

Door Helga Janssen

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 verminderde¹, 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 – Situatietanalyse 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 wij 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 en 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.’

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 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 werden gebundeld in een [cahier](#)². Het is 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.

De richtlijnen bij diverssensitieve diagnostiek bundelen de resultaten van Pijler II en beschrijven een diverssensitieve invulling van diagnostiek.

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>

2. Missie van Pijler II

Zoals hierboven al beschreven nam Dienst Ondersteuningsplan Brussel de tweede pijler van het project op zich. Pijler II 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.



Pijler II spitte 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 zij 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 maken 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.

Pijler I van CuSeHa zoomde 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 van zowel pijler I als II en biedt een laagdrempelige tool voor hulpverleners om meer voeling te krijgen met een diverssensitieve praktijk.

Pijler II stond 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

³Zie 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>

onderzoekscentrum, afspraken binnen de werkuren,... probeert pijler II een toegankelijk diagnostisch aanbod te voorzien dat tegemoet komt aan mogelijke bronnen van vertekening.

Om drempels te verlagen, zette Pijler II zich 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.

Deze richtlijnen zijn het resultaat van de aanpak die pijler II ontwikkelde tijdens de projectperiode 2021-2022. Wij 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. Wij 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. Faire zorg

Definitie diverssensitieve zorg

Het CuSeHa-project richtte zich op personen met een handicap en een migratieachtergrond. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is het [kruispuntdenken](#)⁶. Iemand's identiteit krijgt vorm op het kruispunt van vele ervaringen en lidmaatschappen van bepaalde groepen. Te vaak wordt de identiteit van cliënten met een andere achtergrond dan de meerderheidsgroep gereduceerd tot de etnische identiteit. Dit terwijl bij eenieder sprake is van een meervoudige identiteit.

Bovenstaand uitgangspunt roept vraagtekens op bij de benaming van het project: cultuursensitieve zorg voor personen met een handicap. Binnen CuSeHa zien we cultuur breed genomen, met name als het geheel van dagdagelijkse gebruiken en 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. In de volksmond echter verwijst cultuur gewoonlijk naar de verschillen die bestaan tussen groepen mensen naar aanleiding van verschillen in herkomstland; met andere woorden naar etniciteit. Deze definitie beperkt onze blik. Hoe kunnen we, in lijn met de hierboven besproken attitude, 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 een beperkende impact, denken wij. 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

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

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: attitudes, kennis en vaardigheden.

Een **diverssensitieve attitude** is een open, nieuwsgierige houding naar eigen normen en waarden en 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 daarover. Zo is 'op tijd komen' voor bepaalde bevolkingsgroepen misschien eerder een rekbaar gegeven, terwijl het in België vaak belangrijk is om afspraken exact na te leven.

Diverssensitieve kennis gaat over het kennen van de context van de cliënt. Kennis verzamelen 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. 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 we cultuurverschillen benadrukken ten nadele van sociale en persoonlijke factoren, waardoor we gemakkelijk de veronderstelling maken dat individuen binnen een groep dezelfde visie hebben. Er is het risico dat we de cliënt gaan stereotyperen volgens zijn 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.

Diverssensitieve vaardigheden zijn de vaardigheden waarmee je een diverssensitieve attitude in praktijk brengt en waarmee je diverssensitieve kennis verzamelt. Diverssensitieve vaardigheden gaan over interesse tonen in de achtergrond van de cliënt en die bespreekbaar maken. Het gaat ook over een partnerschap opstellen waarbij de cliënt betrokken blijft in het denk- en beslissingsproces.

Houding

Omdat diverssensitieve kennis leeft, willen we er geen statisch gegeven van maken door ongenueanceerde 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 groepslidmaatschap 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 aan te scherpen. Het vakgebied van de etnopsychiatrie is een interessante bron hiervoor. Nóg meer pleiten wij 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 bij pijler II 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 referentiekader 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.

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; waarin oog is voor alle assen van zijn identiteit en hoe die elkaar beïnvloeden. CuSeHa legde 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, ...

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. De meest opvallende rode draad echter doorheen onze werking, was de **extra tijd** die het kostte om ons af te stemmen op de noden van onze doelgroep. We hadden tijd nodig om taboes te omzeilen en het vertrouwen te winnen van onze cliënten, om uitleg te geven, om de tussenstap van tolk naar cliënt te maken, om de cliënt niet te overhaasten en overbevragen, om flexibiliteit in te bouwen of om informanten te bereiken.

4. Wat en hoe van de richtlijnen

Insteek

De richtlijnen in deze tekst 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 eruit ziet. Wij bouwden verder op de **richtlijnen**⁷ van het kwaliteitscentrum diagnostiek en op het **AAIDD-model**⁸. 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. Eerder dan een protocol zijn deze richtlijnen een **hulp bij reflectie en een aanzet om de eigen praktijk als diagnosticus aan te scherpen**.

Fundamenten van onze faire aanpak

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

⁷ <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/publicaties/>

⁸ https://www.prodiagnostiek.be/materiaal/CZF_AAIDD-model.pdf

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

Hieronder een niet-exhaustieve lijst van elementen die Pijler II aangreep in zijn diverssensitieve werking. Met alles wat in de volgende hoofdstukken aan bod komt, bouwen we hierop verder.

- **Bewustzijn van aandachtspunten: ECLECTIC framework**

Verschillen binnen groepen zijn soms groter dan verschillen tussen groepen. Denk maar aan de verschillen tussen de bevolking op het platteland versus dat 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. Pijler II gebruikte het raamwerk als de fundamenteën voor zijn werking. Verder kan ook Ardila (2005) inspireren.

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,... ; hetgeen samenhangt met de (cognitieve) stimulatie die kinderen krijgen in hun 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. Niet iedereen heeft bovendien 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 wij 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 oefende 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,... 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 hij of zij 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 [cahier⁹](#) 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). Zij zien het niet als een 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 tolk gegeven kunnen worden.

- **Foutenbronnen in psychologisch 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 hoeft te 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). Zij beschrijven allen hoe de vorm waarin een construct tot uiting komt sterk kan verschillen over culturen heen. Sommige constructen bestaan niet eens overall. 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 manier 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 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 hoofddeksel.

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**).

⁹ <https://kenniscentrumwvz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>

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; van 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 info met elkaar te vergelijken. Dit is **triangulatie** (van de Vijver, 2016). De betrouwbaarheid van de verzamelde informatie stijgt wanneer 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, was in onze praktijk interessant, maar wel de manier waarop een cliënt de opdracht vervulde. 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.

- **Werken met taalondersteuning**

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 te doen. Er is dan een taalondersteuner nodig om aan de slag te kunnen. Hiervoor dient **toestemming** gevraagd te worden aan de cliënt (Franzen, van den Berg, & Papma, 2021). Sommige cliënten investeerden al veel tijd 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 het meest inzicht geeft in het functioneren van de cliënt enerzijds en anderzijds de cliënt ook de kans geeft om optimaal te presteren.

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 tolken bepaalde informatie weglaten uit schaamte of bezorgdheid over de cliënt. De realiteit is echter dat er soms geen budget is voor een professionele tolk, of dat de tolkdienst geen tolk kan voorzien. Enkel dan kan een lid uit de gemeenschap, een vriend/in of familielid (geen kind!) 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 tolk verwacht wordt. Google translate met zijn spreekfunctie kan in uitzonderlijke nood ook ter hulp schieten bij bijvoorbeeld het kennismakingsgesprek. Samen ploeteren

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 bepalende 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 kan pas een dag voordien bevestigd worden of een tolk beschikbaar is. Dit hangt ook samen met het beperkte aanbod van taalondersteuners door politieke keuzes.

Het [cahier¹⁰](#) 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 tolk te **informer**en over het belang van een zo letterlijk mogelijke vertaling, aan te geven om instructies niet ongevraagd te herhalen en op het hart te drukken om zeker niet te helpen gedurende het onderzoek. Helemaal letterlijk vertalen is vaak geen optie. Wel kan de diagnosticus duidelijk maken aan de tolk dat hij geïnteresseerd is in het taalgebruik en de communicatieve vaardigheden van de cliënt en waarom. Het kan zinvol zijn om ook na het onderzoeksmoment de tolk 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 info verloren, info die de tolk wel oppikt doordat ze dezelfde taal spreken en vaak ook een gelijkaardige achtergrond hebben. Wij verkozen, indien mogelijk, **intercultureel bemiddelaars boven sociaal tolken** omdat zij deze voor- en nagesprekjes als deel van hun takenpakket zien en de cliënt met diagnosticus proberen te verbinden via **culturele duiding**.

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

- **Gezamenlijke reflectie**

Zoals hierboven beschreven bestaat diverssensitieve zorg niet zonder doorgedreven reflectie. De diagnostische cyclus is hier een raamwerk voor (Borra, 2016; Cré et al., 2008). Tijdens dat proces is het allesbehalve een overbodige luxe om af te stemmen met collega's en de blik breed te houden. Ook externe hulp is hierbij een meerwaarde. De helpdesk van Solentra, een expert in transculturele psychiatrie die psychische zorg biedt aan jonge vluchtelingen- en migrantenkinderen en hun gezin, biedt die mogelijkheid. Op hun [helpdesk¹¹](#) kunnen hulpverleners een casus voorleggen. Een medewerker van Solentra belt dan terug om de casus samen inhoudelijk te bespreken.

¹⁰ <https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>

¹¹ <https://www.solentra.be/nl/aanvraag-helpdesk-voor-hulpverleners/>

Opbouw

In wat volgt overlopen de luiken van onze diagnostische trajecten. We startten elk traject met een *aanmeldingsprocedure en kennismaking* met de cliënt. Daarna nam de maatschappelijk werker een *sociaal onderzoek* af bij de cliënt en de psycholoog een *psychologisch onderzoek*. Vervolgens ging de cliënt langs bij één van onze *artsen*, waarna intern een *multidisciplinair overleg* volgde. Tijdens het *eindgesprek* koppelden we onze bevindingen aan de cliënt terug en benoemden we de eventuele diagnose. We beschreven het volledige traject in een uitgebreid *verslag*.

Voor elk luik identificeerden we **specifieke drempels of aandachtspunten**. Voor elke valkuil schetsen we kort de probleemstelling. Vervolgens geven we per valkuil mee **hoe we hierop inspeelden** in onze aanpak en wat onze inspiratiebronnen waren.

5. Aanmelding en kennismakingsgesprek

Wat zijn aandachtspunten?

- **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 tolken, in discriminatie op de huurmarkt, ... Ze worden nog te vaak als anders benaderd. Ook voor subtiele vormen van racisme ontwikkelen zij hierdoor 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 makkelijker distantiëren van de hulpverlening. Dat hulpverleners bepaalde woorden in de mond nemen die voor sommige cliënten taboe zijn, kan dit wantrouwen versterken. Denk maar aan woorden zoals handicap, (verstandelijke) beperking, autisme... We verwijzen graag naar het [cahier¹²](#) van CuSeHa voor meer info hierover.

- **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, ... Deze complexiteit maakt het vaak moeilijk om bepaalde symptomen terug te brengen naar één problematiek. Vaak zijn er dan meerdere zaken in het spel die elkaar onderling zelfs versterken, denk maar aan een vermoeden van een verstandelijke beperking met een hersenletsel na een val op jonge leeftijd.

- **Abstractie en referentiekader van diagnostiek**

Diagnostiek is weinig concreet. Het doet vaak uitspraken over eerder ongrijpbare zaken; zoals intelligentie, aandacht of werkgeheugen. Bovendien is psychodiagnostiek gestoeld op een westers mensbeeld, waarbij het functioneren van een persoon in verschillende vaardigheden kan worden opgesplitst en vaardigheden gelinkt kunnen 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 meer naar de context op een prent kijken - en individualistische culturen eerder een analytische denkstijl - waarbij ze meer naar het onderwerp op een prent kijken.

- **Meerwaarde op korte termijn**

In België heeft diagnostiek vanwege de structurele opbouw van de gehandicaptenzorg “het voordeel” dat het een toegangsticket kan zijn tot geschikte zorg. Diagnostiek kan na een

¹² <https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>

erkenning van de handicap uitzicht bieden op een persoonsvolgend budget¹³. Er is echter geen garantie en er zijn bovendien ellenlange wachtlijsten. Niet iedereen heeft evenveel boodschap aan voordelen op hele lange termijn waarover ook nog eens geen garantie bestaat. Wanneer iemand het dagdagelijkse leven moeilijk geregeld 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.

- **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 spreken ze een andere taal vlotter. 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 genoten evenveel opleiding in hun leven. Sommige cliënten zijn laaggeletterd of hebben beperkte gezondheidsvaardigheden. Thema's die voor hulpverleners vanzelfsprekend zijn, zijn voor hen dan vaak moeilijk te volgen. Ze ervaren de zorg die zij ontvangen hierdoor ook als minder goed. Doordat cliënten zich niet altijd even betrokken weten in hun zorgtraject en soms niet goed begrijpen wat er gebeurt, hebben zij geregeld geen overzicht over hun gelopen zorgtraject.

Casus: illustratie van drempels

N., een 23-jarige man, werd door zijn begeleidster aangemeld met het vermoeden van een verstandelijke beperking. Om in te schatten of een diagnostisch traject kon worden opgestart voor de man en om hem er uitleg over te geven, nodigden we hem en zijn begeleidster uit voor een kennismakingsgesprek. Een tweede begeleidster van N. wenste ook aanwezig te zijn op het gesprek. We waren met beide projectmedewerkers aanwezig op het gesprek. Zo kon N. ons beiden ontmoeten, was het idee. Daarnaast was ook een intercultureel bemiddelaar (ICB) aanwezig. Zij bleek enkel te tolken tussen Dari en Frans. Wij haalden dus ons mooiste Frans boven.

We legden de stapjes van het diagnostisch traject uit aan de hand van een prentenverhaal over een fictieve cliënt, Amir. Het verhaal ging ook over wat de diagnostiek voor Amir opleverde. We vertelden dat Amir met het verslag meer hulp kon krijgen. N. zag geen link met zijn eigen situatie. Hij vertelde gewoon te willen gaan werken, maar dat mensen hem dit niet lieten doen.

Eén van N's begeleidsters legde uit dat er meer keuze is in werk wanneer je een papier hebt waarop staat dat je een handicap hebt. Wanneer de ICB dit vertaalde, werd N. kwaad. Hij begon zichzelf te verantwoorden over zijn lichamelijke gezondheid. De ICB duidde dat handicap voor hem gelijkstond met een fysieke beperking. N. gaf aan weg te willen.

¹³ Zie ook het [cahier](https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context) 'Inclusie voor personen met een handicap in Brussel' voor meer info hierover. (<https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>)

N's begeleidster kon hem overhalen voor een tweede gesprek. Deze keer kwam zij alleen met N. en was er één projectmedewerker bij het gesprek. De tolk kwam op het laatste moment niet opdagen. Toch probeerden we nogmaals uitleg te geven aan N. over het proces. We leunden hierbij op de prenten in het verhaal, google translate en op het taaltje dat de begeleidster en N. onderling hadden opgebouwd. We spraken vooral over een papier dat hem meer opties kon geven in de zoektocht naar werk. Het tweede kennismakingsgesprek verliep wel vreedig en maakte een opstart mogelijk.

Hoe deden wij het?

- **Vertrouwen en taboe**

- **Aanbieden van kennismakingsgesprek(ken)**

Om een vertrouwensrelatie met de cliënt op te bouwen, maakten wij tijd voor een kennismakingsgesprek vooraleer van start te gaan met het diagnostisch proces. In dit gesprek gaven we telkens uitgebreid uitleg over het opzet van ons aanbod. We deden dit aan de hand van een beeldverhaal (zie Bijlage 4). Tijdens het kennismakingsgesprek gaven we de cliënt de tijd om voeling te krijgen met wie wij waren en wat wij voor hem konden betekenen. We formuleerden gezamenlijke doelstellingen en legden die doelstellingen ook vast in een samenwerkingscontract. We hielden er steeds rekening mee dat het voor sommige cliënten al een heus traject vraagt om voldoende vertrouwen en bereidheid op te bouwen om te kunnen starten met een diagnostisch traject. Daarom boden we de optie van een tweede kennismakingsgesprek of een bedenktijd vooraleer op te starten. We lieten aan de cliënt de keuze waar hij het gesprek telkens wilde laten doorgaan.

- **Betrekken van bestaande vertrouwenspersonen**

Aanmeldingen bij onze dienst gebeurden veelal door begeleiders. Vaak hadden deze begeleiders al een goede vertrouwensband met de cliënt opgebouwd. Wij probeerden te bouwen op die vertrouwensrelatie. Concreet deden we dit door de begeleider mee uit te nodigen op het kennismakingsgesprek met de cliënt. Net zoals organisaties vaak meer vertrouwen krijgen van cliënten door de aanwezigheid van een intercultureel bemiddelaar, voelden wij dat de hulpverlener houvast kon bieden aan de cliënt, de drempel verlaagde om te spreken en ons soms ook kon bijstaan in het formuleren van zaken zoals de cliënt gewoon was. Wel merkten we dat er ook grenzen zijn aan deze manier van werken. Er mag geen front van hulpverleners ontstaan. Na de negatieve impact van te veel hulpverleners in de ruimte ervaren te hebben, beperkten we ons telkens tot één begeleider.

- **Omzeilen van taboe**

Zeker bij de opstart van een diagnostisch traject voelden we geen meerwaarde om al in diagnostische termen te spreken. We merkten dat er bij onwennige cliënten eerst een solide vertrouwensband nodig is vooraleer termen in de taboesfeer benoemd kunnen worden. Bij de opstart beperkten wij ons tot een concrete beschrijving van wat we deden en waarom. De naam van het project, CuSeHa, probeerden we niet te vermelden in onze uitleg. Deze naam,

kort voor Cultuursensitieve zorg voor personen met een Handicap, draagt voor velen immers veel taboe in zich. In plaats daarvan gaven we een heel concrete uitleg bij het proces (wat de cliënt doet) aan de hand van een beeldverhaal (zie 'ter inspiratie'). Met het beeldverhaal konden we uitleg geven aan de cliënt over het diagnostisch traject, zonder het meteen over hemzelf te laten gaan. Op die manier voelde de uitleg voor sommige cliënten veiliger aan. Tegelijk merkten we ook dat dit taboe er niet bij alle cliënten was. Het is dus een persoonlijk verhaal. Steeds uitgaan van taboe wanneer er een migratieachtergrond speelt, is overculturaliserend. We probeerden daarom ook bij elk cliënt te evalueren welke spreekruimte er was over diagnoses en handicap, maar openden dit gesprek steeds erg voorzichtig.

- **Informeel start**

Een rode draad doorheen onze trajecten is dat we bij de ontvangst van de cliënt steeds een vijftal minuten voorzagen om de cliënt drank aan te bieden en te horen hoe hij erbij zat. Niet bij alle cliënten is zo'n informele babbel welkom uiteraard.

- **Differentiaaldiagnostische overwegingen**

- **In kaart brengen van antecedenten**

We merkten doorheen de loop van het traject dat bij vragen rond verstandelijke beperking of autisme ook bedenkingen speelden rond hersenletsels of psychiatrische problemen. We ondervonden dat het een grote meerwaarde had om contact op te kunnen nemen met de huisarts van de cliënt voorafgaand aan de opstart. Met de toestemming van de cliënt kon de huisarts ons vaak wegwijs maken in het eerdere zorgtraject van de cliënt daar waar de cliënt zelf het spoor bijster was. Voorafgaand aan elke opstart probeerden we er zicht op te krijgen of de cliënt ooit in een ongeval betrokken was, ooit opgenomen werd, met andere zorgverleners contact had of heeft, ooit al een diagnostisch onderzoek doormaakte, motorische moeilijkheden ervaart... Het zijn allen stukjes van de puzzel. Voorafgaand aan de opstart van het onderzoek vroegen we aan de cliënt wie we mochten contacteren. We merkten dat deze vraag zonder voldoende omkadering wantrouwen kon opwekken bij sommige cliënten.

- **Beperkingen van aanbod meegeven**

Soms kwam pas laattijdig in het traject aan het licht dat er mogelijks een hersenletsel speelde. In dat geval moesten we doorverwijzen. We gaven bij de opstart daarom duidelijk mee wat ons aanbod was en waar het stopte.

- **Abstractie en referentiekader van diagnostiek**

- **Beeldverhaal**

We gebruikten een beeldverhaal om diagnostiek uit te leggen aan cliënten. Dit beeldverhaal is een geïllustreerd verhaal over een fictieve cliënt bij CuSeHa. Het biedt een concrete, simpele

en visueel ondersteunde voorstelling van alle stappen bij een diagnostisch traject. We werkten slechts een prototype uit dat nog bijgeschaafd dient te worden. Voor sommige cliënten is de betrokkenheid van een fictief personage net verwarrend omdat zij verbeelding missen of abstractievermogen. Voor sommige cliënten is het beeldverhaal ook nog te lang of te complex. Ons beeldverhaal blijft voorlopig een ruw prototype.

- **Voorbeelden van onderzoeksmaterialen**

Door voorbeelden op tafel te leggen van onderzoeksmaterialen kan de cliënt zich een concrete voorstelling maken van het gebeuren. Zo toonden we soms enkele voorbeeldopgaves van de Raven's-2, de blokjes van de subtest blokpatronen uit WAIS-IV-NL. We waakten er uiteraard over om geen zaken te tonen die de interpretatie van de methodieken achteraf zouden bemoeilijken. Het tonen van de materialen bood soms ook een bijkomende toets van eerdere ervaringen met diagnostiek.

- **Tijdslijn of visuele agenda**

Door alle afspraken met de cliënt op een tijdslijn te zetten (zie Bijlage 5) en een visuele voorstelling te maken van waar alle afspraken uiteindelijk toe kunnen leiden, zoals bijvoorbeeld meer of betere hulp, kan de cliënt beter vatten wat er hem of haar te wachten staat.

- **Meerwaarde op korte termijn**

- **Gezamenlijke doelstellingen via beeldverhaal**

Om de cliënt te motiveren voor een diagnostisch traject zijn naast de voordelen op lange termijn, het persoonsvolgend budget bijvoorbeeld, ook vaak voordelen op korte termijn nodig. We probeerden die voordelen samen met de cliënt te formuleren en zochten naar gezamenlijke doelstellingen. Cliënten bij ons zagen vaak voordelen van een diagnose in meer duidelijkheid voor de al lopende zorgtrajecten; ze hoopten op zelfinzicht of wilden een taal om hun zorgnoden in uit te drukken naar anderen toe. We merkten dat het beeldverhaal een hulp kon zijn om dit uit te klaren. Zo konden we aan de cliënt vragen wat hij van moeilijkheden of noden van het hoofdpersonage herkende bij zichzelf.

- **Afgebakende verwachtingen**

We merkten dat we de verwachtingen van de cliënt geregeld moesten afbakenen. Niet alle cliënten zijn even vertrouwd met de grenzen van elke dienst in de zorgsector en hoopten ook praktische hulp te krijgen van ons of blijvende begeleiding. In deze gevallen hielp het ons en de cliënt om alle betrokken hulpverlening en hun aanbod te visualiseren. Zo werd het duidelijker voor cliënten waar zij met welke vragen terecht konden. We verwezen telkens opnieuw naar dit schema wanneer de cliënt twijfelde over wie wat deed. Heldere verwachtingen en doelstellingen voorkomen teleurstelling en scherpt de motivatie van de cliënt aan. We definieerden deze zaken in een gezamenlijk proces.

- **Taal en laagletterdheid**

- Wij gebruikten steeds **visuele ondersteuning** bij uitleg.
- In onze schriftelijke en mondelinge uitleg probeerden we woorden te gebruiken van **niveau B1 of lager**.

- **Voorkeurstaal**

Voorafgaand aan of tijdens het kennismakingsgesprek probeerden we uit te maken in welke taal de cliënt het liefst communiceerde. Zo nodig voorzagen we taalondersteuning. We toetsen in het kennismakingsgesprek verder af welke talen de cliënt op welk niveau beheerste, zowel schriftelijk als mondeling.

- **Penvaardigheid**

Omdat de penvaardigheid van de cliënt zijn testresultaten kan beïnvloeden is het belangrijk om na te gaan in welke mate de cliënt ervaring heeft met schrijven. We konden dit vaak observeren door de cliënt zijn naam en adres te laten schrijven op de samenwerkingsovereenkomst.

- **Terugvraagmethode**

Wanneer we wilden nagaan of de cliënt onze uitleg goed had begrepen, gebruikten we de terugvraagmethode van Pharos: "Ik zou graag weten of ik het goed heb uitgelegd. Kan je me daarom eens vertellen wat ik heb gezegd?" Deze methode vermijdt een controlerende insteek.

6. Sociaal onderzoek

Wat zijn aandachtspunten?

- **Communicatiestijl**

Er zijn verschillende 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, ... 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.



- **Vertrouwdheid met onderzoekssituatie en cultuur gastland**

Zoals ook het ECLECTIC framework van Fuji (2018) meegeeft, kan de manier waarop onderzoeksmomenten bij een diagnostisch onderzoek worden ingekleed erg onvertrouwd aanvoelen voor een cliënt. Voor sommige cliënten is het bijvoorbeeld niet wenselijk om in een afgezonderde ruimte te zitten met een onbekende, meer nog soms wanneer die onbekende van het andere geslacht is. Niet alle cliënten voelen zich even vertrouwd bij alle elementen uit de cultuur van het gastland. De acculturatie of hoe goed de cliënt elementen uit de cultuur van het herkomstland integreerde met elementen uit de cultuur van het gastland in zijn dagdagelijks leven is bepalend voor zijn prestaties op onderzoeksopdrachten.

- **Handelingsverlegenheid**

Wanneer we niet vertrouwd zijn met een bepaald gegeven, kan dit verlamrend werken omdat we vrezen iets fout te doen. Het kan gebeuren dat we ervoor kiezen om het onderwerp daarom niet aan te snijden. Het is de 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. In dat geval wordt ingevuld voor de cliënt wat wel en niet relevant is. Het [cahier¹⁴](https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context) gaat dieper in op handelingsverlegenheid.

- **Kruispuntdenken**

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

Ieders identiteit bestaat op een kruispunt van meerdere vlakken. Ook cliënten met een migratieachtergrond hebben een gelaagde identiteit. Zij zijn evengoed man, vrouw of iets daar tussenin, hebben een bepaald inkomen, een bepaalde opleiding, zijn lid van bepaalde groepen, hebben een bepaalde geaardheid, een bepaald geloofd, ... Belangrijk is om hun etniciteit maar zo zwaar te laten doorwegen hierin als zijzelf aangeven. [Kruispuntdenken¹⁵](#) biedt een tegenwicht tegen stereotypering. Dit gaat breder dan iemands etniciteit, denk maar aan vrouwen met autisme.

- **Ziektebeleving**

Hoe iemand zijn moeilijkheden beleeft en verklaart hangt samen met zijn of haar referentiekader. Dit kan een lichamelijke verklaring zijn, maar evengoed een religieuze. Beide verklaringen kunnen naast elkaar bestaan. Een handicap kan aan de oppervlakte begrepen worden vanuit neurologische uitval, maar onderliggend ook als een beproeving van het geloof worden ervaren.

- **Betrokkenheid van netwerk**

De betrokkenheid van netwerk is vaak geen evidentie bij mensen met een migratieachtergrond. Soms reizen mensen op hun eentje naar België. Familieleden beschikken bovendien soms niet over de technologie om op te bellen. Bijkomstig kan het taboe rond handicap familieleden afschrikken om mee te werken aan het proces.

Casus: illustratie van drempels

T., een 38-jarige vrouw, werd bij ons aangemeld door haar begeleider, met een vermoeden van een verstandelijke beperking. De vrouw was de voorbije jaren volgens haar begeleider gestagneerd in haar kennis van het Nederlands, vergat veel en begreep vaak niet welke stappen er gezet dienden te worden om een bepaald doel te bereiken. T. woont samen met haar echtgenoot en twee kinderen. Ze werkt in een beschutte werkplaats vanwege een fysieke beperking. T. maakt de laatste twee jaar meer fouten op het werk, mogelijks vanuit een motivatieverlies, suggereerde haar begeleider op het werk.

De vrouw is van Tibetaanse afkomst. Zij groeide op in een nomadengemeenschap. De enige scholing die zij genoot waren de lessen die enkele leden van de gemeenschap organiseerden in het reciteren van Tibetaanse teksten. T. wisselde de lessen af met dagen waarop ze een kudde jaks verzorgde. In België was T. grotendeels blijven leven volgens Tibetaanse waarden. Ze vond het nog steeds moeilijk om kalenders te gebruiken en strikte afspraakmomenten op te volgen. Het openbaar vervoer had ze intussen wel beter leren gebruiken. Hoewel zij nog steeds Nederlandse les volgde, was zij weinig verstaanbaar in het Nederlands. De vraag werd geopperd of zij wel voldoende oefende.

Het bleek niet evident om een tolk te vinden. We moesten onze afspraak met T. enkele malen annuleren omdat er ons last minute bericht werd dat er geen tolk beschikbaar was. Dit woog op de motivatie van T. en maakte het traject voor haar erg verwarrend. We maakten een tijdslijn van haar traject bij ons om het opnieuw duidelijk te maken voor haar. T. begreep ook niet goed bij wie ze met welke vragen

¹⁵ <https://www.kenniscentrumwvz.be/kruispuntdenken>

terecht kon. T. werkte met vele diensten samen. We maakten met T. een schema over welke vragen ze waar kon stellen.

Uiteindelijk kon toch een tolk vastgelegd worden. We lieten het onderzoeksmoment bij T. thuis doorgaan. Een vriendin van haar sloot digitaal aan. T. groeide samen met haar op. Ook haar echtgenoot woonde het gesprek digitaal bij vanuit zijn auto op het werk.

De vriendin was alleen maar lovend over T. en vertelde dat T. overal de beste in was als kind, zoals bij zingen en huishoudelijke taken. Haar echtgenoot kende T. enkel als volwassene. Ze huwden in India nadat ze beiden op afzonderlijke momenten uit Tibet waren gevlucht van het regime daar. T. zelf gaf geen moeilijkheden aan, op haar werk niet en thuis niet. Haar echtgenoot zag wel veel beperkingen bij T. Hij vertelde dat ze al wel vaker naar de winkel geweest was zonder de middelen om te betalen of dat ze vergat het kookvuur uit te zetten na het koken. Had dit te maken met een verstandelijke beperking of speelde haar fysieke beperking hierin mee? Of had zij vooral geheugenproblemen? T.'s vriendin vertelde immers dat T. als kind buiten bewustzijn raakte na een stamp van een paard tegen het hoofd.

Wanneer we zaken terugkoppelden die haar werkgever ons had verteld, werd zij opnieuw achterdochtig over waarom we anderen hadden gecontacteerd, ook al was dit al besproken met haar. T vertelde veel belang te hechten aan hoe anderen haar zagen. We legden nog eens uit wat we precies met de sociale dienst van haar werk hadden besproken en waarom. We bespraken nog eens wat wel en niet oké was voor T. bij extern contact.

Hoe deden wij het?

- **Communicatiestijl en kruispuntdenken**

Om cliënten de vrijheid te geven om een onderwerp aan te snijden zoals zij wilden, gebruikten we gespreksflappen. We lieten ons inspireren door de gespreksflappen van Dienst Ondersteuningsplan (zie Bijlage 6). Zo'n flap kan een visuele voorstelling bieden van de relevante thema's in het gesprek. Zo beelden we de thema's soms af met pictogrammen in gespreksballonnen rond een voorstelling van de cliënt of we bespraken de zelfredzaamheid van de cliënt door met de afbeelding van een huis erbij te overlopen wat hij in welke kamer al dan niet alleen kan. Door een breed aantal thema's voor te stellen, konden we de verschillende lagen van iemands identiteit aanboren. We gaven de cliënt daarnaast ook de keuze om zelf thema's aan te reiken. We stelden die thema's voor aan de hand van lege gespreksballonnen. Op de tweede flap probeerden we samen met de cliënt belangrijke plekken en personen voor hem of haar in kaart te brengen. Het bood aanknopingspunten voor een genogram.

Uiteraard boden de gespreksflappen geen pasklare oplossing om de communicatieverschillen tussen cliënt en hulpverlener te overbruggen. Bij sommige bevolkingsgroepen is het simpelweg niet de gewoonte om over problemen te spreken. We probeerden in dat geval op te merken wat gebeurde en dit te benoemen indien het de infoverzameling verstoorde. We leunden ook op interculturele bemiddelaars om de taal- en cultuurbarrière te overbruggen. De culturele duiding die zij kunnen geven werkt verenigend. Zij kunnen moeilijkheden niet alleen duiden, maar ook inspireren over hoe bepaalde thema's aangeraakt kunnen worden.

- **Vertrouwdheid met onderzoekssituatie en cultuur van gastland**

- **Opbouwen van vertrouwdheid**

We bespraken steeds met de cliënt hoe de onderzoekssituatie voor hem of haar aanvoelde en namen elk gesprek de tijd om alle stappen te kaderen. We vielen hiervoor terug op een tijdslijn (zie Bijlage 5). Daarnaast merkten we hoe belangrijk het is om te duiden waarom je welke vragen stelt. Concrete voorbeelden hielpen hierbij. Die duiding helpt cliënten de meerwaarde van vragen te begrijpen. Het geeft ze bovendien een beter beeld van welke antwoorden worden verwacht.

Om de cliënt ook al een eerste maal kennis te laten maken met hoe een testafname in z'n werk gaat, namen wij na het eerste gesprek telkens een Raven's-2 af. We lieten ons hierbij inspireren door Nkaya, Huteau, en Bonnet (1994) die destijds aantoonde dat bij analfabeten een tweede Raven's-2-afname een betere voorspeller was voor latere prestaties dan de eerste testafname. Vertrouwdheid met het testgebeuren speelde hierbij een grote rol. Met een Raven's-2-afname wilden we laaggeletterde cliënten al eens kennis laten maken met het testgebeuren. Ook was de testafname voor ons 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, was 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.

- **Inschatting acculturatie**

Vooraleer we een intelligentie-onderzoek opstartten, probeerden we tijdens het sociaal onderzoek zicht te krijgen op de acculturatie van de cliënt. Acculturatie is de mate waarin een persoon met een migratieachtergrond naast elementen uit zijn cultuur van afkomst ook elementen uit de gastcultuur heeft opgenomen in zijn manier van leven. De acculturatiegraad van een cliënt 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. Hoe groter de acculturatie, hoe meer kwantificatie mogelijk is dus.

Taal is vaak al een belangrijke parameter van die acculturatie. Om de Nederlandse kennis van 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). Wij maakten de inschatting van het taalniveau voornamelijk op basis van gesprek met de cliënt. Bijlage 3 biedt info over wat op welk taalniveau te verwachten valt. Om de acculturatie nog verder in kaart te brengen, lieten wij ons inspireren door de [Gentse acculturatieschaal](#)¹⁶. 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... Naast de acculturatie is ook het niveau van opleiding van de cliënt belangrijk om

¹⁶ <https://www.ugent.be/pp/nl/diensten/rso/assessmentlab/gacs>

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 op tijd iets te doen dan cliënten met een diploma.

- **Ziektebeleving en handelingsverlegenheid**

Door het [cultural formulation interview](#)¹⁷ en het [Culturele Interview](#)¹⁸ gedeeltelijk als leidraad te gebruiken voor het eerste gesprek, hadden we een houvast in welke thema's aan bod dienden te komen. In het sociaal onderzoek probeerden we - bovenop de reguliere thema's zoals school of werk, gezin en vrije tijd - ook zicht te krijgen op onder andere de (culturele) identiteit, het geloof, de acculturatie, de taal en de migratiegeschiedenis van de cliënt. Een overzicht van belangrijke thema's en welke vragen hierover te stellen, helpt om de drempel van handelingsverlegenheid te overwinnen. De interviews hebben oog voor een differentiatie in identiteit en verklaringsmodellen. Bijkomend bood ook de aanwezigheid van intercultureel bemiddelaars de veiligheid dat in gesprekken rond betekenisgeving bijgestuurd kon worden indien nodig.

Belangrijk is om blijvend oog te hebben voor hoe thema's een heel eigen invulling krijgen naargelang de leerervaringen van cliënten en hun naasten. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de verwachtingen die ouders stellen over wat hun kinderen doorheen verschillende leeftijdsfasen horen te kunnen. De maatstaf die de vragenlijst ABAS-3 hanteert in het beoordelen van adaptief gedrag kan dus verschillen naargelang de maatstaf waarmee de cliënt opgroeide.

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.

- **Betrokkenheid netwerk**

- **Genogram**

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 het kind. Onder andere daarom is het erg interessant om met de cliënt een genogram op te stellen. Het genogram kan ook een aanknopingspunt bieden om zicht te krijgen op hoe eventuele brussen verschilden met de cliënt in functioneren. Zo'n genogram hoeft niet schriftelijk opgesteld te worden. Poppetjes kunnen een handige manier zijn om het netwerk van de cliënt visueel te maken in de aard van de personen, de afstand tussen hen in, ... Niet voor alle cliënten echter is dit bruikbaar. Sommige cliënten vinden het te kinderachtig, voor andere cliënten komt het fysiek voorstellen van familieleden wegens traumatische ervaringen te dichtbij.

¹⁷ https://www.dsm-5.nl/actueel/209-363_Cultural-Formulation-Interview/

¹⁸ <https://www.pharos.nl/kennisbank/het-culturele-interview-in-het-kort/>

o Flexibiliteit

Het vroeg geregeld wel wat flexibiliteit om familieleden betrokken te krijgen bij het onderzoek van onze cliënten. Sommigen konden we telefonisch of digitaal betrekken. Anderen gaven schriftelijke feedback bij enkele vragen. Bij nog andere cliënten stelden we voor om vader op te bellen om het onderzoek te kaderen vanwege het taboe dat bij hem leefde. We volgden uiteraard steeds de cliënt in wat hijzelf wenste of haalbaar zag. Wel kijken sommige cliënten soms anders aan tegen de betrokkenheid van familieleden wanneer het belang ervan voor het onderzoek (meermaals) gekaderd wordt.

7. Psychologisch onderzoek

Wat zijn aandachtspunten?

- **Intelligentie-concept**

Niet bij alle bevolkingsgroepen betekent intelligentie hetzelfde. Niet in alle culturen doen zich immers 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 niet bij alle culturen intelligentie 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 ook is het niet voor alle cliënten even duidelijk waarom sommige testen worden afgenomen. Sommige testen kunnen zo onbenullig lijken dat de cliënt zijn motivatie verliest.

- **Taal**

Onderzoeksmethodieken zijn niet genormeerd op een vertaalde afname. Bovendien bestaat in sommige talen geen vertaling voor een bepaald item. Het woord 'trompet' bijvoorbeeld heeft geen Tibetaanse tegenhanger. Ook is woordenschatkennis sterk afhankelijk van scholing. De taal die in testen 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 het geval is 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. Zonder een score voor gekristalliseerde kennis kan immers geen totaal IQ worden bepaald.



Vragenlijsten zijn vaak onbruikbaar wanneer cliënten de afnametaal niet beheersen. Ze kunnen immers niet zomaar vertaald worden door een taalondersteuner. De interpretatie is hier vanwege de 'meetlat' niet op voorzien.

- **Kwantitatief vs 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 veelal weinig representatief. Kwalitatieve interpretatie is daarom de norm. Hoe pakt de cliënt een opdracht aan? De onderzoeken bieden dan een gestructureerde manier om te observeren.

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.

- **Verschillende brillen, met verschillende eisen**

De keuzes bij diagnostisch onderzoek kunnen vanuit verschillende brillen worden genomen. 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 ellenlange lijst van opdrachten voor te leggen. Overheidsinstanties, zoals bijvoorbeeld het VAPH, hebben dan weer 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 of 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 die diensten stellen. Voor de erkenning van een verstandelijke beperking vraagt het VAPH niet enkel info over de ontwikkeling en een beeld van het adaptief gedrag, maar moeten er ook IQ-cijfers kunnen worden voorgelegd. Er is met andere woorden een vereiste van kwantificatie om de cliënt kans te laten maken op financiële ondersteuning en toegang tot zorg.

Casus: illustratie van drempels

T., een 52-jarige man van Marokkaanse afkomst, werd naar ons verwezen door zijn voor diagnostiek. Zij vermoedde een verstandelijke beperking. T. werkt in een beschutte werkplaats vanwege de handicap aan zijn arm. T. krijgt de dagdagelijkse taken moeilijk zelf geregeld en heeft hierbij hulp nodig van zijn echtgenote. De begeleidster maakte zich zorgen om de draaglast voor de echtgenote, zeker aangezien de mentale beperking van hun 9-jarige dochter ook veel aandacht vraagt. De begeleidster hoopte dat er meer hulp kon komen voor T. en de thuissituatie hiermee kon worden ontlast.

We schatten T.'s acculturatie eerder laag in. We zagen tijdens het kennismakingsgesprek en het sociaal onderzoek een beperkte kennis van het Frans of het Romeinse alfabet, geen kennis van het Nederlands, zagen een sterke interesse in het Marokkaanse koningshuis, vooral Marokkaanse gebruiken in zijn levenswijze (eetgebruiken, feestdagen, tv-programma's, winkelvoorkeuren...) en weinig contact met mensen met een Belgische afkomst. T. kwam pas als volwassene naar België. Zijn echtgenote ontmoette hij in Marokko. Ze hebben een gearrangeerd huwelijk.

T.'s acculturatie zou een WAIS-IV-NL-afname sterk vertekenen. Toch moesten we ons beroepen op de test. Voor een SON-R-6-40 was T. immers te oud en om de resultaten van ons diagnostisch onderzoek bruikbaar te maken voor een erkenningsaanvraag bij het VAPH was het resultaat van een volledige testbatterij nodig. We zouden het resultaat van de WAIS-IV-NL nuanceren door het te vergelijken met een score die enkel op non-verbale subtesten van de WAIS-IV-NL was gebaseerd.

Het bleek een grote uitdaging om alle verplichte subtesten van de WAIS-IV-NL af te nemen. We lieten de intercultureel bemiddelaar de instructies voorlezen in het Arabisch. Ook vele items moesten vertaald worden aangeboden om de subtest überhaupt te kunnen afnemen. Dit beperkte de controle die we hadden over het testgebeuren en vertraagde het proces. T zelf werkte bovendien ook erg traag. Tijdens het eerste onderzoeksmoment konden we in twee uur slechts twee subtesten afnemen. We zagen ook dat T. zich snel faalangstig ging voelen en emotioneel werd van de moeilijkheden die hij ondervond bij de testafname. Het wrong dan ook om T. te moeten belasten met deze afnames en hem bijkomende faalervaringen te bezorgen, wetende dat scores van subtesten zoals Informatie en Overeenkomsten vooral dienden om aan de eisen van het VAPH te voldoen. We spreidden de WAIS-IV-NL-afname over drie momenten van twee uur.

Hoe deden wij het?

- **Intelligentie-concept**

- **Bevragen**

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

- **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](#)¹⁹. Je vindt er een uitleg over de [werkwijze](#) en een [werkbrochure](#) voor het opstellen van een CHC-intelligentieprofiel.

Hoe het CHC-model intelligentie differentieert in meerdere cognitieve vaardigheden maakt het diverssensitief in kaart brengen van intelligentie bij cliënten met een migratieachtergrond

¹⁹ <https://expertisetoegepastepsychologie.be/subpages/chc-platform/>

werkbaar. De verschillende cognitieve vaardigheden die het CHC-model afbakt, zijn immers allen in een verschillende mate cultureel bepaald. Door de sterk cultureel bepaalde vaardigheden weg te laten in onze intelligentiemeting kunnen we de culturele vertekening verminderen.

De vaardigheden onder vloeiende intelligentie (Gf), visuele informatieverwerking (Gv) en verwerkingssnelheid (Gs), de tijdscomponent even buiten beschouwing gelaten hierbij, zijn relatief weinig cultureel bepaald en kunnen 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 (Inschatting acculturatie) is Gc niet in kaart te brengen aan de hand van de reguliere WAIS-IV-NL-subtesten hiervoor. Een afname van die subtesten zou enkel maar een weergave zijn van de acculturatie van de cliënt. Bovendien vallen die subtesten niet zomaar te vertalen.

Cultuur/taal classificatie subtests WAIS-IV:

Subtests	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	H (M)	L	Gsm
Nazeggen			
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, 2016²⁰](#) en [Magez, 2021²¹](#)) 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

²⁰ https://www.thomasmore.be/sites/www.thomasmore.be/files/niet-talig_onderzoek_van_cognitieve_vaardigheden_modules_gf_gv_gs_1.pdf

²¹ https://expertisetoegepastepsychologie.be/wp-content/uploads/2021/10/NiTal_indexen-2021.pdf

cognitieve vaardigheden. De NiTal-index is een samenvattende score van deze brede cognitieve vaardigheden. Zie Bijlage 2 voor de werkwijze.

De non-verbale vaardigheden waarop de NiTal-index zich beroept om een schatting te maken van het IQ, zijn dan misschien wel minder cultureel bepaald dan andere eerder verbale vaardigheden, maar zijn 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: hoe ouder cliënten zijn, hoe lager ze scoren op de NiTal-index.

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

o 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 immers over een impact van cultuur, scholing, vertrouwde, ... bij deze bevolkingsgroep.

o Testing the limits

De tijdscomponent kleurt de resultaten bij personen met een migratieachtergrond. Het gaf ons daarom soms bijkomende info om die tijdslimieten niet strikt te hanteren bij de testafname; door aan *testing the limits* te doen dus (Kamar, 2016). Wel lieten we dit de score niet beïnvloeden en registreerden we wanneer de cliënt buiten tijd antwoordde. We scoorden ook navenant. Door ook na het verstrijken van de tijdslimiet te blijven registreren en eventueel aan te moedigen, konden we zien in welke mate de tijdslimiet de prestatie van de cliënt beïnvloedde en wat zijn potentieel is hierbuiten. Dit leverde niet alleen info op over cultureel bepaalde vertekening, maar bood ook een handelingsgerichte invalshoek op individueel niveau. Op groepsniveau biedt *testing the limits* te weinig betrouwbaarheid om beslissingen te kunnen nemen. De praktijk is immers erg subjectief.

o Procesdiagnostiek

We onderstrepen graag de 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. Door bij de berekening van de resultaten te middelen over de meerdere meetmomenten, bekomen we een meer betrouwbaar resultaat. Bovendien geven we cliënten bij procesdiagnostiek de kans om vertrouwd te raken met het testgebeuren en een eventuele evolutie door te maken.

o Metafoer autokeuring of medisch onderzoek

Om de testsituatie minder bedreigend te maken voor de cliënt en zijn motivatie ook te sterken, probeerden we alle stappen van het onderzoeksproces in eenvoudige taal toe te lichten aan de cliënt. Aan de hand van metaforen verduidelijkten we het opzet. We vergeleken het psychologisch onderzoek bijvoorbeeld met een autokeuring (Franzen, van den Berg, & Papma, 2021). Bij een autokeuring worden alle onderdelen van een auto beoordeeld op hun functioneren; de hele buitenkant en de hele binnenkant, de vanzelfsprekende zaken aan de buitenkant, zoals de aanwezigheid van spiegels, die meteen te zien zijn en de complexe of verborgen zaken aan de binnenkant, zoals de roetfilter, die niet meteen te zien zijn. Op die manier konden we cliënten het belang bijbrengen van zowel de eenvoudige opdrachten als de moeilijkere opdrachten. Ook al is het misschien vanzelfsprekend, toch is het bij een autokeuring belangrijk om niet alleen onder de motorkap te kijken, maar ook even na te gaan of de auto spiegels en ruitenwissers heeft. Ook bij diagnostiek onderzoeken we niet alleen de complexe zaken met moeilijke taken, maar ook de voor sommigen meer vanzelfsprekende zaken met gemakkelijke taken. Niet voor alle cliënten is een autokeuring even betekenisvol en kan een vergelijking met een doktersafpraak veelzeggender zijn.

- **Kwalitatief vs kwantitatief en verschillende brillen**

- **Vergelijking van NiTal-index met TIQ**

Wanneer de Nederlands kennis onvoldoende is om een testafname in het Nederlands mogelijk te maken, wordt een volledige, valide WAIS-afname eigenlijk al uitgesloten. Desondanks kan het toch interessant zijn om een volledige WAIS af te nemen, inclusief de subtesten voor Gc. Enkel dan kan immers een totale IQ-score (TIQ) bepaald worden. Dat TIQ kan dan vergeleken worden met de NiTal-index; hetgeen info biedt over de representativiteit van het TIQ en de culturele vertekening ervan, bovenop de betrouwbaarheidsintervallen die veelal gebaseerd zijn op een westerse normgroep. We moeten bovendien ook rekening houden met de eisen die overheidsinstanties stellen. Het VAPH bijvoorbeeld 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 dit geen Gs-index includeert. Een vergelijking tussen een WAIS-IV-NL en de NiTal-index levert bovendien meer info 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 info oplevert over mogelijke vertekeningen.

Vanuit het perspectief van de cliënt is het niet altijd aangewezen om te belasten met subtesten die maar 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, handelingsgerichte info biedt, vraagt het een grotere tijdsinvestering en tijd is kostbaar.

Voor de NiTal-index baseren we ons voor personen jonger dan 40 voor Gv en Gf op de SON-r-6-40-subtesten. Wanneer je het NiTal-IQ wenst te vergelijken met het TIQ, ben je genoodzaakt twee volledige testbatterijen af te nemen, de WAIS-IV-NL en de SON-r-6-40. Dit terwijl een SON-IQ door VAPH met de nodige motivering (gezien het C-kwaliteitslabel door de beperkte meetpretentie in tegenstelling tot het gewenste A-label) 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-factor)²². 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](#)²³. 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 zijn we genoodzaakt ons te baseren op een WAIS-IV-NL-afname. De normen van de SON-r-6-40 lopen immers maar tot de leeftijd van 40. Ook al is een WAIS-IV-NL afnemen bij weinig geaccultureerde personen problematisch, valt 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 verslag 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.

o **Triangulatie en belang observatie**

Binnen CuSeHa kregen we bij huisbezoeken een inkijk in het dagelijks leven van de cliënt en hadden we concrete aanknopingspunten om bepaalde vaardigheden te observeren of te bespreken, ook buiten de onderzoekssituatie. Zo konden we trianguleren en info van derden naast info uit observaties uit het dagelijks leven en onderzoeksmomenten 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 heel concreet te maken met visueel en tastbaar materiaal kunnen ook dagdagelijkse situaties worden nagebootst. Wij probeerden dit wel eens door te kijken hoe cliënten met een reclamefolder van hun vaste supermarkt omgingen en of zij hier info uit konden extraheren om in lijn met hun budget een winkellijstje op te stellen. Dergelijke opdrachten zijn subjectief van aard en vooral een ingangspoort om het dagdagelijks functioneren van cliënten rond concrete thema's bespreekbaar te maken.

Hoe minder onderzoeksmaterialen bruikbaar zijn, hoe belangrijker observaties worden. 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

²² Zie het [CHC-model](#) voor meer achtergrond hierover
(https://www.prodiagnostiek.be/materiaal/CF_CHC_model.pdf)

²³ https://expertisetoegepastepsychologie.be/wp-content/uploads/2021/11/Omzettingsgrafiek_Trendindexen_versie_2020.pdf

koffie aanbiedt, maar zijn tas ver weg zet van hem? Ook de observaties die je doet tijdens het intelligentie-onderzoek zijn van onschatbare waarde. 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.

Pas wanneer het gesprek en je observaties niet genoeg 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, ... kunnen best kwalitatief ingezet worden; als een manier om te observeren.

○ **Trapsgewijze werking**

Met een trapsgewijze aanpak probeerden we de cliënt te ontzien van een overmatige belasting en gingen we op verschillende momenten na of we al voldoende info verzamelden om de vraag te beantwoorden. Enkel indien nodig namen we bij een vraag rond autisme bijvoorbeeld neuropsychologische testen af om de centrale coherentie of executieve functies in kaart te brengen. Omdat de inzetbaarheid van die testen vaak twijfelachtig is bij onze doelgroep, gaven we in eerste instantie de voorkeur aan info uit gesprek en observatie. Een iteratieve wisselwerking tussen het sociaal en het psychologisch onderzoek, in tegenstelling tot een lineaire opvolging van de luiken, droeg bij aan een gerichte informatieverzameling. Tijdens het sociaal onderzoek probeerden we bijvoorbeeld het acculturatieniveau in te schatten bij de cliënt, hetgeen informeerde over de bruikbaarheid van reguliere onderzoeksmethodieken. Ook gebeurde het dat we op basis van observaties bij het intelligentie-onderzoek soms nog een bijkomende hypothese formuleerden die in een volgend sociaal onderzoeksmoment meegenomen kon worden.

○ **Gestandaardiseerd waar mogelijk**

Hoewel we bij onze doelgroep op vele beperkingen botsten bij de afname van onderzoeksmaterialen, probeerden we het psychologisch onderzoek waar mogelijk wel zo gestandaardiseerd mogelijk te laten verlopen. Afwijkingen van de gestandaardiseerde praktijk, noteerden we steevast in onze verslaggeving.

● **Taal**

○ **Instructies**

Door tolken vooraf te informeren over het opzet van een onderzoek en de rol die zij hierin spelen, hen de instructies rechtstreeks te laten vertalen uit de handleiding en extra aandacht te besteden aan het begrip van de opdracht bij de cliënt konden we de ruis die ontstond door de tussenstap van vertaling minimaliseren.

○ **Vragenlijsten ter inspiratie in gesprek**

Vele vragenlijsten zijn grotendeels door hun taal niet bruikbaar bij cliënten met een migratieachtergrond. Dit noopte ons tot meer gesprek. We lieten ons hiervoor wel inspireren door de vragen op zelfrapportage- en informantenvragenlijsten zoals de BRIEF of de ABAS-3. We lieten ons hierbij bijstaan door interculturele bemiddelaars om te waken over culturele verschillen.

8. Psychiatrisch/medisch onderzoek

Verslag door psychiater Dr. S. Van Den Aemele



Deelnemers werden doorverwezen voor psychiatrische evaluatie bij een vermoeden van een autismespectrumstoornis. De doelstellingen van het psychiatrisch onderzoek waren 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 werd doorgenomen voorafgaand aan het psychiatrisch consult. Speciale aandacht ging hierbij naar het CFI, ontwikkelingsanamnese, sociaal functioneren en omkadering, intelligentieonderzoek, het DSM-5-interview voor ASS en psychiatrische/somatische voorgeschiedenis.

Tijdens de consultatie werden 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 lag de focus op aandacht, afleidbaarheid, concentratie, geheugen, metacognitieve vaardigheden, probleeminzicht en adaptieve vaardigheden. Daarnaast werd de stemming, suïcidaliteit, slaapkwaliteit, traumatische ervaringen, psychotische symptomen, symptomen van dwang of drang en middelengebruik systematisch geëvalueerd. Doorheen het gesprek ging specifieke aandacht naar de DSM-5-criteria voor ASS. Bij vermoeden van aandachtsproblematiek, werd uitgebreider stilgestaan bij ADHD-symptomen in volwassen- en kindertijd. Het functioneren op verschillende levensdomeinen werd anamnestic ingeschat.

9. Multidisciplinair overleg

Wat zijn aandachtspunten?

- **Confirmation bias**

Wanneer beslissingen moeten worden genomen, dreigt het risico dat we enkel rekening houden met de informatie die het beeld dat we al hadden bevestigd. Psychologen, pedagogen, artsen, maatschappelijk medewerkers, logopedisten, ... leren de cliënt elk op hun manier kennen. Het opzet is om deze ervaringen in een multidisciplinair overleg te integreren tot één veelzijdig verhaal. Enkel vanuit een veelzijdig verhaal kan een genuanceerd besluit worden getrokken.

Hoe deden wij het?

- **Confirmation bias**
 - **Systematiek in bespreken van de casus**

Tijdens de multidisciplinaire overleggen probeerden we cliënten volgens een vaste systematiek te bespreken. Eerst werd een schets gegeven van de huidige context van de cliënt en zijn ontwikkeling door de maatschappelijk medewerker, vervolgens werden de bevindingen uit het psychologisch onderzoek overlopen door de psycholoog en nadien vulde de arts of psychiater aan met bevindingen uit het medisch of psychiatrisch onderzoek. Ten slotte gingen we na of er aan genoeg criteria werd voldaan om een diagnose te kunnen stellen.

Hoewel wij reeds een zekere systematiek probeerden in te bouwen, zien we hier nog ruimte voor verbetering. Zo denken we dat het zinvol kan zijn om cliënten te bespreken aan de hand van een checklist. Die checklist kan een overzicht bieden van alle relevante thema's. Het ECLECTIC framework, [culturele interview](#)²⁴ of de [diagnostische richtlijnen](#)²⁵ van het kwaliteitscentrum en het [AAID-model](#)²⁶ bieden hier inspiratie voor. Zo wordt 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.

²⁴ <https://www.pharos.nl/kennisbank/het-culturele-interview-in-het-kort/>

²⁵ <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/publicaties/>

²⁶ https://www.prodiagnostiek.be/materiaal/CZF_AAIDD-model.pdf

10. Eindgesprek en doorverwijzing

Wat zijn aandachtspunten?

- **Taboe rond de 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 alle toekomstperspectief. Voor anderen is het een test van hun geloof, één die ze nota bene zelf moeten doorstaan,... Hoe iemand naar handicap en diagnoses kijkt, hangt samen met zijn unieke verhaal.

- **Partnerschap**

In de hulpverlening is de taal vaak doorspekt met jargon. Het is taal die voor de cliënt soms weinig betekenis heeft, zeker wanneer die 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 en creëert afstand. Jargon ontnemt ook de 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](#)²⁷ 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 zij een passieve rol innemen. Zeggenschap kan voor die cliënten onvertrouwd en zelfs beangstigend aanvoelen. Het [culturele interview](#)²⁸ bevraagt de houding van de cliënt over dit thema.

- **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 waar aan te melden en hoe. Voor cliënten betekent dit in de praktijk vaak dat zij niet tot de gepaste zorg komen. Een helpende hand is hierbij welkom. Wel doet ook die helpende hand niet af aan de lange wachtlijsten die er vaak zijn. Het cahier van CuSeHa gaat dieper in op de toegankelijkheid van zorg.

Casus: illustratie van drempels

A., een 32-jarige man met Marokkaanse afkomst, werd bij ons aangemeld met een vermoeden van autisme. A. spreekt Frans en tamelijk goed Nederlands. A. verbleef op het moment van de aanmelding

²⁷ <https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>

²⁸ <https://www.pharos.nl/kennisbank/het-culturele-interview-in-het-kort/>

in de gevangenis. A. had zelf de vraag gesteld naar diagnostiek nadat hij in een verslag van de psychosociale dienst van de gevangenis had gelezen over het vermoeden van autisme bij hem. Hij kreeg uitgangsvergunning om de diagnostiek buiten de gevangenis te kunnen laten doorgaan. Wij bevestigden het vermoeden van autisme.

Bij het eindgesprek vertelden we aan A. en zijn begeleider hoe wij hem hadden leren kennen. We gaven voorbeelden van hoe hij communiceerde, van hoe het op sociaal vlak liep en hoe hij dacht. Dit laatste illustreerden we ook met onderzoeksmaterialen die we afnamen. We vertelden wat ons hierbij opviel betreffende centrale coherentie, executieve functies en theory of mind. De termen zelf lieten we achterwege. We gaven enkel mee wat we hadden gezien en gaven hier voorbeelden van in zijn dagelijkse leven. We vergeleken dit met hoe het bij andere mensen vaak liep.

Over zijn theory of mind bijvoorbeeld vertelden we op welke manier wij dachten dat hij zijn partner soms mis begreep en dat wij dit ook hadden zien gebeuren in het filmpje dat we hem toonden. We gaven mee dat we dachten dat A. de intenties van sommige mensen niet goed kon inschatten en hierdoor in moeilijke situaties terecht kwam.

We ordenden onze observaties met pictogrammen in een tabel: waar hij goed in is en waar hij minder goed in is.

We gingen met A. in gesprek over de dingen die hij wel en niet herkende. Hij herkende zich in nagenoeg alles. Dit gaf ons de kans om mee te geven dat een naam bestond voor de dingen die we bij hem zagen. We gaven mee dat de naam slechts één manier van kijken is, maar wel een manier die in België vaak wordt gebruikt en waar ook dingen aan vasthangen, zoals het recht op meer hulp. Die hulp wilde hij graag. Hij wou voorkomen dat hij opnieuw in de gevangenis belandde.

We legden aan A. uit hoe hij aanspraak kon maken op extra hulp en verwezen hem naar Dienst Ondersteuningsplan om samen met hen na te denken over welke hulp en ondersteuning past bij zijn mogelijkheden, noden en wensen. DOP zou A. indien nodig ook kunnen helpen bij de aanvraag van een persoonsvolgend budget. We stelden voor om A. er al aan te melden. We spraken met de begeleider van A. af dat hij onze andere adviezen zou helpen opvolgen. Ook zou hij verder opnemen met A. wat zijn noden rond psycho-educatie waren.

Voor A. viel de puzzel ineen. Hij rondde zijn traject bij ons opgelucht af.

Hoe deden wij het?

- **Taboe rond de diagnose**

- **Bottom-up i.p.v. top-down**

Tijdens het eindgesprek spraken we onze belangrijkste observaties met de cliënt door. We illustreerden deze observaties aan de hand van afgenomen testmaterialen of (hetero)anamnestische info. Concrete voorbeelden van moeilijkheden in het dagelijks leven van de cliënt maakten de implicaties van onze observaties duidelijk. We checkten steeds af bij de cliënt welke observaties hij zelf herkende en welke niet. We bouwden vervolgens verder op de observaties die hij herkende en gaven mee dat dokters en andere hulpverleners een naam hadden

bedacht voor al deze zaken samen. Op deze manier kreeg de cliënt de bouwstenen van zijn diagnose mee, hingen we een concreet en cliëntspecifiek verhaal op rond de cliënt en verzachten we het label van de lading als 'maar een naam voor'. We waren er ons hierbij steeds van bewust dat het taboe rond bepaalde diagnoses ook dan nog voor weerstand kan zorgen bij de cliënt. We merkten dat onze vertrouwensband met de cliënt (en eventueel ook die van de begeleider met de cliënt) dit gegeven mee hielp dragen.

- **Praktisch nut van een diagnose**

Diagnosticici hebben de taak om de cliënt hun diagnose mee te delen. Een expliciete vermelding van het label bereidt de cliënt ook voor op toekomstige confrontaties ermee. Door het label te kaderen als slechts een naam voor enkele moeilijkheden die de cliënt ervaart en hier ook zijn sterktes naast te zetten probeerden we de lading van het woord te verzachten. Ook verduidelijkten we de praktische voordelen van de diagnose in België. Wij vergeleken het vaak met een toegangsticket naar geschikte zorg. Niet bij alle cliënten echter is die vraag naar zorg er. We stemden de meerwaarde van het label af op het unieke verhaal van de cliënt. Dit was wel vaker even zoeken. Het diagnostisch referentiekader, als heersende taal in België, hoeft geen andere referentiekaders uit te sluiten. We probeerden het religieus verklaringsmodel van de cliënt ernaast te laten bestaan en ons verhaal hierin in te passen.

- **Partnerschap**

- **Verslag op maat van de cliënt**

Het eindgesprek voerden we aan de hand van een cliëntverslag. Dit cliëntverslag omvat elementen uit het volledige verslag, maar dan eenvoudiger en verduidelijkt met beelden. We beperkten ons tot de informatie waarmee de cliënt iets kon aanvangen. Onnodige informatie zou de boodschap alleen maar vertroebelen. We vermeden termen als gausscurve, IQ,... en plaatsten vaardigheden bijvoorbeeld op een ladder om ze intrapersoonlijk te vergelijken. We gebruikten de taal van de cliënt. We beschreven wat we zagen bij de cliënt tijdens het onderzoek aan de hand van voorbeelden van methodieken die we gebruikten. We maakten deze abstracte zaken levendig met voorbeelden uit het dagelijks leven van de cliënt die hetzelfde illustreerden. Zo konden we meegeven aan de cliënt waarom sommige zaken moeilijk lopen. Ook de sterktes van de cliënt belichtten we hier uitvoerig. Bij elke van onze observaties gaven we ruimte aan de cliënt om aan te geven wat hij of zij wel en niet herkent.

- **Regie bij de cliënt**

Vanuit een afgestemd partnerschap trachten we de cliënt een gelijkwaardige stem te geven in gesprek. Om die ruimte te creëren voor de cliënt voegden we in het cliëntverslag pagina's toe waarop de cliënt onze observaties kon scoren op de mate waarin hij die herkende.

Tijdens het eindgesprek koppelden we de observaties terug die tijdens het onderzoek gedaan werden. Hieraan koppelden we, indien aan de orde, ook een diagnose. Tijdens het eindgesprek beperkten we ons tot een mededeling, als samenvatting van de besproken observaties (bottom-up). We merkten dat de opbouw om daartoe te komen al aan de limieten reikte van wat cliënten

konden verwerken. Meer informatie over de diagnose zou aan hen voorbij zijn gegaan dan. Daarom boden we steeds de optie van een nazorggesprek aan. In dit gesprek was 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 info van het eerste gesprek te verwerken en eventuele vragen alsnog te stellen. Die extra tijd gaf onze cliënten 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 de partner van de cliënt.

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 te worden vertrokken. Bij psycho-educatie kunnen beelden een hulp zijn.

Natuurlijk zijn restricties rond tijd een realistische bedenking bij het al dan niet aanbieden van twee gesprekken. Het voorstel om een telefonisch of online opvolggesprek te doen kan een tussenweg bieden.

- **Continuïteit**

- **Betrokkenheid verwijzer**

Onze cliënten werden doorgaans aangemeld door hun begeleider. Omdat deze begeleiders vaak al een stevige band hadden opgebouwd met de cliënt en ook in de toekomst betrokken zouden blijven in het leven van de cliënt, nodigden we hen - met het akkoord van de cliënt - graag uit bij het eindgesprek. We merkten dat de aanwezigheid van de begeleider de lading van moeilijke boodschappen soms verzachtte voor cliënten. Door de begeleider goed te informeren, probeerden we bovendien bij te dragen aan de continuïteit in de begeleiding van de cliënt.

- **Aanmelden**

Vaak gaven 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 stemden wij af wie welke aanmeldingen op zich nam, zodat de cliënt hier niet alleen mee kwam te staan en het diagnostisch traject kon leiden tot veranderingen in het dagelijkse leven en kon bijdragen aan een grotere levenskwaliteit voor de cliënt en zijn naasten.

11. Verslaggeving

Wat zijn aandachtspunten?

- **Reproduceerbaarheid van het onderzoek**

Het eindverslag dient een weergave te zijn van wat gebeurde tijdens het diagnostisch onderzoek; dus ook van alle drempels die er waren en de afwijkingen van de standaardprocedure hierdoor. De regel is dat lezers zich een goed beeld moeten kunnen vormen van hoe het onderzoek tot stand kwam.

- **Vereisten van beslissingsbevoegde diensten**

Verslagen van diagnostisch onderzoek dienen vaak om toegang te krijgen tot zorg op maat. Daarom ook dienen de verslagen de info te bevatten die de diensten in kwestie vereisen. Het VAPH is hierin bijvoorbeeld een grote invloed. Zij bepalen of cliënt erkend wordt voor zijn handicap. Om een verstandelijke beperking bijvoorbeeld te kunnen laten erkennen verwachten zij 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 niet louter aan die totaalscore worden vastgehouden.

Hoe deden wij het?

- **Reproduceerbaarheid van het onderzoek**

- **Overzicht afwijkingen**

We voorzagen steeds ruimte in het verslag om aan te geven waar we van de standaardprocedure afweken tijdens het onderzoek. Vooral tijdens het intelligentie-onderzoek besteedden we hier de nodige aandacht aan. We gaven aan op welke manier we de acculturatie van de cliënt inschatten, welke impact het gebruik van taalondersteuning had en op welke momenten die werd ingezet, welke impact de schrijfvaardigheid van de cliënt had en waarom bepaalde subtesten niet konden worden afgenomen.

- **Lijst onderzoeksmethodieken**

In de bijlage van het verslag gaven we een overzicht van welke onderzoeksmaterialen op welk moment werden afgenomen. Bij elke test includeerden we een beschrijving van de test. In de beschrijving van de testresultaten gaven we bijkomend aan op welke manier we afweken van de gestandaardiseerde afname.

- **Vereisten van beslissingsbevoegde diensten**

We vermeden ongenueanceerde totaalscores en gaven bij een voorkeur een (grafische) weergave van een aantal minder cultureel bepaalde indexscores. Wanneer we in het kader van een vraag rond verstandelijke beperking wel de totaalscore van een intelligentietest dienden weer te geven, zodat ons verslag bruikbaar zou zijn om een erkenning aan te vragen bij overheidsdiensten, nuanceerden we deze score door deze te vergelijken met andere scores. Zo vergeleken we het WAIS-TIQ gewoonlijk met de NiTal-index (zie psychologisch onderzoek) en/of het SON-IQ. Ook vergeleken we geregeld de score van een cliënt op Raven's-2 met zijn Gf-indexscore op basis van de SON-r-6-40 of de WAIS-IV-NL. We vermeden ook om in de conclusie van het intelligentieonderzoek die totaalscore ongenueanceerd te vermelden. We gaven steevast aan welk bereik de interpretatie van de scores hadden. Zo beschreven we bij weinig geaccultureerde cliënten bij wie we toch Gc bepaalden (om het totaal IQ met het niet-talige IQ te kunnen vergelijken) steeds dat deze Gc-score slechts een bijkomende weergave was van het acculturatieniveau van de cliënt, eerder dan dat het een weergave was van die vaardigheid. Waar het kwantitatieve weinig meerwaarde bood, zoals bij de beschrijving van centrale coherentie of theory of mind, beperkten we ons tot een kwalitatieve interpretatie van de test.

12. Afsluitende noot

De manier waarop de gehandicaptensector is opgebouwd, zorgt er voor dat toegang tot zorg vaak afhangt van de juiste diagnose. Wanneer personen geen toegang krijgen tot diagnostiek, betekent dit in de praktijk helaas dat zij geen zorg op maat krijgen, ook al is er een zorgnood. Een betaalbaar, bereikbaar en geschikt aanbod voor personen op het kruispunt van handicap en diversiteit ontbreekt 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 voor elke cliënt voldoende tijd en middelen zijn om het diagnostisch traject af te stemmen op zijn unieke verhaal. De problematiek rond toegankelijkheid van diagnostiek en zorg op maat in Vlaanderen betreft helaas niet alleen de doelgroep van CuSeHa. Wij hopen met onze aanpak bij personen met een migratieachtergrond een schakel te zijn in een lange ketting van initiatieven en breed te inspireren.

13. 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.
- Cré, J., et al. (2008). Toetsstenen faire diagnostiek: Kwaliteitsvolle en zorgzame diagnostiek bij kansarmen en allochtonen. VCLB-service.
- 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.
- 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).
- Franzen, S., van den Berg, E., Papma, J. (2021). [Opinie: Cross-culturele neuropsychologische diagnostiek bij volwassenen en ouderen op de geheugenpoli](#). *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 16(1), 14-28.
- 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.

14. Bijlages

Bijlage 1: Tips & tricks - overzicht

• Algemeen

- Bewustzijn van en reflectie over eigen houding en positionering in de maatschappij
 - Zie [diversiteitsvlecht netwerk](#)²⁹
 - Zie [zelftest](#) of [onderhuids.nl](#)
 - Zie [cahier 'Ondersteuning voor personen met een handicap in een superdiverse context'](#) op [kenniscentrumwwz.be](#)
- Voorkeur voor professionele tolken
 - Zie [factsheet taalondersteuning](#) Solentra.be
 - Zie de [communicatiewaaijer](#)³⁰ van Agentschap Integratie en Inburgering om taaldrempels in hulp- en dienstverlening te verkleinen
- Eenvoudige taal
 - [Zoek eenvoudige woorden](#)³¹
- Gebruik van visuele ondersteuning
 - Pictogrammen
 - Gespreksflappen (zie Bijlage 6)
 - [Drawify.com](#) om een boodschap in beelden te vertalen

• Kennismaking

- Oog voor opbouw van vertrouwensrelatie
 - Optie van meerdere kennismakingsgesprekken
 - Informele start met aanbod van koffie of thee
 - Betrekken van vertrouwenspersonen
 - Beperken tot beschrijvende uitleg over wat te gebeuren staat en taboes pas benoemen wanneer band sterk genoeg is
- Uitleg met oog voor gezondheidsgeletterdheid
 - Zie [beeldverhalen van pharos](#)³²
 - Tijdslijn (zie Bijlage 5)
 - Voorbeelden geven van onderzoeksmaterialen
 - [Terugvraagmethode](#)³³ van pharos

• Sociaal onderzoek

- Brede blik dankzij ECLECTIC framework

²⁹ <https://www.movisie.nl/artikel/diversiteitsfactoren-uitsluiting>

³⁰ <https://www.integratie-inburgering.be/nl/wat-kunnen-we-voor-jou-doen/ondersteuning-voor-je-organisatie-of-lokaal-bestuur/taal/communicatiewaaijer-om-taaldrempels-in-hulp-en-dienstverlening-te-verkleinen>

³¹ <https://www.zoekeenvoudigewoorden.nl/>

³² <https://www.pharos.nl/thema/begrijpelijke-voorlichtingsmaterialen-en-beeldverhalen/>

³³ <https://www.pharos.nl/infosheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden-de-terugvraagmethode/>

- Zie Fuji (2018)
- Handelingsverlegenheid doorbreken door te durven bevragen
 - Zie het [Culturele Interview](#)³⁴ om zicht te krijgen op culturele identiteit, verklaringen en psychosociale factoren in de omgeving
 - NIVEA: Niet Invullen Voor Een Ander
 - Zie [cahier 'Ondersteuning voor personen met een handicap in een superdiverse context'](#)³⁵
- **Psychologisch onderzoek**
 - Inschatting acculturatie nodig voor inschatting van bruikbaarheid onderzoeksmethodieken
 - Zie [GACS](#)³⁶
 - Fairness matrix COTAN (voor instrumenten die na 1 juli 2015 bij COTAN zijn ingediend): instrument om de bruikbaarheid van tests in een interculturele context te beoordelen
 - Nital-index

Goede acculturatie?

Ja: WAIS-IV-NL

Nee: Praktisch haalbaar (belastbaarheid cliënt, tijd, ...) om volledige WAIS af te nemen?

Ja: volledige WAIS-IV-NL afnemen met vertaling waar nodig, om (ongeldig) TIQ te Vergelijking van NiTal-index met TIQ en TIQ te nuanceren

Nee: zeker 1 volledige testbatterij bepalen bv. SON-IQ, eventueel aangevuld met niet-talige index en/of raven's-2

 - Oog voor vertrouwdsheid met testgebeuren
 - Raven's-2 als eerste kennismaking
 - Vooral kwalitatief werken
 - Vergelijking tussen meerdere infobronnen
- **Multidisciplinair overleg**
 - Bias vermijden
 - Vast stramien om casussen te bespreken
- **Eindgesprek**
 - Opsplitsing maken tussen meedelen en uitleggen van diagnose
 - Psycho-educatie enkel op vraag van cliënt in bijkomend gesprek
- **Verslaggeving**
 - Explicitering van afwijkingen op standaardisatie
 - Beschrijving van elementen uit Culturele Interview

³⁴ <https://www.pharos.nl/kennisbank/het-culturele-interview-in-het-kort/>

³⁵ <https://kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>

³⁶ <https://www.ugent.be/pp/nl/diensten/rso/assessmentlab/gacs>

Bijlage 2: Berekening van de NiTal-index bij volwassenen³⁷

Op het niveau van de subtests gaan we uit van ruwe subtestscores (RU= ruwe uitslag) die omgezet zijn naar genormaliseerde standaarddeviatiescores als afgeleide uitslag (AU).

Deze scores voldoen aan de kenmerken van de normaalcurve of Gausscurve. Het gemiddelde is gelijk aan 10 en de standaarddeviatie aan 3. Dit is de 'basismeetschaal'. Op deze wijze zijn alle geschaalde subtest- afgeleide uitslagen (AU) metrisch eenvormig en kunnen er rekenkundige bewerkingen uitgevoerd worden (optellen, vermenigvuldigen, delen, gemiddelde, ...). Deze AU van de 6 subtests tel je op en je bekomt een geschaalde somscore. Deze geschaalde somscore wordt opnieuw omgezet in een genormaliseerde standaarddeviatiescore met een gemiddelde gelijk aan 100 en een standaarddeviatie gelijk aan 15. Deze score wordt gehanteerd voor de bepaling van de NiTal-index op basis van de tabel van de IQ-score Equivalenten van gesommeerde schaalscores van de performale schaal van de WAIS III. Aangezien de IQ-tabel van de performale schaal van de WAIS III opgemaakt werd op basis van 5 subtests i.p.v. 6, vermenigvuldigen we de uitslag met 5/6.

Het aantal van de subtests voor berekening van het PIQ (5 subtests) in de WAIS III benadert best het aantal subtests die we hanteren voor de bepaling van een NiTal-index op basis van de non-verbale subtests van de SON-R en de WAIS-IV.

Het geoptimaliseerde 'IQ' dat op deze wijze wordt berekend kan gezien worden als de Index op een intelligentietest, waarbij deze 'maat' in de mate van het mogelijke gecorrigeerd wordt voor de eventuele negatieve (remmende) invloed van taal en cultuur. In feite ligt deze werkwijze in het verlengde van het oude zoeken naar 'culture free/culture fair' testen.

1. Berekening voor personen tot 40,00j.

Alle subtests van de SON-R 6-40: Analogieën, Mozaïeken, Categorieën en Patronen + Gs-subtests 'Symbool Zoeken' en 'Symbool Substitutie Coderen' van de WAIS-IV

De globale NiTal-Index-berekening steunt op de som van de drie leeftijdsindexen voor de BCV Gf, BCV Gv en BCV Gs. Deze som wordt omgezet in een nieuwe genormaliseerde standaardscore. We noemen dit de NiTal-Index met gemiddelde (\bar{X}) 100 en standaarddeviatie (SD) =15.

a. Vloeiende intelligentie-index of Gf-index

Berekenen van de som van (Σ) de afgeleide uitslagen (AU) op de subtests '**Categorieën**' en '**Analogieën**' (Σ AU Analogieën & AU Categorieën).

Wanneer we deze somscore vermenigvuldigen met 2, bekomen we een **Gf-index** met gemiddelde 100 en S.D.= 15.

³⁷ Opgesteld door VDAB o.l.v. Johan Stevens (VDAB), in overleg met Thomas More en Walter Magez

Dus: (Σ AU Analogieën & AU Categorieën) x 2 en bepalen van Gf-index
Deze index lees je af aan de hand van de tabel van het SON-TIQ (totaal-IQ)

b. Visuele informatieverwerkingsindex of Gv-index :

Berekenen van de som van de afgeleide uitslagen op de subtests 'Mozaïeken' en 'Patronen' (Σ AU Mozaïeken & AU Patronen).

Wanneer we deze somscore vermenigvuldigen x2, bekomen we een Gv-index met gemiddelde 100 en S.D.= 15.

Dus: (Σ AU Mozaïeken & AU Patronen): x 2 en bepalen van Gv-index
Deze index lees je af aan de hand van de tabel van het SON-TIQ (totaal-IQ)

c. Verwerkingssnelheidsindex of Gs-index:

Berekenen van de som van de afgeleide uitslagen (AU) op de subtests 'Symbool zoeken' en 'Symbool Substitutie Coderen'.

Dus: Σ AU Symbool zoeken & AU Symbool Substitutie Coderen en bepalen van Gs-index. Deze index lees je af aan de hand van de tabel van de Vs-Index van de WAIS-IV.

d. NiTal-Index:

Globale index = NiTal Index = Σ (AU Analogieën & AU Categorieën & AU Mozaïeken & AU Patronen & AU Symbool Zoeken & Symbool Substitutie Coderen) x 5/6 en index opzoeken aan de hand van tabel PIQ WAIS III.

2. Berekening voor personen > 40,00j.

**6 WAIS IV-subtests: Blokpatronen (BP), Matrix Redeneren (MR), Symbool Zoeken (SZ),
Figuur Samenstellen (FS), Symbool Substitutie Coderen (SSC), Gewichten (GEW)**

a. Vloeiende intelligentie-index of Gf-index

Berekenen van de som van de afgeleide uitslagen op de subtests 'Matrix Redeneren' en 'Gewichten' en vermenigvuldigen x 3/2

Dus: (Σ AU Matrix Redeneren & AU Gewichten): x 3/2 en bepalen van Gf-index

Deze index lees je af aan de hand van de tabel van de PRI-index van de WAIS-IV.

b. Visuele informatieverwerkingsindex of Gv-index

Berekenen van de som van de afgeleide uitslagen op de subtests 'Blokpatronen' en 'Figuur Samenstellen' en vermenigvuldigen x 3/2

Dus: (Σ AU 'Blokpatronen' & 'Figuur Samenstellen'): x 3/2 en bepalen van Gv-index

Deze index lees je af aan de hand van de tabel van de PRI-index van de WAIS-IV.

c. Verwerkingssnelheidindex of Gs-index

Berekenen van de som van de afgeleide uitslagen (AU) op de subtests 'Symbool zoeken' en 'Symbool Substitutie Coderen'.

Dus: Σ AU Symbool zoeken & AU Symbool Substitutie Coderen

Deze index lees je af aan de hand van de tabel van de VSI-index van de WAIS-IV.

d. NiTal-Index

NiTal Index = Σ (Blokpatronen (BP) & Matrix Redeneren (MR) & Symbool Zoeken (SZ) & Figuur Samenstellen (FS) & Symbool Substitutie Coderen (SSC) & Gewichten (GEW)) x 5/6 en opzoeken aan de hand van tabel PIQ WAIS III. Gemiddelde = 100; S.D.=15

Bijlage 3: Taalniveaus



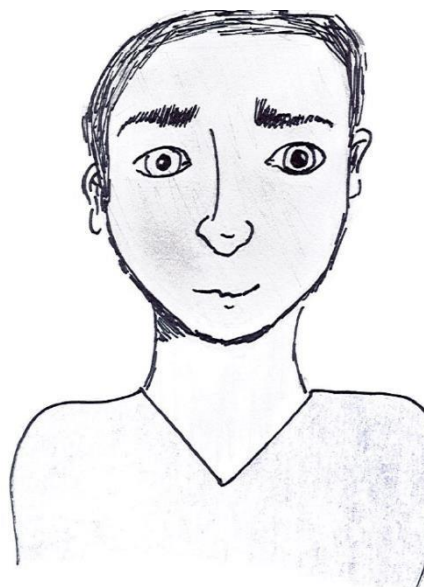
Bijlage 4: Beeldverhaal

1. Amir

Dit is Amir.

Amir woont zes in jaar in België.

Hij spreekt nog niet zo goed Nederlands.



Amir woont in Brussel met zijn ouders.
De zussen en broers van Amir wonen
alleen.



Amir wil ook graag alleen wonen.

Alleen wonen kost geld, maar Amir vindt moeilijk werk.

Amir had al meerdere jobs.
Hij maakt moeilijk vrienden op het werk.
Bij de lunch zat hij altijd alleen.
Zijn vorige baas ontsloeg hem nadat ze ruzie maakt.





Amir vindt het moeilijk zijn kamer schoon te houden.
Hij weet ook niet hoe hij rekeningen moet betalen.

Zijn moeder helpt hem met taakjes.
Alleen wonen lukt niet zonder hulp.



Amir voelt zich anders dan zijn broers en zussen.
Dit maakt hem verdrietig.

2. Bij de huisarts

De huisarts praat met Amir over zijn gevoel.
 De huisarts vertelt dat Amir hulp kan krijgen
 Zo kan hij wel de dingen doen die hij wil.
 De huisarts vertelt dat het belangrijk is om eerst te weten
 waarom Amir sommige dingen niet alleen kan.
 CuSeHa kan hiermee helpen, zegt de huisarts.
 Pas als we weten wat er aan de hand is, kunnen we de
 juiste hulp zoeken.



Amir schrikt hiervan.
 De huisarts vraagt Amir wat hij over hulp denkt.
 Amir maakt zich zorgen over wat anderen zullen denken over hem.
 Hij wil zich niet anders voelen.
 De huisarts vertelt dat hij dat ook niet wil.
 De huisarts wil Amir gelukkig zien.

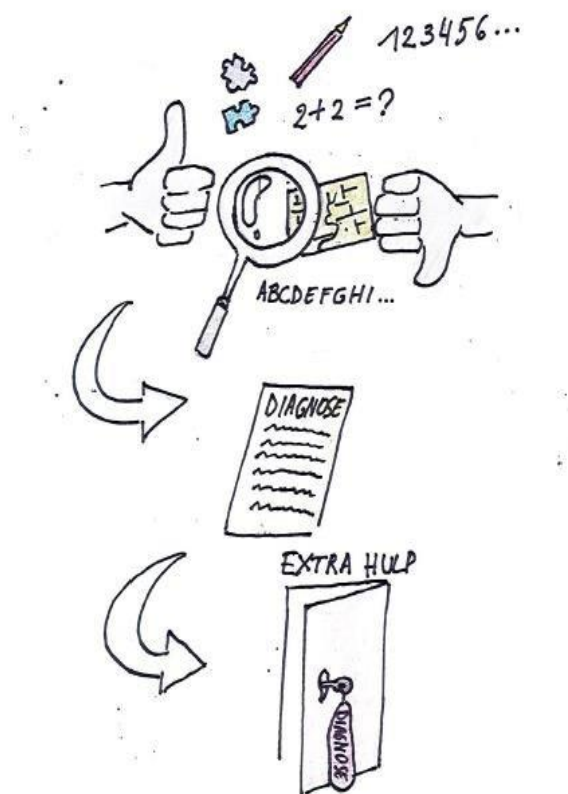
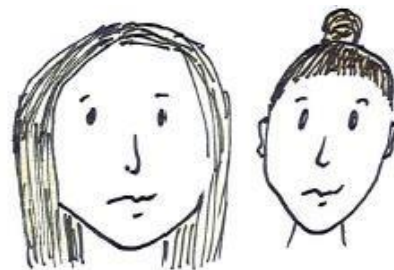


Amir wil wel eens praten met de mensen van CuSeHa.

3. Kennismaking met CuSeHa

Saartje en Michelle werken bij CuSeHa.

CuSeHa doet diagnostiek bij mensen die niet geboren zijn in België of die ouders hebben die niet geboren zijn in België.



Diagnostiek zoekt naar de dingen die iemand goed en minder goed kan en geeft hier een naam aan.

Dit is een diagnose.

Vaak kunnen mensen alleen met een diagnose meer hulp krijgen.

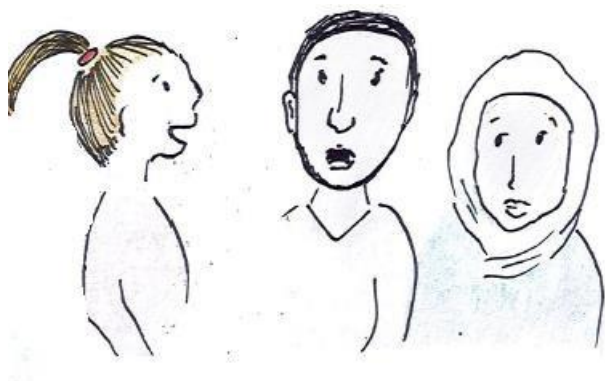
Saartje en Michelle vragen naar wat iemand geleerd heeft als kind, hoe hij of zij leeft en welke taal hij of zij spreekt.

Dit verschilt soms met de plaats waar iemand geboren werd.

Saartje en Michelle willen Amir zo goed mogelijk leren kennen.

Amir denkt dat diagnostiek hem kan helpen.

4. Gesprekken



Saartje praat met Amir over zijn leven en wie hij is.

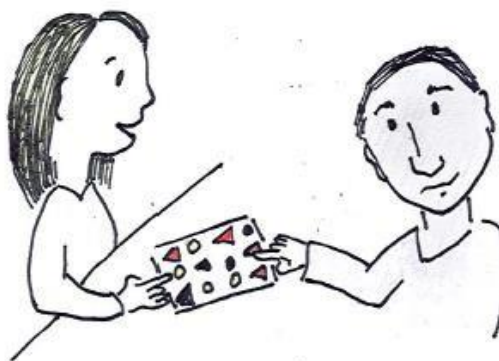
Ze praat ook over zijn verhuis naar België en hoe hij het hier vindt. Saartje wil graag weten hoe Amir was als kind.

De ouders van Amir zijn er daarom ook een keer bij.

Saartje ziet Amir drie keer.

5. Psychologisch onderzoek

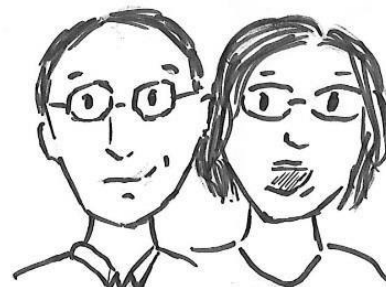
Michelle geeft Amir een aantal taakjes.
Eerst vraagt ze hem puzzels te leggen.
Daarna vraagt ze hem cijfers na te zeggen.
Na een uur pauzeren ze.
Daarna doen ze nog andere taakjes.
Michelle stelt hem vragen over een filmpje.
Ze vraagt hem ook nog een figuur na te tekenen.



Michelle ziet Amir drie keer.

6. Bij de psychiater

Dokter Van Den Aemele werkt samen met Michelle en Saartje.
Zij is psychiater in UZ Jette.
Een psychiater is een dokter voor de dingen die je voelt en denkt.
Dokter Van Den Aemele stelt Amir vragen over zijn leven.
Dokter Van Den Aemele praat daarna met Michelle en Saartje.
Saartje en Michelle werken ook samen met dokter Butaye.



7. Eindgesprek



Michelle en Saartje praten met Amir en zijn moeder.

Amir wil zijn vader er liever niet bij.

Michelle en Saartje vertellen wat ze allemaal gedaan hebben met Amir.

Michelle en Saartje vertellen wat ze gezien hebben bij Amir.

Ze zagen dat Amir soms meer tijd nodig heeft om taken te doen.

Ze zagen dat Amir heel snel details ziet.

Ze zagen dat Amir weinig emotie toont in zijn gezicht.

Ze zagen dat Amir niet goed weet wat anderen voelen.

Ze zagen dat Amir heel veel weet over treinen.

Amir vertelt dat hij sommige dingen niet herkent.

Sommige dingen herkent hij wel.

Michelle en Saartje vertellen dat er voor die dingen samen een naam bestaat.

Dit is een diagnose.

Met die diagnose op papier kan Amir meer soorten hulp krijgen.

Amir heeft tijd nodig om na te denken.



8. Nazorggesprek



Amir vraagt uitleg over zijn diagnose aan Michelle en Saartje.

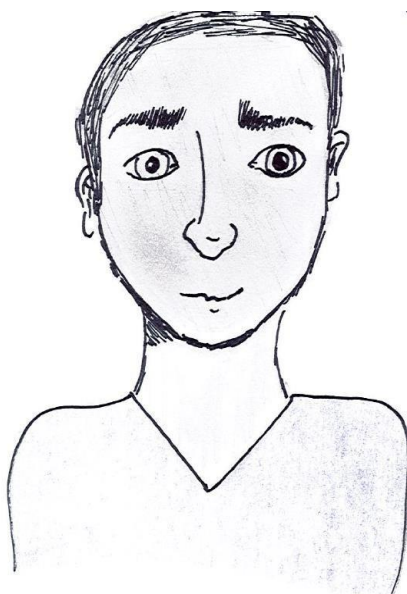
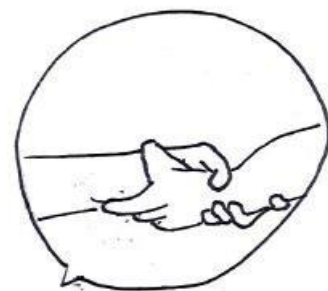
Hij begrijpt nu beter waarom sommige dingen minder goed lukken.

Saartje en Michelle vertellen over de hulp die Amir kan krijgen.

Ze zeggen dat er misschien manieren zijn om geld te krijgen om hulp mee te betalen.

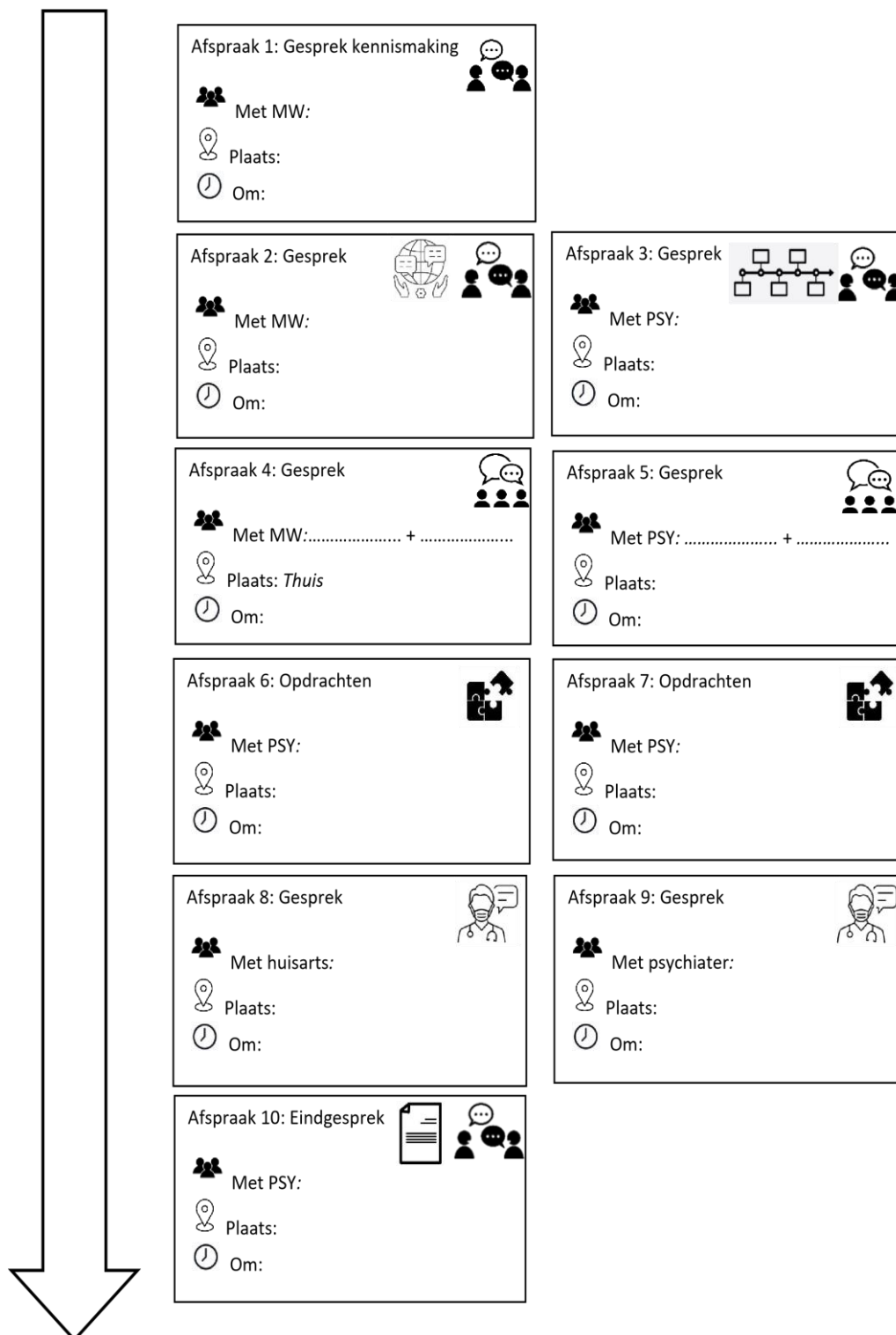
Dit kan soms lang duren.

Daarom bekijken Saartje en Michelle met Amir wat er nu al kan.



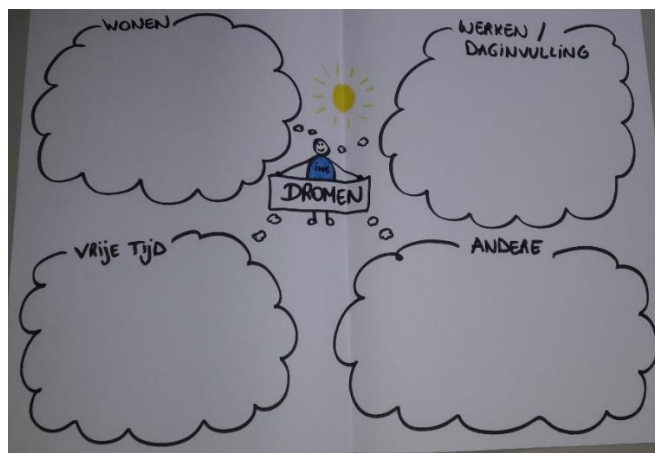
Amir heeft weer hoop nu.

Bijlage 5: Tijdslijn



Bijlage 6: Gespreksflappen DOP – voorbeeld

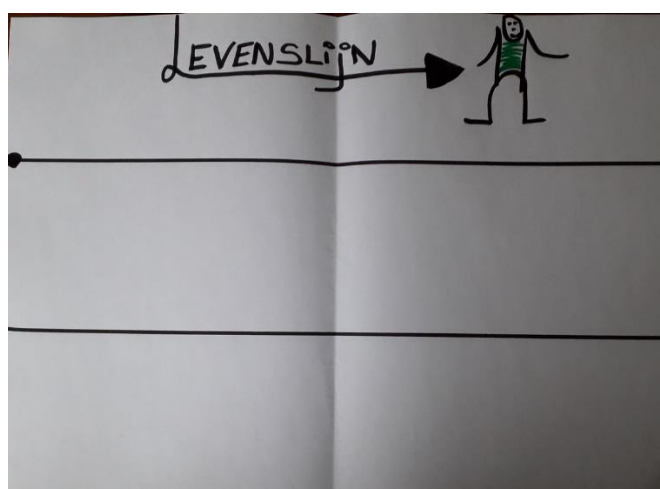
- Flap om dromen te concretiseren



- Flap om zelfredzaamheid te bespreken



- Flap om zicht tek krijgen op levensloop



Bijlage 7: Bijkomende inspiratie

- Solentra, een expert in transculturele psychiatrie, reiken op hun website interessante [factsheets](#)³⁸ aan omtrent verschillende aspecten van cultuursensitieve zorg.
- Het onderzoeksproject [Communi-Act](#)³⁹ biedt een weergave van de aandachtspunten bij diverssensitieve communicatie, geënt op de dagdagelijkse realiteit. Het project leidde ook tot een ondersteuningstool om professionals bij te staan in het gesprek met ouders over de diagnose ASS.
- Trefpuntodi biedt op zijn website een heldere schets van [kruispuntdenken](#)⁴⁰.
- Het boek ['autisme Ver-beeld-en'](#)⁴¹ is een boek met beelden en verhalen van kinderen en jongeren met autisme over hoe zij zichzelf en hun autisme ervaren.
- De [werkkaart](#)⁴² van de Nederlandse GGZ Standaarden geeft een laagdrempelig overzicht van aandachtspunten bij diverssensitieve diagnostiek.
- Op 17 december 2021 organiseerde het Vlaams Forum Diagnostiek een webinar omtrent diagnostiek in een diverse samenleving. Deze is [online](#)⁴³ te bekijken.

³⁸ <https://www.solentra.be/nl/nieuwsblog/factsheets-geestelijke-gezondheid-vluchtelingen/>

³⁹ <https://www.kdg.be/communi-act>

⁴⁰ <https://www.kenniscentrumwvz.be/kruispuntdenken>

⁴¹ <https://www.autismecentraal.com/product/autisme-ver-beeld-en/>

⁴² https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/ecf3dd0dca37509a8f770e776d9f2d0.pdf

⁴³ <http://www.vlaamsforumdiagnostiek.be/webinar-17-12-2021.html>