



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

JAARVERSLAG 2015



VOORWOORD

Na de grondige organisatieontwikkeling in 2014 stond het werkjaar 2015 voornamelijk in het teken van optimalisering van de interne processen en proberen borgen van de dienstverlening.

De directie en teamleden stonden voor een duidelijke opdracht:

1. de meerwaarde van onze dienstverlening op het terrein onderbouwen door middel van kwaliteitsvolle diagnostische trajecten, telkens met respect voor en inspraak van de cliënten, hun netwerk en betrokken partner-actoren uit de hulpverlening
2. de meerwaarde van onze dienstverlening maximaal in de verf zetten bij het streven naar een alternatief voor de huidige financiering.

In 2015 werd de sector Ondersteuning van Personen met een Handicap in een strak tempo voorbereid op de implementatie van het decreet Persoonsvolgende Financiering, onderdeel van Perspectiefplan 2020 van huidig Minister Welzijn, Volksgezondheid & Gezin Jo Vandeurzen. Onze directie heeft op diverse fora actief meegewerkt aan advisering van het beleid. Op het terrein namen onze teamleden -naast de reguliere MDT-werking-deel aan de simulatieoefening budgetbepaling in de PVF-context.

Het komende jaar zal heel wat beleidsvoorbereidend werk in concrete acties op het terrein vertaald worden. De belangrijkste impact op onze MDT-werking wordt ongetwijfeld de nieuwe procedure toeleiding die vanaf 1/4/16 van kracht wordt. WVCB zal klaarstaan om haar rol als MDT voor vragen naar objectivering handicap, objectivering ondersteuningsnood en objectivering prioritering in het kader van PVF te spelen. Wij houden hierbij vast aan onze gekende werkingsprincipes.

De werking van ons diagnosecentrum voor volwassenen met een (vermoeden van) autismespectrumstoornissen (DIASS) werd in de loop van 2015 aan een grondige interne doorlichting onderworpen. De werking werd getoetst aan de meest recente wetenschappelijke inzichten.

Het streven naar een alternatieve financiering voor onze werking heeft eind 2015 alvast een schriftelijke intentieverklaring van Minister Vandeurzen opgeleverd. Wij interpreteren dit als de politieke wil om de kennis, ervaring en expertise van WVCB niet verloren te laten gaan.

De toekomst blijft onzeker ogen, concrete garanties blijven vooralsnog uit. Toch blijven wij het veranderingstraject met een positieve instelling tegemoet zien!

Een speciaal woord van dank:

- aan het WVCB-team dat ook in 2015 in belangrijke mate loyaliteit heeft getoond, nog steeds vanuit een sterk intrinsieke motivatie mee te willen werken aan de toekomst van onze zinvolle opdracht
- aan de collega-bestuursleden die hun kennis en expertise delen in functie van een goed beheer van WVCB vzw
- aan de psychiaters en huisarts waar wij mee samenwerken om een van onze pijlers, multi-/interdisciplinaire werking, vorm te blijven geven
- aan onze partners, steungevers en sympathisanten

Guido Decorte
Voorzitter

Ruben Ryckewaert
Directeur

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	p. 5
1.1 Gesubsidieerd aanbod diagnostiek bij/voor jongeren binnen de transitieleeftijd & volwassenen met ontwikkelingsstoornis	p. 5
1.2 Onze visie & expertise rond diagnostiek	p. 5
1.3 Essentiële pijlers van onze huidige dienstverlening	p. 6
1.4 Toekomst?	p. 6
2. Medewerkers	p. 7
3. Financieel	p. 9
4. Activiteitenverslag: het werkjaar 2015	p. 9
4.1 Inleiding	p. 9
4.2 Overzicht van de resultaten binnen de deelwerkingen	p. 9
4.2.1 Werking Diagnosecentrum voor volwassenen met (vermoeden van) autismespectrumstoornis (afgekort DIASS)	p. 9
4.2.2 Werking MultiDisciplinair Team (MDT)	p. 21
4.2.3 Contactpersoonschap zorgregie	p. 32
5. Diverse	p. 33
5.1 Personeelbeleid	p. 33
5.2 Kwaliteitsbeleid	p. 33
5.3 ICT	p. 33
5.4 Welzijn op het werk	p. 33
5.5 Raad van Bestuur & Algemene Vergadering	p. 33
5.6 Contactgegevens WVCB vzw	p. 34

1. INLEIDING

1.1 Gesubsidieerd aanbod diagnostiek bij/voor jongeren binnen de transitieleeftijd & volwassenen met ontwikkelingsstoornis

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

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

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

- **ambulant & onafhankelijk van aanbod begeleiding, therapie, revalidatie**
- **gespecialiseerd & kwaliteitsgebonden**
- **gesubsidieerd en bijgevolg financieel toegankelijk**

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

De resterende Consultatiebureaus, met name **West-Vlaams Consultatiebureau voor Diagnostiek en Zorg (WVCB)** en **Oriëntatiecentrum (OC) Wilrijk**, hebben de **ambitie** zich met het overgebleven deel van hun werking te **herpositioneren**. Hun werking werd lange tijd mogelijk gemaakt door financiële steun vanwege respectievelijk de provincies West-Vlaanderen & Antwerpen. De **interne staatshervorming** heeft die vorm van overheidssteun intussen onmogelijk gemaakt.

Beide organisaties hopen dat de **Vlaamse Overheid vanaf 2017** voor deze financiële steun verder in kan staan, en mee kan helpen voorzien in **voldoende kwaliteitsvol aanbod op Vlaams niveau**. Een schat aan **gepoolde expertise & knowhow** inzake **zorgdiagnostiek in de brede zin** dreigt voor een **kwetsbare doelgroep** anders te verdwijnen.

1.2 Onze visie en expertise rond diagnostiek

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

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

Er is binnen WVCB **ruime expertise en knowhow** inzake:

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

In dit verband is WVCB al vele jaren door het VAPH als MDT erkend. Onze **MDT-werkvorm** biedt volgende **meerwaarde:**

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

1.3 Essentiële pijlers van onze huidige dienstverlening

- onafhankelijk van behandeling & aanbod zorg en ondersteuning
- trajecten op maat van de individuele cliënt en zijn/haar vraag
- sterk gespecialiseerd, multi-/interdisciplinair, evidence-based, differentiaalbenadering
- financieel toegankelijk: dienstverlening is zo goed als kosteloos; belangrijk gezien kwetsbare doelgroep
- kwaliteitsgarantie (itt niet-gesubsidieerde diagnostische centra)

1.4 Toekomst?

Het werkjaar 2015 stond al in belangrijke mate in het teken van het streven naar een lange termijn toekomstperspectief voor onze dienstverlening, en meer bepaald Vlaamse erkenning en financiering vanaf 2017. In 2016 zetten wij onze inspanningen onverminderd verder.

De 3 belangrijkste strategische doelen voor 2016:

1. komen tot oplossing voor borgen dienstverlening en werkgelegenheid/expertise medewerkers
2. verdere optimalisatie werking DIASS: afstemmen van het proces van diagnose-uitklaring op de nieuwste evoluties inzake diagnostiek ASS en streven naar efficiëntiewinst zonder aan kwaliteit in te boeten
3. vlotte doorstart realiseren met ons MDT in het kader van de nieuwe inschrijvingsprocedure in functie van toegang tot niet-rechtstreeks toegankelijke handicapspecifieke zorg/ondersteuning (nRTH)

2. Medewerkers

Op 31/3/15 namen wij afscheid van psychologisch medewerker Frances Gesquière, die op professioneel vlak een nieuwe uitdaging is aangegaan. We verwelkomden psychologisch medewerker Veerle Cremmery, die sinds 18/5/15 voltijds bij ons aan de slag is.

We versterkten ons team daarnaast vanaf 18/8 met voltijds maatschappelijk medewerker Elien Valcke, zij hielp de vele vragen aan ons door het VAPH erkend MDT te beantwoorden.

De samenstelling van het WVCB-team op 31/12/15:

9 koppen (8 vrouwen, 1 man); de **personele capaciteit** (medewerkers in loondienst) **bij maximale bezetting** bedroeg op 31/12/15 **8,1 VTE**. De **reële personele capaciteit** bedroeg op 31/12/15 echter **7,7 VTE**.

Het verschil tussen maximale en reële bezetting was te wijten aan thematische verloven, 2 medewerkers werkten 20% minder omwille van ouderschapsverlof.

Psychologische discipline (directiefunctie inbegrepen): 3,6 VTE

- **Katrijn Delerue**, 32 jaar, **licentiaat klinische psychologie** (9 jaar baremieke anciënniteit vanaf december 2015)

Takenpakket: psychodiagnostisch luik DIASS, MDT meerderjarigen (regio Roeselare-Kortrijk), administratie DIASS

Extern: bijdrage psychologische discipline leveren aan dossiers hulpmiddelen/PAB CM Roeselare-Tielt, contactpersoon VAPH voor Ampel

- **Sofie Versyck**, 32 jaar, **licentiaat klinische psychologie** (7 jaar baremieke anciënniteit in 2015)

Takenpakket: psychodiagnostisch luik DIASS, MDT meerderjarigen (regio Brugge-Oostende; voornamelijk geïnterneerden in samenwerking met penitentiair complex), opvolging coachopdracht DIASS, voorzitter multidisciplinair overleg DIASS

- **Frances Gesquière (tem 31/3/15)**, 32 jaar, **licentiaat klinische psychologie** (7 jaar baremieke anciënniteit in 2015)

Takenpakket: psychologische luik DIASS, MDT meerderjarigen (regio Brugge; voornamelijk geïnterneerden in samenwerking met penitentiair complex + regio Roeselare), administratie DIASS

- **Veerle Cremmery (vanaf 18/5/15)**, 32 jaar, **licentiaat klinische psychologie** (5 jaar baremieke anciënniteit in 2015)

Takenpakket: psychologische luik DIASS, MDT meerderjarigen (regio Roeselare), administratie DIASS

- **Ruben Ryckewaert**, 31 jaar, **licentiaat klinische psychologie + directiefunctie** (7 jaar baremieke anciënniteit in 2015)

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

Extern: lid stuurgroep en AV ROG W-VI, lid RvB & AV DOP W-VI, deelname aan (provinciaal) verwijzersoverleg, lid stuurgroep project extra zorgbemiddeling W-VI, lid commissie in2zorg Vlaams Welzijnsverbond, voorzitter stuurgroep DIASS en

coachoverleg DIASS, waarnemend lid RvB Verwijzersplatform, lid PW I&E VAPH, lid stuurgroep project DIA-Land, ad hoc overleg-, werk-, stuur- of denkgroepen

Maatschappelijke discipline: 3,1 VTE (tem 17/8/15); 4,1 VTE (18/8/15 tem 31/12/15)

Chantal Van de Castele, 63 jaar, **gegradueerde maatschappelijk werk** (27 jaar baremieke anciënniteit in 2015)

Takenpakket: MDT meerderjarigen (regio Brugge)

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

Elfriede De Saffel, 43 jaar, **gegradueerde maatschappelijk werk** (17 jaar baremieke anciënniteit in 2015)

Takenpakket: luik maatschappelijke discipline DIASS, MDT meerderjarigen (regio's Brugge en Roeselare), contactpersoon zorgregie

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

Rebecca Van Overbeke, 32 jaar, **bachelor maatschappelijk werk + toegepaste psychologie** (7 jaar baremieke anciënniteit in 2015)

Takenpakket: luik maatschappelijke discipline DIASS, MDT meerderjarigen (regio Brugge-Oostende-deel Westhoek), contactpersoon zorgregie

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

An Vangroenweghe, 27 jaar, **master maatschappelijk werk** (2 jaar baremieke anciënniteit in 2015)

Takenpakket: luik maatschappelijke discipline DIASS, MDT meerderjarigen (regio Roeselare-Kortrijk-deel Westhoek), contactpersoon zorgregie

Extern: plaatsvervangend lid stuurgroep ROG, opvolgingscommissie zorgregie

Psychiatrisch/medische discipline

Samenwerkingsverbanden met:

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

Dr. A. Beyne (**psychiater** - DIASS)

Dr. C. Vranken (**psychiater** - DIASS)

We probeerden ook in 2015 te streven naar een gezond evenwicht tussen kwaliteit en kwantiteit, tussen interne opdrachten en externe vertegenwoordiging. We proberen iedere medewerker kansen te geven tot zelfontplooiing, onder meer door combinatie van verschillende opdrachten. Om onze dienstverlening met een beperkte equipe over gans de provincie West-Vlaanderen te blijven spreiden, dichtbij de cliënt, was er ook in 2015 nood aan heel wat flexibiliteit: zowel aan medewerkers- als aan werkgeverszijde.

3. Financieel

Zie hiervoor het afzonderlijk financieel jaarverslag

4. Activiteitenverslag: het werkjaar 2015

4.1 INLEIDING

De dienstverlening van WVCB vzw bestaat grosso modo uit 2 deelwerkingen:

- MultiDisciplinair Team (MDT) in opdracht van VAPH
- Diagnosecentrum Autismespectrumstoornissen (DIASS)

In bepaalde gevallen was er ook in 2015 overlap tussen beide, namelijk wanneer er na een diagnostisch traject DIASS een vraag bleek te zijn naar niet-rechtstreeks toegankelijke VAPH-ondersteuning.

Daarnaast proberen wij een zinvolle bijdrage te leveren aan de initiatieven van het ROG en contactpersoonschap zorgregie zat ook het hele jaar in het pakket dienstverlening.

Het is niet evident om binnen het bestek van een jaarverslag alle activiteiten, initiatieven en concrete tussenkomsten te bevatten, maar we hopen met voorliggend document toch een omvattende weergave van onze werking in 2015 te kunnen presenteren.

4.2 OVERZICHT VAN DE RESULTATEN BINNEN DE DEELWERKINGEN

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

DIASS algemeen

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

De werking van DIASS omvatte in 2015:

- **multi-/interdisciplinair diagnosecentrum volwassenen** met vermoeden van **ASS**
- in het verlengde van het diagnostisch proces lag coaching naar hulpverlening op maat. Deze **coaching** werd ook geboden als de diagnose ASS elders werd gesteld. Een coachinterventie blijft steeds oriënterend en kan niet beschouwd worden als een begeleiding als dusdanig. Zoals vorige jaren werkten wij in dit verband samen met medewerkers van VAPH-voorzieningen.
- **informatiepunt ASS:** voornamelijk meldpunt en doorverwijzen naar meer gespecialiseerde informatiekanalen

De vragen die in 2015 aan DIASS gesteld werden, konden voor de cliënt **financieel heel toegankelijk** beantwoord worden door een **niet-gereguleerde toelage** die wij **van de Vlaamse Overheid** (alternatief voor de provinciemiddelen tem 2013), met het VAPH als doorgeefluik, ontvingen.

Wij ontvingen daarnaast, net zoals de voorgaande werkjaren, **cofinanciering van Autistem vzw**. Hiermee konden wij de bijdrage van 2 psychiaters aan het multi-/interdisciplinair dossieroverleg vergoeden.

De werking van DIASS wordt **geadviseerd door een stuurgroep** met volgende samenstelling: vertegenwoordiging vzw De Lovie, vzw Cadans, vzw Het Anker, vzw Ter Dreve, vzw Autistem, psychiaters Dr. A. Beyne en Dr. C. Vranken (vanaf 2016 vervangen door Dr. Willaert). Vzw Ter Dreve stelt een vergaderlokaal voor de bijeenkomst van de stuurgroep ter beschikking. In 2015 is de stuurgroep 1x bijeengekomen, op 6/2/15.

De relevantie en het belang van de dienstverlening DIASS

In 2015 werkten wij verder aan een gedragen kijk op het diagnostisch proces ASS.

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

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

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

In functie van het verhogen van de **betrouwbaarheid van een diagnose**, is het van groot belang dat het **diagnostisch proces om het vermoeden van ASS uit te klaren, grondig, differentieel en multidisciplinair** verloopt. De betrouwbaarheid van de conclusies groeit bovendien met **de expertise** die een multidisciplinair team heeft opgebouwd en die expertise groeit met het aantal doorlopen diagnostische cycli (binnen DIASS na 9 jaar werking intussen zowat 250 grondig uitgevoerde uitklaringen). Deze elementen dragen bij tot beperking van het risico op vals positieve of vals negatieve diagnoses tot een minimum, maar ze volledig uitsluiten is moeilijk.

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

We hechten veel belang aan de **transitieperiodes** bij de anamnese: baby-peuter, kleuter, basisschool, puberteit, adolescentie, volwassenheid, moeder/vader worden, ...).

Het luik dat de maatschappelijke discipline voor haar rekening neemt, bestaat meestal uit meerdere contacten met de persoon met vermoeden van ASS en -indien mogelijk- het betrokken netwerk.

De diagnose ASS wordt binnen DIASS dan ook enkel weerhouden als er op gedragsmatig vlak voldaan wordt aan de criteria vanaf de kinderleeftijd (uitzonderingen komen voor als er té weinig info voorhanden is, maar dan overleggen we er grondig en multidisciplinair over).

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

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

Medewerkers DIASS

Wij streefden er ook in 2015 naar een evenwicht te creëren tussen beide deelwerkingen (DIASS; MDT) en de personeelsinzet hierop af te stemmen.

Na het vertrek van Frances Gesquière hadden we gedurende anderhalve maand (april-midden mei) verminderde capaciteit psychologische discipline (-0,7 VTE) bij deelwerking DIASS. Nieuwe kracht Veerle Cremmery diende grondig opgeleid te worden. Toch slaagden we erin de bij het begin van het kalenderjaar vooropgestelde doelstellingen te benaderen.

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

*Dr. Vranken zette eind 2015 -alvast tijdelijk- de samenwerking met DIASS stop omwille van loopbaanonderbreking. Haar vervangster, Dr. Lieselotte Willaert, toonde zich enthousiast om haar plaats over te nemen. Zij volgde op 18/12/15 voor de eerste keer een multi-/interdisciplinair overleg mee en neemt in 2016 de rol van Dr. Vranken over.

Het verloop van een diagnostisch proces binnen DIASS

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

1. aanmelding en eerste vraagverheldering bij een van de psychologisch medewerkers
2. luik (auto-, hetero-, ontwikkelings-)anamnese bij een maatschappelijk medewerker
3. luik consult(en) bij de psychiater
4. luik psychodiagnostisch onderzoek bij een psychologisch medewerker
5. multi-/interdisciplinaire bespreking
6. eindbespreking psychologisch medewerker met cliënt (en eventueel betrokken (hulpverlenings-) netwerk)
7. telefonische follow-up ongeveer 10 weken na eindbespreking

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

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

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

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

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

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

De individuele bevindingen van iedere discipline worden samengelegd tijdens een **multi-/interdisciplinaire bespreking** van het voorbije diagnostisch proces. Iedere discipline geeft vanuit haar invalshoek een interpretatie van de bekomen gegevens, waarna het **team** beslist of de diagnose ASS kan worden weerhouden en of er **comorbiditeit** is met andere stoornissen. In 2015 vond 7x een multi-/interdisciplinaire bespreking plaats.

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

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

Kanttekeningen:

- als de maatschappelijk medewerker vaststelt dat er op basis van de anamnese te weinig argumenten zijn om het diagnostisch proces verder te zetten, worden de andere disciplines hieromtrent ingelicht. Het team beslist vervolgens om het diagnostisch proces verder te zetten, dan wel te beëindigen.
- voor de uitklaring van vermoeden ASS bij **personen met een matig verstandelijke beperking** werkte DIASS in 2015 met **Ampel en psychiater Dr. Hameryck** samen. We hebben in 2015 een model toegepast om de kwaliteit en de betrouwbaarheid van diagnostiek ASS bij personen met een matig verstandelijke beperking op te krikken. De evaluatie hiervan zal in 2016 plaatsvinden.

Optimalisatie van het diagnostisch proces ASS binnen DIASS

In 2015 hebben wij ruim aandacht besteed aan het **optimaliseren van het verloop en de inhoud van het diagnostisch proces** binnen DIASS.

Volgende '**onderzoeksvragen**' stonden voorop:

- De interne en externe perceptie is dat DIASS een kwaliteitsvol diagnostisch centrum in functie van uitklaring ASS bij volwassenen is...maar, zijn we dat anno 2015 inderdaad?
Ja, op welke punten? Op welke punten kunnen we beter? Welke investeringen zijn nodig om minimaal dezelfde kwaliteit te kunnen blijven leveren?
- De slinger kan te ver overslaan naar kwaliteit, waardoor heel wat klanten (te) lang op een diagnostisch proces moeten wachten; wanneer bereiken we evenwicht tussen kwantiteit en kwaliteit? Op welke manier kunnen we dichter tot dat evenwicht komen?
- Een van de pijlers van onze werking is het multi-/interdisciplinaire karakter, waardoor verschillende disciplines en individuen elk met hun eigen figuurlijke bril naar de klant kijken. Hoe kunnen we optimaal deze eigenschap, het multi-/interdisciplinair karakter, benutten? Dit hangt uiteraard samen met de vraag rond bereiken evenwicht kwaliteit-kwantiteit.

Om een antwoord te kunnen formuleren op deze 'onderzoeksvragen' heeft psychologisch medewerker Sofie Versyck zich in de periode 1/1/15 – 31/3/15 verdiept in **nationale en internationale literatuur, studies, enz.** Zij ging in het kader van haar opdracht ook langs voor **intervisie** bij Oriëntatiecentrum (diagnostiek complexe ontwikkelingsstoornissen bij adolescenten & volwassenen) te Wilrijk.

Sofie goot haar bevindingen in een **rapport** en lichtte toe op een teamoverleg WVCB. Daarna werden **werkgroep bijeenkomsten** georganiseerd, eerst per discipline om vervolgens interdisciplinair (3 'afgevaardigden', 1 per discipline) gegevens samen te leggen. Iedere bijeenkomst bracht nieuwe **werk- en aandachtspunten** met zich mee.

Als **algemeen werk-/aandachtspunt** werd **nog betere afstemming tussen de verschillende onderdelen/disciplines** van het diagnostisch onderzoek weerhouden.

Belangrijkste **resultaten per discipline**:

- Psychologische discipline

Er werd een soort '**standaardtestbatterij**' vooropgesteld, een 'minimum' dat quasi bij elk diagnostisch onderzoek wordt afgenomen om een kwaliteitsvol diagnoseproces te kunnen garanderen. De samenstelling van de testbatterij gebeurde op basis van wetenschappelijke onderzoeksbevindingen, vergelijkingsstudie met andere diagnostische centra, en eigen ervaringen binnen DIASS. Er werd geïnvesteerd in de **aanschaf van extra testmateriaal**.

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

- Maatschappelijke discipline

Optimalisatie van het luik (auto-, hetero-, ontwikkelings-) anamnese van het diagnostisch onderzoek. De implementatie zal vooral begin 2016 plaatsvinden.

- Psychiatrische discipline

Nog meer inzet op differentiaal diagnostisch onderzoek

De resultaten werden in een draaiboek gegoten dat als **standaard** moet dienen voor een diagnostisch proces ASS binnen DIASS. Het is een **dynamisch draaiboek**, het kan op elk moment worden bijgestuurd.

In de loop van 2016 blijven we aan dit optimalisatieproces verder werken.

Coachopdracht DIASS

Het overleg met de coaches (= intervisieoverleg) vond in 2015 2x plaats, op 26/02/15 en op 8/10/15. Telkens werden **uitsluitend lopende coachtrajecten** besproken.

Tijdens de eindbespreking met een cliënt wordt telkens het aanbod coachopdracht gedaan. Daarnaast wordt tijdens het follow-up contact (ongeveer 10 weken nadat de eindbespreking heeft plaatsgevonden), nogmaals gerefereerd naar de mogelijkheden die een coachinterventie biedt.

Er bleken **in 2015** echter **geen nieuwe aanmeldingen voor de coachopdracht**.

Wij weerhouden hiervoor **diverse redenen**:

- de coachopdracht is **ontstaan vanuit een niche** die er op dat moment was om personen met diagnose ASS bij te staan in een traject naar hulpverlening/ondersteuning op maat. De afgelopen jaren zijn er verschillende initiatieven –in het bijzonder rechtstreeks toegankelijke handicapspecifieke hulp (RTH) en Dienst Ondersteuningsplan (DOP)- bijgekomen die een aanbod kunnen doen.
- algemeen is de anti-specifieke expertise en hulpverlening binnen de sector toegenomen
- de DIASS-psychologen hebben door hun deelname aan de MDT-werking VAPH zelf intussen meer zicht op de mogelijkheden binnen de hulpverlening, het aanbod, de expertise, etc. en gaan vaak tijdens de eindbespreking reeds de concrete, hulpverleningsmogelijkheden aankaarten. Echter, in geval dat zij vermoeden dat de cliënt een extra stimulans hierin nodig heeft, werd steeds de reflectie gemaakt om de coaching in de verf te zetten.

Een belangrijke bijkomende meerwaarde van het coachoverleg is het **delen van kennis en expertise**. We spraken af informatie nog steeds onderling te delen.

In overleg met de coaches, de leden van de stuurgroep DIASS en de RvB van WVCB werd **beslist de coachopdracht af te ronden**.

Uitzuivering wachtlijst DIASS

In de loop van 2015 hebben wij initiatief genomen de wachtlijst uit te zuiveren, kwestie van een accuraat beeld te krijgen van de **effectieve wachttijd tussen aanmelding en opstart diagnostisch proces**.

We hebben hiertoe iedereen die zich had aangemeld vòòr 30/06/14 gecontacteerd (telefonisch/mail/brief). Hieruit leerden we dat de meeste personen nog steeds interesse hadden in een diagnostisch onderzoek en dat we de effectieve wachttijd in 2015 op **ongeveer 2 jaar** konden inschatten. Die **wachttijd** is uiteraard slechts een momentopname en wordt in eerste instantie **beïnvloed door personeelscapaciteit en annuleringen**.

Diverse DIASS

- op 13/1/15 was er overleg tussen enkele actoren diagnostiek ASS rond aanbod & afstemming diagnostiek ASS bij personen met een verstandelijke beperking
- Dr. A. Beyne gaf op 11/6/15 een gesmaakte lezing aan een vertegenwoordiging van het VAPH.

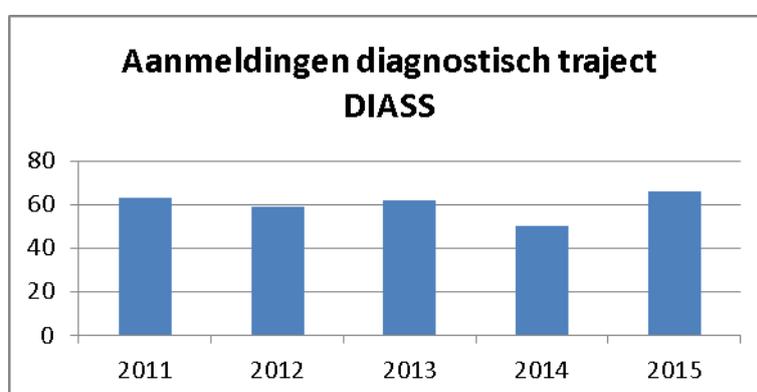
Kengetallen DIASS

De vraag naar **uitklaring vermoeden ASS** aan de hand van **differentiaaldiagnostiek** was ook in 2015 de **belangrijkste reden waarom men zich tot DIASS richt**.

1. Aanmeldingen

Aanmeldingen diagnostiek 2015*	66
Aanmeldingen coachfunctie 2015	0
Informatievragen ASS	worden niet (meer) geregistreerd

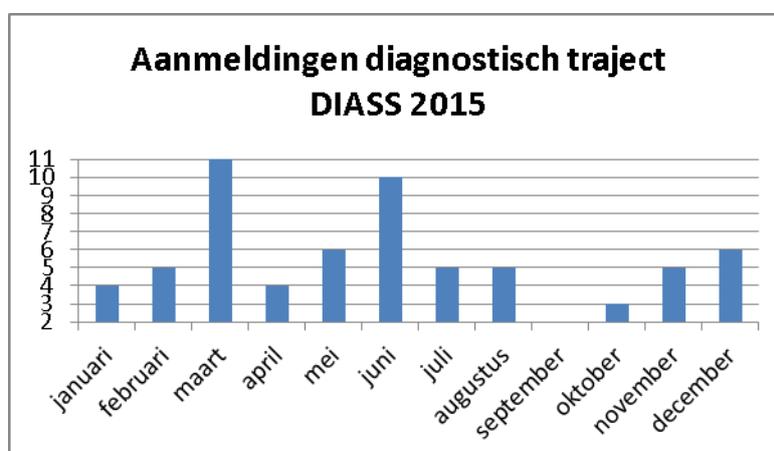
* Aanmeldingen = personen die wij effectief op de wachtlijst DIASS plaatsen. Er is een groep personen die ons contacteert, maar door de lange wachttijd tussen aanmelding en opstart onderzoek beslist om geen DIASS-traject aan te gaan (naar schatting 3-tal per maand), de **wachtlijst** vormt duidelijk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



We tekenden een -in vergelijking met vorige werkjaren (2014: 50; 2013: 62; 2012: 59; 2011: 63)- **hoog aantal aanmeldingen diagnostiek ASS** op.

Dit geeft een **totaal van 560 aanmeldingen met initiële vraag brede uitklaring diagnose ASS sinds opstart DIASS**.

Aanmeldingen diagnostiek ASS 2015 uitgesplitst per maand:



2. Annuleringen

We bedoelen hiermee vragen op de wachtlijst die **in de loop van 2015 geannuleerd** zijn geworden.

Wij noteerden in 2015 in totaal **27 annuleringen**, met als **redenen**:

- al diagnose elders: 14x (meestal niet-gesubsidieerd diagnosecentrum)
- niet op afspraak/niet meer te bereiken: 4x
- geen vraag meer: 4x
- verhuisd tussen aanmelding en mogelijke opstart diagnostisch proces: 1x
- onvoldoende vermoeden ASS: 1x
- drempelvrees: 1x
- reden onbekend: 2x

Verdeling over kalenderjaren (jaar van aanmelding):

- 5 aanmeldingen daterend uit 2012
- 16 aanmeldingen daterend uit 2013
- 5 aanmeldingen daterend uit 2014
- 1 aanmelding daterend uit 2015

Vaststelling: dit is een behoorlijk hoog aantal, maar heeft ongetwijfeld **voor een deel te maken met ons initiatief om in 2015 de wachtlijst uit te zuiveren**.

3. Analyse diagnostische trajecten ASS

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

Aantallen

Voor **2015** hadden wij **45 integrale diagnostische trajecten ASS vooropgesteld** (datum multi-/interdisciplinaire bespreking hanteren we als criterium om gerealiseerde aantal te bepalen).

1 in 2015 opgestart diagnostisch traject werd onderbroken na het onderzoekluik anamnese.

De behandelde dossiers in 2015 betroffen voornamelijk **aanmeldingen van midden 2012 tem najaar 2013** (cf. wachtlijst).

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

Integrale diagnostische trajecten (cf. dd. MD-bespreking)	42x
Luik maatschappelijke discipline opgestart in 2014 én afgerond in 2014	9x
Luik maatschappelijke discipline opgestart in 2014 en afgerond in 2015	1x
Luik maatschappelijke discipline opgestart in 2015 én afgerond in 2015	32x
Dossier na afronding of tijdens luik maatschappelijke discipline stopgezet (reden: geen interesse/reactie meer)	1x
Luik psychodiagnostisch onderzoek opgestart in 2014 én afgerond in 2014	4x
Luik psychodiagnostisch onderzoek opgestart in 2014 en afgerond in 2015	1x
Aantal cliënten besproken op multidisciplinair teamoverleg	42x
Eindbespreking plaatsgevonden	32x

Vaststelling: het **totaal aantal integrale diagnostische trajecten ASS** is het **hoogste aantal in 1 kalenderjaar** sinds de opstart van DIASS (cf. **gemiddeld 27 per kalenderjaar tem 2014**).

Verklaringen:

- schommelingen personeelscapaciteit over de jaren heen
- efficiëntieverhoging

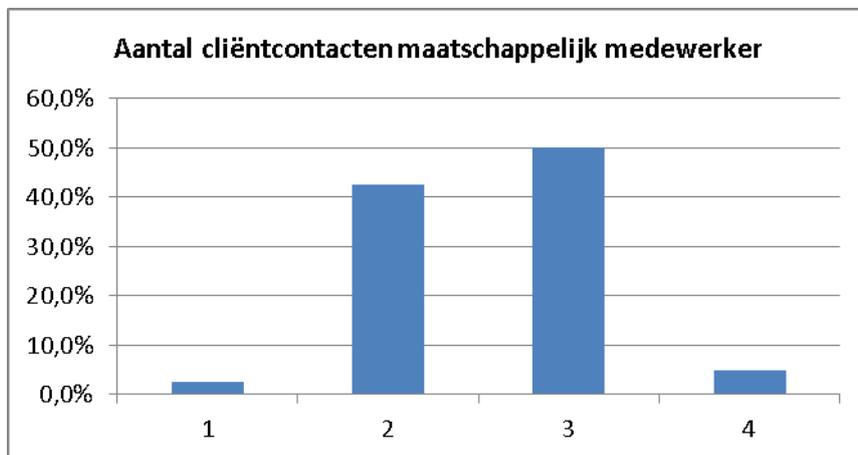
Kenmerken onderzoeksproces

Hier weerhouden wij **enkel de dossiers die multi-/interdisciplinair besproken zijn geweest in 2015**.

Cliëntcontacten maatschappelijk medewerker (N= 40)

Niet/incorrect geregistreerd: 2

- 1 cliëntcontact: 1x (2,5%)
- 2 cliëntcontacten: 17x (42,5%)
- 3 cliëntcontacten: 20x (50%)
- 4 cliëntcontacten: 2x (5%)

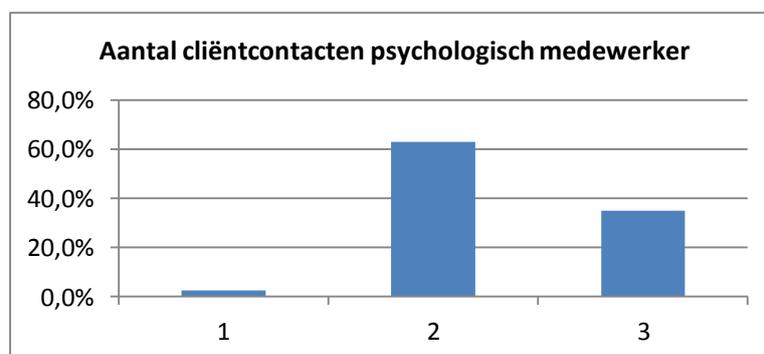


Gemiddeld aantal cliëntcontacten: 2,57 (gemiddelde vorige jaren: 2,61)

Cliëntcontacten psychologisch medewerker (N= 41)

Niet/incorrect geregistreerd: 1

- 1 cliëntcontact: 1x (2%)
- 2 cliëntcontacten: 26x (63%)
- 3 cliëntcontacten: 14x (35%)

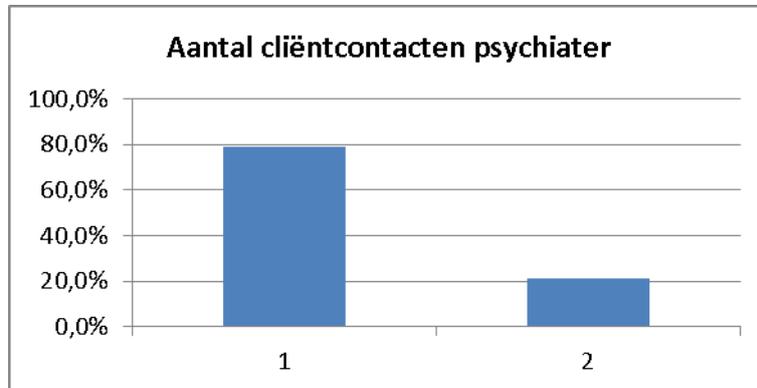


Gemiddeld aantal cliëntcontacten: 2,32 (gemiddelde vorige jaren: 2,41)

Cliëntcontacten psychiater (N= 38)

Niet/incorrect geregistreerd: 4

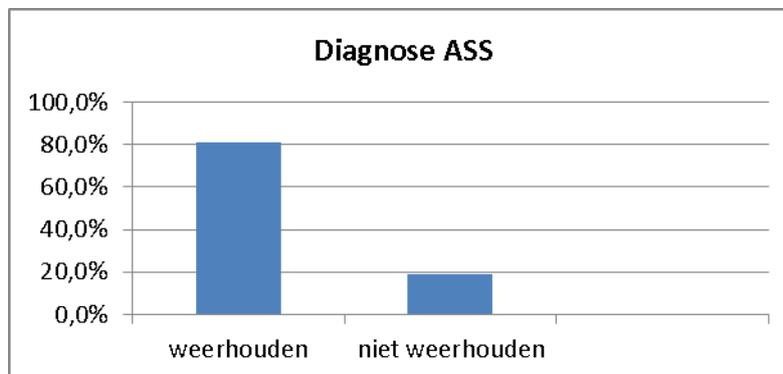
1 cliëntcontact: 30x (79%)
2 cliëntcontacten: 8x (21%)



Gemiddeld aantal cliëntcontacten: 1,21 (cf. gemiddelde vorige jaren: 1,19)

Diagnoses (N= 42)

Diagnose ASS weerhouden	34x (= 81%)
Diagnose ASS niet weerhouden	8x (= 19%)



Vaststelling: het **resultaat** diagnose ASS weerhouden ligt **opmerkelijk hoger dan het gemiddelde (71% diagnose ASS weerhouden)** sinds de opstart van DIASS.

Detail diagnoses

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

- Enkel ASS: 22x
- ASS + zwakbegaafdheid: 1x

- ASS + licht verstandelijke beperking: 2x
- ASS + matig verstandelijke beperking: 1x
- ASS + hoogbegaafdheid: 2x
- ASS + ADD: 3x
- ASS + ADHD: 3x
- Geen ASS, geen diagnose weerhouden: 2x
- Geen ASS, wel diagnose ADHD: 1x
- Geen ASS, wel diagnose psychodynamische interactionele etiologie: 1x
- Geen ASS, wel diagnose afhankelijke persoonlijkheidsstoornis: 1x
- Geen ASS, wel diagnose dysfatische taalontwikkelingsstoornis, zwakbegaafdheid, lage SEO, identificatieproblematiek: 1x
- Geen ASS, wel diagnose onveilige hechting: 1x
- Geen ASS, wel diagnose sociaal (pragmatische) communicatiestoornis + NLD: 1x

Doorlooptijd (N= 37)

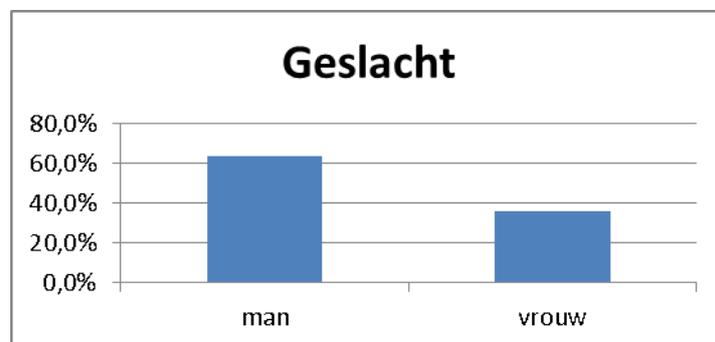
Niet/incorrect geregistreerd: 5

De **gemiddelde doorlooptijd** (= periode tussen start anamnese en eindbespreking met de cliënt) bedroeg 146 kalenderdagen of ongeveer **4,5 à 5 maanden**.

Kenmerken cliënten

Geslacht (N = 42)

- **man:** 27 (64%)
- **vrouw:** 15 (36%)



Man-vrouw verhouding sinds opstart DIASS tem 2014 bedroeg gemiddeld 71% mannen tegenover 29% vrouwen.

Leeftijd (N= 41)

Niet/incorrect geregistreerd: 1

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

- man: 39 jaar
- vrouw: 39 jaar

De gemiddelde leeftijd **bij aanmelding** sinds de opstart van DIASS tem 2014 bedraagt **34 jaar**.

IQ (N= 39)

Niet/incorrect geregistreerd: 3

Gemiddelde TIQ: 99

Mediaan TIQ: 100

Het **gemiddelde TIQ sinds opstart DIASS tem 2014** bedroeg **95**.

Woonplaats (alfabetisch + aantal cliënten gedomicilieerd) (N= 42)

Anzegem	1	Ledegem	1
Avelgem	1	Maldegem	1
Blankenberge	1	Menen	2
Brugge	7	Moorslede	1
Damme	1	Oostende	3
Diksmuide	1	Roeselare	5
Harelbeke	1	Ruiselede	1
Hooglede	1	Torhout	1
Ichtegem	1	Waregem	1
Ieper	1	Wevelgem	3
Ingelmunster	1	Wingene	1
Izegem	1	Zedelgem	1
Kuurne	2	Zwevegem	1

Conclusie: sterke spreiding, 42 cliënten uit 26 verschillende West-Vlaamse gemeentes

Wie meldt aan? (N= 42)

Cliënt zelf: 31x (vaak op verwijzing)

Familielid van cliënt: 2x

Maatwerkbedrijf Mariasteen: 1x

Ingelburch: 1x

Oranje: 1x

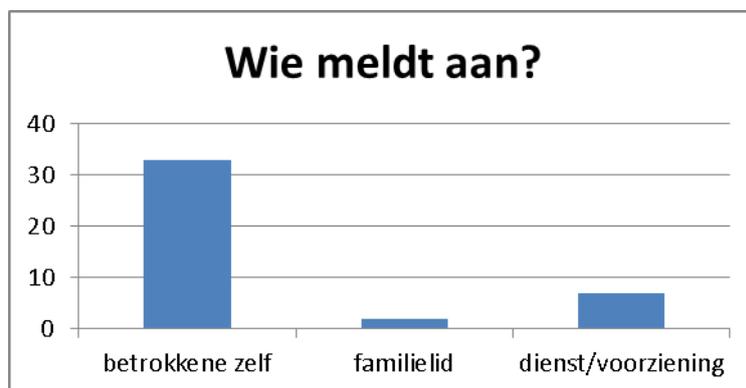
PZ OLV: 1x

GTB: 1x

De Horizon: 1x

CGG: 2x

Jobkracht 10: 1x



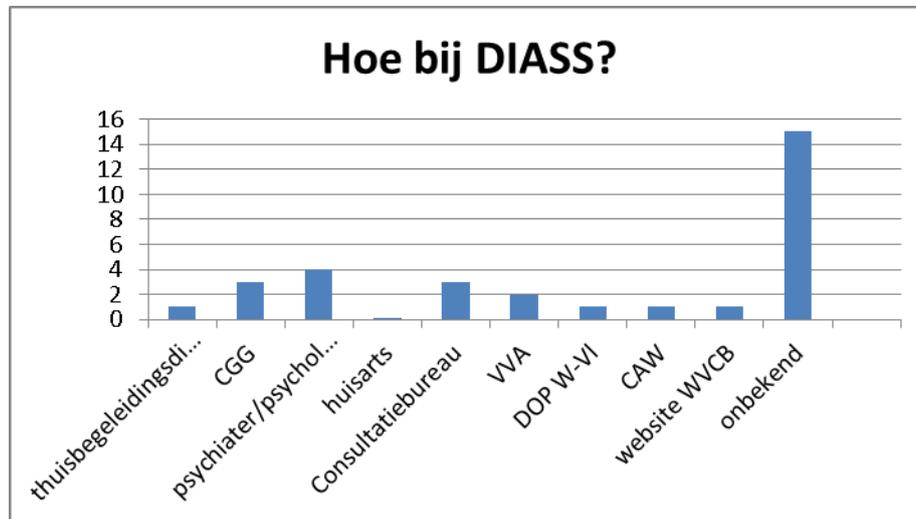
Verwijzer, indien betrokkene of familielid aanmelding deed (N= 33)

Thuisbegeleidingsdienst VAPH: 1x

CGG: 3x

Psychiater/psycholoog: 4x

Huisarts: 2x
Consultatiebureau: 3x
Website: 1x
VVA: 2x
DOP: 1x
CAW: 1x
Onbekend: 15x



4. Coachfunctie

10-tal lopende coachopdrachten en follow-up in 2015.

Er vond 2x coachoverleg plaats in 2015, op 26/2/15 en op 8/10/15.

5. Informatievragen

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

4.2.2 MultiDisciplinair Team (MDT)

Financiering (onafhankelijke) MDT's

In het verlengde van onze basisopdracht diagnostiek, **indiceren wij in opdracht van het VAPH bij personen met een vraag naar niet-rechtstreeks toegankelijke (nRTH) begeleiding en zorg in natura (ZIN) voor meerderjarigen.**

In het jaarverslag 2014 pleitten wij voor een kostendekkende MDT-financiering. In 2015 ging de koepel van de verwijzende instanties (MDT's) rond deze thematiek in overleg met het kabinet van Minister Vandeurzen.

Vanaf 1/1/16 vallen alle MDT's onder een nieuw financieringssysteem, gebaseerd op modules. Het macrobudget voor de MDT's blijft ongewijzigd, maar het is wel de bedoeling dit budget met het nieuwe financieringssysteem beter te benutten.

Ondanks de lichte financiële verbetering (voor WVCB geschat op stijging van de inkomsten uit MDT-werking van ongeveer 18%) blijft de MDT-werking voor WVCB een opdracht waarvan de inkomsten zeker niet alle kosten zullen dekken. Een stevige ruggengraatfinanciering is bijgevolg onontbeerlijk.

Een andere optie zou een aangepast financieel kader voor MDT's die volledig onafhankelijk werken, kunnen zijn.

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

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

Simulatie PVF

In de periode maart-september 2015 namen maatschappelijk medewerkers Chantal Van de Castele, Elfriede De Saffel en An Vangroenweghe deel aan de simulatie PVF.

An stelde in samenspraak met en voor 4 cliënten een ondersteuningsplan PVF (proefversie) op. Chantal (3 cliënten) & Elfriede (5 cliënten) deden de simulatie van objectivering handicap, met afname ZZI.

Integrale Jeugdhulp

Vorig jaar maakten we al melding van een sterke daling in het aantal vragen naar nRTH voor minderjarigen dat aan ons MDT werd gesteld, voornamelijk naar aanleiding van gewijzigde regelgeving. Die trend zette zich door in 2015.

Daarop besliste het WVCB-bestuur om de erkenning als MDT minderjarigen vanaf 2016 niet meer te verlengen.

Verkorte modules diagnostiek ASS meerderjarigen

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

Deelwerking DIASS bood geen uitweg. De wachttijd tussen aanmelding en opstart diagnostisch traject binnen deelwerking DIASS ligt momenteel op ongeveer 2 jaar. Bovendien worden er vragen behandeld van personen met een vermoeden van ASS die een uitgebreide vraagitklaring wensen, niet steeds in functie van niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning.

Het resultaat is een kortdurend diagnostisch protocol rond ASS, dat we eind 2015 en verder in de loop van 2016 uit zullen testen.

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

Genomen initiatieven om de kwaliteit van onze MDT-werking in 2015 te optimaliseren

- **intervisie**: multidisciplinaire verslagen worden in de regel nagelezen door minstens 1 lid van een andere discipline + multi-/interdisciplinaire bespreking van ieder advies.
- **bilaterale contacten** (telefonisch, per mail) op dossierniveau met de Provinciale Afdeling (PA) van het VAPH, wat bijdraagt tot de kwaliteit van onze dienstverlening (correcte adviezen, deskundige verslaggeving, enz.)

- **VTO**: bezoek VAPH-voorzieningen, uitwisselingsmoment met DOP W-VI
- naleven **Minimale Kwaliteitseisen** voor MDT's
- **interne kwaliteitscontrole** door directie: steekproef van dossiers beoordeeld op basis van criteria die Zorginspectie vooropstelt.
- opvolging van en advisering rond de **implementatie van het decreet PVF**, specifiek ook inzake de gevolgen voor de MDT's

We stuurden ook bij toen het aantal vragen dat aan ons MDT werd gesteld, ruim de beschikbare capaciteit overschreed en de wachttijden opliepen. In dat verband kwam Elien Valcke in dienst.

Uit "nota Zorginspectie – VAPH: Naar een risico gestuurde opvolging van de multidisciplinaire teams"

Op 1/1/2011 werden 12 Minimale Kwaliteitseisen (MKE) voor MDT's door het VAPH ingevoerd. Het VAPH voert kwaliteitscontroles op de verslaggeving uit, Zorginspectie op de werking als team (ZIN/IMB/PAB).

Uit de resultaten 2014 op de 8 MKE die verband houden met de kwaliteit van de verslaggeving, blijkt dat het MDT binnen WVCB kwaliteit levert (weliswaar met de criteria van de MKE als uitgangspunt)

MKE1: 97,3% (gemiddelde: 93%; mediaan: 97%)
 MKE2: 98,4% (gemiddelde: 94%; mediaan: 97%)
 MKE3: 96,8% (gemiddelde: 87%; mediaan: 93%)
 MKE4: 98,7% (gemiddelde: 94%; mediaan: 100%)
 MKE5: 98,3% (gemiddelde: 94%; mediaan: 97%)
 MKE6: 98,4% (gemiddelde: 96%; mediaan: 100%)
 MKE7: 97,9% (gemiddelde: 97%; mediaan: 100%)
 MKE8: 98,9% (gemiddelde: 95%; mediaan: 100%)

Meer details hierover kunnen verkregen worden via directie@wvcb.be

Samenwerking met scholen en CLB's

Sinds **1/9/14** heeft WVCB een **samenwerking** opgestart met **enerzijds de scholen en CLB's van het GO! West-Vlaanderen en anderzijds met VCLB Brugge(n) en de scholen die zij begeleiden**; ook **Start West-Vlaanderen** is, voor de opdracht **contactpersoon zorgregie**, in het partnerschap betrokken. WVCB wordt als prioritaire partner gezien om vragen naar nRTH VAPH voor de schoolverlaters te beantwoorden. In 2015 liep deze samenwerking verder.

Op 21/10 en op 24/11 vond overleg tussen de directies van de CLB's van het GO! en onze directie plaats om de samenwerking te evalueren en af te stemmen rond samenwerking in context PVF.

Op 16/10 vond dan weer overleg plaats tussen VCLB Brugge(n), onze directie en DOP om de samenwerking in de context van PVF te bekijken.

WVCB participeerde aan 3 infoavonden in scholen, waar de opdracht van een MDT nader werd verklaard.

Samenwerking met MDT CM Roeselare-Tielt
--

Onze psychologische discipline leverde net als de voorgaande jaren op zowat wekelijkse basis een bijdrage in de MDT-werking van CM Roeselare-Tielt.

Kengetallen MDT-werking 2015

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

1. Aantal AANMELDINGEN & ANNULERINGEN bij ons MDT in 2015

Vooraf

Het betreft alle aanmeldingen die ons in 2015 hebben bereikt, inbegrepen zijn deze die - na vraaguitklaring- niet in een VAPH-aanvraagdossier resulteerden.

Wat begrijpen wij onder een 'aanmelding'?

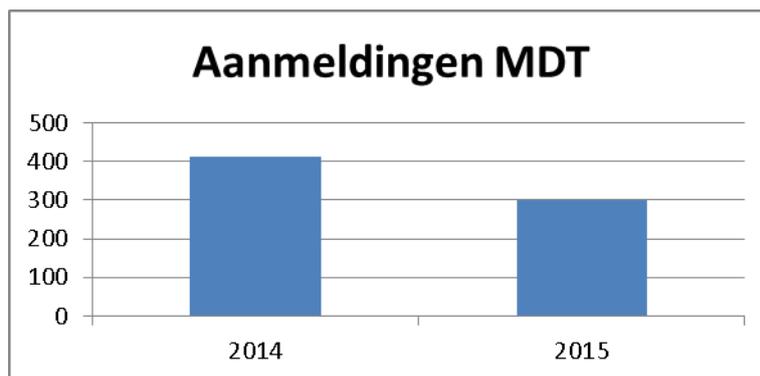
We spreken van een '**aanmelding**' wanneer we de vraag van een persoon als ontvankelijk beschouwen en hem/haar registreren op de aanmeldingslijst. Wanneer al van bij het eerste contact (mail/telefonisch) duidelijk blijkt dat iemand geen vraag stelt die in een VAPH-dossier zal resulteren, vindt geen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

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

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

Initiële vraag/vragen (kon nog wijzigen in de loop van proces vraaguitklaring):

- 293 initiële vragen naar ZIN meerderjarigen
- 2 keer PAB
- 1 keer ZIN minderjarigen
- 4 keer simulatie PVF (4 keer mét ondersteuningsplan (OP) PVF door WVCB aangeleverd, 4 keer zonder OP PVF)



De aanzienlijke **daling in aantal meldingen** is voornamelijk **te verklaren door:**

- in het kader van de samenwerking met de CLB's hadden zij in 2014 alle leerlingen die toen nog bij hen op de wachtlijst stonden voor opmaak VAPH-dossier, naar ons overgedragen; in 2015 lagen de aantallen via die verwijzers lager
- aanvragen van personen naar ondersteuning minderjarigen zijn in 2015 tot een minimum herleid

TOTAAL AANTAL ANNULERINGEN: 102 (vergelijking 2014: 84)

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

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

Conclusie: ongeveer **1/3 (34%) van de meldingen resulteert niet in een VAPH-dossier**; voor minstens 1/3 van de geregistreerde meldingen is er bijgevolg een redelijke tijdsinvestering die voor meldingen in 2015 niet leidde tot een vergoed VAPH-aanvraagdossier. Daarbij komen dan nog alle vragen (telefonisch/mail), gericht aan ons MDT, die niet geregistreerd worden maar ook enige behandeling vragen.

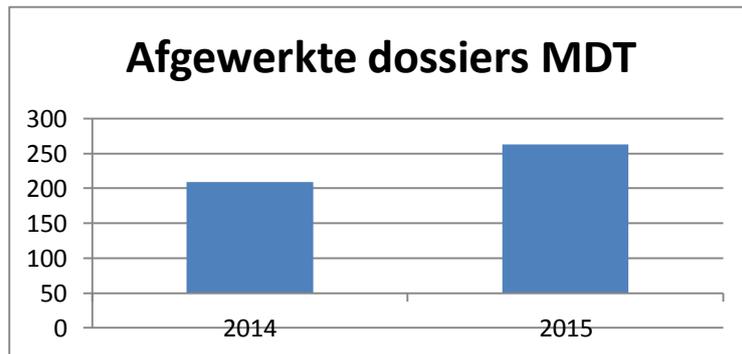
2. Analyse in 2015 AFGEWERKTE DOSSIERS

We weerhouden alle dossiers die in 2015 zijn **afgewerkt** (aanmelding en opstart konden in 2014 liggen). 'Afgewerkt' betekent dat er een VAPH-aanvraagdossier werd samengesteld en dat het multidisciplinair verslag ten laatste 31/12/15 naar de provinciale afdeling van het VAPH werd verstuurd.

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

- alle dossiers waarvan het intakegesprek in 2015 plaatsvond, maar die niet meer in 2015 werden afgewerkt
 - alle meldingen die niet in een VAPH-aanvraagdossier resulteerden
 - dossierbehandeling in het kader van simulatie toeleiding Persoonsvolgende Financiering
- Bemerking: 1 aanvraagdossier kan meerdere vragen naar ondersteuning bevatten.

TOTAAL AANTAL IN 2015 AFGEWERKTE DOSSIERS: 263 (2014: 209)



Verklaringen voor de stijging:

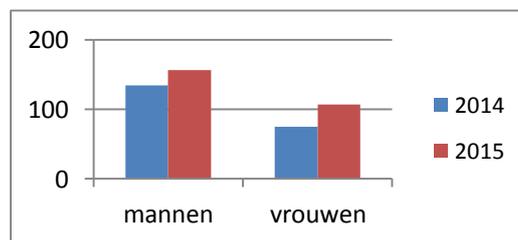
- werkjaar 2014 stond in het teken van de doorstart die we met de vzw hebben gemaakt, waardoor de gemiddelde personeelscapaciteit dossierwerking MDT lager lag dan in 2015
- efficiëntiewinst

2.1 VARIABELE 1: GESLACHT (aantal personen: 263)

Mannen: 156 (vergelijking 2014: 134)

Vrouwen: 107 (vergelijking 2014: 75)

59% van de zorgvragers **in 2015** waren **mannen**; **in 2014** was dit **64%**.



2.2 VARIABELE 2: LEEFTIJD (aantal personen: 263)

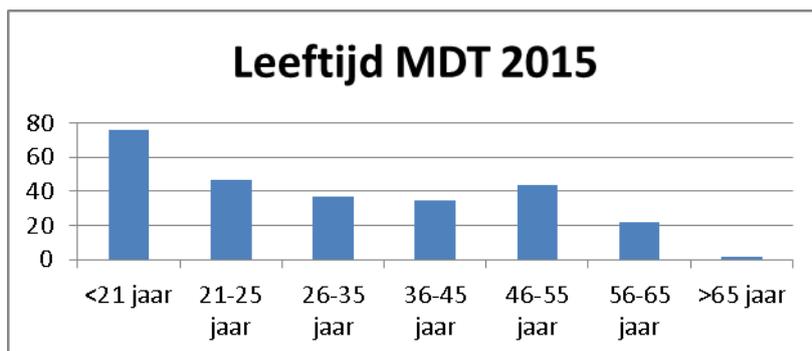
We maken een onderscheid tussen:

- zorgvragers vanaf 21 jaar (reguliere dossiers)
- zorgvragers tem 20 jaar (CLB-groep)
- zorgvragers nog niet-schoolgaand

Voor de berekening van de **gemiddelde leeftijd** weerhouden we **enkel de zorgvragers vanaf 21 jaar** (geworden in 2015); alle zorgvragers jonger dan 21 jaar (uitgezonderd de kinderonderzoeken bij niet-schoolgaande minderjarigen) beschouwen we als de 'CLB-groep' (cf. samenwerking met GO! West-Vlaanderen en VCLB Brugge(n)).

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

In detail (zie ook grafiek): <21 jaar: 76 personen (= CLB-groep); 21-25 jaar: 47 personen; 26-35 jaar: 37 personen; 36-45 jaar: 35 personen; 46-55 jaar: 44 personen; 56-65 jaar: 22 personen; >65 jaar: 2 personen



Vaststelling: de zorgvragers komen uit alle leeftijdscategorieën, met een duidelijke piek voor de leeftijdsgroep <21 jaar (= CLB-groep) en een dalende trend vanaf de leeftijd van 56 jaar.

2.3 VARIABLE 3: DOMICILIE (aantal personen: 254)

Steden/gemeentes met **10 of meer zorgvragers:** Brugge (38), Ieper (15), Menen (18), Oostende (13), Hooglede (10), Kortrijk (10)

Steden/gemeentes met **9 zorgvragers:** Roeselare

Steden/gemeentes met **8 zorgvragers:** Izegem, Torhout

Steden/gemeentes met **7 zorgvragers:** Wevelgem

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

Steden/gemeentes met **5 zorgvragers:** Blankenberge, Bredene, Kortemark

Steden/gemeentes met **4 zorgvragers:** Gistel, Harelbeke, Jabbeke, Nieuwpoort, Poperinge, Waregem, Zwevegem

Steden/gemeentes met **3 zorgvragers:** Deerlijk, Houthulst, Lichtervelde, Zedelgem, Oostkamp, Oostrozebeke, Wervik

Steden/gemeentes met **2 zorgvragers:** Anzegem, De Panne, Heuvelland, Ichtegem, Ingelmunster, Knokke, Koekelare, Koksijde, Langemark, Ledegem, Ruiselede, Tielt, De Haan, Zulte, Oudenburg, Staden, Wingene

Steden/gemeentes met **1 zorgvrager:** Ardoosie, Avelgem, Dentergem, Lendeledede, Meulebeke, Vleteren, Zonnebeke, Damme, Moorslede, Pittem, Wielsbeke, Eeklo, Dottignies, Lanaken

Vaststelling: de zorgvragers komen van overal in West-Vlaanderen, uit 55 verschillende West-Vlaamse steden/gemeentes (2014: 50 verschillende West-Vlaamse steden/gemeentes)

2.4 VARIABELE 4: GEZINSSITUATIE (aantal personen: 236)

Niet geregistreerd: 37

Alleen, met een of andere vorm van professionele begeleiding/assistentie: 40

Alleen, zonder een of andere vorm van professionele begeleiding/assistentie: 13

In ouderlijk gezin, met een of andere vorm van professionele begeleiding/assistentie: 49

In ouderlijk gezin, zonder een of andere vorm van professionele begeleiding/assistentie: 54

In eigen gezin, met een of andere vorm van professionele begeleiding/assistentie: 21

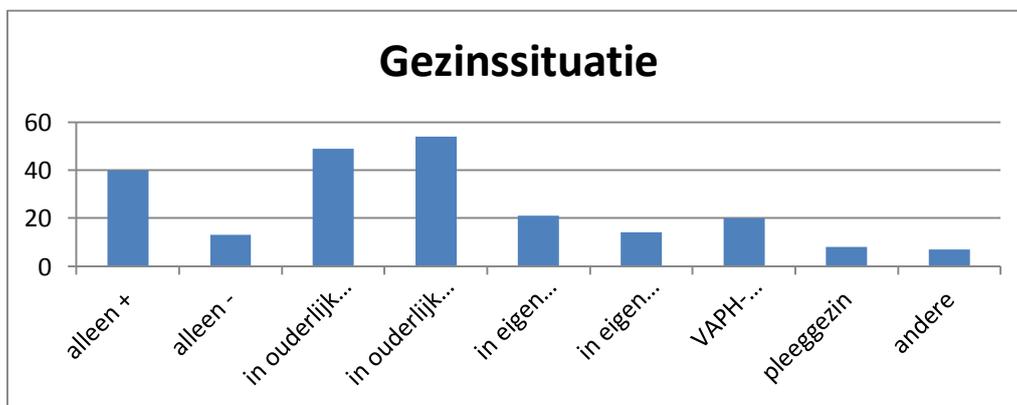
In eigen gezin, zonder een of andere vorm van professionele begeleiding/assistentie: 14

Residentiële voorziening VAPH: 20

Pleeggezin: 8

Andere (bv. vervangend gezin, gevangenis, ziekenhuisopname, enz.): 7

Niet geregistreerd: 37



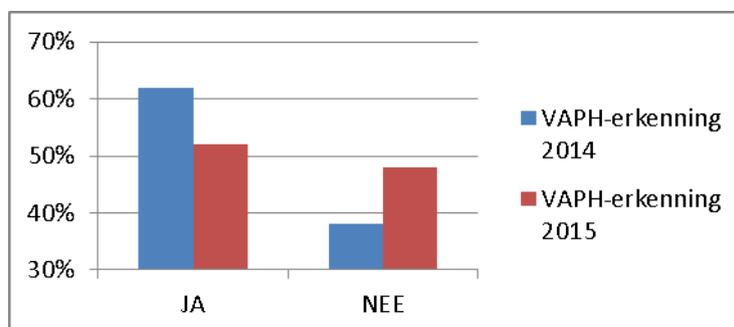
Vaststelling: in ongeveer 2/3 van de gevallen genoten de zorgvragers al een vorm van professionele ondersteuning (RTH, al of niet VAPH/nRTH) op het moment dat ze een vraag naar nRTH stelden.

2.5 VARIABELE 5: VAPH-erkenning JA/NEE (aantal personen: 243)

Niet geregistreerd: 20

Aantal zorgvragers die bij aanmelding **al een VAPH-erkenning** hadden: 127

Aantal zorgvragers die bij aanmelding **nog geen VAPH-erkenning** hadden: 116



Vaststelling: 52% van de zorgvragers was al eerder ingeschreven bij het VAPH; in 2014 was het verschil groter: 62% erkenning, 38% geen VAPH-erkenning

2.6 VARIABELE 6: INKOMEN (aantal personen: 238)

Niet geregistreerd: 25

Bemerking: 1 persoon kan meerdere vormen van inkomen hebben

FOD-erkenning: 77

Kinderbijslag: 55

Loon Maatwerkbedrijf: 28

Loon NEC: 19

Mutualiteit: 39

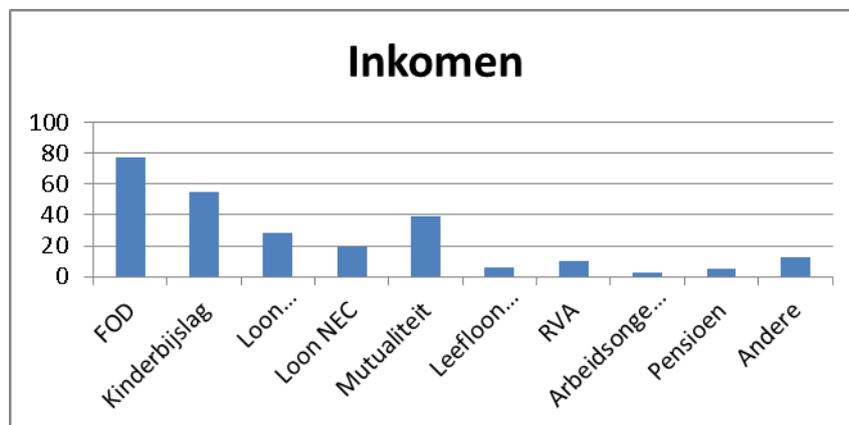
OCMW-leefloon: 6

Pensioen: 5

RVA-uitkering: 10

Arbeidsongevallenverzekering: 3

Andere: bv. weduwepensioen, geen vorm van inkomen



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

2.7 VARIABELE 7: TAAL

De grote meerderheid van de zorgvragers (98%) waren de Nederlandse taal machtig; 2% of in aantal 5 zorgvragers dienden in een andere taal geholpen te worden. In die gevallen schakelden wij een tolk in.

2.8 VARIABELE 8: VERWIJZERS (aantal zorgvragers: 164)

Verwijzers met **10 of meer verwijzingen:** betrokkene zelf/familieelid (21), Vondels (13), DIASS (12), CM (11), DOP (11)

Verwijzers met **9 verwijzingen:** 't Spoor

Verwijzers met **8 verwijzingen:** OCMW

Verwijzers met **7 verwijzingen:** Start W-VI

Verwijzers met **6 verwijzingen:** Ons Huis

Verwijzers met **5 verwijzingen**: Ten Anker

Verwijzers met **4 verwijzingen**: De Luifel, PC Menen

Verwijzers met **3 verwijzingen**: CAW, De Lovie, GTB, OC Sint-Idesbald, Oikonde, AZ Sint-Jan, VOC Rozenweelde

Verwijzers met **2 verwijzingen**: Cadans, beschut wonen, De Meander, Bond Moyson, Het Vlot, gevangenis Brugge, Pleegzorg W-VI, PC OLV Brugge, PZ Pittem, Tordale, Duinhelm, WAAK

Verwijzers met **1 verwijzing**: Ambulante ondersteuning Ronse, 't Veer, CKG Sint-Clara, De Pelgrim, Den Achtkanter, De Waaiberg, Dynamiek, gemeente Zwevegem, Groep Ubuntu, Het Anker, JAC, Kerckstede, Kompas, Lochting, Mobiel team, PET, PTC Rustenburg, PZ Heilig Hart Ieper, SXI, PAB-cel VAPH, Victor

Vaststelling: de aanmeldingen/verwijzingen van de in 2015 afgewerkte dossiers kwamen vanuit heel diverse hoeken, WVCB is dus bij heel wat verschillende diensten/voorzieningen gekend.

VARIABELE 9: LOCATIE (N = 263)

Waar vond cliëntcontact plaats?

CB Roeselare: 63

CB Kortrijk: 42

CB Brugge: 47

CB Oostende: 43

Huisbezoek: 32

Op locatie: 36 (bv. in VAPH-voorziening)

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

VARIABELE 10: HANDICAP (aantal zorgvragers (N): 240)

Noot: 1 zorgvrager kan meerdere handicaps hebben

Autismespectrumstoornis: 68

Licht verstandelijke beperking: 83

Matig verstandelijke beperking: 66

Ernstig/diep verstandelijke beperking: 18

Niet te klasseren verstandelijke beperking: 0

Motorische beperking: 40

Ander dan motorische beperking: 4

Marginaal fysieke beperking: 1

Niet-degeneratief NAH: 21

Psychische beperking algemeen: 4

Marginaal psychische beperking: 6

Ernstige gedragsstoornis: 15

Stem-, spraak-, taalstoornis: 5

Auditieve beperking: 7

Visuele beperking: 5

1 handicap: 145

Meervoudige handicap: 95

Vaststellingen:

- bij 60% van de zorgvragers is sprake van 1 handicap, 40% heeft een meervoudige handicap
- 28% van de zorgvragers heeft een autismespectrumstoornis (ASS); meer dan 2/3 van de zorgvragers met een ASS kwam niet op verwijzing van DIASS
- bij bijna 70% van de zorgvragers is sprake van een verstandelijke beperking
- bij ongeveer 19% van de zorgvragers is sprake van een fysieke/motorische beperking

VARIABELE 11: ADVIES MDT

Noot: een aantal zorgvragers kreeg meerdere zorgvormen geadviseerd (bv. in geval van vraag naar dagbesteding en vraag naar woonondersteuning; bv. in geval van ondersteuning binnen de huidige context en meer toekomstgerichte ondersteuning).

Tehuis niet-werkenden type nursing: 31

Tehuis niet-werkenden type bezigheid: 46

Tehuis werkenden: 16

Beschermd wonen: 53

Zelfstandig wonen: 1

Begeleid wonen: 55

Begeleid wonen met steunfiguur: 2

Thuisbegeleiding: 22

Dagcentrum: 51

Begeleid werk: 11

Kortverblijf: 1

Incontinentiemateriaal (IMB): 1

(herziening) PAB: 2

Vaststellingen:

- bij ongeveer 38% van de zorgvragers was het gedragen advies verblijf in een residentiële voorziening (erkenningvormen tehuis niet-werkenden & tehuis werkenden), hetzij actueel hetzij toekomstgericht.
- de specialiteit van ons MDT ligt in het behandelen van vragen naar zorg in natura

VARIABELE 12: DUUR CLIENTCONTACT (aantal zorgvragers: 249)

De **gemiddelde duur van cliëntcontact** (= de zorgvrager effectief zien) **per zorgvrager** bedroeg **ongeveer 117 minuten (= 2 uur)**.

VARIABELE 13: AANLEVEREN DIAGNOSTIEK (aantal zorgvragers: 263)

Testonderzoek in functie van het aanvraagdossier VAPH.

Noot: bij 1 zorgvrager kunnen meerdere tests afgenomen geweest zijn.

WAIS-III: 49

Schoolse vorderingen test: 64

BADS: 2

AVLT: 1

AQ: 2

D2: 1

15 figuren van Rey: 1

SON-R 2,5-7: 1

VFT: 1

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

4.2.3 Contactpersoonschap zorgregie

Bijstand bieden aan de zorgvrager in het traject naar nRTH. WVCB is in principe enkel contactpersoon indien een zorgvrager geen aansluiting vindt bij een andere dienst/voorziening. Wij waren in 2015 voor gemiddeld een 65-tal zorgvragers contactpersoon.

Wij registreren onze tussenkomsten in dit verband (bv. follow-up, traject ifv status PTB en/of persoonsvolgend convenant, andere) niet en beschikken bijgevolg niet over gedetailleerde informatie.

5. DIVERSE

5.1 Personeelbeleid

Ook in 2015 continue aandacht hiervoor, onder meer via VTO, teamoverleg en individuele contacten/opvolging. Alle procedures ter zake staan beschreven in het kwaliteitshandboek.

5.2 Kwaliteitsbeleid

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

5.3 ICT

Voornamelijk:

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

5.4 Welzijn op het werk

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

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

Belangrijkste in 2015 genomen initiatieven:

- aandacht voor implementatie gewijzigde wetgeving psychosociale belasting (onder meer risicoanalyse)
- aandacht voor beeldschermwerk en ergonomie
- transparant personeelsbeleid en individuele opvolging
- aandacht voor brandveiligheid

Er waren geen arbeidsongevallen met werkverlet.

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

5.5 Raad van Bestuur & Algemene Vergadering

De RvB vergaderde 4x in 2015. De samenstelling was op 31/12/15 als volgt:

Dhr. Guido Decorte, voorzitter;

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

de dames An Casteleyn, Krista Janssens, Lien Vanmaele

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

De AV vergaderde 2x in 2015. De samenstelling was op 31/12/15 als volgt: alle leden van de RvB + Dhr. Geert D'haene.

Dhr. Luc Goutry nam in 2015 ontslag uit de AV.

5.6 Contactgegevens vzw WVCB

Algemeen

4 locaties voor cliëntcontact:

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

Voor vragen, aanmeldingen, enz.:

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

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

Website: www.wvcb.be

Facebookpagina: WVCB-DIASS

Contactgegevens medewerkers

Ruben Ryckewaert – licentiaat klinische psychologie/directeur

E-mail: directie@wvcb.be

GSM: 0499/517 322

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

E-mail: rebecca.vanoverbeke@wvcb.be

GSM: 0499/517 323

An Vangroenweghe – master sociaal werk

E-mail: an.vangroenweghe@wvcb.be

GSM: 0499/517 324

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

E-mail: chantal.vandecasteele@wvcb.be

GSM: 0499/517 325

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

E-mail: elfriede.desaffel@wvcb.be

GSM: 0499/517 326

Katrijn Delerue – licentiaat klinische psychologie

E-mail: katrijn.delerue@wvcb.be

GSM: 0499/517 327

Veerle Cremmery – master klinische psychologie/bachelor logopedie

E-mail: veerle.cremmery@wvcb.be

GSM: 0499/517 328

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

E-mail: sofie.versyck@wvcb.be

GSM: 0499/517 329

Elien Valcke – bachelor maatschappelijk werk

E-mail: elien.valcke@wvcb.be

GSM: 0499/517 330