

Aanvulling Protocollen:
Doelgroepen en vereisten
inzake diagnostiek in
het M-decreet

Versie maart 2018



Inhoudstafel

Situering en bronnen	3
Handelingsgericht diagnostisch traject voorafgaand aan opmaak (gemotiveerd) verslag	4
Verslag: doelgroepen en vereisten inzake diagnostiek	6
Type basisaanbod.....	6
Type 2: Kinderen/jongeren met een verstandelijke beperking	7
Type 3 : Kinderen/jongeren met een emotionele gedragsstoornis die geen verstandelijke beperking hebben zoals bepaald in 2°	8
Type 4: Kinderen/jongeren met een motorische beperking.....	13
Type 6 : Kinderen en jongeren met een visuele beperking	16
Type 7 : Kinderen/jongeren met een auditieve beperking.....	18
Type 7 : Kinderen/jongeren met een spraak- of taalstoornis.....	18
Type 9 : Kinderen/jongeren met een autismespectrumstoornis en die geen verstandelijke beperking hebben zoals bepaald in 2°.....	21
Gemotiveerd verslag: doelgroepen en vereisten inzake diagnostiek	23

Situering en bronnen

Deze tekst geldt als aanvulling op de verschillende diagnostische protocollen van Prodia, zoals te raadplegen op www.prodiagnostiek.be. In deze tekst geven we een toelichting van de diagnostische criteria per type voor buitengewoon onderwijs.

In het Algemeen Diagnostisch Protocol (ADP) vind je de nodige handvatten, zowel voor het handelingsgericht diagnostisch traject dat door het CLB wordt uitgevoerd als voor de samenwerking met leerling, ouders, school en eventuele externe partners binnen het zorgcontinuüm.

In de [netoverstijgend afgetoetste ISC-richtlijnen 'M-decreet en ondersteuningsmodel 2018'](#) vind je verdere handvatten zoals:

- netoverstijgende visie over de rol van CLB binnen het M-decreet en het ondersteuningsmodel, bij de afweging van redelijke aanpassingen en in het kader van het inschrijvingsrecht,
- regelgeving,
- toelichting bij de Vlaamse bemiddelingscommissie,
- praktische afspraken,
- aandachtspunten,
- schrijfwijzers (gemotiveerd) verslag.

De afspraken in deze tekst kwamen tot stand in overleg tussen de verschillende CLB-netten en de overheid. Het M-decreet biedt het decretale kader inzake classificerende diagnostiek. De regelgeving is blijvend in evolutie. In deze versie van de tekst lichten we de huidige regelgeving toe. In de mate van het mogelijke houden we rekening met wat verwacht wordt. Vermits in de regelgeving niet alle interpretatiemogelijkheden kunnen gevat worden, werden met de sector interpretaties afgestemd. Deze geven de beoordelingsmarge aan. Op basis van monitoring en praktijkervaring worden de richtlijnen geëvalueerd en bijgestuurd. Aansluitend daarbij zal ook deze tekst worden aangepast.

Bronnen:

Zie [netoverstijgend afgetoetste ISC-richtlijnen M-decreet en ondersteuningsmodel 2018](#) voor een overzicht van decretale teksten, besluiten van de Vlaamse regering en omzendbrieven die als bron dienden voor de opmaak van deze tekst.

Overige bronnen

- *American Psychiatric Association, Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*, Boom, Amsterdam, 2014
- Agentschap Jongerenwelzijn, Hoofdstuk 2 Aanmelden bij de intersectorale toegangspoort. In *Werkingsprocessen van de intersectorale toegangspoort*. <https://jongerenwelzijn.be/professionelen/assets/docs/jeugd hulpaanbieders/itp/H2-aanmelden.pdf> geraadpleegd maart 2018.

Handelingsgericht diagnostisch traject voorafgaand aan opmaak (gemotiveerd) verslag

Het CLB is verantwoordelijk voor het uitschrijven van het (gemotiveerd) verslag voor de types basisaanbod, 2, 3, 4, 6, 7 en 9. Bepalen of een leerling al dan niet tot de doelgroep van een bepaald type behoort, is evenwel niet het startpunt om te bepalen of er sprake kan zijn van een (gemotiveerd) verslag. Het opstellen van een (gemotiveerd) verslag is te situeren op het einde van een handelingsgericht diagnostisch traject, als onderdeel van de fase van uitbreiding van zorg.

In een HGD-traject wordt een overzichtelijk beeld geschetst van de onderwijsbehoeften van de leerling en de ondersteuningsbehoeften van de ouders en het schoolteam. Het multidisciplinaire CLB-team brengt – via eigen onderzoek – deze behoeften in kaart en neemt daarnaast een coördinerende rol op bij het verzamelen van eventuele externe (mono- of multidisciplinaire) diagnostische verslaggeving. Alle relevante informatie over het functioneren van een leerling wordt in overleg met de verschillende betrokkenen samengebracht in een integratief beeld. Dit is de basis om doelen en onderwijs-, opvoedings- en ondersteuningsbehoeften te formuleren. Als daaruit blijkt dat er nood is aan ondersteuning door een ondersteuningsnetwerk of binnen het buitengewoon onderwijs worden de criteria van de verschillende types bekeken. Het CLB gaat na of er aan de decretaal bepaalde criteria voor een type voldaan is. Alleen leerlingen die daar aan voldoen, kunnen een (gemotiveerd) verslag krijgen voor dat type.

De beslissing om een (gemotiveerd) verslag op te maken wordt steeds genomen door een multidisciplinair CLB team in overleg met ouders en leerling. Binnen handelingsgericht werken en handelingsgerichte diagnostiek is de samenwerking met de ouders en de leerling van groot belang. School, ouders en CLB werken vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid constructief samen. De zorg voor kinderen en jongeren ligt immers in elkaars verlengde. Ook het CLB zal in het diagnostisch traject de ouders en de leerling maximaal betrekken.

Blijkt binnen dit traject dat ouders nog niet toe zijn aan het afstappen van een gemeenschappelijk curriculum binnen het gewoon onderwijs of de overstap naar het buitengewoon onderwijs, dan zal het CLB geen verslag opmaken. Het CLB zal dan verder inzetten op de begeleiding van ouders en leerling met als doel te zoeken hoe de leerling binnen de school verder kan ondersteund worden. In zeer uitzonderlijke gevallen, met name wanneer de ontwikkelingskansen van leerlingen ernstig bedreigd worden, kan – in het belang van de leerling – het CLB toch een verslag opmaken dat niet door ouders gewenst is.

Als ouders geen ondersteuning van het ondersteuningsnetwerk wensen, dan voorziet het Besluit van de Vlaamse regering rond de verslaggeving, dat het CLB toch een gemotiveerd verslag opmaakt zodat de school de ondersteuning krijgt voor het schoolteam. De leerling zelf wordt dan niet ondersteund.

In het (gemotiveerd) verslag staat een synthese van de relevante informatie uit het gelopen HGD-traject en voor welk type het van toepassing is.

- In een verslag wordt aangetoond dat het zorgcontinuüm doorlopen is en wordt gemotiveerd dat aanpassingen die nodig zijn om de leerling binnen het gemeenschappelijk curriculum te blijven meenemen, ofwel disproportioneel, ofwel onvoldoende zijn.

- In een gemotiveerd verslag wordt gemotiveerd dat de ondersteuning door een ondersteuningsnetwerk of school buitengewoon onderwijs, in combinatie met compenserende of dispenserende maatregelen, nodig en voldoende wordt geacht om de leerling het gemeenschappelijk curriculum te laten volgen.

Type basisaanbod

Voor kinderen/jongeren¹ voor wie de onderwijsbehoeften dermate zijn en voor wie aantoonbaar blijkt dat de aanpassingen, waaronder remediërende, differentiërende, compenserende of dispenserende maatregelen ofwel disproportioneel, ofwel onvoldoende zijn om de leerling binnen het gemeenschappelijk curriculum te kunnen blijven meenemen in een school voor gewoon onderwijs.

Toelichting

Type basisaanbod is geen alternatief voor die leerlingen die niet (op tijd) aan een categoriale classificatie geraken die hen toegang geeft tot andere types. Indien overduidelijk is dat het om leerlingen gaat die nood hebben aan een aanpak type 3, 4, 6, 7 of 9 dan raden we ten zeerste aan om verder in te zetten op het traject om de externe diagnostiek te bekomen zelfs als dat betekent dat de leerling een jaar of twee jaar langer in het gewoon onderwijs moet blijven. Voor deze leerlingen een verwijzing doen naar type basisaanbod komt noch de leerling, noch de ouders, noch het schoolteam type basisaanbod ten goede.

¹ Decreet Basisonderwijs: kinderen. Codex Secundair Onderwijs: jongeren.

Type 2: Kinderen/jongeren met een verstandelijke beperking

Kinderen/jongeren² met een verstandelijke beperking voldoen aan alle onderstaande criteria:

- a) ze hebben significante beperkingen in het intellectueel functioneren, wat op basis van een psychodiagnostisch onderzoek tot uiting komt in een totaal intelligentiequotiënt op een gestandaardiseerde en genormeerde intelligentietest kleiner of gelijk aan 60, rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval;
- b) ze hebben significante beperkingen in het sociale aanpassingsgedrag, wat op basis van psychodiagnostisch onderzoek tot uiting komt in een uitslag op een gestandaardiseerde en genormeerde schaal voor sociaal aanpassingsgedrag, die minstens drie standaarddeviaties beneden het gemiddelde ligt ten opzichte van een normgroep van leeftijdgenoten, rekening houdend met het betrouwbaarheidsinterval;
- c) de functioneringsproblemen zijn ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar;
- d) het besluit “verstandelijke beperking” wordt genomen na een periode van procesdiagnostiek.

Toelichting

Toelichting bij de criteria type 2 is te vinden in de [Nota ISC-wg Operationalisering criteria M-decreet type 2 \(versie 3\)](#). Alhoewel leerlingen die voldoen aan de criteria voor type 2 in de regelgeving worden benoemd als leerlingen met een verstandelijke beperking, vallen de criteria type 2 niet samen de diagnose ‘verstandelijke beperking’, noch met een bepaalde ernst (licht, matig, ernstig, diep) van verstandelijke beperking. Om tot een correcte categoriale classificatie te komen, verwijzen we naar het [Protocol Verstandelijke beperking](#) van Prodia en naar het [Classificerend Diagnostisch Protocol Verstandelijke beperking](#) van het Kwaliteitscentrum Diagnostiek.

² Decreet Basisonderwijs: kinderen. Codex Secundair Onderwijs: jongeren.

Type 3 : Kinderen/jongeren met een emotionele gedragsstoornis die geen verstandelijke beperking hebben zoals bepaald in 2^{o3}

Kinderen/jongeren⁴ met een emotionele of gedragsstoornis die geen verstandelijke beperking hebben zoals bepaald in 2^{o5} zijn kinderen/jongeren bij wie op basis van gespecialiseerde, door een multidisciplinair team aangeleverde diagnostiek, met inbegrip van psychiatrisch onderzoek, een van de volgende problematieken wordt vastgesteld:

- a) een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit;
- b) een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis;
- c) de gedragsstoornis in enge zin, 'conduct disorder';
- d) een angststoornis;
- e) een stemmingsstoornis;
- f) een hechtingsstoornis;

Toelichting

Verstandelijke beperking zoals bepaald in 2^o

Leerlingen met een verstandelijke beperking die voldoen aan de criteria voor type 2 kunnen geen verslag type 3 krijgen. Voor diagnostiek van verstandelijke beperking verwijzen we naar [Prodia Protocol Verstandelijke beperking](#). Toelichting bij de criteria type 2 is te vinden in de [Nota ISC-wg Operationalisering criteria M-decreet type 2 \(versie 3\)](#).

Door een multidisciplinair team aangeleverde diagnostiek, met inbegrip van psychiatrisch onderzoek

Voor type 3 moet er een multidisciplinair onderzoek zijn met inbegrip van psychiatrisch onderzoek. Het M-decreet stelt niet dat dit door een team moet gebeuren dat extern is aan CLB. Een multidisciplinair onderzoek door CLB in combinatie met psychiatrisch onderzoek volstaat mits er overleg is geweest tussen CLB en psychiater in functie van een multidisciplinaire besluitvorming. Voor de classificerende diagnostiek in kader van type 3 worden diagnoses gesteld door een multidisciplinair team binnen een COS of een CAR als voldoende beschouwd (ook zonder kinderpsychiater).

Er is sprake van multidisciplinaire besluitvorming voor leerlingen die reeds beschikken over een kwaliteitsvolle monodisciplinaire diagnose wanneer de monodisciplinaire diagnose (op basis van psychiatrisch onderzoek) aangevuld kan worden met voldoende kwaliteitsvolle multidisciplinaire informatie vanuit het CLB-dossier en de begeleiding van de leerling en contacten met zijn ouders en het schoolteam en wanneer er heel duidelijke onderwijsbehoeften zijn die de inzet van expertise van type 3 vereisen. Het multidisciplinair CLB-team verrijkt de monodisciplinaire diagnose en op basis van alle informatie wordt multidisciplinair geoordeeld of een verslag kan opgemaakt worden.

³ Dit zijn de criteria type 2.

⁴ Decreet Basisonderwijs: kinderen. Codex Secundair Onderwijs: jongeren.

⁵ Dit zijn de criteria type 2.

Het M-decreet formuleert een aantal 'diagnoses' die toegang geven tot type 3. In de praktijk worden soms ook diagnoses gehanteerd, die niet volledig overeenstemmen met de terminologie vermeld in M-decreet. In deze situaties is overleg met de betrokken psychiater aangewezen om na te gaan onder welk subtype de betrokken leerling valt. In het verslag wordt heel duidelijk gemotiveerd op basis van de onderwijs- en opvoedingsbehoeften waarom type 3 meest aangewezen is. De motivering tot welke 'subcategorie' een leerling behoort, wordt in het verslag opgenomen onder de rubriek 'Eventuele categoriale classificatie(s)'. Indien een leerling tot 2 of meer 'subcategorieën' behoort, kan dit hier ook worden aangegeven.

Voor toelichting bij de problematieken ADHD, gedragsstoornissen (ODD en CD), angststoornis en depressieve stoornissen, verwijzen we naar het [Protocol Gedrag & Emotie](#) van Prodia.

Vergelijking problematieken uit type 3 met DSM-IV en DSM-5

Het vaststellen van een emotionele of gedragsstoornis is te situeren binnen een handelingsgericht diagnostisch traject dat Centra voor leerlingenbegeleiding lopen samen met een leerling, zijn ouders of opvoedingsverantwoordelijken, het schoolteam en netwerkpartners. De diagnose van één van problematieken die opgelijst staat onder type 3 is op zich niet voldoende voor het opmaken van een verslag. De onderwijs- en opvoedingsbehoeften moeten van die aard zijn dat de inzet van de expertise van type 3 vereist is.

In de onderstaande tabel wordt voor de verschillende problematieken uit de regelgeving aangegeven wat de meest voor de hand liggende overeenkomstige classificaties zijn in DSM-IV en DSM-5. Met de keuze voor DSM, sluiten we aan bij het Prodia [Protocol Gedrag en Emotie](#).

Deze oplijsting heeft niet de intentie volledig te zijn. Bij twijfel of onduidelijkheid, wordt in overleg met de betrokken psychiater uitgeklaard onder welk subtype van type 3 of eventueel type 9 de betrokken leerling valt. Daarbij denken we bijvoorbeeld aan leerling die voldoen aan verschillende classificaties of waarbij de psychiater een ander classificatiesysteem hanteert, zoals de ICD. Dit geldt ook voor leerlingen die door de intersectorale toegangspoort (ITP) erkend zijn als een persoon met een handicap (gedrags- en emotionele stoornis of GES).

Overigens wijkt de door het ITP gehanteerde lijst van mogelijke stoornissen enigszins af van de problematieken vermeld onder type 3⁶. Hierdoor kan er bij een erkenning van GES niet van worden uitgegaan dat de leerling voldoet aan de criteria binnen type 3. We veronderstellen evenwel dat voor leerlingen met een erkenning GES+ (ernstige gedrags- en emotionele stoornis) type 3 wel steeds te motiveren is. Om van een GES+ te spreken is er immers naast een GES-erkenning nood aan bijkomende elementen die de draaglast ernstig

⁶ Voor toelichting bij Ges+ en handvatten voor het indiceren verwijzen we naar Agentschap Jongerenwelzijn, Hoofdstuk 2 Aanmelden bij de intersectorale toegangspoort. In *Werkingsprocessen van de intersectorale toegangspoort*. <https://jongerenwelzijn.be/professionelen/assets/docs/jeugd hulpaanbieders/itp/H2-aanmelden.pdf> en VAPH, Infowijzer module: handicap en indicering, juli 2015, laatst gewijzigd 28 februari 2017 <http://infowijzer.vaph.be/inhoudelijke-module/objectivering-handicap/diagnostiek/gedrags--en-emotionele-stoornis> Problematieken die binnen VAPH gelden als gedrags- emotionele stoornis (GES), maar niet worden genoemd als subtypes van type 3 zijn: ticstoornissen, stoornissen met de ontlasting en psychotische stoornissen.

verhogen, waardoor deze de draagkracht van gewone jeugdhulpvoorzieningen te boven gaat. Het gaat om én gevaar voor de fysieke integriteit of gezondheid van de jongere of anderen én in hoge mate verstoren van het leefpatroon in een gezin of leefgroep en niet adequaat kunnen functioneren in een structuurgroep. Bijkomend duiden volgende zaken op extreme gedragsproblemen: veelvuldig vernielen van goederen van zichzelf of van anderen. Ook hier geldt dat de psychiater aangeeft onder welk subtype 3 de leerling valt. De omschrijving van GES+ lijkt het meest aan te leunen bij 3b) Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en 3c) Gedragsstoornis in enge zin.

Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit	
DSM-IV	Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit <ul style="list-style-type: none"> - gecombineerde type - overwegend onoplettend type - overwegend hyperactief-impulsief type - Niet Anderszins Omschreven (NAO)
DSM-5 (Ned)	Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis <ul style="list-style-type: none"> - Gecombineerd beeld - Overwegend onoplettend beeld - Overwegend hyperactief-impulsief beeld Andere gespecificeerde aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis Ongespecificeerde aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis
Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis	
DSM-IV	Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis
DSM-5 (Ned)	Oppositionele-opstandige stoornis
Gedragsstoornis in enge zin, 'conduct disorder'	
DSM-IV	Gedragsstoornis Gedragsstoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO)
DSM-5 (Ned)	Normoverschrijdend-gedragsstoornis Andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis Ongespecificeerde disruptieve, impulsbeheersing- of andere gedragsstoornis
Angststoornis	
DSM-IV	Separatieangststoornis Selectief mutisme Paniekstoornis zonder agorafobie Paniekstoornis met agorafobie Agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis Specifieke fobie Sociale fobie Obsessieve-compulsieve stoornis Posttraumatische stress-stoornis (PTSS)

	<p>Acute stress-stoornis Gegeneraliseerde angststoornis Angststoornis door ... (Vermeld de somatische aandoening) Angststoornis door een middel Angststoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO)</p>
DSM-5 (Ned)	<p>Separatieangststoornis Selectief mutisme Specifieke fobie Sociale-angststoornis (sociale fobie) Paniekstoornis Agorafobie Gegeneraliseerde angststoornis Angststoornis door een somatische aandoening Andere gespecificeerde angststoornis Ongespecificeerde angststoornis</p>
Stemmingsstoornis	
DSM-IV	<p>Depressieve stoornis Dysthyme stoornis Bipolaire I Stoornis Bipolaire II stoornis (Recidiverende depressieve episodes met hypomane episodes) Cyclothyme stoornis Bipolaire stoornis, Niet Anderszins Omschreven (NAO) Stemmingsstoornis door ... (vermeld de somatische aandoening) Stemmingsstoornis door een middel Stemmingsstoornis, Niet Anderszins Omschreven (NAO)</p>
DSM-5 (Ned)	<p>Bipolaire-I-stoornis Bipolaire-II-stoornis Cyclothyme stoornis Bipolair en gerelateerde stoornis door een somatische aandoening Andere gespecificeerde bipolaire-stemmingsstoornis Ongespecificeerde bipolaire-stemmingsstoornis Disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis, Depressieve stemmingsstoornis Persisterende depressieve stoornis (dysthymie) Premenstruele stemmingsstoornis Depressieve stoornis door een somatische aandoening Andere gespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis Ongespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis</p>
Hechtingsstoornis	
DSM-IV	<p>Reactieve hechtingsstoornis op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd</p> <ul style="list-style-type: none"> - geremde type - ontremde type
DSM-5 (Ned)	<p>Reactieve hechtingsstoornis Ontremd-sociaalcontactstoornis</p>

Type 4: Kinderen/jongeren met een motorische beperking

Kinderen/jongeren⁷ met een motorische beperking zijn kinderen/jongeren bij wie op basis van specifieke medische diagnostiek, een uitval wordt vastgesteld in de neuromusculoskeletale en bewegingsgerelateerde functies, meer bepaald:

- a) de functies van gewrichten en beenderen;
- b) de spierfuncties, meer bepaald de spierkracht⁸, de tonus⁹ en het uithoudingsvermogen, met gedeeltelijke of volledige uitval van:
 - 1) een van de of beide bovenste of onderste ledematen;
 - 2) de linkerzijde, de rechterzijde of beide zijden;
 - 3) de romp;
 - 4) overige;
- c) de bewegingsfuncties;
- d) een door medische diagnostiek geobjectiveerde problematiek met weerslag op het bewegingsgerelateerd functioneren die niet terug te brengen is tot criterium a) tot en met c) maar met een duidelijke impact op de schoolse activiteiten.

Toelichting

Specifieke medische diagnostiek

Specifieke medische diagnostiek houdt in dat een geneesheer-specialist betrokken is in het handelingsgericht diagnostisch traject. De betrokkenheid van bijvoorbeeld een kinesist is op zich onvoldoende. Een CLB-arts kan op basis van het dossier en eventueel eigen (neurologisch) onderzoek motiveren dat bijkomende externe medische diagnostiek niet nodig en/of wenselijk is om te beslissen over de opmaak van een (gemotiveerd) verslag. Het is dan de CLB-arts die vaststelt of type 4 voor deze leerling van toepassing is.

Medische risicofactoren en/of mogelijke signalen van een neurologische of musculaire problematiek of twijfel daarover bij de CLB-arts, zijn allicht aanwijzingen dat het zinvol is om gericht door te verwijzen voor externe medische diagnostiek. Welke de meest aangewezen geneesheer-specialist is, kan per casus variëren en hangt af van de gegevens die nodig zijn om beter zicht te krijgen op het functioneren en de onderwijsbehoeften van de leerling.

Voor materialen die de handelingsgerichte diagnostiek door het CLB-team kunnen ondersteunen, verwijzen we naar [Prodia Protocol Motoriek](#) (Uitbreiding van zorg/Hoe onderzoeken en Hulpmiddelen en bijlagen).

Neuromusculoskeletale en bewegingsgerelateerde functies

In ICF-CY worden functies gerelateerd aan beweging en mobiliteit, inclusief reflexen en functies van gewrichten, botten en spieren, geclassificeerd als 'Functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies'.

⁷ Decreet Basisonderwijs: kinderen. Codex Secundair Onderwijs: jongeren.

⁸ De kracht ontwikkeld door de contractie van een spier of van spiergroepen. (ICF-CY: spiersterkte)

⁹ De spanning aanwezig in niet-actieve spieren en de weerstand die spieren bieden wanneer zij passief worden gerekt (ICF-CY: spiertonus)

Zie <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-CY-nl.cla>

FUNCTIES VAN GEWRICHTEN EN BOTTEN

- Mobiliteit van gewrichten
- Stabiliteit van gewrichten
- Mobiliteit van botten
- Functies van gewrichten en botten, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

SPIERFUNCTIES

- Spiersterkte
- Spiertonus
- Spieruithoudingsvermogen
- Spierfuncties, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

BEWEGINGSFUNCTIES

- Motorische reflexfuncties
- Onwillekeurige bewegingsreacties
- Controle van willekeurige bewegingen
- Spontane bewegingen
- Onwillekeurige bewegingen
- Gangpatroon
- Gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties
- Bewegingsfuncties, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

Functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies, anders gespecificeerd

Functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies, niet gespecificeerd

Een door medische diagnostiek geobjectiveerde problematiek met weerslag op het bewegingsgerelateerd functioneren

De omschrijving bij type 4 d) is bij uitstek iets om in een multidisciplinair CLB-team af te toetsen met ICF-CY, als kader om het functioneren van een leerling in kaart te brengen. Daarbij wordt nagegaan wat de impact is van een uitval op bewegingsgerelateerde functies (zie eerder) op het handelen/de activiteiten en participatie van een leerling op school en in de klas.

Deze impact kan vooral zichtbaar zijn op het domein 'Mobiliteit'

- Mobiliteit: o.a. veranderen en handhaven van lichaamshouding, dragen, verplaatsen en manipuleren van iets of iemand, lopen en zich verplaatsen, zich verplaatsen per vervoermiddel

Doorgaans is er ook impact op andere domeinen, zoals

- Zelfverzorging: o.a. zorgdragen voor toiletgang, zich kleden, eten, drinken, zorgdragen voor eigen gezondheid, zorgdragen voor eigen veiligheid
- Leren en toepassen van kennis: o.a. doelbewust gebruik van zintuigen, basaal leren, toepassen van kennis
- Algemene taken en eisen: o.a. ondernemen van een enkelvoudige taak, ondernemen van meervoudige taken, dagelijkse routinehandelingen, omgaan met stress, omgaan met eigen gedrag
- Communicatie: o.a. zich uiten, conversatie en gebruik van communicatieapparatuur en -technieken
- Tussenmenselijke interacties en relaties
- Belangrijke levensgebieden: o.a. opleiding, deelname aan spelen

- Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven: o.a. recreatie en vrije tijd

Er is geen algemene cut-off te bepalen voor de mate van uitval of ernst van een problematiek om te voldoen aan omschrijving bij type 4 d). De inschatting van de onderwijsbehoeften op basis van de beoordeling van het functioneren van deze specifieke leerling in interactie met zijn context is steeds doorslaggevend.

Evenmin is het mogelijk om een lijst op te stellen van mogelijke categoriale classificaties die gelden als 'geobjectiveerde problematiek'. Zo kan voor de ene leerling bij wie DCD¹⁰, stereotiepe bewegingsstoornis of een ticstoornis is vastgesteld a.d.h.v. de DSM-5, voldaan zijn aan criterium d)¹¹ terwijl dat voor een andere leerling met hetzelfde label niet het geval is. Zoals hierboven is aangegeven, biedt een dimensionele classificatie op basis van ICF daarvoor houvast voor het CLB-team. Een medische 'verklaring' of gespecificeerde categoriale classificatie is geen vereiste.

Vanuit Prodia staat in het [Algemeen Diagnostisch Protocol](#) in combinatie met het [Specifiek Diagnostisch Protocol Motoriek](#) het handelingsgericht diagnostisch traject voor motorische problemen uitgeschreven. Voor een toelichting bij de categoriale classificatie van de Coördinatieontwikkelingsstoornis verwijzen we ook naar de [Aanvulling Protocol Motoriek Developmental Coordination Disorder \(DCD\) in DSM-5](#).

¹⁰ Classificatie op basis van DSM-5 komt in ICD-10 overeen met 'Specifieke ontwikkelingsstoornis van motorische functies'?

¹¹ Een door medische diagnostiek geobjectiveerde problematiek met weerslag op het bewegingsgerelateerd functioneren die niet terug te brengen is tot criterium a) tot en met c) maar met een duidelijke impact op de schoolse activiteiten.

Type 6 : Kinderen en jongeren met een visuele beperking

Kinderen/jongeren¹² met een visuele beperking zijn kinderen/jongeren bij wie op basis van specifieke oogheelkundige diagnostiek, een gezichtsstoornis werd vastgesteld die beantwoordt aan minstens een van de volgende criteria:

- a) Een optimaal gecorrigeerde gezichtsscherpte die kleiner dan of gelijk is aan 3/10 voor het beste oog;
- b) Een of meer gezichtsvelddefecten die meer dan 50% van de centrale zone van 30° beslaan of die het gezichtsveld concentrisch tot minder dan 20° verkleinen;
- c) Een volledige altitudinale hemianopsie, een oftalmoplegie, een oculomotorische apraxie of een oscillopsie.
- d) Een ernstige gezichtsstoornis die uit een geobjectiveerde cerebrale pathologie voortvloeit, zoals cerebrale visuele inperking;
- e) Een door een oogarts geobjectiveerde visuele problematiek die niet tot criterium a) tot en met d) terug te brengen is, maar met een duidelijke impact op de schoolse activiteiten;

Onder altitudinale hemianopsie wordt verstaan: halfzijdige blindheid of blindheid in de helft van het gezichtsveld met verschillende varianten die door hersenbeschadiging veroorzaakt is.

Onder oculomotorische apraxie wordt verstaan: het niet kunnen fixeren van de ogen op één voorwerp en het niet kunnen volgen van bewegende voorwerpen.

Onder oftalmoplegie wordt verstaan: verlamming van de oogspieren.

Onder oscillopsie wordt verstaan: subjectieve instabiliteit van het gezichtsveld of het symptoom waarbij het beeld dat iemand van de omgeving heeft, beweegt zodra het hoofd wordt bewogen.

Toelichting

Voor type 6 blijft de oogarts, net zoals in het verleden, betrokken bij de diagnostiek.

Cerebrale visuele inperking¹³

CVI¹⁴ is een gestoorde kijkattitude of visuele beeldverwerking die niet volledig kan verklaard worden door de resultaten van het oftalmologisch onderzoek en waarbij in de voorgeschiedenis van het kind één of andere schade kan worden teruggevonden. Kinderen met CVI hebben problemen met de visuele waarneming, de ruimtelijke oriëntatie en de visuomotoriek. Een groot deel van de kinderen met CVI hebben naast visuele moeilijkheden ook neuromotorische problemen.

Kenmerken van CVI¹⁵:

¹² Decreet Basisonderwijs: kinderen. Codex Secundair Onderwijs: jongeren.

¹³ Zie voor verder informatie: Spermalie: medewerkers van basisschool en begeleidingscentrum, Ik zie het anders! Cerebrale Visuele Inperking – CVI, Beernem, 2012.

¹⁴ Definitie CVI geformuleerd door de in 2006 opgerichte Vlaamse werkgroep CVI.

¹⁵ Hellin P. en Dewitte G., Visuele ontwikkelingsproblemen bij kinderen, studiedag SIG, 2011 en Vanbussel J., Ontwikkeling is een continuüm. Alarmsignalen in de (motorische) ontwikkeling, studiedag COS Leuven, 2008.

1. Problemen bij het opnemen van visuele informatie (input):
 - minder goed kijken, minder opmerkzaam zijn, visueel spontaan minder nieuwsgierig zijn;
 - kijken én luisteren tegelijk is moeizaam;
 - visueel gezichtsveld is zwak, is ingeperkt;
 - problemen bij 'kijken naar' iets, fixaties zijn kort;
 - trage gaze-shift;
 - kijken is vermoeiend, wisselvallig.
2. Moeilijkheden met het ordenen en herkennen van visuele informatie (throughput):
 - figuur-achtergrond en crowding (zie CLB-visustesten Kay en LogMAR);
 - opvallende moeilijkheden bij het interpreteren van ingewikkelde afbeeldingen zoals situatieprenten met veel details of met veel achtergrond;
 - moeilijk herkennen van voorwerpen, drukke (situatie)prenten, zwart-witfiguren, contouren, ...
 - moeilijk overzicht hebben, inzicht in een bladopmaak, de weg vinden;
 - soms moeilijk herkennen van gezichten, van een gelaatsuitdrukking, ...
3. Moeilijkheden met het ruimtelijk inzicht en de uitvoering (output):
 - geen overzicht van de ruimte;
 - uit veelheid van visuele elementen niet goed selecteren;
 - niet soepel kunnen focussen en overgaan van ene visuele prikkel naar andere;
 - ruimtelijke begrippen worden moeilijk overgebracht in het denken en het handelen;
 - moeilijke afstemming van kijken en doen (zie visuomotoriek);
 - ruimtelijke aspecten in tekening aanbrengen verloopt trager;
 - visueel-ruimtelijke constructie bij tekenen en bouwen is moeilijk.

Type 7 : Kinderen/jongeren met een auditieve beperking

Kinderen/jongeren¹⁶ met een auditieve beperking zijn kinderen/jongeren die, op basis van audiologisch onderzoek door een neus-, keel- en oorarts, beantwoorden aan een van de onderstaande criteria:

- a) Volgens de Fletcher-index een gemiddeld gehoorverlies hebben voor de frequenties 500, 1000 en 2000 Hz van 40 dB of meer voor het beste oor zonder correctie;
- b) Als de Fletcher-index minder dan 40 dB bedraagt: een foneemscore van 80% of minder hebben bij de spraakaudiometrie met woorden met een medeklinker-klinker-medeklinker-samenstelling bij 70 dB geluidssterkte;
- c) Een door een neus-, keel-, en oorarts geobjectiveerde auditieve problematiek hebben die niet terug te brengen is tot criterium a) of b), maar met een duidelijke impact op schoolse activiteiten.

Toelichting

Voor type 7 – auditief blijft de NKO-arts, net zoals in het verleden, betrokken bij de diagnostiek.

Type 7 : Kinderen/jongeren met een spraak- of taalstoornis

Kinderen met een spraak- of taalstoornis zijn kinderen zonder een verstandelijke beperking, zoals bepaald in 2^o¹⁷, waarvoor, op basis van een multidisciplinair onderzoek door een erkend gespecialiseerd team met minstens een logopedist, audioloog en neus-, keel- en oorarts, een van de volgende problematieken wordt vastgesteld:

- a) Voor leerlingen jonger dan 6 jaar:
 - 1) Kinderafasie met een terugval in de taalontwikkeling of;
 - 2) Een vermoeden van ontwikkelingsdysfasie, gebaseerd op een vaststelling van een zeer moeizame spraak- en taalontwikkeling en met een duidelijke impact op schoolse activiteiten;
- b) Voor leerlingen vanaf 6 jaar: diagnose ontwikkelingsdysfasie of kinderafasie.

Jongeren met een spraak- of taalstoornis zijn kinderen zonder een verstandelijke beperking, zoals bepaald in 2^o¹⁸, waarvoor, op basis van een multidisciplinair onderzoek door een erkend gespecialiseerd team met minstens een logopedist, audioloog en neus-, keel- en oorarts, een diagnose ontwikkelingsdysfasie of kinderafasie wordt vastgesteld.

Toelichting

Voor een toelichting bij de categoriale classificatie van Ontwikkelingsdysfasie en Kinderafasie verwijzen we naar de [Aanvulling Protocol Spraak & Taal: Criteria Ontwikkelingsdysfasie \(OD\) en Kinderafasie](#). Voor type 7 spraak-taal worden in het M-decreet niet enkel de problematieken opgelijst, maar wordt uitdrukkelijk aangegeven door wie die moeten worden vastgesteld. Het decreet bepaalt immers dat de categoriale classificatie door een CLB-extern multidisciplinair samengesteld team dient te gebeuren.

¹⁶ Decreet Basisonderwijs: kinderen. Codex Secundair Onderwijs: jongeren.

¹⁷ Dit zijn de criteria Type 2.

¹⁸ Dit zijn de criteria Type 2.

Daarbij legt het M-decreet de betrokkenheid op van een aantal disciplines: een logopedist, een audioloog en een NKO-arts.

Diensten die al deze disciplines 'in huis' hebben zijn niet dik gezaaid. In de praktijk zorgt dit voor problemen: geen aanbod in de regio en/of zeer lange wachttijsten. Daarom worden een aantal afspraken gemaakt ter verduidelijking:

- Een COS en een CAR worden steeds beschouwd als een 'erkend gespecialiseerd team', ook al is er geen NKO-arts en/of audioloog verbonden aan de dienst. Bij diagnose (vermoeden van) ontwikkelingsdysfasie of kinderafasie door een COS of een CAR, is geen bijkomend onderzoek door NKO of audioloog nodig. Het CLB-team brengt de onderwijsbehoeften multidisciplinair in kaart. Deze behoeften zullen de doorslag geven om al dan niet tot een gemotiveerd verslag of verslag te komen.
- Een diagnose (vermoeden van) ontwikkelingsdysfasie of kinderafasie die door andere multidisciplinaire teams is gesteld, kan enkel aanvaard worden als de vereiste disciplines betrokken waren.

Het 'apart verzamelen' van informatie bij logo, audioloog en NKO-arts is niet voldoende om tot een kwaliteitsvolle diagnostiek van ontwikkelingsdysfasie te komen. Het is voor deze doelgroep aangewezen om steeds door te verwijzen voor multidisciplinair onderzoek, ook wanneer onafhankelijke actoren een diagnose stellen of elementen die kunnen leiden tot een diagnose aanleveren. Indien echter de onderwijsbehoeften van de leerling van die aard zijn dat een kwaliteitsvol multidisciplinaire diagnostiek niet tijdig kan afgerond worden, kan het CLB – uitzonderlijk – beslissen om af te wijken van de criteria zoals ze bepaald zijn in het M-decreet. Het gaat CLB brengt dan minstens twee andere actoren (logo, audioloog, NKO, neuropsycholoog, ...) met elkaar in contact om de aangeleverde elementen af te stemmen in functie van de diagnosestelling. In dit geval is uitsluiten van een gehoorstoornis essentieel. Een recent kwaliteitsvol audiogram (niet ouder dan één jaar) door een NKO-arts of audioloog is vereist.

- Goedgekeurde tegemoetkoming voor logopedische behandeling van dysfasie (volgens de nomenclatuur van het Riziv¹⁹) volstaat *op voorwaarde* dat er bijkomende evidentie is voor hardnekkigheid, geconcretiseerd in minimaal 6 maand therapie of begeleiding rond taalontwikkeling.

Een verslag voor kinderen jonger dan 6 jaar is mogelijk op basis van een 'vermoeden van ontwikkelingsdysfasie'. Het idee hierachter is dat de kinderen al ondersteuning kunnen krijgen terwijl er een traject loopt dat toelaat de problematiek verder uit te klaren. Aangezien dit gaat om kinderen bij wie de categoriale classificatie (nog) niet kan worden gesteld, komt extra gewicht te liggen op de inschatting van de onderwijsbehoeften en de motivering van de nood aan ondersteuning vanuit type 7 of aan een onderwijssetting type 7. Het gaat om kinderen met zeer beperkte communicatieve redzaamheid, die zich manifesteert in een beperkt vermogen om wederkerig te communiceren waardoor de spraak- en/of taalontwikkelingsproblemen een duidelijke impact hebben op het functioneren van het kind.

Bij de opmaak van het verslag geeft het verwijzend CLB-team aan dat dit 'vermoeden van ontwikkelingsdysfasie' geëvalueerd dient te worden binnen een redelijke termijn. Indien mogelijk worden daar afspraken rond gemaakt. Zowel de ondersteunende school voor

¹⁹ <http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/api2.pl?lg=nl&pd=2008-02-28&numac=2008022086> (zoeken op dysfasie)

buitengewoon onderwijs als het begeleidende CLB volgen deze evaluatie/afspraken actief op. Zonder in rigiditeiten te vervallen, lijkt het zinvol om het vermoeden te evalueren bij de overstap van kleuter naar lager onderwijs of na 2 jaar.

Leerlingen met een verstandelijke beperking die voldoen aan de criteria voor type 2 kunnen geen (gemotiveerd) verslag type 7- spraak-taal krijgen. Voor diagnostiek van verstandelijke beperking verwijzen we naar [Prodia Protocol Verstandelijke beperking](#). Toelichting bij de criteria type 2 is te vinden in de [Nota ISC-wg Operationalisering criteria M-decreet type 2 \(versie 3\)](#).

Vanuit Prodia staat in het [Algemeen Diagnostisch Protocol](#) in combinatie met het [Specifiek Diagnostisch Protocol Spraak & Taal](#) het handelingsgericht diagnostisch traject voor spraak- en taalproblemen uitgeschreven.

Type 9 : Kinderen/jongeren met een autismespectrumstoornis en die geen verstandelijke beperking hebben zoals bepaald in 2°20

Kinderen/jongeren²¹ met een autismespectrumstoornis zijn kinderen/jongeren bij wie op basis van gespecialiseerde, door een multidisciplinair team aangeleverde diagnostiek, met inbegrip van psychiatrisch onderzoek, een van de volgende problematieken wordt vastgesteld:

- a) de autistische stoornis;
- b) een pervasieve ontwikkelingsstoornis niet-anders-omschreven.

Toelichting

Verstandelijke beperking hebben zoals bepaald in 2°

Leerlingen met een verstandelijke beperking die voldoen aan de criteria voor type 2 kunnen geen (gemotiveerd) verslag type 9 krijgen. Voor diagnostiek van verstandelijke beperking verwijzen we naar [Prodia Protocol Verstandelijke beperking](#). Toelichting bij de criteria type 2 is te vinden in de [Nota ISC-wg Operationalisering criteria M-decreet type 2 \(versie 3\)](#).

Door een multidisciplinair team aangeleverde diagnostiek, met inbegrip van psychiatrisch onderzoek

Voor type 9 moet er een multidisciplinair onderzoek zijn met inbegrip van psychiatrisch onderzoek. Het M-decreet stelt niet dat dit door een team moet gebeuren dat extern is aan CLB. Een multidisciplinair onderzoek door CLB in combinatie met psychiatrisch onderzoek volstaat mits er overleg is geweest tussen CLB en psychiater in functie van een multidisciplinaire besluitvorming. Voor de classificerende diagnostiek in kader van type 9 worden diagnoses gesteld door een multidisciplinair team binnen een COS of een CAR als voldoende beschouwd (ook zonder kinderpsychiater).

Er is sprake van multidisciplinaire besluitvorming voor leerlingen die reeds beschikken over een kwaliteitsvolle monodisciplinaire diagnose wanneer de monodisciplinaire diagnose (op basis van psychiatrisch onderzoek) aangevuld kan worden met voldoende kwaliteitsvolle multidisciplinaire informatie vanuit het CLB-dossier en de begeleiding van de leerling en contacten met zijn ouders en het schoolteam en wanneer er heel duidelijke onderwijsbehoeften zijn die de inzet van expertise van type 9 vereisen. Het multidisciplinair CLB-team verrijkt de monodisciplinaire diagnose en op basis van alle informatie wordt multidisciplinair geoordeeld of een verslag kan opgemaakt worden.

Het M-decreet formuleert een aantal 'diagnoses' die toegang geven tot type 9. In de praktijk worden soms ook diagnoses gehanteerd, die niet volledig overeenstemmen met de terminologie vermeld in M-decreet. In deze situaties is overleg met de betrokken psychiater aangewezen om na te gaan onder welk subtype de betrokken leerling valt. In het (gemotiveerd) verslag wordt heel duidelijk gemotiveerd op basis van de onderwijs- en opvoedingsbehoeften waarom type 9 meest aangewezen is. De motivering tot welke

²⁰ Dit zijn de criteria type 2.

²¹ Decreet Basisonderwijs: kinderen. Codex Secundair Onderwijs: jongeren.

'subcategorie' een leerling behoort, wordt in het (gemotiveerd) verslag opgenomen onder de rubriek 'Eventuele categoriale classificatie(s)'. Indien een leerling tot 2 of meer 'subcategorieën behoort, kan dit hier ook worden aangegeven.

Autismespectrumstoornis in verschillende in DSM-IV en DSM-5

Het vaststellen van een autismespectrumstoornis is te situeren binnen een handelingsgericht diagnostisch traject dat Centra voor leerlingenbegeleiding lopen samen met een leerling, zijn ouders of opvoedingsverantwoordelijken, het schoolteam en netwerkpartners. Voor toelichting verwijzen we naar het [Protocol Gedrag & Emotie](#) van Prodia.

Een ASS-diagnose is op zich niet voldoende voor het opmaken van een gemotiveerd verslag of verslag. De onderwijs- en opvoedingsbehoeften moeten van die aard zijn dat de inzet van de expertise van type 9 vereist is.

In de onderstaande tabel wordt een voorstel gedaan voor het linken van de subtypes uit de regelgeving met classificaties zijn in DSM-IV en DSM-5. Bij twijfel of onduidelijkheid, wordt in overleg met de betrokken psychiater uitgeklaard onder welk subtype van type 9 of eventueel type 3 de betrokken leerling valt. Daarbij denken we bijvoorbeeld aan situaties waarbij de psychiater een ander classificatiesysteem hanteert, zoals de ICD.

Autismespectrumstoornis	
Autistische stoornis	
DSM-IV	Autistische stoornis (AS)
DSM-5	Autismespectrumstoornis (ASS)
Pervasieve ontwikkelingsstoornis niet-anders-omschreven	
DSM-IV	Stoornis van Asperger Pervasieve ontwikkelingsstoornis Niet Anderszins Omschreven (met inbegrip van Atypisch autisme) (POS-NAO)

Gemotiveerd verslag: doelgroepen en vereisten inzake diagnostiek

De regelgeving is op dit ogenblik in evolutie. Dit onderdeel wordt aangevuld wanneer meer duidelijkheid is over de doelgroepen en vereisten inzake diagnostiek bij gemotiveerd verslag.