

Beleidsondersteunend rapport

# **Diagnostische trajecten voor multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen voor kinderen in Vlaanderen in POST-COVID-19 periode**

**Eva Cloet & Mark Leys**

**Juli 2020**

## Inhoudsopgave

1	Situering .....	2
2	Doelstellingen.....	3
3	Methodologie .....	3
4	Resultaten.....	4
4.1	Respons .....	4
4.2	Toegankelijkheid van diagnostiek .....	5
4.2.1	Realisatie van de programmatie voor diagnostiek in 2020.....	5
4.2.2	Wachttijden voor multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen .....	5
4.2.3	Invloed van de COVID-19 maatregelen. ....	5
4.2.4	Noden in functie van het inzetten van een “post COVID 19” inhaalbeweging. ....	9
4.3	Brugzorg .....	10
4.3.1	Factoren die volgens de respondenten bepalen of brugzorg al dan niet nuttig is voor een kind. 10	
4.3.2	Wat zou volgens u zinvolle brugzorg kunnen inhouden, per leeftijdscategorie?.....	14
4.3.3	Moet er voor de kinderen en jongeren uit uw centrum ingezet worden op brugzorg, en op welke prioritaire vormen dan? .....	16
4.3.4	Is er in de regio’s waar u actief bent (voldoende) aanbod van brugzorg? Waar liggen de hoogste noden?.....	19
5	Discussie en opvallende vaststellingen .....	21
6	Beleidsadviezen.....	23

# 1 Situering

Door een gebrek aan capaciteit stellen zich anno 2020 problemen met de toegankelijkheid van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in Vlaanderen. In deelregio's van Vlaanderen is een aanbod aanwezig, maar niet met dezelfde competenties, kennis, expertise en capaciteit. Het landschap van voorzieningen die diagnostiek aanbieden is heterogeen. Organisaties werken vanuit uiteenlopende organisatiedoelstellingen en gewoonten, met uiteenlopende teams en vanuit verschillende benaderingen. De toegang tot het diagnostisch aanbod, de aard van de diagnostiek en de doelgroep (leeftijd en pathologie) verschilt en is niet onderling afgestemd, noch tussen organisaties van hetzelfde type als van verschillende types. Om de bestaande capaciteit efficiënter te benutten is er nood aan een meer gedeeld (intersectoraal) beleidskader waarin samenwerking wordt gestimuleerd. (Cloet, Kimpe, Van Ransbeeck, Leys, 2020).

De beperkte toegankelijkheid van diagnostiek leidt ertoe dat kostbare tijd verloren gaat en primaire en secundaire kenmerken van de ontwikkelingsstoornis kunnen toenemen. Bovendien ondermijnt het de continuïteit van de zorg voor kinderen met een ontwikkelingsstoornis. In afwachting van diagnostiek kan in plaats van “wachten” en niets doen, mogelijk “brugzorg” worden aangeboden in plaats van trajecten “stil te leggen” (Bijvoorbeeld: een revalidatietraject dat niet gestart kan worden zonder diagnostiek; diagnostiek is nodig is om kinderen te heroriënteren binnen het onderwijs). Bij brugzorg worden ondersteunende activiteiten aangeboden voor kinderen en opvoeders in afwachting van het starten en verfijnen van grondige diagnostiek. Er is op dat vlak meer (wetenschappelijk onderbouwd) inzicht nodig hoe periodes waarin “niets” wordt aangeboden “in afwachting” van diagnostische labels, ingevuld kunnen worden. Deze benadering kan grote sociale ongelijkheden helpen vermijden omdat vooral de meest kwetsbare groepen nood hebben aan snelle ondersteuning. (Cloet, Kimpe, Van Ransbeeck, Leys, 2020).

In het voorjaar 2020 is de organisatie van de zorg getroffen door maatregelen om het corona SARS COV 2 virus te beheersen. Vanaf maart 2020 tot eind mei 2020 is door de maatregelen de activiteit van diagnostische organisaties grotendeels stilgelegd. Sinds mei 2020 proberen instellingen herop te starten, zij het nog niet op volledige capaciteit. Op vraag van de beleidsmakers en het Agentschap Opgroeien verkent dit rapport de impact die COVID-19 maatregelen heeft op de werkprocessen en het aanbod van diagnostiek. De onderliggende vraag van dit rapport is te verkennen of de maatregelen het toegankelijkheidsprobleem van diagnostiek hebben versterkt. Door de gebrekkige en mogelijk ongelijk verdeelde toegankelijkheid stellen we verder de vraag of een versnelde aanpak gewenst is voor het introduceren van brugzorg in het traject van de kinderen om zorgbehoeften in te vullen in afwachting van volwaardige diagnostiek.

## 2 Doelstellingen

Het doel van deze studie is op een snelle manier de ervaringen in de periode van de COVID-19 maatregelen te verkennen rond de organisatie van diagnostiek rond ontwikkelingsstoornissen. Dit rapport verkent de invloed van de COVID-19 pandemie op de toegankelijkheid van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij kinderen bij drie types organisaties: de centra voor ontwikkelingsstoornissen (COS), centra voor ambulante revalidatie (CAR) en referentiecentra voor autisme (RCA). Daarnaast wordt bevraagd wat deze spelers denken over het concept en de uitrol van *brugzorg*.

Door de ervaringen in het werkveld te verkennen worden een aantal dringende aandachtspunten blootgelegd voor de beleidsmakers. Het rapport is praktijkondersteunend en heeft het karakter van een “*quick scan*”, maar moet de opstap worden van een meer verdiepend vervolgonderzoek naar een organisatiemodel voor diagnostiek voor kinderen en jongeren in Vlaanderen inclusief een model voor brugzorg.

## 3 Methodologie

Het verkennend onderzoek is uitgevoerd in een periode van drie weken (juni-juli 2020)

De actoren (COS, CAR en RCA) werden schriftelijke bevraagd (via e-mail) over de invloed van de COVID-19 pandemie op de toegankelijkheid van diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij kinderen en over hun visie op brugzorg om de ergste noden te lenigen. Er is geopteerd voor een beperkte set van open vragen in drie hoofdthema's (vragen zie bijlage 1).

- Impact op diagnostische activiteiten: evolutie van wachtlijsten en wachttijden onder COVID 19 maatregelen en verandering van werkpraktijken.
- Stand van zaken met betrekking tot “heropstart”.
- Reflecties over (belang van) brugzorg.

De respondenten die zijn aangeschreven zijn de verantwoordelijken van COS, CAR en RCA in heel Vlaanderen. Het administratief steekproefkader was een bestand dat gebruikt is in een eerder onderzoek rond diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen (Cloet, Kimpe, Van Ransbeeck, Leys, 2020). Het stond de aangeschreven instellingen vrij om zelf te kiezen wie de vragen zou beantwoorden. Gezien de urgente vraag van de opdrachtgevers, kregen de respondenten 8 werkdagen om op de vragen te antwoorden.

## 4 Resultaten

### 4.1 Respons

Type centrum	Aangeschreven	Respons
Centra voor Ontwikkelingsstoornissen	4	4
Centra voor Ambulante Revalidatie	41	23
Referentiecentra voor Autisme	4	3
Totaal	49	30

Tabel 1. Respons per type centrum

Regio	Aangeschreven per type centrum	Respons per type centrum	Totaal aangeschreven	Totaal respons
Antwerpen	COS: 1 RCA: 1 CAR: 4	COS: 1 RCA: 1 CAR: 2	6	4
Brussel (en de rand)	COS: 1 RCA: 1 CAR: 3	COS: 1 RCA: 1 CAR: 1	5	3
Limburg	COS: 0 RCA: 0 CAR: 2	COS: 0 RCA: 0 CAR: 1	2	1
Oost-Vlaanderen	COS: 1 RCA: 1 CAR: 18	COS: 1 RCA: 1 CAR: 12	20	14
Vlaams-Brabant	COS: 1 RCA: 1 CAR: 4	COS: 1 RCA: 0 CAR: 2	6	3
West-Vlaanderen	COS: 0 RCA: 0 CAR: 11	COS: 0 RCA: 0 CAR: 5	11	5

Tabel 2. Respons per regio, per type centrum en totale respons per regio

Alle COS, 3 van de 4 RCA, iets meer dan de helft (23/41) van de CAR hebben de vragenlijst beantwoord (Tabel 1). Mogelijk moet rekening gehouden worden met het feit dat niet alle CAR diagnostiek voor ontwikkelingsstoornissen als kernactiviteit hebben en, versterkt door de korte periode van de bevraging, verklaart waarom hun respons verhoudingsgewijs wat lager lag.

We hebben antwoorden ontvangen uit alle provincies met in verhouding de laagste respons uit West-Vlaanderen. Dat heeft te maken met het aantal CAR in de regio. Verder moet rekening worden gehouden met het lage aanbod in Limburg (Tabel 2).

## 4.2 Toegankelijkheid van diagnostiek

### 4.2.1 Realisatie van de programmatie voor diagnostiek in 2020

Met uitzondering van één CAR, rapporteren alle respondenten dat ze in 2020 minder diagnostische trajecten hebben uitgevoerd door de COVID-19 maatregelen in vergelijking met 2018 en 2019. Zonder ondersteunende maatregelen zal dit er toe leiden dat de alle types centra hun vooropgestelde programmatie op vlak van diagnostiek niet zullen realiseren in 2020.

### 4.2.2 Wachttijden voor multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen

Bij de wachttijden wordt een onderscheid bevraagd tussen (a) de aanmelding en het eerste (anamnestisch) gesprek en (b) tussen het eerste gesprek en het eerste onderzoek.

- ✓ respondenten rapporteren dat de wachttijd tussen aanmelding en het eerste onderzoek in alle centra (CAR, COS, RCA) is toegenomen met minstens de duur van de opschorting van activiteit (de meesten verwijzen naar een periode van 3 maanden met vertragingseffecten (zie ook verder).

Er wordt ook in een aantal centra gerapporteerd dat de werkpraktijken zijn veranderd

- ✓ Een aantal centra is voor het eerste (anamnestische) gesprek overgeschakeld op teleconsultaties, waardoor de wachttijd tussen aanmelding en eerste gesprek niet toegenomen is. De wachttijd verlengt echter wel tussen het eerste gesprek en het eerste onderzoek.

Wachttijden en heropstart

- ✓ sinds de afbouw van de “lock down” maatregelen worden prioriteiten gesteld: het merendeel van de centra geeft voorrang aan kinderen op voorschoolse leeftijd. Bijgevolg neemt de wachttijd voor kinderen vanaf lagere schoolleeftijd meer toe dan voor kinderen op voorschoolse leeftijd (tot 6 maanden vs. gemiddeld 3 maanden bovenop de wachttijd die voor de COVID-periode reeds van toepassing was).

### 4.2.3 Invloed van de COVID-19 maatregelen.

De COVID-19 maatregelen varieerden van -in een eerste fase- een volledige opschorting van de activiteit tot -in een latere fase- een graduele heropstart. In de heropstart werden werkpraktijken aangepast, o.a. met gebruik van persoonlijk beschermingsmateriaal door zowel diagnosticus als het kind en de eventueel aanwezige ouders. Voor het gehanteerde testmateriaal werden richtlijnen ontwikkeld, teneinde de kans op besmetting te minimaliseren.

De ervaringen zijn zeer overlappend in de drie type centra die bevraagd zijn. De belangrijkste aanpassingen zijn het volledig stoppen van activiteiten, eventueel vervangen door afstandsbegeleiding waar nodig, en na de heropstart het gebruik van allerlei beschermingsmaatregelen wat een impact heeft op de werkbelasting en tijdsbesteding, maar potentieel ook op de wijze waarop aan diagnostiek kan gedaan worden en de kwaliteit ervan.

De gerapporteerde impact van de COVID-19 maatregelen worden samengevat per type organisatie. In onderstaande tabellen zijn de antwoorden van de respondenten per centrum thematisch gegroepeerd. Ieder punt in een rubriek zijn quotes van individuele respondenten.

### **Centra voor Ontwikkelingsstoornissen**

<b>Invloed op werkwijze tijdens sluiting</b>	<p><b>Stoppen toegang:</b> Gedurende een periode van gemiddeld 7 weken (door opschorting) geen toegang tot diagnostiek.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eén COS sloot de wachtlijst gedurende 3 maanden, aanmelden was gedurende deze periode niet mogelijk. Dit omwille van de sterk toenemende wachttijden (tot &gt; 1 jaar).</li> </ul>
	<p><b>Selectie &amp; prioritering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bij start van lock-down werden de lopende trajecten door teamleden geëvalueerd en getrieerd in functie van het inplannen van een tussentijds gesprek, hoe mensen geholpen konden worden. Voor trajecten die nog opgestart moesten worden, werden lijsten opgemaakt volgens dringendheid.</li> </ul>
	<p><b>Afstandsbegeleiding:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Opstart van teleconsultaties voor anamnese-gesprekken en resultaatbesprekingen.</li> <li>Telefonische opvolging van kinderen en gezinnen in crisis</li> </ul>
<b>Invloed op werkwijze tijdens heropstart</b>	<p><b>Reductie van capaciteit &amp; Vervolgeffecten::</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Geleidelijke heropstart, maar aan een veel lagere bezetting. Hierdoor is de invloed van de COVID19 maatregelen niet beperkt tot de 7 weken volledige inactiviteit,</li> <li>Richtlijnen met betrekking tot het aantal aanwezige personen in de wachtzaal hadden een invloed op het aantal patiënten dat op consultatie kon komen</li> </ul>
	<p><b>Selectie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoog risicopatiënten mochten tijdens deze eerste fase van heropstart niet komen</li> </ul>
	<p><b>Werkbelasting:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terug naar ongeveer de volledige activiteit met inachtneming van voorzorgmaatregelen vanaf 1 juli '20. De bijkomende beschermingsmaatregelen, waaronder pré-triage, triage, ontsmetting van materialen en lokalen, beperken van het aantal aanwezigen,... zijn zeer tijdrovend en zorgen er voor dat de volledige capaciteit niet kan benut worden</li> </ul>
	<p><b>Kwaliteit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnostiek van autismespectrumstoornissen (ASS): omdat de normering van het gehanteerde observatiemateriaal (de ADOS 1 en 2) niet meer gevolgd kon worden bij toepassing van de COVID-19 maatregelen, werd overgeschakeld op spelobservaties. Dit bemoeilijkt de diagnostiek van ASS, zeker bij teamleden met minder ervaring.</li> </ul>
<b>Invloed op kinderen en gezinnen</b>	<p><b>Crisis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>verschillende gezinnen gingen in crisis door de lock-down. Er werd getracht om hen telefonisch zo goed mogelijk verder te helpen.</li> </ul>
	<p><b>Annulaties:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Veel annulaties van afspraken omwille van ongerustheid bij de ouders en angst om het openbaar vervoer te nemen</li> </ul>

**Centra voor Ambulante Revalidatie**

<p><b>Invloed op werkpraktijk tijdens sluiting</b></p>	<p><b>Kwaliteit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>er kon eenvoudigweg geen betrouwbare diagnostiek gebeuren (zie richtlijn tele-diagnostiek vanuit het Kwaliteitscentrum voor diagnostiek: <a href="https://www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/nieuws/2020/4/30/richtlijn-tele-diagnostiek-in-vlaanderen-tijdens-de-covid-19-crisis">https://www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/nieuws/2020/4/30/richtlijn-tele-diagnostiek-in-vlaanderen-tijdens-de-covid-19-crisis</a> ).</li> </ul> <p><b>Toegang:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De <i>aanmeldingen</i> konden doorlopen gezien het centrum telefonisch bereikbaar bleef. <i>Onderzoeken</i> konden gedurende de lockdown niet doorgaan, deze werden doorgeschoven naar de zomervakantie. De vragenlijsten werden bezorgd aan de ouders en andere relevante betrokkenen (school, privé logo, ...). De ontvangen informatie werd verwerkt.</li> <li>Lopende diagnostische bilans werden tijdelijk on-hold gezet. Ouders werden hiervan verwittigd en er werd hen gemeld dat de onderzoeken zouden worden hervat van zodra dat volgens de geldende richtlijnen mogelijk was.</li> </ul> <p><b>Afstandsbegeleiding:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Waar mogelijk, werden overgestapt op tele-consultaties. Dit is niet optimaal, de afstand met de cliënt is nadelig voor het gesprek.</li> <li>Tijdens de coronaperiode vonden er wel videovergaderingen plaats met ouders, school/CLB/ andere betrokken externen i.f.v. adviesgesprek</li> </ul>
<p><b>Invloed op werkpraktijk tijdens heropstart</b></p>	<p><b>Kwaliteit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>schoolobservaties die niet altijd meer mogelijk zijn omwille van veiligheidsmaatregelen in scholen, de impact van veiligheidsmaatregelen en beschermingsmaterialen op het gedrag en functioneren van kinderen tijdens een testsituatie.</li> <li>Voor de diagnostiek uitgevoerd door ergotherapeuten en kinesisten is het niet evident om de diagnostiek te doen rekening houdend met de veiligheidsvoorschriften. Voor de kwalitatieve beoordeling, b.v. observaties van gedrag bij kinderen met vermoeden van autismespectrumstoornis, ADHD,...kan de beoordeling beïnvloed worden door het feit dat bijkomende veiligheidsmaatregelen moeten genomen worden (gebruik mondmasker, het niet kunnen gebruiken van materiaal,...).</li> <li>Sinds een aantal weken zijn de onderzoeken met de nodige beschermingsmaatregelen in een normale frequentie terug opgestart. Hierbij zijn de beschermingsmaatregelen een rem in het uitvoeren van een kwalitatief diagnostisch onderzoek. Samen met de kinderpsychiater wordt op zorggebruiker-niveau gekeken wat er extra nodig is om tot een goede multidisciplinaire diagnostiek te komen</li> </ul> <p><b>Werkbelasting &amp; tijd</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sinds de versoepeling van de maatregelen worden de onderzoeken opnieuw face to face afgenomen mits inachtneming van de voorzorgsmaatregelen (face shields, mondmasker, plexieschermen, aanwijsmateriaal, handschoenen, ...) De opgelegde maatregelen zijn erg tijdrovend (bv. al het testmateriaal dat ontsmet moet worden).</li> </ul> <p><b>Selectie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eenmaal de maatregelen werden versoepeld, werd bekeken in welke mate diagnostiek ook terug kon worden opgestart. In eerste instantie werden de lopende bilans afgewerkt, waarna terug van start werd gegaan</li> </ul>



	<p>met nieuwe diagnostische bilans.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedurende verschillende maanden werd de face to face therapie beperkt tot het urgente en essentiële. Dit betekende dat er geen nieuwe onderzoeken konden gepland worden.</li> <li>• Algemeen kunnen we stellen dat de maatregelen uitstel en een grotere spreiding van de onderzoeken teweegbrengen. Kwaliteit houden we hoog.</li> </ul>
	<p><b>Uitstel / verlenging van traject</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hierdoor voorzien we ook een latere opstart van eventuele revalidatie.</li> <li>• Dit uitstel wordt ook voor een stuk veroorzaakt door het verlengen van de revalidatieperiode van sommige kinderen. Voor kinderen waarvan einde revalidatie voorzien was eind juni werd de einddatum verschoven naar eind oktober – november (afhankelijk van de problemen bij de start van het nieuwe schooljaar).</li> </ul> <p><b>Vervolgeffecten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In de mate van het mogelijke wordt tijdens de zomervakantie extra ingezet op onderzoek, maar dat zal de geleden schade voor de wachtlijst niet ongedaan maken.</li> </ul>

### **Referentiecentra voor Autisme**

<b>Invloed op werkpraktijk tijdens sluiting</b>	<p><b>Kwaliteit:</b> Tijdelijke volledige opschorting van de activiteit van maart tot mei. Alle niet dringende interventies en gesprekken werden gedurende een hele periode geannuleerd.</p>
	<p><b>Coördinatie op Afstand:</b> Video- en telefonische consultaties werden opgestart, maar enkel voor coördinatie.</p>
<b>Invloed op werkpraktijk tijdens heropstart</b>	<p><b>Kwaliteit:</b> Langzame heropstart vanaf midden mei, met het organiseren van face-to-face-contacten. Ook hier is diagnostiek bij deze specifieke groep niet eenvoudig gezien het vaak onvoorspelbare in hun gedrag en de moeilijkheden om zich dan aan de veiligheidsvoorschriften te houden.</p>
	<p><b>Toegang:</b> De bijkomende beschermingsmaatregelen die momenteel (juli) nog steeds genomen moeten worden, waaronder pré-triage, triage, ontsmetting van materialen en lokalen, beperken van het aantal aanwezigen,... zorgen ervoor dat de volledige capaciteit niet kan benut worden</p>
<b>Invloed op kinderen en gezinnen</b>	<p>Er werd vastgesteld dat verschillende gezinnen in crisis gingen door de lockdown. Er werd getracht om hen telefonisch zo goed mogelijk verder te helpen</p>

#### 4.2.4 Noden in functie van het inzetten van een “post COVID 19” inhaalbeweging.

Respondenten werden ook bevraagd naar wat nodig is om een inhaalbeweging te kunnen realiseren enerzijds op de opgelopen achterstand door COVID-19 maatregelen, maar eventueel ook als antwoord op de algemene problematiek van toegankelijkheid van diagnostiek. De respons werd geordend volgens type organisatie. Inhoudelijk vertonen de antwoorden over de type organisaties heen heel wat verwantschap : in alle centra wordt overwegend gevraagd naar extra capaciteit. Sommige centra rapporteren de activiteiten te verhogen in de vakantieperiode, anderen rapporteren te zullen werken met een voorlopige aanmeldingsstop om achterstand bij lopende trajecten in te halen. Verder wordt in de antwoorden ook verwezen naar de specificiteit van bepaalde regio's en wordt gevraagd naar regelluwte om flexibeler te kunnen werken.

##### ***Centra voor Ontwikkelingsstoornissen***

- Bijkomende diagnostische capaciteit is noodzakelijk.
- Uitbreiding van de personeelsequipe.
- Gehele of partiële (voor bepaalde leeftijdscategorieën) aanmeldingsstop (COS Antwerpen, COS Brussel, COS Gent).

##### ***Centra voor Ambulante Revalidatie***

- Een inhaalbeweging wordt in de vakantieperiode gepland. Dit vraagt veel extra inspanningen van de medewerkers, maar is essentieel voor het functioneren van het CAR.
- Er ontstaat een natuurlijke selectie van patiënten die minder gemotiveerd zijn en afhaken.
- De wachttijdproblematiek voor de Nederlandstalige zorggebruikers in Brussel is dermate groot, dat COVID-19 hierbij slechts een beperkte invloed heeft. Er zijn structurele middelen nodig om dit aan te pakken.
- Extra capaciteit en regelluwte (de CAR en hun multidisciplinaire teams worden nog steeds te sterk belast met administratieve taken die ten koste gaan van kostbare diagnostische of therapeutische tijd).
- Een tijdelijke capaciteitsverhoging.
- Een extra onderzoeksteam voor kleuters. Voor kinderen tussen 7jr en 12jr is er geen inhaalbeweging mogelijk met de huidige personeelsbezetting. Een uitbreiding van personeel is nodig.
- Personeel en middelen om aan een hogere intensiteit en frequentie kinderen te kunnen onderzoeken.
- Dossiers over een langere periode kunnen spreiden in plaats van 3 maanden.
- De inzet van een team dat enkele weken alleen diagnostisch onderzoek uitvoert. Door de COVID-19 lopen ook therapeutische trajecten langer dan voorzien, waardoor naschoolse uren volzet zijn.
- Lagere schoolkinderen tijdens de schooluren kunnen begeleiden zou een reële impact op de wachtlijsten hebben.

## Referentiecentra voor Autisme

- Bijkomende capaciteit.
- Aanmeldingsstop gedurende een bepaalde periode voor bepaalde leeftijdscategorieën.
- Uitbreiding van personeelsbezetting. Het huidige personeel wordt maximaal ingezet.

## 4.3 Brugzorg

Brugzorg heeft als doel de wachtperiode tot de afronding van diagnostiek zinvol in te vullen door in te spelen op noden van het kind en zijn ouders/opvoeders/context. Er is kort bevestigd of het nuttig is in te zetten op brugzorg om een aantal behoeften te lenigen. Het antwoord van de respondenten op het principe is een volmondig ja, met die kanttekening dat vele opmerkingen impliceren dat brugzorg een hulpmiddel is in afwachting van volwaardige diagnostiek en velen zien het dat brugzorg niet mag losgekoppeld worden van het diagnostisch traject. Toch zijn er ook uitspraken die aangeven dat brugzorg niet direct gekoppeld moet worden aan diagnostiek, maar vooral benaderd moet worden als ondersteuning om direct noden aan ondersteuning op te vangen. Er wordt ook aangegeven dat brugzorg zijn limieten heeft als het niet wordt geconceptualiseerd vanuit algemene hoofddoelstellingen van de geleverde zorg

Brugzorg moet volgens de respondenten behoeftegestuurd worden ingericht vanuit een “zorg op maat” benadering. Het aanbieden van zorg en ondersteuning kan verschillende vormen aannemen. Enkelingen geven expliciet aan dat brugzorg een plaats moet krijgen in de trajectbegeleiding van kinderen en jongeren, hun ouders/opvoeders en de context. Daarbij wordt door sommige respondenten expliciet aangekaart dat er voldoende motivatie moet zijn van de ouders.

Maar ook hier worden een aantal randvoorwaarden vermeld om brugzorg in de praktijk vorm te kunnen geven .

### 4.3.1 Factoren die volgens de respondenten bepalen of brugzorg al dan niet nuttig is voor een kind.

inhoudelijk	<b>Inspelen op dringende hulpvragen:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Brugzorg is handelingsgericht en gaat bij voorkeur in op een aantal concrete hulpvragen van het kind en zijn context. Het is ingebed in een traject, niet losstaand van het zorgtraject dat erop volgt. Brugzorg vertrekt vanuit een zorgplan.</li><li>• Zorgvuldige eerste screening/vraagverheldering waarbij hulpvragen van de zorggebruiker en diens context zeer duidelijk in kaart worden gebracht en er op basis van de informatie van en in samenwerking met de partners in de eerste, tweede of derde lijn (verwijzer, andere betrokken zorgverleners, ...) een voorlopig zorgtraject wordt opgezet in afwachting van multidisciplinaire diagnostiek en behandeling</li><li>• Het beluisteren van de vragen/noden van de ouders en het kind ‘hier en nu’ i.f.v. onmiddellijke (gedeeltelijke) ondersteuning.</li></ul>
-------------	--

	<p><b>Niet loskoppelen van diagnostiek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dit [brugzorg] kan slechts beperkt soelaas brengen. Een diagnostiek is noodzakelijk om een op maat van de client behandelplan op te stellen.</li> <li>• Gezien de specificiteit van iedere zorggebruiker is een diagnostisch proces waarbij tevens hulpvraag en doelstellingen belicht worden essentieel bij aanvang. Het therapeutisch proces wordt hier ook door bepaald. De expertise van de hulpverleners i.v.m. ontwikkelingsstoornissen zal hierbij dan ook cruciaal zijn. Daarnaast dient er ook voldoende flexibiliteit te zijn in het kader van huisbezoeken. Idealiter kan het diagnostisch proces zo snel mogelijk starten uiteraard.</li> <li>• Gezien de specificiteit van iedere zorggebruiker is een diagnostisch proces waarbij tevens hulpvraag en doelstellingen belicht worden essentieel bij aanvang. Het therapeutisch proces wordt hier ook door bepaald. De expertise van de hulpverleners i.v.m. ontwikkelingsstoornissen zal hierbij dan ook cruciaal zijn. Daarnaast dient er ook voldoende flexibiliteit te zijn in het kader van huisbezoeken. Idealiter kan het diagnostisch proces zo snel mogelijk starten uiteraard</li> <li>• Nuttige brugzorg moet mijns inziens toch kunnen gebeuren vanuit een perspectief op diagnose en moet snel beschikbaar zijn</li> </ul>
	<p><b>Niet expliciet afhankelijk maken van diagnostiek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een diagnose zorgt voor ouders vaak voor een bevestiging of een label die jammer genoeg nog vaak nodig is om de nodige hulp te krijgen. Echter het zou goed zijn dat de kinderen op de wachtlijst al toegang zouden kunnen hebben tot thuisbegeleiding, therapie, aangepaste schoolomgeving in afwachting van ene onderzoek op het COS;</li> <li>• Gericht op functioneren van het kind zonder aan een diagnose te koppelen, context bevragen waar de grootste draaglast voor gezin en frustraties voor het kind nu liggen</li> <li>• Mogelijk in combinatie met multidisciplinair onderzoek In afwachting van een eventuele diagnostische verklaring van de moeilijkheden van een kind, zijn ouders en ruimer de context, voornamelijk op zoek naar ondersteuning/omkadering voor het kind en zijn omgeving. Dat, voornamelijk op sociaal-emotioneel en gedragsmatig vlak, voor moeilijkheden die mogelijks te kaderen zijn binnen een ontwikkelingsstoornis</li> </ul>
	<p><b>Grenzen van brugzorg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brugzorg lijkt mij heel nuttig, maar momenteel is de wachttijd bij ons COS zo lang, dat brugzorg die bijna 3 jaar moet duren mij niet meer echt brugzorg is. Ik denk dat het in Antwerpen noodzakelijk is om eerst te zorgen voor meer diagnostische capaciteit en dan ook te zorgen voor brugzorg of snelle hulp ná een diagnostisch traject. De realiteit is dat momenteel vele kinderen die bijna 3 jaar wachten op een COS onderzoek, daarna ook weer maanden tot jaren wachten op begeleiding.</li> </ul>
Doelstellingen	<p><b>Ondersteuning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dat ouders(s) en kind het gevoel hebben dat er al aan hun hulpvraag tegemoetgekomen wordt. Dat ze het gevoel hebben dat er al enige mate van ondersteuning en gedeelde zorg is.</li> <li>• Ondersteuning van context (ouders en school) en voor de oudere kinderen, de jongeren zelf. Dit is belangrijk in elke leeftijdscategorie.</li> <li>• Ouders begeleiden naar externe hulpverlening</li> </ul>
Vorm	<p><b>Zorg op maat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuttige brugzorg is afhankelijk van ernst en aard van de problematiek, zorglast van de context, leeftijd van het kind.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Op maat van elk kind, gezin, ouders</li> </ul>
	<p><b>Trajectlogica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trajecten zijn mi vaak nog te gefragmenteerd. Het zou voor gezinnen heel helpend kunnen zijn om een casemanager of coach te hebben, die hen zowel in een voortraject voor de diagnostiek als na de diagnostiek, tot ze ondersteuning krijgen kunnen ondersteunen, maar waar ze ook later op kunnen terugvallen als ze terug vastlopen of in een nieuwe fase terecht komen en opnieuw even de weg kwijt zijn</li> </ul>
	<p><b>Snel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Snel opstarten</li> <li>brugzorg kan nuttig zijn indien de problemen dringende hulp vereisen en indien de wachtlijst te lang is</li> <li>Snelle beschikbaarheid van laagdrempelige initiatieven (thuisbegeleiding, chat, opvoedingswinkel, kind en gezin, clb..)</li> </ul>
	<p><b>Aansluitend bij leefcontext:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het zou voor onze wachtende populatie zinvol zijn om zorg in te schakelen binnen hun leefcontext. Dit om ouders/opvoeders te ondersteunen in de aanpak van hun kinderen.</li> </ul>
	<p>Volgende vormen van brugzorg kunnen op alle leeftijden nuttig zijn maar zullen eerder bepaald worden vanuit de individuele hulpvragen en zorgnoden van de zorggebruiker en diens context:</p> <p><i>Outreach</i> (bv. expertisedeling en advisering t.a.v. kinderverzorgster, leerkracht, coach, ...)</p> <p><i>Psycho-educatie en begeleiding</i> indien bepaalde diagnoses reeds – zonder opvolging – gesteld zijn.</p> <p><i>Ouderbegeleiding</i> (in groep of individueel); bv. begeleiding van ouders bij problemen met specifieke situaties (slapen, eten, spelen,...) of algemene opvoedingsadviezen inzake gewenst gedrag versterken, ...</p> <p><i>Monodisciplinaire behandelsessies voor de grootste zorgnoden</i> in afwachting van de multidisciplinaire diagnostische of therapeutische trajecten waarvoor nog een lange wachttijd bestaat (bv. reeds starten met JASPER bij kind met ASS in afwachting van uitgebreider multidisciplinair behandelaanbod of reeds logopedie aanbieden bij kind met sterk vermoeden van een taalontwikkelingsstoornis, sociale problemen en leerachterstand,...)</p> <p><i>Brugteam</i> opzetten</p> <p>Zorgdossier aanmaken van bij het eerste gesprek</p> <p>Contact met school en andere betrokkenen</p> <p>Brugzorg moet blijven tot traject effectief kan opstarten, kind via regelmatige gesprekken/ zorg op maat te blijven volgen</p> <p>Inhoudelijk flexibel &amp; mobiel werken.</p> <p>Het inzetten van (bijkomende ) medewerkers van het centrum die via regelmatige contacten op de hoogte blijven van de noden van de zorgvragers en indien nodig ondersteuning en coaching te bieden om de situatie niet te laten escaleren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Op het COS te Leuven zorgen we eigenlijk sowieso voor ‘brugzorg’ vanaf moment van aanmelding: om de wachttijd te overbruggen worden vaak in tussentijd al tips gegeven vb. al advies aanmelding thuisbegeleiding en dergelijke...       <ul style="list-style-type: none"> <li>-kennis van concrete hulpvraag van de ouders</li> <li>-niet alleen diagnostische kennis maar ook voldoende ‘pragmatische’ en ‘hands-on’ kennis</li> <li>-niet alleen theoretisch maar praktijkgericht vb. ervaring van teamleden die leert dat diagnose geen voorwaarde is voor concrete tips</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-goede kennis van zorglandschap (fysiek vb. verwijzadressen maar in deze tijden zeker ook van digitale platforms waar ouders terecht kunnen)</li> <li>-goede communicatieskills</li> <li>• voldoende IT kennis voor online en videoconsultaties. Onze ervaring leert dat dit toch een beter medium is dan alleen telefonische consultaties</li> </ul>
Organisatorisch	<p><b>Kennis over aanbod</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De partners die reeds betrokken zijn bij de zorg voor het kind, dienen voldoende kennis hebben van de sociale kaart en zicht hebben op wat er in de omgeving van het kind kan geïnstalleerd worden</li> </ul>
	<p><b>Samenwerking</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• een goede samenwerking met eerste lijn</li> </ul>
Randvoorwaarden	<p><b>Regelgeving:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• een CAR kan op vandaag geen brugzorg aanbieden. Dit vergt een aanpassing van de regelgeving en de bepalingen inzake financiering. Het moet mogelijk zijn om in bepaalde situaties vóór het uitgebreid multidisciplinair bilan en afwijkend van het verplichte multidisciplinaire karakter brugzorg aangeboden kunnen worden in het geval er een duidelijke hulpvraag en zorgnood bestaat. Men zal hiervoor ook moeten aanvaarden dat deze brugzorg toegankelijk moet zijn zonder “toegangsetiket” (bv. op basis van een vermoedensdiagnose of op basis van beperkingen in verschillende activiteiten en participatiedomeinen).</li> <li>• Bovendien laat de regelgeving van de CAR niet toe dat er zonder diagnostiek een behandeling opgestart wordt. Elk behandelingstraject moet vooraf ook door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds goedgekeurd worden, wat de autonomie van de CAR ernstig beknot om zelf te beslissen om brugzorg aan te bieden.</li> <li>• Flexibiliteit binnen het aanbieden van diagnostiek/zorg. We werken momenteel binnen een forfaitair systeem dat ons minder mogelijkheden biedt om nog meer op maat zorg te verlenen.</li> <li>• De mogelijkheid creëren omzowel voor als na het multidisciplinaire traject, monodisciplinaire begeleiding op te starten.</li> </ul>
	<p><b>Capaciteit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuttige brugzorg kan slechts gerealiseerd worden indien bijkomende personeelsleden van het Centrum kunnen ingezet worden bij complexe noden en bij lange wachttijden</li> <li>• Ik zou brugzorg niet laten invullen door nieuwe diensten, maar door bestaande diensten zoals CARs, diensten die RTH aanbieden, maar helaas te weinig capaciteit hebben om ook effectief rechtstreeks toegankelijk te kunnen zijn. Voor mobiele begeleiding vanuit RTH is er momenteel op de meeste diensten een wachtlijst van meerdere maanden tot jaren. Voor RTH vanuit bv. thuisbegeleidingsdienst van Het Raster is er zelfs een wachtlijststop. Voor revalidatie kunnen kinderen &gt; 6 jaar niet in een Revalidatiecentrum terecht in onze provincie. Binnen ARC kan dit wel, na een wachtlijst van 1,5 jaar.</li> <li>• Een professioneel aanbod dat snel inzetbaar is</li> <li>• Capaciteit om al intake te doen om brugzorgplan op maat uit te werken</li> </ul>
	<p><b>Integreren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Naast het inzetten van brugzorg is het nog belangrijker om de wachtlijsten te verminderen. Voorkomen van dubbel onderzoek op verschillende plaatsen, zorgen dat de patient/client snel toegeleid wordt naar het correcte diagnostische centrum zijn ook zeer belangrijke aandachtspunten.</li> <li>• Een snelle en efficiënte communicatie tussen de verschillende zorgverleners en een vlotte doorstroom binnen het hulpverleningslandschap , is belangrijk om patienten snel bij de juiste zorg te krijgen</li> </ul>

	<b>Beschikbaarheid, betaalbaarheid, bereikbaarheid</b> Financieel haalbaar
	<b>Samenwerking met ouders/opvoeders</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De al dan niet vlotte samenwerking met de ouders.</li> <li>• Betrokkenheid en bereikbaarheid van de context.</li> <li>• Hoe jonger het kind is er in de regel meer nood aan inzetten op hulp zo dicht mogelijk bij de context en in samenwerking met ouders/opvoeders/leerkrachten als co-therapeut van het kind.</li> <li>• Motivatie van de ouders</li> <li>• Brugzorg Hangt niet af van de leeftijd maar van de draaglast en frustraties, functioneringsproblemen en ingesteldheid van de ouders en de mogelijkheden die voorhand zijn (aanbod)</li> </ul>

#### 4.3.2 Wat zou volgens u zinvolle brugzorg kunnen inhouden, per leeftijdscategorie?

Er werd bevestigd of er specifieke aandachtspunten zijn per leeftijdscategorie om die brugzorg vorm te geven. Daarbij valt op dat meer gedetailleerde antwoorden zijn verzameld over de jongere leeftijdsgroepen in vergelijking met de oudere leeftijdsgroepen. In de groep van de jongere kinderen worden veel gelijkaardige suggesties gedaan.

0-12j (overkoepelend)	<b>Ouderbegeleiding:</b> een erg aangewezen vorm van brugzorg ouderbegeleiding te zijn, waarbij op basis van gerichte bevraging van de hulpvraag in de thuiscontext, concrete tips en handvaten aan de ouders kunnen worden aangereikt. Dat kan telefonisch of eventueel via oudergesprekken thuisbegeleiding bij jonge kinderen
	<b>Schoolbegeleiding</b> ondersteuning in de schoolcontext, indien zich daar ook moeilijkheden voordoen. Dat kan dan bv. in de vorm van een schooloverleg
	<b>Doorverwijzen</b> Het gericht doorverwijzen van ouders en het kind zelf, is ook nodig indien de mensen nog niet door andere instanties op weg werden gezet, de hulpvraag dringend is en/of de aangeboden brugzorg ontoereikend is.
	<b>Tijdelijke opstart monodisciplinaire therapie</b> tijdelijk opstarten van monodisciplinaire therapie in afwachting van multidisciplinaire therapie (logopedie, kinesitherapie), thuisbegeleiding, extra zorg op school, CGG, doorverwijzing specialist (kinderpsychiater, neuroloog, COS)
<b>Infants (0 – 2j) :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ouders informeren rond stimulatie spel ; contact en communicatie ; ontwikkelingsverloop van een kind ; algemene opvoedingsvaardigheden</li> <li>• Ondersteunen van de context in het aanbrengen van structuur en het verstrekken van basisinformatie. Wegwijs maken in het landschap van de hulpverlening en de regionale mogelijkheden (opvang, ...). In samenwerking met de ELZ (huisarts) kijken welke zorg nuttig is in afwachting van gespecialiseerde zorg (kine, logo, ergo, ...). Hiervoor is wel expertise noodzakelijk !</li> </ul>
<b>Peuters (2j1 – 4j)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ouders informeren rond stimulatie spel ; contact en communicatie ; ontwikkelingsverloop van een kind ; algemene opvoedingsvaardigheden</li> <li>• differentiëren op school en indien aangewezen ondersteuning inschakelen</li> <li>• Ondersteunen van de context in het aanbrengen van structuur en het verstrekken van basisinformatie. Wegwijs maken in het landschap van de</li> </ul>

	<p>hulpverlening en de regionale mogelijkheden (opvang, ...). In samenwerking met de ELZ (huisarts) kijken welke zorg nuttig is in afwachting van gespecialiseerde zorg (kine, logo, ergo, ...). Hiervoor is wel expertise noodzakelijk !</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prive logo/kine, CAW, CGG</li> <li>• ontwikkelingsstimulerende al dan niet psycho-emotionele zorg in thuiscontext /participatie van de ouders</li> <li>• groepstherapie</li> </ul>
<b>Kleuters (4j1 – 6j)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ouders informeren rond stimulatie spel ; contact en communicatie ; ontwikkelingsverloop van een kind ; algemene opvoedingsvaardigheden</li> <li>• differentiëren op school en indien aangewezen ondersteuning inschakelen</li> <li>• Ondersteunen van de context in het aanbrengen van structuur en het verstrekken van basisinformatie. Wegwijs maken in het landschap van de hulpverlening en de regionale mogelijkheden (opvang, ...). In samenwerking met de ELZ (huisarts) kijken welke zorg nuttig is in afwachting van gespecialiseerde zorg (kine, logo, ergo, ...). Hiervoor is wel expertise noodzakelijk !</li> <li>• Prive logo/kine, CAW, CGG</li> <li>• ontwikkelingsstimulerende al dan niet psycho-emotionele zorg in thuiscontext /participatie van de ouders</li> <li>• samenwerking met zorgleerkracht, privélogo, privépraktijken</li> </ul>
<b>Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ouders informeren rond stimulatie spel ; contact en communicatie ; ontwikkelingsverloop van een kind ; algemene opvoedingsvaardigheden</li> <li>• differentiëren op school en indien aangewezen ondersteuning inschakelen</li> <li>• Ondersteunen van de context in het aanbrengen van structuur en het verstrekken van basisinformatie. Wegwijs maken in het landschap van de hulpverlening en de regionale mogelijkheden (opvang, ...). In samenwerking met de ELZ (huisarts) kijken welke zorg nuttig is in afwachting van gespecialiseerde zorg (kine, logo, ergo, ...). Hiervoor is wel expertise noodzakelijk !</li> <li>• didactisch – pedagogisch – socio -emotioneel (bij kinderpsychiatrische diagnoses) kindbegeleiding/ouderbegeleiding</li> <li>• samenwerking met zorgleerkracht, privélogo, privépraktijken</li> <li>• deze kinderen kunnen momenteel nergens terecht, ze zijn te oud voor het COS en voor Car, ze kunnen alleen terecht in de privé of in kinderpsychiatrie.</li> </ul>
<b>Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ouders informeren rond stimulatie spel ; contact en communicatie ; ontwikkelingsverloop van een kind ; algemene opvoedingsvaardigheden</li> <li>• differentiëren op school en indien aangewezen ondersteuning inschakelen</li> <li>• Ondersteunen van de context in het aanbrengen van structuur en het verstrekken van basisinformatie. Wegwijs maken in het landschap van de hulpverlening en de regionale mogelijkheden (opvang, ...). In samenwerking met de ELZ (huisarts) kijken welke zorg nuttig is in afwachting van gespecialiseerde zorg (kine, logo, ergo, ...). Hiervoor is wel expertise noodzakelijk !</li> <li>• didactisch – pedagogisch – socio -emotioneel (bij kinderpsychiatrische diagnoses) kindbegeleiding/ouderbegeleiding</li> <li>• deze kinderen kunnen momenteel nergens terecht, ze zijn te oud voor het COS en voor Car, ze kunnen alleen terecht in de privé of in kinderpsychiatrie.</li> </ul>
<b>Adolescentie 1 (12j1 – 15j)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• socio-emotionele begeleiding kind ouder/thuisbegeleiding</li> </ul>
<b>Transitieleeftijd</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>



### 4.3.3 Moet er voor de kinderen en jongeren uit uw centrum ingezet worden op brugzorg, en op welke prioritaire vormen dan?

Zoals in vorige paragraaf al aangehaald beamen alle respondenten het belang van brugzorg als onderdeel van een behoeftegestuurd traject, om kinderen en jongeren en hun ouders/opvoeders niet te laten verzanden in een wachttijdproblematiek waarin niets gebeurt. Belangwekkende opmerkingen worden hier gemaakt over kinderen met een meer/anderstalige achtergrond. In deze paragraaf staan we stil bij de prioriteiten voor brugzorg vanuit het perspectief van het type organisatie: uit de antwoorden van de respondenten komen zowel inhoudelijke aspecten naar voor als uitspraken over de werkwijze, en beperkingen in het huidige systeem. Heel veel van de elementen die aangehaald worden overlappen met de algemene opmerkingen over brugzorg. Componenten van brugzorg verwijzen naar : activiteiten ter ondersteuning kunnen starten in de wachttijd, informatie geven, directe ondersteuning aanbieden aan ouders en context van het kind. In de antwoorden wordt ook aangegeven welke groepen prioritair in aanmerking moeten worden genomen.

	COS	CAR	RCA
motivatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bij meertalige kinderen stelden we de laatste tijd regelmatig kinderen vast die we zagen op de leeftijd van 7 jaar en nog niet praatten, noch in de moedertaal, noch in het Nederlands, waarbij gewacht werd op het COS onderzoek om ondersteuning op te starten. In dergelijke gevallen zou al veel zijn kunnen gebeuren voor het COS onderzoek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>om de wachttijd tot diagnostiek te overbruggen.</li> <li>Gezien het ingrijpen op zeer jonge leeftijd de ontwikkelingsachterstand sterk kan beperken en deze kinderen naar de toekomst meer kansen heeft op een vlotte inclusie in de maatschappij, staan wij achter een snelle(re) diagnostische en therapeutische hulpverlening. Indien het capaciteitsprobleem niet opgelost geraakt, is contextondersteuning en therapeutische ondersteuning aangewezen.</li> <li>Voor die kinderen/ouders die omwille van de covid-19 epidemie langer in de kou blijven staan (lees ook boven). In het bijzonder moeten we aandacht hebben voor crisissituaties binnen gezinnen (t.g.v. o.a. van</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>

		<p>quarantaine), kansarme gezinnen, ... .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gezien de wachttijd nu steeds langer wordt, kan worden verwacht dat de vraag naar brugzorg zal stijgen.</li> </ul>	
Prioritaire groepen	•	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja , prioritair is de groep kinderen met gedragsproblemen die nood hebben aan een multidisciplinaire aanpak. Vooral kleuters (3e kl) en kinderen uit het 1e leerjaar hebben nood aan snelle interventie (diagnose en revalidatie). Vroege diagnose is altijd aangewezen en kan problemen op latere leeftijd zeker voorkomen. Omwille van de huidige wachtlijst kunnen deze snelle interventies helaas zelden gerealiseerd worden. Jongere en oudere kinderen kunnen gemakkelijker opgevangen worden door zorgleerkracht en privélogo</li> </ul>	•
Inhoud	•	<ul style="list-style-type: none"> <li>• We vermoeden dat er meest nood is aan het aanbieden van psychotherapie, psycho-educatie en begeleiding van ouders en context. Per zorggebruiker kan dit anders zijn waardoor ook andere disciplines noodzakelijk kunnen zijn. Dit zou georganiseerd kunnen worden in het centrum zelf, maar eventueel ook op de school, thuis.</li> <li>• Werken met voorlopige diagnose (zeker bij zeer jonge kinderen)</li> <li>• op vlak van gedrags- en emotionele</li> </ul>	•

		moeilijkheden <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logo en psychomotoriek</li> </ul>	
Vorm	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het verder <b>ondersteunen en sensibiliseren van de eerste lijn</b> om tijdig door te verwijzen blijft ook belangrijk. We zien nog te vaak ouders die tot 3 keer bij huisarts, kinderarts of Kind en Gezin hun zorgen over de ontwikkeling van hun kind uitten en telkens gerustgesteld werden, terwijl er toch sprake bleek te zijn van ernstige problemen.</li> <li>• Bij meertalige kinderen stelden we de laatste tijd regelmatig kinderen vast die we zagen op de leeftijd van 7 jaar en nog niet praatten, noch in de moedertaal, noch in het Nederlands, waarbij gewacht werd op het COS onderzoek om ondersteuning op te starten. In dergelijke gevallen zou al veel zijn kunnen gebeuren voor het COS onderzoek.</li> <li>• Misschien zou er kunnen gewerkt worden met niveaus van diagnostiek, waarbij een eerste trap bij CARs zou kunnen gebeuren en COSen meer voor de tweede trap zou ingeschakeld worden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioritaire vormen (zie boven): outreach, psycho-educatie, ouderbegeleiding (individueel of in groep), monodisciplinaire behandel sessies voor de grootste zorgnoden in afwachting van de multidisciplinaire trajecten waarvoor nog een lange wachttijd bestaat</li> </ul> <b>Bekend maken van initiatieven</b> in de buurt (opvoedingswinkel etc) <ul style="list-style-type: none"> <li>• coaching en ondersteuning via monodisciplinaire therapie, afhankelijk van de problematiek</li> <li>• <b>Ondersteuning</b> zou georganiseerd kunnen worden <b>in het centrum zelf, maar eventueel ook op de school, thuis.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het verder <b>ondersteunen en sensibiliseren van de eerste lijn</b> om tijdig door te verwijzen blijft ook belangrijk. We zien nog te vaak ouders die tot 3 keer bij huisarts, kinderarts of Kind en Gezin hun zorgen over de ontwikkeling van hun kind uitten en telkens gerustgesteld werden, terwijl er toch sprake bleek te zijn van ernstige problemen.</li> <li>• Inzetten op <b>ondersteuning binnen de thuiscontext</b> voor j alle kinderen en jongeren op onze wachtlijst</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gemakkelijke toegankelijkheid van thuisbegeleidingsdiensten</li> <li>• op korte termijn toegang tot kinderartsen/kinderneurologen</li> <li>• <b>goede online informatie</b> platformen voor ouders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
Externe prikkels		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioritair lijken er middelen nodig om <b>personeel en ruimte te</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>

		<b>hebben voor ouderbegeleiding</b> om de wachttijd tot diagnostiek te overbruggen.	
bependingen	In het voortraject stellen we nog te vaak vast dat kinderen tijdens een wachttijd van meer dan 2 jaar ondanks de vele problemen op school, nauwelijks <b>ondersteuning krijgen "in afwachting van het onderzoek"</b> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Buiten een beslissingsperiode kan je geen factureerbare prestaties verrichten. Wanneer je dit binnen de bilanperiode al opneemt zal deze heel snel verstreken zijn + moeilijk om alle onderzoeken en besprekingen in deze beperkte periode (3 maanden) ingepland te krijgen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ondersteuning vanuit ondersteuningsnetwerk blijft nog te vaak afhankelijk van een diagnose, het opstarten van therapie of RTH wordt nog te vaak afhankelijk gemaakt van de resultaten van het COS-onderzoek.</li> <li>We moeten vaststellen dat ook in nadere settings de wachtlijsten oplopen</li> </ul>

#### 4.3.4 Is er in de regio's waar u actief bent (voldoende) aanbod van brugzorg? Waar liggen de hoogste noden?

Er werd ook verkennend gepeild naar de mogelijkheden en problemen in bepaalde regio's om brugzorg te gaan organiseren, om de gevolgen van moeilijk toegankelijke zorg eventueel te compenseren. Opvallend is dat sommige respondenten op het vlak van brugzorg ook openingen willen maken naar de "privé"sector om op basis daarvan de capaciteit te verhogen (onder voorbehoud dat ze over expertise beschikken en dat openingen blijven behouden naar multidisciplinaire aanpak).

##### Antwerpen

- In de ganse provincie Antwerpen is er een duidelijk tekort aan brugzorg Noorderkempen/Wuustwezel: initiatieven voor erg jonge kinderen bij wie owv multifactoriële oorzaken nog geen diagnose gesteld kan worden

##### Brussel en de rand

- De noden zijn hoog ondanks dat iedere netwerkpartner meer dan zijn best doet. Maar als de vraag het aanbod sterk overstijgt, is het dweilen met de kraan open. Belangrijke nuance is dat hierdoor organisaties genoodzaakt zijn om hun terrein nog verder af te bakenen en hierdoor niet meer het volledige speelveld gebufferd zal zijn.
- Nu geen aanbod van brugzorg. Zou heel goed zijn moest brugzorg voorhanden zijn!!! Absolute meerwaarde voor kinderen en ouders.
- Er is onvoldoende aanbod in onze regio, en dit voor alle vormen van zorg.

De beperkingen zijn de lange wachttijden in alle diensten, maar vooral in de gesubsidieerde diensten (CGG, thuisbegeleiding, CKG, ..). Mensen staan ook daar meer dan een jaar op de wachtlijst. .. De nood is in de volledige sector van de geestelijke gezondheidszorg.

### **Limburg**

- vragen mbt brugzorg niet beantwoord

### **Oost-Vlaanderen**

- Er zijn heel wat mogelijkheden in de privésector (voor financieel sterke gezinnen). De mensen die kampen met financiële beperkingen vallen hier wel uit de boot. Op vlak van Huis van het Kind zijn er ook wel al initiatieven (vb rond samen spelen). Op vlak van onderwijs is het zeer schoolafhankelijk wat er al dan niet doorgevoerd wordt qua differentiatie en ouderbetrokkenheid. Algemeen kampen quasi alle diensten met immense wachtlijsten (vb thuisbegeleidingsdiensten; logopedie binnen CGG Aalst).
- Prive werkende artsen (kinderpsychiaters, ed) hebben vaak evenzeer wachtlijsten. We worden ook geconfronteerd met wachtlijsten in buitengewoon onderwijs of ondersteuningsteams van scholen.  
Thuisbegeleidingsdiensten zijn vaak ook beperkt. Het project 1-gezin 1-plan probeert hierin een stuk bruggen te bouwen (regionale samenwerkingsverbanden, laagdrempeligheid, toegankelijk), belangrijk hierin is dat er voldoende afstemming en overdracht is naar volgende diensten.
- De vele hulpvragen naast de toenemende complexiteit van de hulpvragen, tonen dat er nood is aan een snelle en vooral goede ondersteuning van de noden. Expertise is hierbij heel belangrijk om zo snel mogelijk de juiste keuzes te maken.
- Er is wel een aanbod (bv. via nomenclatuur), maar niet voldoende en dikwijls is de financiële toegankelijkheid een probleem. Kwetsbare gezinnen vallen hierdoor vaker uit de boot. Daarnaast is er ook voor bepaalde vormen van zorgverlening wel een laagdrempelig aanbod maar dikwijls is dat gericht op kinderen met een minder complexe ontwikkelingsproblematiek en ontbreekt het soms aan multi- en interdisciplinaire expertise van kinderen met complexe ontwikkelingsstoornissen. Indien deze brugzorg al vanuit onze setting kan gebeuren in afwachting van een multidisciplinaire hulpverlening garandeer je de multi- en interdisciplinaire expertise inzake complexe ontwikkelingsstoornissen en hoeven het kind/jongere en de ouders/zorgdragers geen nieuwe vertrouwensrelatie aan te gaan wanneer ze na de brugzorg doorstromen binnen dezelfde setting. Dat scheelt ook tijd en energie die anders naar gegevensdeling en informatie-overdracht moet gaan.
- Voor het moment is er geen voldoende aanbod aan brugzorg in onze regio.
- Neen, voor CGG dienen de ouders zich te verplaatsten naar Eeklo, Lokeren of Gent vanuit Zelzate.
- Wachtlijsten bij externe diensten beperken de mogelijkheden om tijdens de periode dat zorggebruikers bij ons op de wachtlijst staan, brugzorg te bieden.

- We moeten vaststellen dat ook in nadere settings de wachtlijsten oplopen.
- Er zijn voldoende voorzieningen.

### **Vlaams-Brabant**

- Er is voldoende aanbod, maar er zijn lange wachtlijsten (vooral voor psychotherapie en logopedie)
- Brugzorg blijft vaak beperkt tot contextproblemen ondanks de inspanningen van de overheid bv EGEP en EL psychologen. Hoogste noden voor ons centrum liggen bij kinderen en jongeren met complexe ontwikkelingsproblematieken.
- ellenlange wachtlijsten voor thuisbegeleidingsdiensten en CAR !!!

### **West-Vlaanderen**

- Er is nood aan meer specifieke kennis over aanpak van sociaal-emotionele en gedragsmatige moeilijkheden in de thuiscontext en op school die mogelijks kaderen binnen een ontwikkelingsstoornis. Meer belangrijk nog is dat die kennis voor ouders snel en direct toegankelijk is en dat advies en hulpverlening laagdrempelig en toegankelijk is.
- Hoogste nood ligt bij een betaalbare zorg voor gezinnen met beperkte financiële middelen. Daarnaast is thuisbegeleiding een blijvend knelpunt.
- Er is voldoende aanbod maar kinderen worden nog té veel te laat aangemeld voor diagnostisch traject. Leerkrachten en voornamelijk zorgleerkrachten zouden nog meer ondersteuning moeten krijgen van ons gespecialiseerd multidisciplinair team. Maar dit is vanuit de conventie maar ook organisatorisch niet te realiseren.

## **5 Discussie en opvallende vaststellingen**

Dit rapport beschrijft de resultaten van een zeer beperkt en verkennend onderzoek naar de impact van de COVID 19-maatregelen op de toegankelijkheid van diagnostiek voor kinderen en jongeren met ontwikkelingsstoornissen.

Het onderzoek is op zeer korte termijn uitgevoerd en beperkt zich tot een inventaris van reacties van medewerkers uit COS, RCA en CAR. Wij hebben geen criteria opgelegd over wie de vragenlijst zou invullen. We zijn teruggevallen op een netwerk van mogelijke respondenten uit een eerder onderzoek. Dit onderzoek maakt dus geen inventaris van de mogelijke verschillende perspectieven en verwachtingen van diverse beroepsgroepen in de sector. Evenmin heeft deze verkenning rekening gehouden met andere actoren die een bepaald aanbod hebben van diagnostiek (cfr. CLB, CGG, private spelers).

Ondanks de tijdsdruk hebben verschillende mensen zeer harde inspanningen geleverd om kwalitatieve appreciaties toe te leveren. In die zin hebben we toch een redelijk aantal antwoorden kunnen verzamelen en bieden de antwoorden inhoudelijke meerwaarde. De bevragingstechniek (open vragen via e-mail) heeft haar beperkingen wat betreft diepgang en kwaliteit van de bevindingen: er werd met

een beperkte set van thematisch georganiseerde vragen naar ervaringskennis bevroegd, naar visies en mogelijk inhoud van brugzorg. We hebben geen strategie gebruikt om verdiepende vervolgvragen te stellen bij de antwoorden. De analyse van de resultaten is beperkt tot een thematisch clustering van aspecten waarmee op hoofdlijnen rekening kan worden gehouden: er is nog geen sprake van een diepte-analyse van mogelijke verschillen en overeenkomsten noch een diepte-analyse om een organisatiemodel in dialoog met de sector uit te rollen.

Rekening houdend met de methodologische beperkingen en de doelstellingen van het onderzoek, kunnen de resultaten van dit rapport gelezen worden als indicatief verkennend, en leveren ze toch een oriëntatie voor eventueel tijdelijke ondersteunend beleidsmaatregelen. De meerwaarde van het onderzoek is dat er een aantal gemeenschappelijke krachtlijnen uit de antwoorden te halen vallen, die niet alleen een reactie zijn op de COVID 19-crisis, maar aanknopingspunten biedt voor een toekomstig beleid. De bevindingen in dit onderzoek sluiten aan bij de bevindingen van een eerdere onderzoek in de sector en lijken voldoende relevant voor het initiëren van compenserende beleidsinitiatieven. In de toekomst zal hoe dan ook verdiepend moeten nagedacht worden over een organisatiemodel om deze problematiek op structurele wijze aan te pakken, en zal evaluatieonderzoek nodig zijn naar het uitwerken van deze modellen. Volgende kernvaststellingen kunnen mee aan boord genomen worden bij het initiëren van tijdelijke maatregelen en toekomstig beleid:

- **Er is een capaciteitstekort in diagnostiek voor ontwikkelingsstoornissen in Vlaanderen die de toegankelijkheid van noodzakelijke zorg beperkt. In 2020 zullen naar verwachting minder trajecten kunnen geïnitieerd worden dan voorgaande jaren (waar toen al een toegankelijkheidsprobleem was). De COVID 19-maatregelen hebben het probleem van toegankelijkheid versterkt, enerzijds door een periode van volledige inactiviteit, anderzijds omdat bij de heropstart niet op volledige capaciteit van de diverse centra wordt gewerkt. Met de huidige capaciteit in de centra kan geen volledige inhaalbeweging gerealiseerd worden.**
- **Er is dus een reëel risico dat vooral de meest kwetsbare groepen ingrijpende gevolgen zullen ervaren van de opbouw van achterstand: Bovendien hanteren bepaald centra een aanmeldingsstop op hanteren een selectief toegangsbeleid (prioritering) waardoor het risico toeneemt dat kinderen en hun ouders nog meer tussen de mazen van het net zullen verdwijnen.**
- **De COVID-19 maatregelen en vooral de beschermingsmaatregelen die moeten gebruikt worden zorgen voor extra tijd- en werkbelasting van de medewerkers, waardoor bij toekomstig beleid ook zal rekening moeten gehouden worden met de werkdruk van werknemers.**
- **Alle respondent wijzen op het belang om in te zetten op brugzorg met als doel een ondersteuningsaanbod te kunnen aanbieden aan kinderen en ouders (en de context) om groepen met zorg- en ondersteuningsnoden niet in een “zwart gat” te laten vallen in afwachting van het opstarten en finaliseren van een diagnostisch traject.**
- **De brugzorg moet opgezet worden als een “zorg op maat” benadering die rekening houdt met de noden en behoeften van de kinderen en hun ouders/opvoeders.**

- In de antwoorden zijn indicaties te vinden dat organisaties beperkt worden door regelgevende randvoorwaarden, die ook een invloed kunnen hebben over het initiëren van brugzorg.
- Er moet in de subregio's in Vlaanderen grondig gewerkt aan het inventariseren van mogelijk capaciteit om ook dergelijke brugzorg stapsgewijs en locoregionaal vorm te geven. Voor brugzorg is er nood aan een zekere expertise om basisondersteuning te kunnen geven.
- De vorm waarin brugzorg kan worden aangeboden kan uiteenlopend zijn: voor jongere doelgroepen komt uit de antwoorden het belang naar voor van ondersteunende brugzorg zoveel als mogelijk aan te bieden in de directe thuis of schoolomgeving. Er zijn in de resultaten indicaties te vinden dat die brugzorg zal moeten vormgegeven worden vanuit een samenwerkingslogica met spelers uit verschillende sectoren. Echter, de respondenten het meest vaag zijn over hoe dat samenwerkingsmodel er dan concreet zou moeten uitzien, en op dat vlak zal nog belangrijke input moeten geleverd worden. In de antwoorden zijn indicaties te vinden dat respondenten nog zeer erg denken vanuit hun "eigen" organisatielogica wanneer vragen gesteld worden over de vorm die brugzorg kan aannemen.

## 6 Beleidsadviezen

**Samenwerken:** Het uitgangspunt van de inhaalbeweging van het door COVID 19 toegenomen toegankelijkheidsprobleem voor diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij kinderen, zou moeten zijn dat naast het vergroten van de capaciteit, het heterogene aanbod van voorzieningen en praktijken beter wordt gecoördineerd en dat wordt gewerkt vanuit een "gedeeld verhaal" waarin de doelstellingen en activiteiten van verschillende bestaande spelers op elkaar worden afgestemd. Door een uitbreiding van de diagnostische capaciteit gekoppeld aan de voorwaarde voor betere onderlinge coördinatie (samenwerking en doorverwijzing voor zowel diagnostiek als brugzorg) in regionaal afgebakende zones, kan de geaccumuleerde problematiek van toegankelijkheid tegemoet worden gekomen.

**Regionale inbedding** bij toegankelijk is een belangrijk vraagstuk om zorg en ondersteuning zo dicht als mogelijk in de eigen leefomgeving, in de nabijheid te kunnen blijven geven. De prioriteit op korte termijn ligt op het versterken van coördinatie van diagnostische activiteit tussen verschillende type spelers en het optimaal inzetten en coördineren van hun expertise, om zo meer diagnostische trajecten op te starten en te ondersteunen met brugzorg in afgebakende zones. Op korte termijn wordt, wat de regionale organisatie betreft, voortgewerkt op de informeel bestaande regionale organisatie van het aanbod.

**Toewijzing van extra middelen:** Prioritair worden middelen toegewezen op drie type kernspelers met gespecialiseerde expertise van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen bij kinderen, en die diagnostiek als kernactiviteit hebben: de centra voor ambulante revalidatie, de centra voor ontwikkelingsstoornissen en de referentiecentra voor autisme. Echter, de toewijzing van aanvullende middelen zou moeten gekoppeld worden aan de voorwaarde dat de kernpartners zich inschrijven in een interorganisatorische samenwerking met centra voor geestelijke gezondheidszorg, de K-diensten, de centra voor leerlingenbegeleiding, de observatie- en behandelcentra en de onthaal-, observatie- en



oriëntatiecentra, die binnen hun aanbod ook multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen voorzien, en openingen creëren naar ander sectoren die mee kunnen instaan voor het vormgeven van brugzorg. De partners engageren zich om met de middelen op korte termijn een concreet operationeel en identificeerbaar samenwerkingsverband op te zetten, maar ook om een lange termijnengagement aan te gaan. Het samenwerkingsverband zet in op de concepten van interorganisatorisch samenwerken en van brugzorg. Het samenwerkingsverband en alle individuele partners moeten een inhaalbeweging inzetten voor het aanbieden van diagnostiek voor de vooropgestelde populatie vanaf september 2020, waarin gewerkt wordt vanuit complementariteit en doorverwijzing.

De extra middelen worden initieel aangewend en toegewezen aan **pilootinitiatieven**, maar met een perspectief op recurrente financiering op langere termijn, gefundeerd in een meer duurzaam uitgewerkt en wetenschappelijk geëvalueerd samenwerkingsmodel.

Als prioriteiten moeten gesteld worden door schaarste aan middel, is de aanbeveling om op korte termijn prioriteit te geven aan het verhogen van capaciteit voor **diagnostiek bij schoolgaande kinderen** (kleuter/lager onderwijs en transitie naar secundair onderwijs) en/of kinderen voor wie het traject vertraging opgelopen heeft door het ontbreken van diagnostiek als gevolg van de COVID-19-problematiek. Hierbij moet bijzondere aandacht gegeven worden aan kinderen die opgroeien in een precare leefsituatie en moet voor hen gestart worden met brugzorg. Deze prioritering mag niet belemmeren hoe kan gewerkt worden aan het voorzien van brugzorg voor andere doelgroepen.

## 7 Bibliografie

Nog niet gepubliceerd rapport:

Cloet, E., Kimpe, E., Van Ransbeeck, T., Leys, M. (2020) *De toegankelijkheid van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in Vlaanderen*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

## 8 Bijlage

### Bijlage 1: vragenset

1. Voor welke organisatie en vestigingsplaats vult u deze vragenlijst in?
  
2. Stand van zaken t.o.v. de programmatie/'reguliere werking'.
  - a) Hoeveel diagnostische trajecten werden in uw centrum opgestart tussen 1 januari '20 en 15 juni '20?
  
  - b) Hoeveel diagnostische trajecten realiseert u in een 'gewoon' jaar, op jaarbasis?

*Geef, als u ze beschikbaar heeft, de cijfers voor 2018 en 2019 en het aan het begin van het jaar vooropgestelde programmatiecijfer voor 2020.*

3. Wachttime sinds de Covid-19 maatregelen
  - a) Hoeveel weken bedraagt de wachtime tussen de aanmelding voor diagnostiek en een eerste gesprek?
    - In "normale" tijden?
  
    - Sinds de COVID-19 maatregelen, wanneer een kind aangemeld werd dd. 15 juni 2020?

*Indien u aparte wachtlijsten bijhoudt voor verschillende leeftijdscategorieën en de wachtimes hierdoor afhankelijk is van de leeftijd, gelieve de wachtime per leeftijdscategorie weer te geven.*

- b) Hoeveel weken bedraagt de wachtime tussen het eerste gesprek en de aanvang van het diagnostisch bilan?
    - In "normale" tijden?
  
    - Sinds de COVID-19 maatregelen, wanneer een kind aangemeld werd dd. 15 juni 2020?

*Indien u aparte wachtlijsten bijhoudt voor verschillende leeftijdscategorieën en de wachtimes hierdoor afhankelijk is van de leeftijd, gelieve de wachtime per leeftijdscategorie weer te geven.*

4. *In welke mate en op welke manier* hebben de COVID-19 maatregelen een invloed gehad op de toegankelijkheid van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen binnen uw centrum? Geef hieronder een korte kwalitatieve beschrijving.

5. Als er invloed is geweest, wat is er dan nodig om een inhaalbeweging in te zetten?

6. Brugzorg.

*Brugzorg is een manier waarop, in afwachting van uitgebreide diagnostiek, aan de slag gegaan kan worden met het kind, met de bedoeling de wachtperiode zinvol in te vullen door in te spelen op noden van het kind en zijn ouders/opvoeders/context.*

a) Van welke factoren hangt 'nuttige brugzorg' in uw ogen af? Kan u daar in een paar woorden een beschrijving van geven?

b) Wat zou volgens u zinvolle brugzorg kunnen inhouden, per leeftijdscategorie?

Infants (0 – 2j)

Peuters (2j1 – 4j)

Kleuters (4j1 – 6j)

Latentieleeftijd 1 (7j – 9j)

Latentieleeftijd 2 (9j1 - 12j)

Adolescentie 1 (12j1 – 15j)

Adolescentie 2 (15j1 - 18j)

Transitieleeftijd (18j1 – 21j)

c) Moet er voor de kinderen en jongeren uit uw centrum ingezet worden op brugzorg, en op welke prioritaire vormen dan?

d) Is er in de regio's waar u actief bent (voldoende) aanbod van brugzorg? Waar liggen de hoogste noden?