

# VAPH

---

VLAAMS AGENTSCHAP VOOR  
PERSONEN MET EEN HANDICAP

## **FAQ VRAGENMOMENTEN MODULE A**

mei-juni 2024

## VRAGEN OVER DE ALGEMENE RUBRIEKEN

Module A be vraagt momenteel op drie verschillende plaatsen de beperkingen en participatieproblemen. Daardoor heb ik het gevoel dat ik nogal veel moet kopiëren en plakken. Hoe kan ik dat vermijden?

Het gaat over de volgende onderdelen: algemeen beeld, stoorniscodes (waar opsplitsing niet altijd mogelijk is) en de conclusie over de handicap. Ook met module D lijkt er overlap te zijn.

Tekst kopiëren en plakken moet ten allen tijde vermeden worden. Bij gekopieerde tekst zal de VTC immers minder geneigd zijn om alle informatie te lezen, wat een negatieve impact op de beslissing kan hebben. Probeer daarom per onderdeel te focussen op de volgende zaken:

- In het **algemeen beeld** van module A moeten de participatieproblemen niet één voor één beschreven worden. Daar verwachten we dat het MDT algemeen (in enkele zinnen) beschrijft wat er moeilijk loopt.
- Bij de **stoornissen** wordt wel een gedetailleerde beschrijving verwacht, maar dan uitgesplitst per stoornis. Het klopt dat dat niet altijd gemakkelijk is, maar probeer zeker niet te werken met copy/paste. Verwijs eventueel naar beschrijvingen bij andere stoornissen als er te veel overlap bestaat.
- Ten slotte is het bij de **conclusie** niet de bedoeling om alles tot in detail te beschrijven. Daar moet het MDT vanuit de reeds beschreven problemen motiveren waarom de persoon erkend kan worden als een persoon met een handicap rekening houdende met de definitie handicap (het gaat over een ernstig en langdurig participatieprobleem ). Ook daar volstaan enkele zinnen die beknopt en concreet de essentie beschrijven.

In het globaal beeld van module D worden de beperkingen bij alle domeinen be vraagd over alle stoornissen heen. In module A worden niet enkel de beperkingen, maar ook de participatieproblemen be vraagd en dat specifiek per stoornis. Het is bij module A dus niet de bedoeling dat alle levensdomeinen beschreven worden, maar dat het MDT specifiek per stoorniscode beschrijft op welke manier die stoornis leidt tot participatieproblemen. Daarbij volstaat het om de levensdomeinen te benoemen die het meest ernstig geïmpacteerd worden. Bijvoorbeeld bij een motorische stoornis: in module A moet het MDT beschrijven dat een persoon moeite heeft met transfers en dat hij daardoor niet zelfstandig kan instaan voor zijn lichamelijke verzorging en mobiliteit. Voor module A volstaat dat. In module D moet bij de vraag naar beperkingen en participatieproblemen veel meer concreet beschreven worden bij welke concrete transfers er problemen zijn, bij welke concrete activiteiten binnen het domein etc.

In het luik rond sessies wordt er enkel gevraagd naar introductie/ontvangst, gesprek en verwerking achteraf. Binnen ons MDT vindt er echter ook heel wat voorbereidend werk plaats. Is er een mogelijkheid om ook een rubriek te voorzien voor die voorbereidingstijd? En hoe moeten we de sessies interpreteren?

De namen van de drie onderdelen werden voor zowel module C als module A overgenomen vanuit het ZZI. Voor modules A en C kunt u de onderdelen als volgt interpreteren:

- Introductie/ontvangst: al het voorbereidend werk voordat u aan de module start
- Gesprek: (eventueel) huisbezoek in functie van de module, gesprek met de persoon (en diens netwerk)
- Verwerking achteraf: het effectieve schrijven van de module, inclusief multidisciplinair overleg

We zijn momenteel bezig met het uitschrijven van meer gedetailleerde instructies voor dit luik. Zodra die instructies beschikbaar zijn, wordt u daarvan op de hoogte gebracht via een nieuwsbericht. Voor het VAPH maakt het geen verschil of elke consultatie een aparte lijn krijgt, of dat alle consultaties samengenomen worden. Als datum kunt u de datum van het laatste gesprek nemen. Deze registraties zijn bedoeld om zicht te krijgen op de gemiddelde tijdsinvestering van MDT's voor elke module. Voor modules C en B worden deze zaken vandaag ook al bevraagd.

Bij de nieuwe module A worden specifieke zaken opgevraagd per stoorniscode. Het is echter op voorhand niet altijd duidelijk [welke stoorniscode](#) van toepassing is (dat moet vaak overlegd worden met de arts).

Is het mogelijk om een soort van handleiding - die beschrijft welke informatie waar nodig is - te voorzien?

We begrijpen dat het niet gemakkelijk is om in te schatten welke informatie er voor elke stoorniscode noodzakelijk is. Daarom vormt de website een begeleidende handleiding bij de module A. Op de website staat voor heel wat stoornissen uitgelegd welke informatie zeker nodig is. Voor andere stoornissen raden we aan om zo veel mogelijk objectivering op te vragen bij de persoon.

## VRAGEN OVER STOORNISSEN

### 1. STOORNISSEN - ALGEMEEN

Ik begrijp niet zo goed wanneer ik bepaalde stoornissen apart moet uitwerken en wanneer niet. Bijvoorbeeld: een persoon heeft een verstandelijke handicap en stelt moeilijk gedrag door een gebrek aan ondersteuning. Daarnaast is er sprake van psychoses, die volgens de psychiater veroorzaakt worden door de verstandelijke handicap (en gebrek aan ondersteuning). Moet ik beiden dan apart uitwerken of mag ik ze samenhouden omdat het één de oorzaak van het andere is? Hoe ga ik bv. om met een amputatie ten gevolge van diabetes?

MDT's werken best alle stoornissen (met een impact op het functioneren) apart uit. Op die manier hebben wij als VAPH voor elke stoornis zeker alle noodzakelijke informatie. Dat is vooral belangrijk bij combinaties van stoornissen met psychiatrische problematieken. Bij die problematieken moeten de behandelingen en langdurigheid namelijk zeer goed uitgewerkt worden. Als de psychiatrische problemen samen met bv. een verstandelijke handicap uitgewerkt worden, merken we immers vaak dat cruciale informatie ontbreekt.

Als u daardoor meer dan vijf codes nodig hebt, dan kunnen de stoornissen die terug te brengen zijn tot één aandoening, ook geclusterd worden op dat niveau (bv. bij MS of een CVA). Die clustering moet altijd gebeuren in samenspraak met alle MDT-leden (arts, psycholoog/orthopedagoog en sociale discipline).

De psychoses moeten dus apart uitgewerkt worden. Ook een amputatie bij diabetes wordt best apart uitgewerkt als het aantal stoorniscodes dat toestaat.

**Ik begrijp niet goed wat ik moet invullen bij de vraag 'Beschrijf de aandoening en de etiologie ervan'. Dat lijkt me eerder een standaard tekst die ook op het internet terug te vinden is. Als het dan weer specifiek over de persoon moet gaan, vrees ik voor herhaling.**

Bij de resultaten van de onderzoeken is het niet de bedoeling om de volledige stoornis te beschrijven, maar louter de onderzoeksresultaten. Bij de vraag naar de etiologie verwachten we zeker geen ellenlang antwoord, maar een concrete en beknopte beschrijving van hoe de stoornis zich manifesteert bij de specifieke cliënt waarvoor de module opgesteld wordt. Daarbij willen we vooral informatie over de oorzaak. We geven enkele voorbeelden over het onderscheid:

- **Stoorniscode G72 (myopathie secundair):**
  - Etiologie en aandoening: De persoon kreeg de diagnose 'critical illness myopathie (CIM)'. Die werd veroorzaakt door een ernstige COVID-infectie in mei 2022. De persoon lag 36 dagen op intensieve zorgen. Hij werd beademd en lag 20 dagen in coma.
  - Onderzoeken: Hier willen we bv. het meest recente EMG, een spierbiopt ...
- **Stoorniscode G931 (hersenanoxie sequellen):**
  - Etiologie en aandoening: De persoon heeft een langdurige bewustzijnsstoornis en een minimaal bewuste toestand door tijdelijke anoxie van de hersenen. De aandoening is ontstaan door een arbeidsongeval op 2 februari 2023 waarbij de persoon langdurig geklemd zat tussen een automatische poort.
  - Onderzoeken: Hier kunnen een EEG, NMR van de hersenen etc toegevoegd worden.
- **Stoorniscode G319 (neurodegeneratieve aandoeningen NEG)**
  - Etiologie en oorzaak: Er is sprake van een degeneratief lijden van het cerebellum. De oorzaak is op heden nog niet met 100% zekerheid gekend, het genetisch onderzoek is nog lopende.

- Onderzoeken: NMR van de hersenen (toont atrofie van kleine hersenen en hersenstam), PET-scan, eventuele resultaten van genetisch onderzoek die wel al gekend zijn ...

## 2. AUTISMESPECTRUMSTOORNIS

Is het voldoende om te spreken over multidisciplinariteit wanneer de psychiater en psycholoog naar elkaar verwijzen in hun verslag? Of wordt het enkel beschouwd als multidisciplinair wanneer de psycholoog en psychiater hetzelfde document ondertekend hebben (wat we dan als bijlage moeten toevoegen)?

Volgens het diagnostisch protocol moet de diagnose ASS multidisciplinair gesteld worden. Daarin wordt vermeld dat een multidisciplinair overleg een noodzakelijk onderdeel is van een goed diagnostisch onderzoek. De psychiater en klinisch psycholoog/orthopedagoog moeten met elkaar in overleg gaan voor een kwaliteitsvolle diagnose. We verwachten dus dat de psychiater bij een bevestiging van een diagnose contact opneemt met de psycholoog of orthopedagoog die de testen heeft afgenomen. Of er overleg is geweest, kan door de diagnostici op verschillende manieren aangetoond worden bij het MDT: er kan een datum van het overleg tussen de disciplines weergegeven worden in het diagnostisch verslag, het kan aangetoond worden door een ondertekening van het verslag door beide disciplines ... Als het voor het MDT niet duidelijk is of er overleg heeft plaatsgevonden, moet het MDT bij de diagnostici nagaan of en wanneer er overleg heeft plaatsgevonden. Als het niet lukt om de diagnostici te bereiken, dan moet het MDT motiveren welke pogingen ondernomen werden om de nodige informatie te bekomen. Als blijkt dat er geen overleg heeft plaatsgevonden, dan moet gemotiveerd worden waarom er toch sprake kan zijn van een kwaliteitsvolle diagnose.

Welke informatie wordt er verwacht bij de vraag naar onderzoeken? Gaat dat over IQ-scores?

In dat luik verwachten we de resultaten van alle testen en onderzoeksmethoden die gebruikt zijn om de diagnose ASS te stellen. Dat kan gaan over observaties, een eventuele ADOS, ABAS-3-NL, IQ-gegevens, andere testgegevens. Bij die vraag moeten dus niet enkel testgegevens verwerkt worden, maar mogen ook de onderzoeksmethoden beschreven worden. Bij deze vraag moeten nog niet alle gedragskenmerken beschreven worden, maar kunt u verwijzen naar de vraag over de dyade/triade: bv. bij type onderzoek beschrijft u bv. 'observatie'; bij resultaten beschrijft u 'tijdens de observatie werden gedragskenmerken van ASS geobserveerd. Die kenmerken worden beschreven bij de triade/dyade'.

In het diagnostisch besluit van een verslag ASS wordt meestal beschreven welke onderzoeken doorslaggevend waren voor de diagnose. Ik mis in module A precies een plaats waar ik dat besluit kan verwerken?

Het diagnostisch besluit zou in principe een beschrijving van de dyade of triade moeten bevatten en kan daarom uitgewerkt worden in die tekstvelden. Als er toch nog bijkomende informatie in het diagnostisch besluit staat, dat daar niet onder past, dan kan het besluit toegevoegd worden bij diagnostische onderzoeken. Daar geeft u als type onderzoek 'diagnostisch besluit' in en vermeldt u verder de noodzakelijke informatie.

We worden gevraagd om behandelingen te beschrijven die niet mogelijk waren en waarom. Moeten we daarbij alle behandelingen beschrijven die niet mogelijk waren, of enkel degenen die overwogen en niet weerhouden zijn?

Het volstaat om de behandelingen te beschrijven die overwogen werden en waar uiteindelijk niet voor gekozen is. Daarbij is het belangrijk om te weten waarom die specifieke behandelingen niet weerhouden werden.

### 3. VERSTANDELIJKE HANDICAP

Bij een IQ-test wordt de naam van een master in de psychologie of pedagogische wetenschappen gevraagd. In de praktijk worden IQ-testen dikwijls afgenomen door bachelors of stagiairs. Mag de psycholoog / pedagoog van het MDT (met het juiste diploma) deze IQ-test dan interpreteren en verwerken, en bijgevolg zichzelf als naam opgeven in de module A?

Bij de IQ-testen en testen voor adaptieve vaardigheden worden geen namen of discipline gevraagd. Module A bevrageert enkel de naam van de persoon die de diagnose gesteld heeft en dat moet inderdaad een master psycholoog of orthopedagoog zijn.

Als de klinisch psycholoog of orthopedagoog van het MDT de diagnose verstandelijke handicap wil stellen op basis van een IQ-test die door een bachelor psycholoog is afgenomen, dan is het belangrijk dat de omstandigheden van de testafname en de belangrijke observaties goed beschreven zijn bij de test. Louter de scores van de IQ-test volstaan dus niet voor het aantonen van het intelligentie criterium.

Let ook op: ook de andere diagnostische criteria (ontwikkelingscriterium en criterium adaptief gedrag) moeten aangetoond kunnen worden: de klinisch psycholoog/orthopedagoog van het MDT moet er dus voor zorgen dat het hele diagnostisch proces zoals beschreven op onze website doorlopen werd.

Bij een afname volgens de crossbatterijbenadering (met WISC-III, SON en CELF) wordt er niet altijd een TIQ berekend voor WISC-III. Als MDT beschikken wij over de normscores van WISC-III. Mogen wij het TIQ dan zelf berekenen op basis van het verslag (d.i. de vermelde subtesten van de WISC-III)? En mag dat ook als niet alle basis-subtesten voorhanden zijn? Mogen wij dan mits vervanging en schatting een TIQ berekenen?

Als het MDT op basis van de normscores, zelf een totaal IQ van de gestandaardiseerde test kan berekenen, dan mag dat.

Wanneer de crossbatterijbenadering voor een CHC-profiel correct wordt toegepast, dan zijn normaal gezien alle relevante subtesten (en scores) voor een totaal IQ beschikbaar. Als niet alle noodzakelijke subtestscores voorhanden zijn, betekent dat dat de crossbatterijbenadering niet correct toegepast is. Als niet alle basis-subtesten voorhanden zijn, dan is een nieuwe testafname aangewezen.

#### 4. MOTORISCHE STOORNISSEN

Ik begrijp het verschil tussen de vraag naar functiestoornissen en problemen met activiteiten niet zo goed. Gaat dat niet heel vaak over dezelfde informatie?

Bij de functiestoornissen verwachten we objectieve onderzoeksresultaten zoals bv. de spierkracht in de benen. Bij de activiteiten willen we weten op welke manier de verminderde spierkracht het stappen buitenshuis beïnvloedt (bv. de persoon kan niet stappen en is rolstoelgebonden). Die informatie kan wel vaak uit hetzelfde verslag gehaald worden.

Ik begrijp het verschil tussen de vraag problemen met activiteiten en later de beperkingen en participatieproblemen niet zo goed. Gaat dat niet heel vaak over dezelfde informatie?

Het klopt dat de beperkingen al geobjectiveerd worden bij de activiteiten en functies. Bij die vragen is de focus voornamelijk objectivering en attestering door een motorisch specialist. Bij de vraag naar beperkingen en participatieproblemen verwachten we een meer algemene beschrijving van de impact van de beperkingen op de participatie. We bouwen verder op het voorbeeld hierboven: Als er bij de functies en activiteiten gesproken wordt over spierkrachtscores en roelstoelafhankelijkheid, dan verwachten we bij de vraag over beperkingen en participatieproblemen dat u beschrijft dat de persoon bv. niet zelfstandig kan instaan voor het huishouden (stofzuigen, dweilen ...) en niet zelfstandig gebruik kan maken van het openbaar vervoer.

**Ik merk dat er bij heel veel personen geen testing in verband met IADL of ADL beschikbaar is. Welke informatie moet ik dan verwerken bij de functiestoornissen en problemen met activiteiten?**

De resultaten van zowel het motorisch als functioneel bilan werden ook in de vorige module A al verwacht. Omdat die informatie in de oude module A vaak vergeten werd, wordt dat nu opgesplitst bevestigd. De functies zijn over het algemeen terug te vinden in een motorisch bilan. De beperkingen in het dagelijks leven worden meestal geobjectiveerd in een functioneel bilan. In de praktijk kan er informatie over zowel de functies als de beperkingen in één verslag teruggevonden worden. Ook in andere medische verslagen kunnen de beperkingen aan bod komen. Als bepaalde informatie ontbreekt, moet u goed motiveren waarom die informatie niet voorhanden is.

## **PRAKTISCHE VRAGEN**

**Ik merk dat er bij de nieuwe module A heel wat meer bijlagen toegevoegd moeten worden. Waarom zijn die verplicht terwijl alle informatie in module A uitgewerkt moet worden?**

Het is de bedoeling dat module A voldoende is om te kunnen oordelen over de erkenning als persoon met een handicap. Daarom is het belangrijk om alle relevante informatie uit de bijlagen te verwerken in de module.

De bijlagen bij de stoornissen dienen voornamelijk als stavingsstuk, maar kunnen ook vermijden dat er bijkomende informatie opgevraagd wordt. Door verslagen toe te voegen als bijlage kunnen we bij onduidelijke informatie toch even de ruimere (vaak medische) context raadplegen. Zo moeten we nadien minder informatie opvragen en loopt de behandeling van het dossier geen vertraging op. Deze werkwijze zal uiteraard geëvalueerd worden. Als na verloop van tijd blijkt dat de medische verslagen overbodig zijn geworden, dan zal deze werkwijze ook aangepast worden.

**Ik heb niet altijd alle noodzakelijke informatie om alle verplichte velden in te vullen. Wat moet ik dan doen?**

Als de nodige informatie niet voorhanden is, moet dat toegelicht worden binnen het voorziene veld. Het blijft wel de bedoeling om dat tot een minimum te beperken, aangezien die verplichte velden er net gekomen zijn omdat de gevraagde informatie eigenlijk noodzakelijk is om te kunnen oordelen over de handicap.



Bij de oude module A moesten de betrokken disciplines van het MDT handtekenen. Bij de nieuwe module A is die mogelijkheid niet voorzien. Betekent dat dat wij module A niet meer moeten ondertekenen?

Alle modules van het MDV moeten door de correcte disciplines ondertekend worden. Het klopt dat de pdf van de nieuwe module A daar geen expliciete plaats voor heeft voorzien, maar dat betekent niet dat de handtekening niet meer nodig is. Elke MDT-medewerker moet de module handtekenen voor het indienen ervan. Dat is regelgevend bepaald en dient als bewijs dat de module multidisciplinair is opgemaakt. De handtekening moet in bewaring genomen worden voor eventuele inspecties. De manier waarop het MDT dat doet, is een vrije keuze.

Kan er misschien een volledig ingevulde module A als voorbeeld gegeven worden? Op de website staan enkele voorbeelden maar niet over elk onderdeel.

Dat is niet mogelijk. Het is immers niet mogelijk om alle stoorniscodes met ingevulde velden in één module A te krijgen. We kunnen wel bekijken om bij een volgende opleidingsreeks wat voorbeelden van ingediende modules A te gebruiken voor oefeningen.

Kan de schuldvordering nog ergens teruggevonden worden? Indien de module A verzonden is, kan de schuldvordering niet apart meer gedownload worden. Ook het nummer van de schuldvordering is niet terug te vinden.

In Helios was het mogelijk om een document te downloaden met de info over de SV. Bij het overzetten naar MijnVAPH werd aangegeven dat dit niet meer nodig was. De afspraak die er nu is, is dat MDT's de vraag aan Helioshelpdesk mogen stellen voor een overzicht van de SV.

Zodra module A verzonden is, kunnen we die downloaden. Wat is het verschil tussen "download" en "download cliënt"?

Voor modules A en C is er geen verschil tussen de pdf voor het MDT en die voor de cliënt. Bij module B is er wel een verschil: daar mogen de B- en P-waarden immers niet aan de cliënt meegedeeld worden voordat het ZZI wordt ingediend.