

Annelies Aerts^{ab}, Jolien De Brauwer^{ab}, Ellen Meersschaert^{ac}, Vera Janssens^b en Astrid Geudens^a

Verantwoord handelen in de diagnostiek en begeleiding van dyslexie en dyscalculie:

Een verkennend beeld van de situatie in Vlaanderen

Code ontwikkelde de 'Sociale Kaart ADHD, Dyslexie en Dyscalculie' om in te spelen op de nood aan een stoornis- en leeftijdsspecifiek overzicht van het hulpverleningsaanbod. Op die manier kan er gericht gezocht worden naar hulpverleners en kunnen hulpverleners gericht doorverwijzen. In deze bijdrage bespreken we de 'Sociale Kaart Dyslexie en Dyscalculie'. De online consulteerbare fiches van de voorzieningen bevatten het specifieke aanbod en de inhoud van diagnostiek en begeleiding voor dyslexie en dyscalculie voor verschillende leeftijdsgroepen. De fiches werden opgesteld op basis van een uitgebreide literatuurstudie naar evidence-based diagnostiek en begeleiding voor dyslexie en dyscalculie.

We omschrijven eerst de wetenschappelijk onderbouwde principes en maken een beschrijvende analyse van de beschikbare gegevens in de beide sociale kaarten. Deze analyse toont dat heel wat voorzieningen een aanbod aan indicerende diagnostiek hebben. Psychologische onderzoeken worden minder opgenomen. Wat betreft de begeleiding zien we dat het taakgerichte aanbod voor elke leeftijdsgroep het duidelijkst aanwezig is. Het aanbod met betrekking tot het aanleren van compenserende vaardigheden is beperkter. Nochtans is dit zeker voor adolescenten en volwassenen van belang. Het aanbod aan begeleiding om te leren omgaan met de stoornis is eerder beperkt, maar samenwerking met de directe omgeving van de cliënt wordt in heel wat voorzieningen mee in het aanbod opgenomen.

Na analyse van de beschikbare gegevens kunnen we besluiten dat de diagnostiek van dyslexie en dyscalculie in Vlaanderen bij kinderen op een wetenschappelijk verantwoorde manier gebeurt. Bij adolescenten en volwassenen blijkt dat minder het geval.

a Code, expertisecentrum van Thomas More, Antwerpen

b Opleiding toegepaste psychologie, Thomas More, Antwerpen

c Opleiding logopedie en audiologie, Thomas More, Antwerpen

Contactadres: annelies.aerts@thomasmore.be

■ Inleiding

Code, expertisecentrum van Thomas More, ontwikkelde met de steun van Sig en in het kader van PWO-financiering (Projectmatig Wetenschappelijk Onderzoek) door Thomas More een stoornisspecifieke en leeftijdsspecifieke sociale kaart voor ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), dyslexie en dyscalculie, waarin de inhoud van de diagnostiek en begeleiding van voorzieningen centraal staat.

In dit artikel spitsen we ons toe op de 'Sociale Kaart Dyslexie en Dyscalculie' en schetsen we een verkennend beeld van de situatie in Vlaanderen.

Nood aan een leeftijds- en stoornisspecifieke sociale kaart

De laatste jaren worden lees- en spellingmoeilijkheden meestal vrij snel gesignaleerd. Met het oog op een vroege remediëring en ondersteuning van het kind is een vroege onderkenning immers cruciaal (Ghesquière, 2006).

Waar dyslexie ondertussen een 'ingeburgerd' begrip is, is dyscalculie als leerstoornis minder gekend dan dyslexie. Een vroege onderkenning van hardnekkige rekenproblemen blijft bijgevolg soms uit (Barbaresi, Katusic, Colligan, Weaver & Jacobsen, 2005), waardoor het kind de nodige remedi-

ering en ondersteuning mist. Kinderen zijn met andere woorden een belangrijke doelgroep voor diagnostiek en begeleiding van leerstoornissen.

Daarnaast blijft een groep jongeren met dyslexie en/of dyscalculie onopgemerkt tot in het secundair of zelfs het hoger onderwijs (Ghesquière, 2006). Dyslexie of dyscalculie 'stopt' echter niet wanneer jongeren de overstap maken naar het secundair of het hoger onderwijs of wanneer ze de stap zetten naar het beroepsleven (Desoete, Ghesquière, De Smedt, Andries, Van den Broeck & Ruijssenaars, 2010).

Doorheen hun schoolloopbaan en beroepsleven worden kinderen, adolescenten en volwassenen met lees-, spelling- en/of rekenmoeilijkheden telkens met nieuwe uitdagingen geconfronteerd.

Er is bijgevolg nood aan wetenschappelijk verantwoorde diagnostiek en begeleiding van zowel kinderen, adolescenten als volwassenen met (een vermoeden van) dyslexie en/of dyscalculie.

Bestaande sociale kaarten (bv. www.desocialekaart.be) bieden heel wat bruikbare informatie over diensten en instellingen in de welzijns- en gezondheidssector. Men kan bijvoorbeeld opzoeken bij welke voorzieningen bepaalde doelgroepen (zoals bv. personen met ADHD) terecht kunnen. Het is echter onduidelijker af te

leiden welke specifieke vormen van diagnostiek, behandeling en ondersteuning er in de verschillende voorzieningen beschikbaar zijn. Om gericht te kunnen doorverwijzen achten hulpverleners deze informatie essentieel. Adequaat doorverwijzen kan namelijk alleen wanneer men een zicht heeft op de specifieke inhoud van het aanbod en de werking van de diverse voorzieningen. Ook voor cliënten die een hulpverlener zoeken is deze informatie nuttig.

De door ons ontwikkelende sociale kaart (te consulteren op www.code.thomasmore.be > doorklikken naar Sociale kaart) werd geïnspireerd door een gelijkaardig initiatief van de Vlaamse Vereniging voor Autisme (www.weblink.be/sen/sokaaut/). De 'Sociale Kaart Dyslexie en Dyscalculie' speelt in op de nood aan een toegankelijke en gedetailleerde informatiebron over het stoornisspecifieke aanbod (dyslexie en dyscalculie) en de inhoud van diagnostiek, behandeling en ondersteuning, voor zowel kinderen, adolescenten als volwassenen (leeftijdsspecifiek). Concreet kan men per stoornis aanduiden in welke provincie en voor welke leeftijdsgroep men een hulpverlener zoekt. Per voorziening kan men vervolgens een algemene en een gedetailleerde fiche raadplegen. In de algemene fiche vindt men de contactgegevens en de openingsuren terug. De gedetailleerde fiche geeft specifieke informatie over het aanbod aan diagnostiek en/of begeleiding.

Om een kwaliteitsvolle diagnose en begeleiding te kunnen garanderen, is het cruciaal te bepalen wat werkt en wat niet. Dit impliceert dat zowel diagnosestelling als begeleiding moet plaatsvinden binnen het kader van *evidence-based practice* (EBP) (Levant & Hassan, 2008). EBP verwijst naar de integratie van de best beschikbare wetenschappelijke evidenties, met klinische expertise enerzijds en de ervaringen, waarden, voorkeuren en cultuur van de cliënt anderzijds (American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; zie ook Schraeyen e.a., 2011).

Aan de basis van de ontwikkeling van de sociale kaart ligt dan ook een uitgebreide literatuurstudie om de evidence-based of wetenschappelijk onderbouwde handelingen voor de diagnostiek en begeleiding van dyslexie en dyscalculie in kaart te brengen. Door deze op wetenschappelijke literatuur gebaseerde *good practices* mee op te nemen in de sociale kaart krijgen we een duidelijk beeld van de inhoud van zowel diagnostiek als begeleiding van de hulpverlener.

In wat volgt staan we eerst stil bij de wetenschappelijk onderbouwde principes van diagnostiek en begeleiding van dyslexie en dyscalculie. Vervolgens bespreken we hoe deze principes vertaald werden naar online consulteerbare fiches per voorziening.

Verantwoord handelen in de diagnostiek van dyslexie en dyscalculie

Inhoud van de diagnostiek

Door de wetenschappelijke onduidelijkheid over de oorzaken van dyslexie wordt in de diagnostiek uitgegaan van een beschrijvende definitie van dyslexie (Ghesquière, Boets, Gadeyne & Vandewalle, 2011).

In Vlaanderen en Nederland wordt veelal de definitie van de Stichting Dyslexie Nederland (SDN) (2008, p. 11) gehanteerd: "Dyslexie is een stoornis die gekenmerkt wordt door een hardnekkig probleem met het aanleren en/of vlot toepassen van het lezen en/of spellen op woordniveau."

Ook voor dyscalculie vinden we in de literatuur dezelfde bemerkingen. Men hanteert in Vlaanderen de volgende beschrijvende definitie als basis voor een diagnose dyscalculie: "Dyscalculie is een stoornis die gekenmerkt wordt door hardnekkige problemen met het vlot/accuraat oproepen van rekenfeiten en/of het leren en vlot/accuraat toepassen van rekenprocedures." (Desoete, Ghesquière, De Smedt, Andries, Van den Broeck & Ruijsenaars, 2010, p. 4).

Het gebruik van deze beschrijvende definitie van dyslexie en dyscalculie impliceert dat een diagnose van deze stoornissen ook gebaseerd is op de

observeerbare kenmerken van dyslexie en dyscalculie.

In de literatuur worden de volgende criteria beschreven (Desoete e.a., 2010; Ghesquière e.a., 2011; SDN, 2008):

- het achterstandscriterium: er is een ernstige achterstand ten opzichte van een relevante vergelijkingsgroep
- het resistentiecriterium: de lees- en/of spellingmoeilijkheden (in het geval van dyslexie) of de rekenmoeilijkheden (in het geval van dyscalculie) zijn hardnekkig. Ondanks adequate en intensieve remediëring en inoefening blijven de moeilijkheden op het vlak van lezen en/of spellen of op het vlak van rekenen bestaan.

Naast deze twee criteria wordt ook het (mild) exclusiecriterium gehanteerd (Desoete, 2009; Ghesquière e.a., 2011).

- het exclusiecriterium: de hardnekkige lees-, spelling- of rekenproblemen kunnen niet volledig toegeschreven worden aan een ander probleem (door condities in of buiten de persoon, zoals emotionele moeilijkheden, een auditieve of visuele beperking, enz.).

Dit exclusiecriterium mag echter niet strikt gehanteerd worden. Het samen

voorkomen van verschillende stoornissen (comorbiditeit) is een realiteit. Het samen voorkomen van dyslexie en dyscalculie wordt geschat tussen 20% en 43% (Desoete, 2011), maar ook de comorbiditeit met ADHD (tussen 20% en 80%) en ontwikkelingsdysfasie (tussen 12,5% en 85%) is niet gering (Ghesquière e.a., 2011). Om het exclusiecriteria te operationaliseren, moeten de leerproblemen met andere woorden ernstiger zijn dan wat je op basis van de aanwezige condities zou vermoeden (Desoete, 2004; Ghesquière e.a., 2011).

In de diagnostiek wordt een onderscheid gemaakt tussen screening en diagnostisch onderzoek. Screening kan de eerste stap zijn in een diagnostisch proces. Het doel van screening is kijken of er aanwijzingen zijn voor een bepaalde stoornis.

Vaak wordt gebruikgemaakt van een vragenlijst of checklist die door hulpverleners, ouders en/of leerkrachten wordt ingevuld. In het kader van preventie gebeuren in het lager onderwijs ook klassikale screenings, bv. door middel van het leerlingvolgsysteem. Screenings kunnen een aanleiding zijn om een persoon verder te onderzoeken.

Binnen het diagnostisch onderzoek van dyslexie en dyscalculie kunnen drie vormen onderscheiden worden: de onderkende diagnostiek, de verklarende diagnostiek en de indi-

cerende of handelingsgerichte diagnostiek (Ruijsenaars, Van Luit & Van Lieshout, 2004; SDN, 2008).

Bij een onderkende diagnose van dyslexie of dyscalculie gaat het om de onderkenning van het probleem (op basis van de voorgaande criteria). Hierbij ligt de focus op observeerbare karakteristieken en stelt men het schetsen van het lees-, spelling- of rekenniveau als doel. Verantwoorde, onderkende diagnostiek met betrekking tot dyslexie en dyscalculie omvat met andere woorden het in kaart brengen van het lees-, spelling- of rekenniveau (kernvaardigheden), maar evenzeer een kwalitatieve foutenanalyse om een duidelijker beeld te krijgen van de moeilijkheden (Berckmoes, Geudens, Janssens & Schraeyen, 2007; Netwerk Leerproblemen Vlaanderen, 2001; Schraeyen e.a., 2011). Netwerk Leerproblemen Vlaanderen (2001) geeft een aantal richtlijnen om te komen tot een verantwoorde, onderkende diagnose. Ten eerste moet in het onderzoek een grondige beschrijving opgenomen worden van de huidige problemen met betrekking tot diverse domeinen van het schoolse leren en de ontwikkeling. Ten tweede moet een minimum aan anamnestiche gegevens verzameld worden die al dan niet wijzen op een leerstoornis. Aan de hand van een gesprek met de ouders en de leerkracht kan relevante informatie met betrekking tot omgevingskenmerken mee opgenomen worden. Naast het in kaart brengen van

deze informatie, vaak door middel van een intakegesprek, wordt een taakgericht onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek omvat zowel een kwantitatieve als een gedetailleerde kwalitatieve foutenanalyse. Op basis van dit geheel aan informatie kan vervolgens een gefundeerde conclusie geformuleerd worden.

In de verklarende diagnostiek tracht men de stoornis dyslexie of dyscalculie, vastgesteld op grond van objectieve, beschrijvende criteria, te relateren aan factoren die ten grondslag liggen aan de stoornis of deze in stand houden. Hierbij gaat men vaardigheden na die centraal staan in de cognitieve theorieën over de oorzaak van dyslexie en dyscalculie (bv. fonologische vaardigheden voor dyslexie of de verwerking van niet-symbolische hoeveelheden voor dyscalculie). Gezien de discussie en het gebrek aan consensus rond deze verklarende factoren is er voorzichtigheid geboden bij de interpretaties van tests op verklarend niveau. De meerwaarde van het afnemen van tests op verklarend niveau ligt in een alternatieve aanpak, namelijk in het aanvullen van het cognitief profiel, met het oog op een sterkte-zwakteanalyse (Schraeyen e.a., 2011).

In de praktijk wordt opgemerkt dat een loutere onderkenning van het probleem vaak niet voldoende is om een antwoord te bieden op de hulpvraag van cliënten. Cliënten stellen vaak de vraag hoe zijzelf en/of hun omgeving

beter kunnen omgaan met hun individuele moeilijkheden. Hier is de handelingsgerichte of indicerende diagnostiek, die de onderkende en de verklarende diagnostiek combineert en nog een stap verder gaat door ook bijkomende problemen en sociaal-emotionele gevolgen in kaart te brengen, vaak meer op zijn plaats. Een centraal element in deze handelingsgerichte diagnostiek is het opstellen van een sterkte-zwakteanalyse. Hierbij brengt de hulpverlener enerzijds de sterktes van de cliënt en zijn omgeving in kaart. Anderzijds wordt nagegaan welke individuele onderwijs-, begeleidings- en behandelingsbehoeften de cliënt heeft. Op basis van deze analyse wordt een haalbaar advies-op-maat geformuleerd (Schraeyen e.a., 2011).

Bij het opstellen van de sterkte-zwakteanalyse kan een onderzoek naar de cognitieve vaardigheden een zinvolle bijdrage leveren tot het diagnostisch proces, aangezien het leidt tot een onderbouwde analyse van sterktes en zwaktes in het cognitieve profiel. Sterktes in het cognitieve profiel kunnen vaak aangewend worden om in het dagelijkse leven bepaalde moeilijkheden te compenseren. Ook andere vaardigheden zoals het begrijpend lezen bij dyslexie of het al dan niet correct kunnen hanteren van een rekenmachine bij dyscalculie, kunnen in dit kader belangrijk zijn om mee in kaart te brengen (Everatt, Weeks & Brooks, 2007; Ruijsenaars, 2004; Schraeyen e.a., 2011). Afhankelijk

van de hulpvraag kunnen dus verscheidene elementen in het intakegesprek en het onderzoek betrokken worden met het oog op dit advies-op-maat. In de praktijk stellen we vast dat cliënten vaak vragen naar gepaste ondersteuning op het vlak van studiemethode of algemeen welbevinden.

De expertise van de hulpverlener

Zoals het kader rond wetenschappelijk verantwoord handelen voorschrijft, is de klinische expertise van de hulpverlener een voorwaarde. Deze klinische expertise verwijst naar de competentie van de hulpverlener, verworven door ervaring, onderwijs en training, die bijdraagt tot een goede beroepsuitoefening (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

In het Nederlandstalige gebied wordt deze klinische expertise geconcretiseerd door het Netwerk Leerproblemen Vlaanderen (voorheen Stichting Leerproblemen Vlaanderen) en de Stichting Dyslexie Nederland.

Netwerk Leerproblemen Vlaanderen (2001) stelt dat de diagnosticus naast een grondige kennis van het fenomeen leerstoornissen ook een gedegen scholing moet genoten hebben in de diverse functiebeperkingen om te kunnen aftoetsen of er sprake is van bijkomende problemen (comorbiditeit) en/of mogelijke andere problemen die de moeilijkheden op het vlak van lezen, spellen of rekenen veroorza-

ken. Hulpverleners die deze scholing niet hebben genoten, vallen het best terug op een multidisciplinair team. Schraeyen en collega's (2011) wijzen erop dat multidisciplinaire samenwerking a priori een meerwaarde biedt. Er is immers een rol weggelegd voor verschillende disciplines, waarbij bijvoorbeeld logopedisten, psychologen en orthopedagogen een meerwaarde kunnen bieden vanuit hun specifieke achtergrond. Naar comorbiditeiten toe kan het eveneens aangewezen zijn de expertise van een geneeskundige in te schakelen.

De Stichting Dyslexie Nederland (2008) stelt dat enkel een professional die gekwalificeerd is in het uitvoeren van een psychodiagnostisch onderzoek en beschikt over specialistische kennis op gebied van leerstoornissen en onderwijsbelemmeringen die daarmee samen kunnen gaan, een dyslexieverklaring mag afleveren. Ook de SDN benadrukt de meerwaarde van samenwerking in een multidisciplinair team.

Verantwoord handelen in de begeleiding van dyslexie en dyscalculie

In het EBP-kader (Levant & Hassan, 2008) wordt gesteld dat de aanpak of interventies gepast moeten zijn voor de cliënt. Interventies zijn pas effectief als ze afgestemd zijn op de specifieke moeilijkheden, sterktes, persoonlijkheid, socioculturele context en

persoonlijke voorkeuren van de cliënt (Norcross, 2002). Dit betekent dat stoornissen met gelijkaardige observeerbare kenmerken vaak een andere aanpak vereisen omdat de individuen en hun omgeving van elkaar verschillen (Gerber, 2009; Schraeyen e.a., 2011).

Van Yperen, Booy en Van der Veldt (2003) besluiten na een uitgebreide literatuurstudie dat een effectieve behandeling, ongeacht het soort behandeling of de doelgroep, een aantal algemene kenmerken bevat. Ten eerste wordt een goede kwaliteit van de relatie tussen behandelaar en cliënt essentieel geacht. Ten tweede kenmerkt de effectieve behandeling zich door een goede structurering van de interventie (i.e. duidelijke doelstelling, planning en fasering). Als derde aspect wordt het systematisch stellen van doelen door de behandelaar in samenspraak met de cliënt (of diens ouders in het geval van kinderen) als belangrijk gegeven onderkend. Ten vierde wijst men op het belang van de uitvoering van de interventie zoals die vooropgesteld was. Ook de aantoonbare professionaliteit van de behandelaar en goede werkomstandigheden zijn belangrijk. Ten slotte is voldoende motivatie van de cliënt tijdens de interventie van groot belang (Van Yperen, Booy & Van der Veldt, 2003).

Kijken we naar de begeleiding van kinderen, adolescenten en volwasse-

nen met dyslexie of dyscalculie, dan wordt er in de literatuur op gewezen dat geen of een onaangepaste begeleiding ernstige gevolgen kan hebben voor de verdere school- en beroepsloopbaan (Dowker, 2005; Gerber, 2009; Ghesquière, 2006).

In de literatuur worden de volgende zaken als belangrijke aspecten van een effectieve interventie bij dyslexie en dyscalculie weergegeven:

In eerste instantie moet een behandeling taakgericht zijn. Men gaat hierbij uit van de te leren taak, nl. lezen, spellen of rekenen. Men hanteert hierbij een theoretisch model omtrent lezen, spellen of rekenen als uitgangspunt en de behandeling wordt expliciet door instructieprincipes gestuurd (Gersten e.a., 2009; Ghesquière, 2011; Goetry, Nossent & Van Hecke, 2006). Op basis van een meta-analyse concluderen Swanson, Hoskyn en Lee (1999) dat een gecombineerd model van directe instructie en strategie-instructie de meest efficiënte methode oplevert voor de behandeling van leerstoornissen.

Taakgerichte of remediërende behandelingen zijn gericht op het wegwerken van tekorten (Ghesquière e.a., 2011). Bij de behandeling van dyslexie gaat het om de opbouw van woordspecifieke kennis, waarbij het verwerven van inzicht in de relatie tussen fonologie en orthografie centraal staat. Ook bij de behandeling van

dyscalculie staan de principes van directe instructie en strategie-instructie centraal, met name om de basisvaardigheden (bv. het oplossen van bewerkingen) te remediëren. Het gebruik van hulpmiddelen (zowel concreet als schematisch) is hierbij onontbeerlijk (Desoete & Van Vreckem, 2012).

Naarmate cliënten ouder worden moet de nadruk in de begeleiding meer liggen op hoe de cliënt zijn moeilijkheden kan compenseren (Ghesquière e.a., 2011). Daarom is het van belang hen middelen en strategieën aan te reiken die hen in staat stellen de taak aan te kunnen, ondanks hun tekorten (Ghesquière e.a., 2011; Mortimore & Crozier, 2006). Zo kan het bijvoorbeeld belangrijk zijn om in een begeleiding van een jongvolwassene met dyslexie oog te hebben voor een ontoereikende studiemethode. Instructie van begrijpend leesstrategieën kan hen helpen om de leerstof kwalitatief beter te verwerken (Berkeley, Mastropieri & Scruggs, 2011).

Naast het aanreiken van alternatieve strategieën kunnen we hierbij ook denken aan het inzetten van ondersteunende hulpmiddelen zoals het gebruik van ICT-hulpmiddelen (bv. voorleessoftware) of in het geval van dyscalculie aan het gebruik van een rekenmachine (De Bondt, Vanderswalmen & Desoete, 2009; De Brauwier, Meersschaert, Aerts, Loncke & Geudens, 2013).

Ook het leren omgaan met de ervaren beperkingen moet een belangrijk onderdeel uitmaken van de behandeling (SDN, 2008; Ingesson, 2007). Zo zijn onder meer het oplossingsgericht leren omgaan met stressoren en het accuraat leren inschatten wanneer er extra ondersteuning nodig is en hier ook gebruik van maken, bevorderlijk voor een positief zelfvertrouwen (SDN, 2008). Boetsch, Green en Pennington (1996, in Terras, Thompson & Miller, 2009) wijzen erop dat inzicht in de stoornis (dyslexie of dyscalculie) en de aanvaarding ervan een belangrijke positieve invloed hebben op het zelfbeeld. Het inzicht zorgt ervoor dat men zichzelf beter kan inschatten, meer realistische doelen vooropstelt en op die manier meer succes kan ervaren (Burden & Burdett, 2005). Terras, Thompson en Miller (2009) duiden dan ook op het belang van het geven van informatie met als doel dit inzicht te vergroten (psycho-educatie).

Ten slotte is ook een goede communicatie tussen de cliënt, de leerkrachten/docenten en de directe omgeving van cruciaal belang. Het constructief samenwerken van ouders, leerlingen en leerkrachten en hulpverleners leidt onder meer tot betere leerprestaties en een toename van het welbevinden van een leerling (Marzano, 2007). Hiernaast wordt ook emotionele ondersteuning door ouders algemeen beschouwd als een protectieve factor voor het ontwikkelen van moei-

lijkheden (Werner & Smith, 2001). Meer specifiek werd in het kader van leerstoornissen het begrip van ouders voor de moeilijkheden die hun kinderen ervaren reeds meermaals als een essentiële factor onderkend voor het zelfvertrouwen van hun kinderen (Terras, Thompson & Miller, 2009). Ook begrip, acceptatie en ondersteuning door de leerkracht en leeftijdgenoten is een beschermende factor voor het socio-emotioneel welbevinden van kinderen en jongeren (Hellendoorn & Ruijsenaars, 2000; Humprey, 2003; Klo mok & Cosden, 1994). Ook bij volwassenen blijft deze ondersteuning door de omgeving belangrijk (McNulty, 2003; Nalavany & Carawan, 2012).

Huidig onderzoek

In de literatuur zien we dat de bovenstaande elementen deel uitmaken van een verantwoorde diagnostiek en begeleiding van dyslexie en dyscalculie.

In het hier beschreven onderzoek trachten we de situatie in Vlaanderen in kaart te brengen wat betreft het aanbod aan diagnostiek en begeleiding voor dyslexie en dyscalculie en trachten we dit aanbod af te toetsen aan de evidence-based richtlijnen vanuit de literatuur. Hierbij moeten we uiteraard opmerken dat voorzieningen in Vlaanderen vanuit hun specifieke opdracht een specifiek aanbod hebben. Zo kunnen volwassenen met een

leerstoornis bijvoorbeeld niet terecht in de Centra voor Ambulante Revalidatie. Andere hulpverleners (bv. zelfstandige logopedisten) kiezen doelbewust voor specialisatie vanuit een bepaalde expertise en verwijzen door wanneer verdere onderzoeken of begeleiding opgestart moet worden. De resultaten moeten dan ook in dit licht geïnterpreteerd worden.

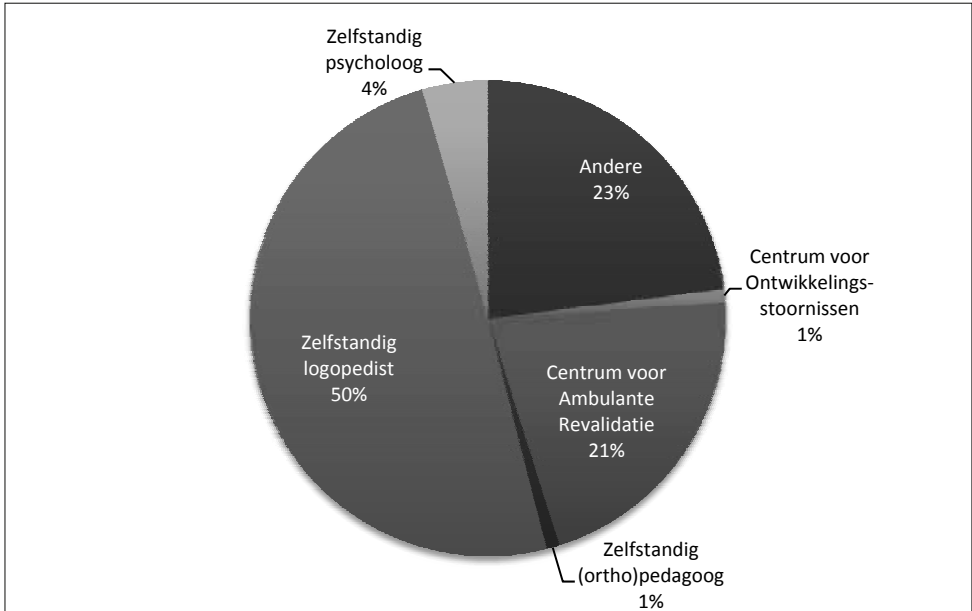
Een tweede belangrijke opmerking bij het huidige onderzoek betreft de geregistreerde voorzieningen. Deze groep van 113 (voor dyslexie) en 104 (voor dyscalculie) hulpverleners/voorzieningen vormt géén representatieve steekproef van voorzieningen in Vlaanderen. Het gaat immers over vrijwillig geregistreerde voorzieningen die tevens zelf de verantwoordelijkheid dragen voor de juistheid en volledigheid van de opgenomen gegevens. Toch kunnen deze resultaten ons een beeld geven van het aanbod en de inhoud van diagnostiek en begeleiding in Vlaanderen, weliswaar met de bovenstaande opmerkingen in gedachten.

■ Methode

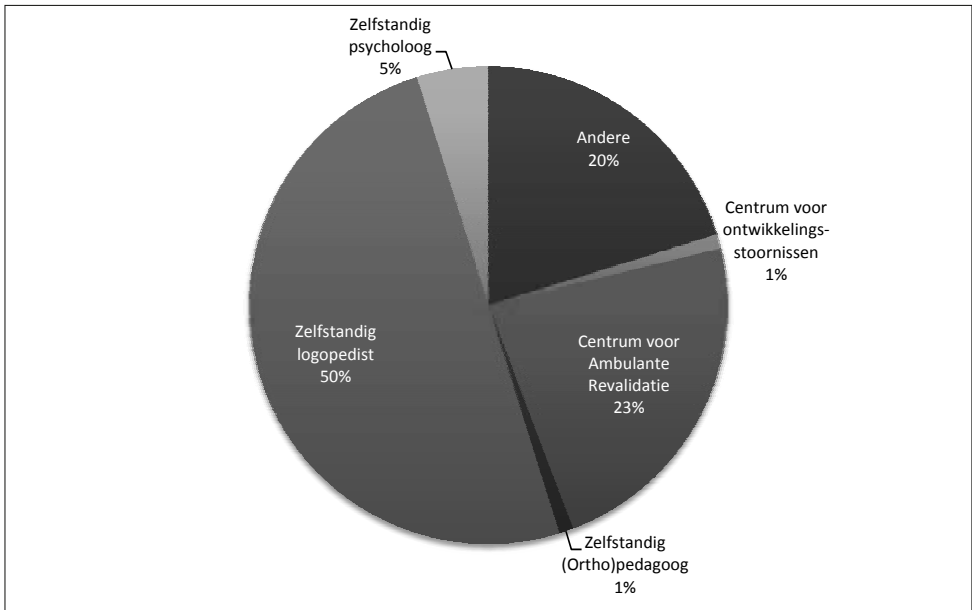
Deelnemers

Momenteel zijn er 113 hulpverleners/voorzieningen opgenomen in de Sociale Kaart Dyslexie en 104 in de Sociale Kaart Dyscalculie. Waar

Figuur 1: Aard van de voorzieningen in de Sociale Kaart Dyslexie (n=113)



Figuur 2: Aard van de voorzieningen in de Sociale Kaart Dyscalculie (n=104)



Tabel 1: Aantal voorzieningen per provincie in de Sociale Kaart Dyslexie en Dyscalculie

Provincie	Frequentie Dyslexie (n=113)	Frequentie Dyscalculie (n=104)
Antwerpen	34	32
West-Vlaanderen	30	26
Oost-Vlaanderen	25	24
Limburg	14	15
Vlaams-Brabant	10	7

Figuur 1 de verdeling weergeeft van de aard van de voorzieningen in de Sociale Kaart Dyslexie, geeft Figuur 2 de aard van de voorzieningen van de Sociale Kaart Dyscalculie weer.

Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal voorzieningen per provincie, zowel voor de voorzieningen in de Sociale Kaart Dyslexie als de Sociale Kaart Dyscalculie.

Zowel in de Sociale Kaart Dyslexie als de Sociale Kaart Dyscalculie zien we dat zelfstandige logopedisten het meest zijn vertegenwoordigd (50%). Vervolgens vormen de erkende Centra voor Ambulante Revalidatie (dyslexie 21% – dyscalculie 23%) en de categorie 'Andere' (dyslexie 23% – dyscalculie 20%) in beide sociale kaarten de grootste groepen. Onder de categorie 'Andere' vallen onder meer de multidisciplinaire centra die geen erkend revalidatiecentrum zijn.

Materiaal

Om het aanbod rond de diagnostiek en begeleiding van dyslexie en/of dyscal-

culie bij kinderen, adolescenten en/of volwassenen in kaart te brengen maken we gebruik van fiches. De fiches, één per stoornis per voorziening, zijn onderverdeeld in drie delen: algemene informatie, diagnostisch onderzoek en behandeling/ondersteuning. Deze fiches werden opgesteld op basis van literatuuronderzoek (zie boven).

Onder de algemene informatie wordt de aard van de voorziening (bv. zelfstandig logopedist, Centrum voor Ambulante Revalidatie, enz.) gespecificeerd. Hiernaast zijn ook contactgegevens en openingsuren opgenomen. Bijkomend wordt aangegeven of de voorziening voorziet in screening en/of diagnostiek en dit per doelgroep (kinderen < 12 jaar, adolescenten 12-18 jaar, volwassenen > 18 jaar). Ten slotte wordt vermeld of de voorziening al dan niet multidisciplinair werkt.

In een tweede deel worden de diagnostische activiteiten uitgebreid in kaart gebracht. Hierbij wordt per doelgroep onder meer aangeduid welke onderzoeken (bv. kernonderzoek) en deelonderzoeken (bv. niveau technisch lezen)

de voorziening uitvoert in het kader van diagnostisch onderzoek. Tevens wordt in kaart gebracht of de voorziening ook differentiaaldiagnostiek opneemt. Bijkomend wordt aangegeven op welke manier de voorziening resultaten rapporteert en of de voorziening al dan niet attesten uitschrijft.

Ten slotte wordt in het derde deel de mogelijke behandeling/ondersteuning per voorziening toegelicht. Per leeftijds-categorie wordt gespecificeerd in welke behandeling of ondersteuning men voorziet (bv. taakgerichte begeleiding, lotgenotencontact, enz.). Hierbij wordt eveneens aangegeven of de begeleiding individueel, in groep of beide wordt georganiseerd. Ook de opvolging na de begeleiding komt aan bod.

Procedure

Heel wat voorzieningen en hulpverleners werden aangeschreven met de vraag of zij hun aanbod met betrekking tot diagnostiek en/of begeleiding van dyslexie, dyscalculie en/of ADHD in de sociale kaart wilden bekendmaken. Zij kregen hierbij een fiche toegestuurd, waarop zij hun diagnostisch aanbod en begeleidingsaanbod per leeftijdsgroep konden noteren. Voor dyslexie en dyscalculie werden in totaal 196 voorzieningen gecontacteerd. Deze voorzieningen werden gerekruteerd door middel van diverse kanalen zoals websites, beroepsverenigingen en via Sig. Na een controle van de volledigheid van de fiches wer-

den alle gegevens online geplaatst. Ook op dit moment nog kunnen geïnteresseerde voorzieningen zich registreren door hun gegevens in te vullen op het registratieformulier op www.code.thomasmore.be > Sociale kaart Na een controle op volledigheid wordt de voorziening opgenomen in de sociale kaart.

■ Resultaten

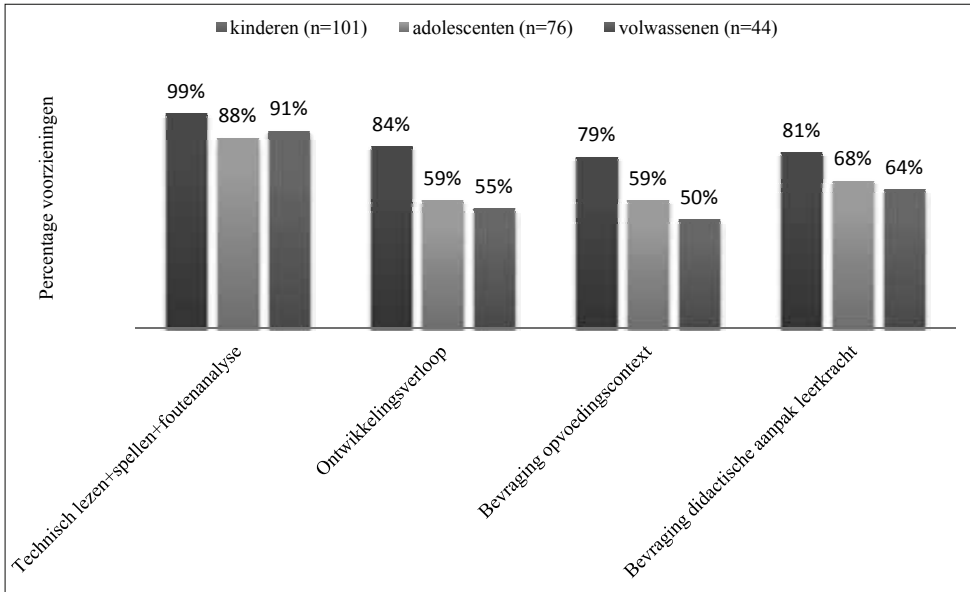
Diagnostiek van dyslexie

Leeftijdsspecifiek en multidisciplinair aanbod

105 van de 113 (93%) voorzieningen die werden opgenomen in de Sociale Kaart Dyslexie hebben een aanbod voor de diagnostiek van dyslexie. Kijken we naar het leeftijdsspecifieke aanbod voor de diagnostiek van dyslexie dan zien we dat 101 van de 105 (96%) voorzieningen die voorzien in diagnostisch onderzoek voor dyslexie een aanbod hebben voor kinderen, 76 voorzieningen (72%) voor adolescenten en 44 voorzieningen (42%) bieden diagnostiek voor dyslexie aan volwassenen. Er is een significant verschil in de grootte van het aanbod voor de verschillende leeftijdsgroepen ($\chi^2(2)=63.67, p<.001$).

Van de 105 voorzieningen die een aanbod hebben voor de diagnostiek van dyslexie werken er 55 (53%) multidiscipli-

Figuur 3: Inhoud van de onderkende diagnostiek van dyslexie. Per element geeft de figuur weer hoeveel voorzieningen (uitgedrukt in percentages) dit element opnemen in diagnostisch onderzoek van dyslexie.



plinair. We zien dat 46 van de voorzieningen (84%) die multidisciplinair werken in de diagnostiek een logopedist in zijn team heeft. In 44 voorzieningen (80%) is er een psycholoog werkzaam. In 21 voorzieningen (38%) maakt ook de orthopedagoog deel uit van het multidisciplinair team. De combinatie van een logopedist en een psycholoog komt het vaakst voor (78%).

Inhoud van het diagnostisch onderzoek dyslexie

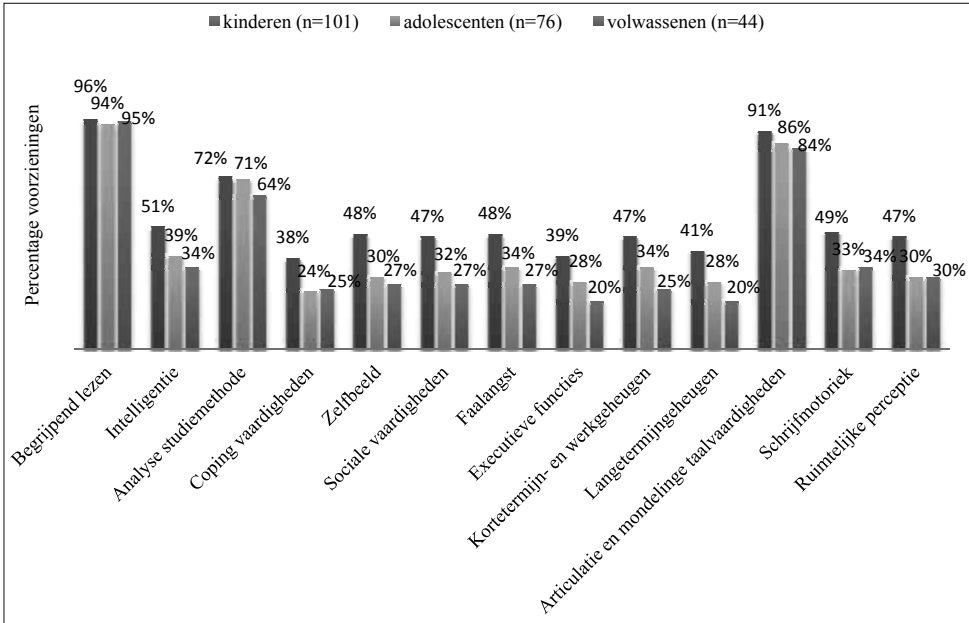
Onderkende diagnostiek

Gebaseerd op de richtlijnen van Netwerk Leerproblemen Vlaanderen (2001) met betrekking tot een verantwoorde, onderkende diagnos-

tiek van dyslexie en de definitie van Stichting Dyslexie Nederland (2008) nemen we de volgende elementen van de fiches op in de analyse van het aanbod aan onderkende diagnostiek naar dyslexie: bevraging van ontwikkelingsverloop, opvoedingscontext en didactische aanpak van de leerkracht (cf. anamnese) en de combinatie van de kernonderzoeken naar technisch lezen, spellen en een kwalitatieve foutenanalyse. Figuur 3 geeft de resultaten weer.

Wanneer we kijken naar de inhoud van de diagnostiek van dyslexie zoals die aangeboden wordt voor de verschillende leeftijdsgroepen zien we dat bijna, maar niet alle voorzieningen

Figuur 4: Indicerende diagnostiek. De figuur geeft weer hoeveel voorzieningen (uitgedrukt in percentages) elk element opnemen in diagnostisch onderzoek van dyslexie.



het technisch lezen, spellen én bijhoudende foutenanalyse opnemen in het onderzoek. Waar dit bij kinderen nog voor (op één na) alle voorzieningen het geval is, zien we dat de aanpak afhankelijk is van de leeftijdsgroep ($X^2(2)=9.31, p<.05$): bij adolescenten en volwassenen worden deze drie aspecten niet altijd opgenomen.

Bij de onderkende diagnostiek van dyslexie bij kinderen wordt het beeld vaak vervolledigd met een bevraging van het ontwikkelingsverloop, een bevraging van de didactische aanpak van de leerkracht en de opvoedingscontext. Hoewel deze elementen bij meer dan de helft van de voorzieningen ook bij adolescenten en volwas-

senen opgenomen worden, merken we dat dit opvallend minder is dan bij kinderen.

Indicerende diagnostiek

In de indicerende of handelingsgerichte diagnostiek staat een adviesopmaat centraal. Afhankelijk van de hulpvraag kunnen naast de elementen die van belang zijn in het kader van een onderkenning ook bijkomende aspecten opgenomen worden om het advies zo goed mogelijk af te stemmen op de ondersteuningsnaden van de cliënt. Deze aspecten zullen per individu verschillen. In de fiches werden heel wat mogelijke aspecten in kaart gebracht die in deze context opgenomen kunnen worden. Figuur 4 toont de

resultaten. De opvallendste resultaten worden in wat volgt nader besproken.

We zien dat onderzoek naar begrijpend lezen zowel bij kinderen, adolescenten als volwassenen door meer dan 90% van de voorzieningen wordt opgenomen in de diagnostiek van dyslexie. Ook onderzoek naar mondelinge taalvaardigheden wordt door heel wat voorzieningen aangeboden en dit voor alle doelgroepen. Hoewel een analyse van de studiemethode minder wordt aangeboden, maakt het voor de doelgroep van kinderen en adolescenten toch voor meer dan 70% van voorzieningen een belangrijk deel uit van het aanbod. Intelligentieonderzoek wordt door ongeveer de helft van de voorzieningen opgenomen in het aanbod in de diagnostiek bij kinderen. Voor adolescenten en volwassenen is dit aanbod duidelijk minder groot.

Begeleiding van dyslexie

Leeftijdsspecifiek en multidisciplinair aanbod

109 van de 113 voorzieningen (96%) die werden opgenomen in de Sociale Kaart Dyslexie bieden begeleiding aan voor dyslexie. 104 voorzieningen (95%) bieden begeleiding aan kinderen, 82 voorzieningen (75%) hebben dit aanbod voor adolescenten en 50 voorzieningen (46%) voor volwassenen. Er is duidelijk een verschil qua aanbod voor de drie leeftijdsgroepen ($X^2(2)=67.36, p<.001$).

Van de 109 voorzieningen die begeleiding bieden, werken er 57 multidisciplinair (52%). In deze multidisciplinaire werking zien we de functie van logopedist het vaakst vertegenwoordigd ($n=53$; 93%). Ook de psycholoog ($n=48$; 84%), de leerkracht ($n=20$; 35%) en de orthopedagoog ($n=16$; 28%) nemen vaak een functie op in de begeleiding van dyslexie. Ook voor begeleiding is de combinatie van logopedist en psycholoog de meest voorkomende (79%).

Inhoud van de begeleiding

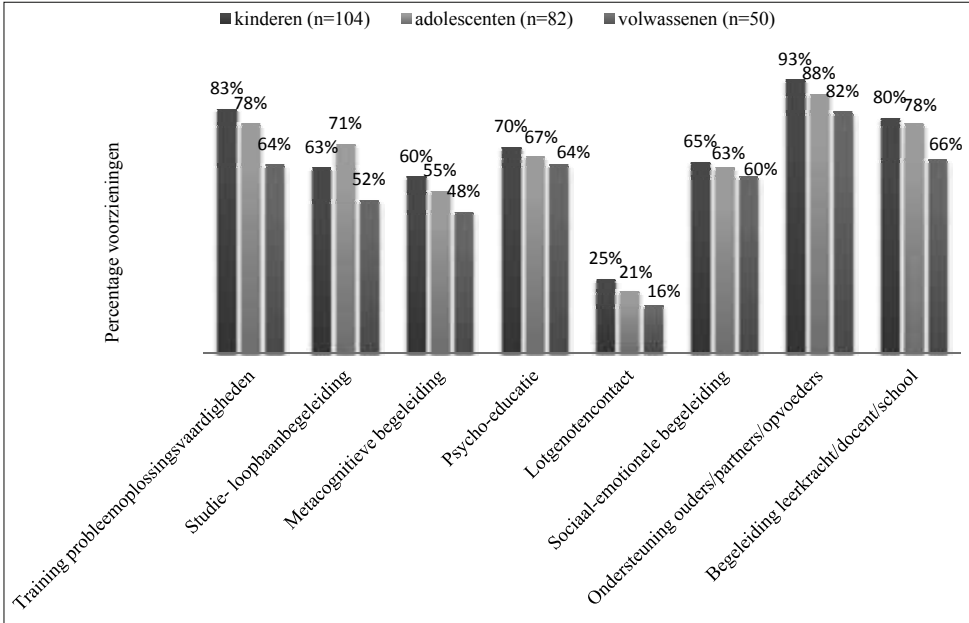
Taakgerichte begeleiding of remediëring

In de literatuur wordt de taakgerichte begeleiding of remediëring aangestipt als de belangrijkste vorm van een effectieve interventie (Ghesquière e.a., 2011). Voor een analyse van de resultaten bekijken we dan ook hoeveel voorzieningen op de fiche deze vorm van begeleiding aanbieden. We zien dat 99 van de 104 (95%) voorzieningen taakgerichte begeleiding bieden aan kinderen. Voor adolescenten is dit in 74 van de 82 (90%) voorzieningen het geval, voor volwassenen 40 van de 50 (80%). Ook hier zijn de verschillen tussen de leeftijdsgroepen significant ($X^2(2)=8.86, p<.05$).

Compensatie, leren omgaan met de stoornis en ondersteuning van de onmiddellijke omgeving

In de literatuur wordt ook belang gehecht aan begeleiding die gericht

Figuur 5: Begeleiding m.b.t. compensatie, leren omgaan met beperkingen en ondersteuning van de omgeving. De figuur geeft weer hoeveel voorzieningen (uitgedrukt in percentages) elk element opnemen in de begeleiding van dyslexie.



is op compensatie, het leren omgaan met de stoornis en een goede samenwerking met de onmiddellijke omgeving van de cliënt (zie o.a. Ingesson, 2007; Marzano, 2007; Mortimore & Crozier, 2006). Voor een analyse van de resultaten nemen we dan ook deze elementen van de fiche op. Figuur 5 geeft de resultaten weer.

Wanneer we kijken naar de begeleiding die gericht is op compensatie van de lees- en/of spellingmoeilijkheden zien we dat meer dan de helft tot drie kwart van de voorzieningen een training van probleemoplossingvaardigheden en studie- en loopbaanbegeleiding opneemt, en dit voor elke

doelgroep. Dit is eveneens zo voor de begeleiding van metacognitieve vaardigheden, behalve voor de doelgroep volwassenen, bij wie dit soort begeleiding door net niet de helft van de voorzieningen aangeboden wordt. Wat betreft de begeleiding die zich richt op het welbevinden en dus het leren omgaan met de stoornis, zien we dat psycho-educatie en sociaal emotionele begeleiding door 60 tot 70% van de voorzieningen wordt aangeboden, afhankelijk van de doelgroep. Lotgenotencontact maakt opvallend minder deel uit van het begeleidingsaanbod: slechts 16 tot 21% van de voorzieningen biedt dit soort begeleiding aan. De directe omgeving van

de cliënt wordt vaak, maar niet altijd betrokken in de begeleiding. Bij de verschillende doelgroepen zien we dat de ondersteuning van de ouders, partners of opvoeders door 82 tot 93% van de voorzieningen mee opgenomen wordt in het aanbod. Begeleiding van de leerkracht, docent of school wordt voorzien door 66 tot 80% van de voorzieningen.

Diagnostiek van dyscalculie

Leeftijdsspecifiek en multidisciplinair aanbod

95 van de 104 (91%) voorzieningen die opgenomen werden in de Sociale Kaart Dyscalculie hebben een aanbod voor de diagnostiek van dyscalculie. Van deze 95 voorzieningen hebben er 93 (98%) een aanbod voor kinderen, 55 (58%) een aanbod voor adolescenten en 30 (32%) een aanbod voor volwassenen. Ook voor dyscalculie is het aanbod met andere woorden afhankelijk van de leeftijdsgroep ($\chi^2(2)=90.35, p<.001$).

49 van de 95 voorzieningen (52%) die een aanbod hebben voor de diagnostiek van dyscalculie werken multidisciplinair. Bekijken we de disciplines van dit multidisciplinaire team, dan zien we dat bij 39 voorzieningen (80%) een psycholoog betrokken is in de diagnostiek. In 37 voorzieningen (76%) maakt de logopedische discipline deel uit van het team. Binnen 20 voorzieningen (41%) wordt een ortho-

pedagoog betrokken. De combinatie van logopedist en psycholoog komt het vaakst voor (71%).¹

Inhoud van het diagnostisch onderzoek dyscalculie

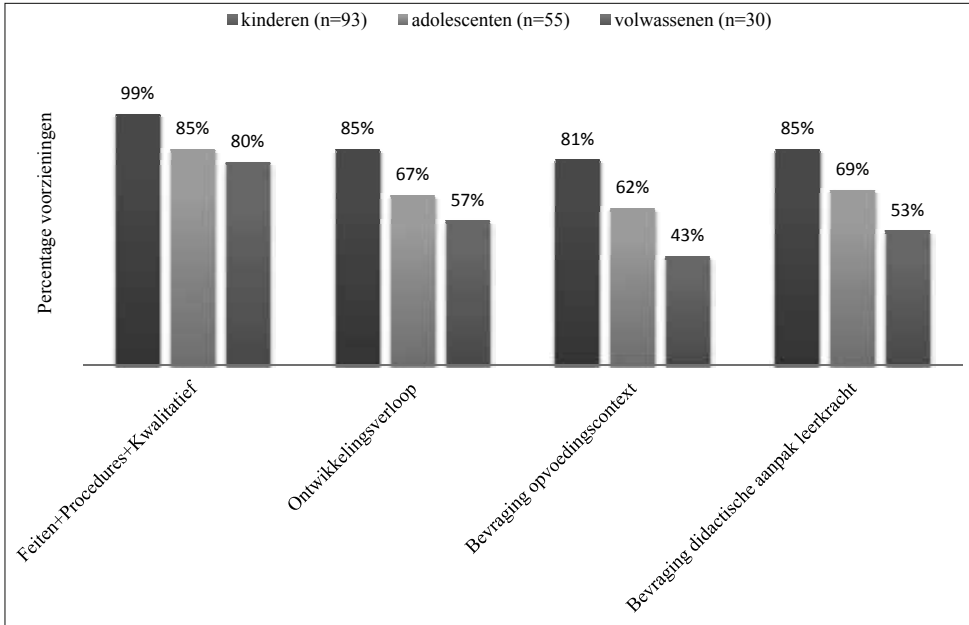
Onderkende diagnostiek

Gebaseerd op de richtlijnen van het Netwerk Leerproblemen Vlaanderen (2001) met betrekking tot een verantwoorde, onderkende diagnostiek van dyscalculie en de definitie van Desoete en collega's (2010) nemen we de volgende elementen van de fiches op in de analyse van de inhoud van onderkende diagnostiek naar dyscalculie: bevraging van het ontwikkelingsverloop, opvoedingscontext en didactische aanpak van de leerkracht (cf. anamnese) en de combinatie van de kernonderzoeken naar de feitenkennis en procedurele kennis en kwalitatieve foutanalyse. Figuur 6 op bladzijde 22 vat de resultaten samen.

De meeste voorzieningen nemen onderzoek naar rekenfeiten, rekenprocedures én een kwalitatieve analyse mee op in hun diagnostisch onderzoek naar dyscalculie. De aanpak verschilt afhankelijk van de leeftijdsgroep ($\chi^2(2)=9.31, p<.01$). Waar deze kernonderzoeken

¹ Gezien de focus op leerstoornissen (cf. Inleiding – expertise van de hulpverlener) bevat de bevraging als antwoordmogelijkheden de disciplines logopedist, psycholoog en orthopedagoog. Ergotherapeut en kinesitherapeut werden niet mee opgenomen in de bevraging.

Figuur 6: Onderkennende diagnostiek dyscalculie. De figuur geeft weer hoeveel voorzieningen (uitgedrukt in percentages) elk element opnemen in diagnostisch onderzoek van dyscalculie.



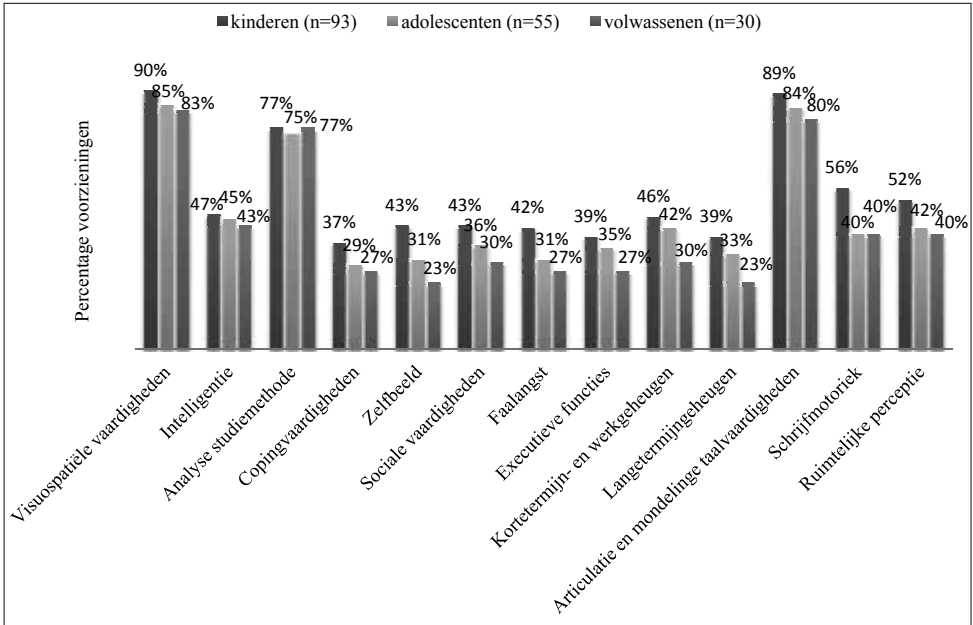
bij kinderen nog op één uitzondering na door alle voorzieningen worden opgenomen, worden deze niet altijd mee opgenomen in de diagnostiek voor adolescenten en volwassenen.

Bij kinderen wordt het onderkende beeld vaak vervolledigd door de opvoedingscontext, het ontwikkelingsverloop en de didactische aanpak van de leerkracht in kaart te brengen. Hoewel deze elementen door meer dan de helft van de voorzieningen ook bevraagd worden bij adolescenten, is dit beduidend minder dan bij kinderen. Bij volwassenen valt op dat de opvoedingscontext door minder dan de helft van de voorzieningen mee in kaart gebracht wordt.

Indicerende diagnostiek

Een advies-op-maat is het centrale uitgangspunt van de indicerende of handelingsgerichte diagnostiek. Afhankelijk van de hulpvraag kunnen naast de elementen die van belang zijn in het kader van een onderkenning ook bijkomende aspecten opgenomen worden in het diagnostisch onderzoek om het advies zo goed mogelijk af te stemmen op de ondersteuningsnoden van de cliënt. Deze aspecten zullen per individu verschillen. In de fiches werden heel wat mogelijke aspecten opgenomen die met het oog op deze afstemming mee onderzocht kunnen worden. Figuur 7 geeft de resultaten weer. We bespreken hieronder de opvallendste.

Figuur 7: Indicerende diagnostiek dyscalculie. De figuur geeft weer hoeveel voorzieningen (uitgedrukt in percentages) elk element opnemen in diagnostisch onderzoek van dyscalculie.



Onderzoek naar visuospatieële vaardigheden en mondelinge taalvaardigheden worden door de grote meerderheid van de voorzieningen mee opgenomen in het aanbod van de indicerende diagnostiek voor dyscalculie, en dit voor alle doelgroepen. Ook een analyse van de studiemethode blijkt door meer dan 70% van de voorzieningen opgenomen te worden in het aanbod aan diagnostiek van dyscalculie voor alle doelgroepen. Intelligentieonderzoek wordt door minder dan de helft van de voorzieningen aangeboden voor kinderen, adolescenten en volwassenen.

Begeleiding van dyscalculie

Leeftijdsspecifiek en multidisciplinair aanbod

Van de 104 voorzieningen die zijn opgenomen in de Sociale Kaart Dyscalculie, voorzien 100 voorzieningen een begeleidingsaanbod. 96% van deze voorzieningen heeft een aanbod voor de begeleiding van kinderen, 62% heeft een aanbod voor adolescenten en 38% van de voorzieningen hebben een aanbod voor volwassenen. Het begeleidingsaanbod voor dyscalculie hangt af van de leeftijdsgroep ($X^2(2)=75.00, p<.001$).

Van de 100 voorzieningen die begeleiding aanbieden voor dyscalculie, werken 52 voorzieningen multidisciplinair met betrekking tot deze begeleiding. In 47 van deze voorzieningen (90%) is een logopedist betrokken in het team. De psycholoog maakt in 42 voorzieningen (81%) deel uit van het multidisciplinaire team, de leerkracht in 16 voorzieningen (27%) en de orthopedagoog in 14 voorzieningen (27%). Ook voor begeleiding is de combinatie van een logopedist en psycholoog de vaakst voorkomende (77%).²

Inhoud van de begeleiding

Taakgerichte begeleiding of remediëring

Taakgerichte begeleiding wordt in de literatuur beschouwd als de meest effectieve en dus de belangrijkste interventie gericht op het wegwerken van tekorten (Ghesquière e.a., 2011). De volgende analyse richt zich dan ook op het aandeel van de voorzieningen die aangeven dat ze deze vorm van begeleiding in hun aanbod opgenomen hebben.

Van de 96 voorzieningen die begeleiding bieden voor dyscalculie bij kinderen, hebben er 92 een taakgericht aanbod (96%). 52 van de 62 voorzieningen (84%) hebben dit aanbod voor adolescenten en 26 van de 38 voorzieningen (68%) voor volwas-

senen. Ook hier is het leeftijdsverschil significant, bij kinderen wordt vaker taakgericht gewerkt ($X^2(2)=18.43$, $p<.001$).

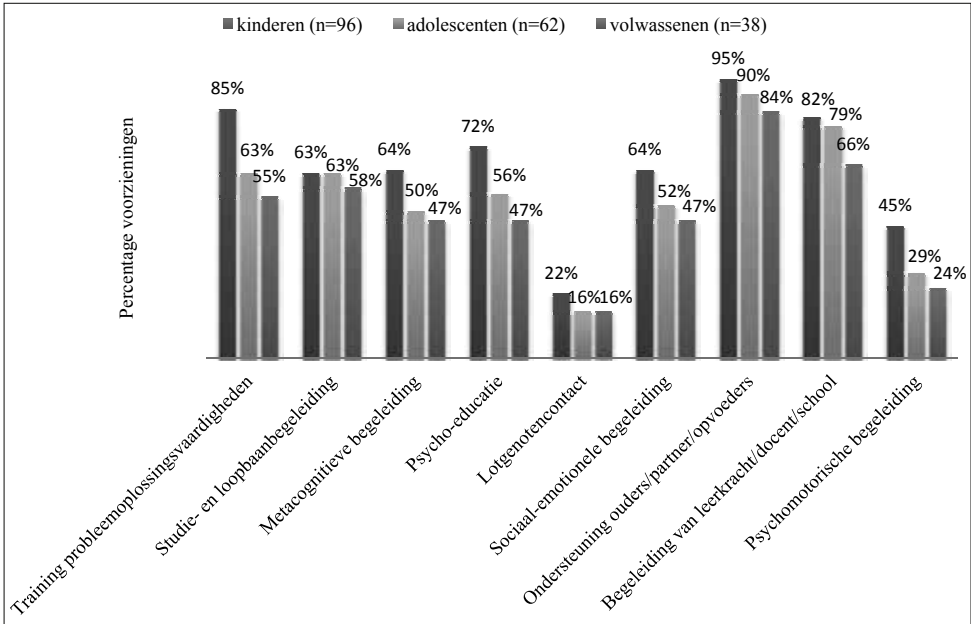
Compensatie, leren omgaan met de stoornis en ondersteuning van de onmiddellijke omgeving

Het leren omgaan met de stoornis, een nauwe samenwerking met de directe omgeving van de cliënt en een oog voor compensatievaardigheden worden in de literatuur beschreven als gepaste interventies met betrekking tot leerstoornissen (zie o.a. Mortimore & Crozier, 2006; Ingesson, 2007; Marzano, 2007). Voor een analyse van de resultaten nemen we dan ook deze elementen op (zie Figuur 8).

Wat betreft begeleiding op het vlak van compenserende vaardigheden neemt meer dan de helft van de voorzieningen die een aanbod hebben aan begeleiding voor dyscalculie een training van probleemoplossingsvaardigheden en studie- en loopbaanbegeleiding mee op, en dit voor alle doelgroepen. Ook metacognitieve vaardigheden worden in 64% van de voorzieningen meegenomen in het aanbod voor kinderen. Voor adolescenten en volwassenen voorziet ongeveer de helft van de voorzieningen in dit aanbod. Wat betreft het leren omgaan met de stoornis zien we dat er in het begeleidingsaanbod voor dyscalculie voor de doelgroep van kinderen bij 64 tot 72% van de voorzieningen een aanbod aan

² Zie voetnoot 1.

Figuur 8: Begeleiding m.b.t. compensatie, het leren omgaan met de stoornis en de ondersteuning van de onmiddellijke omgeving. De figuur geeft weer hoeveel voorzieningen (uitgedrukt in percentages) elk element opnemen in de begeleiding van dyscalculie.



sociaal-emotionele begeleiding of psycho-educatie bestaat. Voor adolescenten en volwassenen ligt dit aanbod aanzienlijk lager. Er is maar een zeer beperkt aanbod voor lotgenotencontact. Dit geldt voor alle doelgroepen. De overgrote meerderheid van de voorzieningen ziet de ondersteuning van het gezin als een deel van de begeleiding, zowel bij kinderen, adolescenten als volwassenen. Meer dan de helft van de voorzieningen neemt de begeleiding van de leerkracht, docent of school voor elke doelgroep mee op in hun aanbod.

■ Discussie

Dit onderzoek tracht een verkennend beeld te schetsen van de huidige situatie in Vlaanderen wat betreft het aanbod en de inhoud van diagnostiek en begeleiding voor dyslexie en dyscalculie, en dit voor verschillende leeftijdsgroepen. Het omvat de analyse van het aanbod van 113 geregistreerde voorzieningen, opgenomen in de Sociale Kaart Dyslexie en 104 voorzieningen in de Sociale Kaart Dyscalculie. Bij de interpretatie van de resultaten moet in het achterhoofd gehouden worden dat voorzieningen vaak een specifieke opdracht hebben

en dat we een beroep doen op zelfrapportage door de voorzieningen. Voor een uitdieping van deze opmerkingen verwijzen we naar de inleiding.

Wanneer we het *aanbod aan diagnostiek* bekijken zien we dat de meeste voorzieningen een aanbod hebben voor kinderen, maar merken we heel duidelijk een beperkter aanbod voor adolescenten en volwassenen, en dit voor de beide leerstoornissen. Dit is uiteraard gerelateerd aan het feit dat leerproblemen in het (lager) onderwijs sneller herkend worden. Bovendien is het cruciaal om op jonge leeftijd een gepaste ondersteuning te bieden. Het is echter aangetoond dat ook adolescenten en volwassenen nood hebben aan diagnostiek én begeleiding, net omdat de onderwijscontext verandert en de lees- en spellingmoeilijkheden een blijvende invloed hebben (De Brauwier e.a., 2013; Tops, Callens, Lammertyn & Brysbaert, 2012).

In de literatuur wordt de meerwaarde van het werken in een *multidisciplinair team* benadrukt (SDN, 2008). We merken dat ongeveer de helft van de opgenomen voorzieningen dit multidisciplinaire karakter heeft. Op basis van deze steekproef lijkt het multidisciplinaire aanbod in Vlaanderen dus eerder beperkt, zowel voor dyslexie als voor dyscalculie. Kijken we naar de disciplines die in Vlaanderen werkzaam zijn in het multidisciplinaire team dan zien we dat de logopedische en psychologische discipline het

meest vertegenwoordigd zijn. Ook de combinatie van deze twee disciplines komt het vaakst voor.³

Op basis van de richtlijnen van Netwerk Leerproblemen Vlaanderen (2001) wat betreft de inhoud van een *verantwoorde, onderkende diagnostiek* en de onderkende definities van dyslexie (SDN, 2008) en dyscalculie (Desoete e.a., 2010) bekeken we of de voorzieningen opgenomen in de sociale kaart een aanbod hebben dat afgestemd is op deze richtlijnen. We zien dat de meeste, maar niet alle voorzieningen voorzien in de combinatie van kwantitatief (technisch lezen en spellen/feitenkennis en procedurele kennis) en kwalitatief onderzoek. Waar dit aanbod bij kinderen nog in zo goed als alle voorzieningen aanwezig is, neemt dit aandeel bij adolescenten en volwassenen echter af. Hetzelfde zien we voor de anamnese, waar het ontwikkelingsverloop, de opvoedingscontext en de didactische aanpak van de leerkracht bij kinderen nog bij meer dan drie kwart van de voorzieningen bevestigd wordt, terwijl dit bij adolescenten en volwassenen duidelijk minder aanbod komt. Het aanbod is dus bij kinderen groten-deels, zij het niet volledig, afgestemd op de evidence-based richtlijnen vanuit de literatuur. Bij adolescenten en volwassenen past men deze richtlijnen minder strikt toe.

³ Zie voetnoot 1.

Dit is mogelijk deels te wijten aan het feit dat er weinig diagnostische richtlijnen en testinstrumenten voorhanden zijn voor de leeftijdsgroep 12+. Recent is voor dyslexie een inhaalbeweging gebeurd met de ontwikkeling en normering van de *GI&schr* (Depessemier & Andries, 2009) en de Interactieve Dyslexietest Amsterdam-Antwerpen (Van der Leij e.a., 2012).

In de voorzieningen lijkt er, in vergelijking met de onderkende diagnostiek, een minder groot aanbod aan *indicerende diagnostiek* te bestaan. Afhankelijk van de hulpvraag kan een onderzoek naar een eventuele comorbide stoornis aangewezen zijn of kan door bijkomend onderzoek een totaalbeeld verkregen worden. Op die manier kan de hulpverlener vanuit een sterkte-zwakteanalyse een gericht en haalbaar advies opstellen. We zien dat heel wat voorzieningen bij dyslexie voorzien in onderzoek naar begrijpend lezen en bij dyscalculie in onderzoek naar visuospatieële vaardigheden. Voor zowel dyslexie als dyscalculie valt op dat de voorzieningen een groot aanbod hebben voor bijkomende onderzoeken naar articulatie en mondelinge taalvaardigheden en een analyse van de studiemethode. Hoewel in de literatuur onder meer gewezen wordt op de meerwaarde van het opstellen van een intelligentieprofiel in het kader van een sterkte-zwakteanalyse (zie o.a. Schraeyen e.a., 2011) zien we dat iets minder dan de helft van de voorzieningen

dit opneemt in de diagnostiek van dyslexie en dyscalculie. Ook andere onderzoeken zoals onderzoek naar copingvaardigheden, zelfbeeld, enz. worden duidelijk minder aangeboden. Wanneer we kijken naar de aard van de voorzieningen die opgenomen werden in de sociale kaart betreffende diagnostiek vinden we hierin een plausibele verklaring: de helft van de voorzieningen bestaat immers uit zelfstandige logopedisten die, indien ze geen beroep kunnen doen op een multidisciplinair team, geen psychologische onderzoeken kunnen aanbieden. Hiervoor zijn ze aangewezen op een gerichte doorverwijzing of samenwerking met andere disciplines.

Richten we ons op het *aanbod aan begeleiding* voor personen met dyslexie en dyscalculie, dan zien we ook hier dat er een groter aanbod bestaat voor kinderen dan voor adolescenten en volwassenen.

Wat betreft de *inhoud van de begeleiding* zien we dat het taakgericht aanbod voor dyslexie en dyscalculie bij heel wat voorzieningen duidelijk aanwezig is, en dit voor alle leeftijdsgroepen. In de literatuur wordt gesuggereerd dat, gezien de blijvende uitval in automatisering van kennis en/of procedures (SDN, 2008), er naast remediëring nadruk gelegd moet worden op het compenseren naarmate cliënten ouder worden (Ghesquière e.a., 2011). Voor alle leeftijdsgroepen zien we zowel een taakgericht

aanbod als een aanbod dat zich richt op compenserende vaardigheden. Naast het belang van aandacht voor compenserende vaardigheden wijst onder andere Marzano (2007) op het belang van een goede samenwerking tussen de begeleider, de cliënt en diens onmiddellijke omgeving. In de resultaten zien we dat de voorzieningen in Vlaanderen dit principe delen en de ondersteuning van ouders, partners en opvoeders duidelijk mee opnemen in hun aanbod, en dit voor beide stoornissen en alle leeftijdscategorieën. Ook de leerkracht, docent en school worden gezien als belangrijke partners. Dit merken we vooral op bij kinderen. Deze ondersteuning neemt af bij adolescenten en volwassenen. Wat betreft begeleiding gericht op het leren omgaan met de stoornis (zie o.a. Ingesson, 2007) zien we een beperkter aanbod. Ook hier kan de toegang tot een multidisciplinair team of de specifieke opdracht van bepaalde voorzieningen deels een verklaring bieden. Uit de literatuur blijkt psycho-educatie belangrijk voor het vergroten van het inzicht en de aanvaarding van de stoornis (zie o.a. Terras e.a., 2009). Binnen de begeleiding van dyslexie en dyscalculie heeft bijna drie kwart van de voorzieningen dit aanbod voor kinderen. Voor adolescenten en volwassenen is het aanbod voor psycho-educatie groter voor dyslexie (tussen 60 en 70% van de voorzieningen) dan voor dyscalculie (ongeveer de helft van de voorzieningen). Het aanbod aan lotgenotencontact is voor alle leef-

tijdsgroepen en voor beide stoornissen zeer beperkt. In de literatuur wordt weinig informatie teruggevonden over de werkzaamheid van lotgenotencontact. Nochtans leert eigen onderzoek dat dit door jongeren met dyslexie als meerwaarde wordt ervaren (De Brauwer, Meersschaert, Aerts, Van Kerckhove & Geudens, 2013).

Dit onderzoek schetst een beeld van de huidige situatie in Vlaanderen wat betreft de diagnostiek en begeleiding voor dyslexie en dyscalculie. Met 113 voorzieningen in de Sociale Kaart Dyslexie en 104 voorzieningen in de Sociale Kaart Dyscalculie zijn uiteraard niet alle voorzieningen of hulpverleners opgenomen. De resultaten moeten dan ook met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Bovendien vormen ze slechts een indicatie van de algemene situatie in Vlaanderen. Toch geven ze een mooi inzicht in het hulpverleningsaanbod en in de principes die dienen als basis voor de diagnostiek en begeleiding van leerstoornissen.

■ Dankwoord

De Sociale Kaart Dyslexie en Dyscalculie is een onderdeel van Projectmatig Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Thomas More, uitgevoerd in samenwerking met de Adviesraad Wetenschappelijk

Onderzoek van Sig. We danken ook alle voorzieningen die zich engageerden. Ze dragen allemaal bij tot de realisatie van dit project.

Referenties

- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Barbaresi, W.J., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Weaver, A.L., & Jacobsen, S.J. (2005). Math learning disorder: Incidence in a population-based birth cohort, 1976-82. *Rochester, Minn. Ambulatory Pediatrics*, 5, 281-289.
- Berckmoes, C., Geudens, A., Janssens, V., & Schraeyen, K. (2007). Dyslexie als functiebeperking binnen het hoger onderwijs. *Logopedie*, 20 (6), 24-35.
- Berkeley, S., Mastropieri, M.A., & Scruggs, T. E. (2011). Reading comprehension strategy instruction and attribution retraining for secondary students with learning disabilities and other mild disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 44, 18-32.
- Burden, R.L., & Burdett, J.G. (2005). Factors associated with successful learning in pupils with dyslexia: a motivational analysis. *British Journal of Special Education*, 32 (2), 100-104.
- Code, expertisecentrum van Thomas More (2012). *De Sociale Kaart ADHD, Dyslexie en Dyscalculie*. Verkregen op 5 juli 2013 van www.codelessius.eu/desocialekaart
- De Bondt, A., Vanderswalmen, R., & Desoete, A. (2010). Dyscalculiebeleid in en op weg naar het secundair onderwijs. *Zorgbreed*, 7 (25), 31-37.
- De Brauwer, J., Meersschaert, E., Aerts, A., Loncke, M., & Geudens, A. (2013). De impact van dyslexie bij jongeren: Ervaringen van jongeren, ouders, studiebegeleiders en hulpverleners. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 4 (38), 130-150.
- De Brauwer, J., Meersschaert, E., Aerts, A., Van Kerckhove, E., & Geudens, A. (2013). *Effective support and coaching of young adults with dyslexia: Results of a qualitative and quantitative study*. Paper presented at the 4th All-European Dyslexia Conference of the European Dyslexia Association, September 20-22, Växjö, Sweden.
- Depessemier, P., & Andries, C. (2009). *Gl&schr. Test voor gevorderd lezen en schrijven*. Antwerpen: Garant.
- Desoete, A. (2004). Diagnostische protocollen bij dyscalculie: zin of onzin. *Significant*, 3, 1-31.
- Desoete, A. (2009). Dyscalculie: evidence-based beschrijven, begrijpen en aanpakken. In A. Desoete, C. Andries, & P. Ghesquière (Red.), *Leerproblemen evidence-based voor spellen, onderkennen en aanpakken: Bijdragen uit onderzoek* (pp. 105-126). Leuven: Acco.
- Desoete, A., Ghesquière, P., De Smedt, B., Andries, C., Van de Broeck, W., & Ruijsenaars, W. (2010). Dyscalculie: standpunt van onderzoekers in Vlaanderen en Nederland. *Logopedie*, 23, 4-9.
- Desoete, A. (2011). Hoe goed rekenen adolescenten en volwassenen met dyslexie? In A. Geudens, D. Baeyens, K. Schraeyen, K. Maetens, J. De Brauwer & M. Loncke (Red.), *Jongvolwassenen met dyslexie. Diagnostiek en begeleiding in wetenschap en praktijk* (pp. 203-223). Leuven: Acco.
- Desoete, A., & Van Vreckem, C. (2012). Eénmaal dyscalculie, altijd dyscalculie? Nut en effectiviteit van behandelingen voor rekenstoornissen. *Logopedie, bijlage december 2012*, 69-84.

- Dowker, A. (2005). *Differences in arithmetic. Implications for psychology, neuroscience and education*. Hove, UK: Psychology Press
- Everatt, J., Weeks, S., & Brooks, P. (2007). Profiles of strengths and weaknesses in dyslexia and other learning difficulties, *Dyslexia*, 14 (1), 16-41.
- Gerber, P.J. (2009). Impact of learning disabilities on adults. In J.M. Taymans (Red.), *Learning to achieve: A review of the research literature on serving adults with learning disabilities* (pp. 231-252). Washington, DC: National Institute for Literacy.
- Gersten, R., Chard, D.J., Jahanthi, M., Baker, S.K., Morphy, P., & Floja, J. (2009). Mathematics instruction for students with learning disabilities: A meta-analysis of instructional components. *Review of Educational Research*, 79, 1202-1242.
- Ghesquière, P. (2006). Dyslexie in het secundair onderwijs. In P. Ghesquière & H. Grietens (Red.), *Jongeren met leer- of gedragsproblemen. Naar een school met zorg* (pp. 37-48). Leuven/Voorburg: Acco.
- Ghesquière, P., Boets, B., Gadeyne, E., & Vandewalle, E. (2011). Dyslexie: een beknopt wetenschappelijk overzicht. In A. Geudens, D. Baeyens, K. Schraeyen, K. Maetens, J. De Brauwier & M. Loncke (Red.), *Jongvolwassenen met dyslexie. Diagnostiek en begeleiding in wetenschap en praktijk* (pp. 41-58). Leuven: Acco.
- Goetry, V., Nossent, C., & van Hecke, P. (2006). *Taalontwikkelings- en leerstoornissen: een literatuuronderzoek in opdracht van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering*. Brussel: Riziv.
- Hellendoorn, J., & Ruijsenaars, W. (2000). Personal experiences and adjustment of Dutch adults with dyslexia. *Remedial and Special Education*, 21, 227-239.
- Humphrey, N. (2003). Facilitating a positive sense of self in pupils with dyslexia: The role of teachers and peers. *Support for learning*, 18, 130-136.
- Ingesson, S.G. (2007). Growing up with dyslexia: Interviews with teenagers and young adults. *School Psychology International*, 28, 574-591.
- Kloomok, S., & Cosden, M. (1994). Self-concept in children with learning disabilities: The relationship between global self-concept, academic 'discounting', nonacademic self-concept, and perceived social support. *Learning Disability Quarterly*, 17, 140-153.
- Levant, R.F., & Hasan, N.T. (2008). Evidence-based practice in psychology. *Professional Psychology: Research and practice*, 39, 658-662.
- Marzano, R.J. (2007). *Wat werkt op school: research in actie. Meta-analyse van 35 jaar onderwijsresearch direct toepasbaar in beleid en praktijk*. Middelburg: Bazalt.
- McNulty, M.A. (2003). Dyslexia and the life course. *Journal of Learning Disabilities*, 36, 363-381.
- Mortimore, T., & Crozier, W.R. (2006). Dyslexia and difficulties with study skills in higher education. *Studies in Higher Education*, 31, 235-251.
- Nalavany, B.A., & Carawan, L.W. (2012). Perceived family support and self-esteem: The meditational role of emotional experience in adults with dyslexia. *Dyslexia*, 18, 58-74.
- Norcross, J.C. (Red.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Ruijsenaars, A.J. (2004). Diagnostiek van leerproblemen en dyscalculie. In A.J. Ruijsenaars, H. van Luit & E.C. van Lieshout (Red.), *Rekenproblemen en dyscalculie* (pp 250-294). Lemniscaat: Rotterdam.
- Ruijsenaars, A.J., van Luit, H., & van Lieshout, E.C. (2004). *Rekenproblemen en dyscalculie*. Rotterdam: Lemniscaat.

- Schraeyen, K., Janssens, V., Aerts, A., Meersschaert, E., Maetens, K., & Geudens, A. (2011). Diagnostiek van dyslexie bij jongvolwassenen: Een pleidooi voor het totaalprofiel als sleutel tot een individueel aangepast profiel. In A. Geudens, D. Baeyens, K. Schraeyen, K. Maetens, J. De Brauwere & M. Loncke (Red.), *Jongvolwassenen met dyslexie. Diagnostiek en begeleiding in wetenschap en praktijk* (pp 81-108). Leuven: Acco.
- Stichting Leerproblemen Vlaanderen (2001). De attestering voor kinderen met een leerstoornis. *Caleidoscoop*, 13, 20-22.
- Stichting Dyslexie Nederland (2008). *Diagnose en behandeling dyslexie. Brochure van de Stichting Dyslexie Nederland (SDN). Geheel herziene versie*. Bilthoven: Stichting Dyslexie Nederland.
- Swanson, H.L., Hoskyn, M., & Lee, C. (1999). *Interventions for students with learning disabilities: A meta-analysis of treatment outcomes*. New York: Guilford Press.
- Terras, M.M., Thompson, L.C., & Minnis, H. (2009). Dyslexie and psycho-social functioning: An exploratory study of the role of self-esteem and understanding. *Dyslexia*, 15, 304-327.
- Tops, W., Callens, M., Lammertyn, J., & Brysbaert, M. (2012). Identifying students with dyslexia in higher education. *Annals of Dyslexia*, 62, 186-203.
- Van der Leij, A., Bekebrede, J.I., Geudens, A., Schraeyen, K., Schijf, G.M., Garst, H., Willems, H., Janssens, V., Meersschaert, E. & Schijf, T. (2012). *Interactieve Dyslexietest Amsterdam-Antwerpen (IDAA): Handleiding*. Uithoorn: Muiswerk Educatief.
- Van Yperen, T.A., Booy, Y., & van der Veldt, M.C. (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Werner, E.E., & Smith, R.S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. New York: Cornell University Press.