



Funded by
the European Union



Projectresultaat : Documentatie voor ICT- gebaseerde applicaties

DIGITALE TRANSFORMATIE IN SPECIAAL ONDERWIJS
Nº: 2023-1-TR01-KA220-SCH-000160579

Voorwoord

Digitale transformatie in het onderwijs is niet alleen de integratie van technologische hulpmiddelen in klaslokalen, maar ook het proces van het creëren van een inclusief leer-ecosysteem dat gevoelig is voor de individuele behoeften van elke leerling. De meest cruciale pijler van deze transformatie is de verbetering van onderwijsprocessen voor mensen met speciale behoeften.

Het project is uitgevoerd in het kader van het project "DIGITALE TRANSFORMATIE IN SPECIAAL ONDERWIJS" (Projectnummer: 2023-1-TR01-KA220-SCH-000160579). Met als doel om wetenschappelijk en praktisch licht te werpen op de complexe aard van het speciaal onderwijs. Ons werk bestrijkt een breed spectrum, variërend van specifieke leerproblemen zoals dyslexie en dyscalculie tot ADHD en autismespectrumstoornis en van emotionele processen zoals depressie en angst tot visuele en gehoorbeperkingen.

Dit document dient als een gestructureerde gids voor docenten en specialisten. Voor elk gebied met speciale behoeften zijn de volgende fundamentele vragen behandeld:

- Diagnostische processen gebaseerd op DSM-5-TR-criteria, prevalentiepercentages en het onderscheiden van wetenschappelijke feiten van misvattingen (mythes).
- Diagnose- en beoordelingsprocessen in Turkije, Kroatië, Nederland, Noord-Macedonië en Litouwen.
- Herkenning van symptomen in de klas en concrete, uitvoerbare oplossingen voor leraren.

In het digitale tijdperk vereist het ontsluiten van het potentieel van leerlingen met speciale behoeften dat je niet focust op "wat ze niet kunnen doen," maar op "wat ze kunnen bereiken", uiteraard met de juiste ondersteuning. Dit werk biedt onze docenten een sterke routekaart voor het vroegtijdig herkennen van verschillen bij hun leerlingen en voor het bieden van de meest geschikte digitale en pedagogische ondersteuning.

We hopen dat ons project, door grensoverschrijdende samenwerking, een blijvende impact zal maken op het gebied van speciaal onderwijs; en wij danken al onze bijdragende partners en het Turkse Nationale Agentschap voor hun steun.

Projectcoördinator
Dr. Ümit Çelen
Amasya Universiteit

Inhoudsopgave

Dyslexie.....	1
Wat is het?.....	1
Wat zijn de oorzaken?	1
Prevalentie in de wereld en deelnemende landen	1
Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)	2
Hoe dyslexie te herkennen	3
Diagnostische criteria voor dyslexie (volgens DSM-5-TR)	4
Diagnostisch proces voor speciale leerstoornissen (dyslexie) in de deelnemende landen	5
Diagnostisch proces voor speciale leerstoornissen (dyslexie) in Turkije	5
Diagnostisch proces voor speciale leerstoornissen (dyslexie) in Kroatië.....	6
Dyslexie diagnostisch proces in Nederland.....	7
Diagnoseproces van dyslexie in Noord-Macedonië	8
Dyslexie diagnoseproces in Litouwen	11
Aanbevelingen voor leraren	12
Samenvatting.....	13
Dyscalculie	14
Wat is het?.....	14
Wat zijn de redenen?	14
Prevalentie in de wereld en deelnemende landen	15
Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)	16
Hoe Dyscalculie te herkennen	17
Diagnostische criteria (volgens DSM-5-TR)	18
Diagnoseproces van dyscalculie in de deelnemende landen	18
Diagnoseproces van dyscalculie in Turkije	18
Diagnoseproces van dyscalculie in Kroatië.....	19
Dyscalculia diagnostischproces in Nederland	20
Diagnoseproces van dyscalculie in Noord-Macedonië.....	21
Diagnoseproces van dyscalculie in Litouwen	23
Aanbevelingen voor leraren	24
Samenvatting.....	25
Aandachtsstoornis/Hyperactiviteitsstoornis (ADHD).....	27
Wat is het?.....	27
Wat zijn de oorzaken?	27
Prevalentie in de wereld en deelnemende landen	27
Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)	28
Hoe herken je ADHD?.....	29
Diagnostische criteria (volgens DSM-5-TR)	30
ADHD diagnoseproces in de deelnemende landen.....	31

ADHD diagnoseproces in Turkije	31
ADHD-diagnoseproces in Kroatië	32
ADHD diagnostisch proces in Nederland.....	32
ADHD-diagnoseproces in Noord-Macedonië	33
ADHD-diagnoseproces in Litouwen.....	35
Aanbevelingen voor leraren.....	36
Samenvatting.....	37
Verstandelijke beperking.....	39
Wat is het?.....	39
Wat zijn de oorzaken?	39
Prevalentie in de wereld en deelnemende landen	39
Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)	40
Hoe herkenning van een verstandelijke beperking.....	41
Diagnostische criteria (volgens DSM-5-TR)	42
Diagnoseproces van verstandelijke beperkingen in de deelnemende landen	43
Diagnoseproces van verstandelijke beperkingen in Turkije.....	43
Diagnoseproces van verstandelijke beperkingen in Kroatië	44
Diagnostisch proces voor verstandelijke beperkingen in Nederland.....	44
Diagnoseproces voor een verstandelijke beperking in Noord-Macedonië.....	45
Proces van diagnose van een verstandelijke beperking in Litouwen.....	46
Aanbevelingen voor leraren.....	48
Samenvatting.....	49
Autisme Spectrum Stoornis (ASS)	50
Wat is het?.....	50
Wat zijn de oorzaken?	50
Prevalentie in de wereld en deelnemende landen	50
Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)	51
Hoe ASS te herkennen.....	52
ASS-diagnostische criteria (volgens DSM-5-TR)	53
ASS-diagnoseproces in de deelnemende landen	54
ASS-diagnoseproces in Turkije	54
ASS-diagnoseproces in Kroatië.....	55
ASS-diagnostisch proces in Nederland	55
ASS-diagnoseproces in Noord-Macedonië.....	56
ASS-diagnoseproces in Litouwen.....	58
Aanbevelingen voor leraren.....	59
Samenvatting.....	60
Depressie	61
Wat is het?.....	61

Wat zijn de redenen?	61
Prevalentie in de wereld en deelnemende landen	62
Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)	63
Hoe depressie te herkennen	64
Diagnostische criteria voor depressie (volgens DSM-5-TR)	64
Diagnostisch proces voor depressie in de deelnemende landen.....	65
Diagnostisch proces van depressie in Turkije.....	65
Diagnoseproces van depressie in Kroatië.....	66
Diagnostisch proces van depressie in Nederland.....	66
Diagnoseproces van depressie in Noord-Macedonië.....	67
Diagnoseproces van depressie in Litouwen	68
Aanbevelingen voor leraren	69
Samenvatting.....	70
Angststoornissen	72
Wat is het?.....	72
Wat zijn de oorzaken?	72
Prevalentie in de wereld en deelnemende landen	73
Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)	73
Hoe je angststoornis herkent	74
Diagnostische criteria voor angststoornis (volgens DSM-5-TR)	75
Diagnoseproces van angststoornissen in de deelgenomen landen	76
Diagnoseproces van angststoornissen in Turkije	76
Diagnoseproces van angststoornissen in Kroatië.....	77
Diagnostisch proces voor angststoornissen in Nederland	77
Diagnostisch proces van angststoornissen in Noord-Macedonië	78
Diagnostisch proces van angststoornissen in Litouwen.....	79
Aanbevelingen voor leraren	80
Samenvatting.....	81
Disruptieve gedragsstoornissen	82
Wat is het?.....	82
Wat zijn de oorzaken?	82
Prevalentie in de wereld en deelnemende landen	82
Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)	84
Hoe je een disruptieve gedragsstoornis herkent	84
Diagnostische criteria voor disruptief gedragsstoornis (volgens DSM-5-TR).....	85
Diagnoseproces voor disruptieve gedragsstoornissen in de deelnemende landen	86
Diagnoseproces voor disruptieve gedragsstoornissen in Turkije.....	86
Proces van diagnose van disruptieve gedragsstoornissen in Kroatië	87
Diagnostisch proces voor disruptieve gedragsstoornissen in Nederland	88

Diagnostisch proces van disruptieve gedragsstoornissen in Noord-Macedonië	89
Diagnoseproces voor disruptieve gedragsstoornissen in Litouwen.....	90
Aanbevelingen voor leraren	91
Samenvatting.....	92
Visuele beperking	93
Wat is het?.....	93
Wat zijn de oorzaken?	93
Prevalentie in de wereld en deelnemende landen	93
Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)	94
Hoe je visuele beperking herkent.....	95
Proces voor de diagnose van visuele beperking in de deelnemende landen	96
Proces van de diagnose van visuele stoornis in Turkije	96
Proces van diagnose van visuele beperking in Kroatië.....	96
Diagnostisch proces voor visuele beperking in Nederland	97
Diagnostisch proces voor visuele beperking in Noord-Macedonië.....	98
Proces van de diagnose van visuele beperking in Litouwen	99
Aanbevelingen voor leraren	100
Samenvatting.....	101
Gehoorbeperving	102
Wat is het?.....	102
Wat zijn de oorzaken?	102
Prevalentie in de wereld en deelnemende landen	102
Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)	103
Hoe je gehoorbeperking kunt begrijpen	104
Diagnoseproces van gehoorstoornissen in de deelgenomen landen	105
Diagnoseproces van gehoorbeperking in Turkije	105
Diagnoseproces van gehoorbeperking in Kroatië	106
Diagnostisch proces van gehoorbeperking in Nederland	106
Diagnostisch proces voor gehoorbeperking in Noord-Macedonië	107
Diagnostisch proces voor gehoorbeperkingen in Litouwen	108
Aanbevelingen voor leraren	109
Samenvatting.....	110
Expressieve taalstoornis	111
Wat is het?.....	111
Wat zijn de oorzaken?	111
Prevalentie in de wereld en deelnemende landen	111
Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)	112
Hoe je expressieve taalstoornis kunt begrijpen	113
Diagnostische criteria voor expressieve taalstoornis.....	114

Diagnostisch proces van expressieve taalstoornis in de deelnemende landen	114
Diagnostisch proces van expressieve taalstoornis in Turkije	114
Diagnostisch proces van expressieve taalstoornis in Kroatië.....	115
Diagnostisch proces van expressieve taalstoornis in Nederland	116
Diagnostisch proces van expressieve taalstoornis in Noord-Macedonië.....	117
Diagnostisch proces van expressieve taalstoornis in Litouwen	118
Aanbevelingen voor leraren	119
Samenvatting.....	120

Dyslexie

Wat is het?

Specifieke Leerstoornis (SLD) is een neuro-ontwikkelingsstoornis die wordt gekenmerkt door prestaties die aanzienlijk onder de verwachtingen liggen op het gebied van academische vaardigheden zoals lezen, schrijven, wiskunde of verbale expressie, ondanks het standaard intelligentieniveau van het individu (IQ \geq 85) en adequate onderwijskansen (DSM-5-TR, 2022). Dyslexie is het meest voorkomende subtype van SLD en ontstaat voornamelijk door een verstoorde fonologische verwerking (klanken onderscheiden, letterklanken overeenstemmen) (Lyon et al., 2003). Deze aandoening staat los van visuele of auditieve waarnemingsproblemen, verstandelijke beperkingen of sociaaleconomische achterstanden. De International Dyslexia Association (IDA) definieert dyslexie als een "taal gebaseerde leerafwijking" en benadrukt dat vroege interventie cruciaal is (IDA, 2017). Mensen met SLD kunnen academische en sociale aanpassing bereiken met strategische lesmethoden, maar vertonen een levenslang profiel (Shaywitz, 2003).

Wat zijn de oorzaken?

Genetische factoren (50-60% effect)

- Gezinsonderzoek: Het risico neemt 4-8 keer toe bij eerstegraads familieleden van mensen met dyslexie (Pennington & Bishop, 2009).
- Specifieke genen: Polymorfismen in de DCDC2-, KIAA0319- en DYX1C1-genen beïnvloeden taalverwerkingsnetwerken door het neuronale migratieproces te verstoren (Grigorenko et al., 2020).

Neurobiologische factoren

- Hersenstructuur: Tekort aan grijze stof in het linker temporopariëtale gebied en zwakte in de integriteit van het arcuate fasciculus (taalpad) (fMRI-studies; Shaywitz et al., 1998).
- Neurochemisch: Variaties in het dopaminetransporter gen (DAT1) verminderen aandacht en verwerkingsnelheid (Norton et al., 2014).

Milieu- en andere factoren

- Prenataal: Vroeggeboorte (<37 weken), laag geboortegewicht (<2500 g) verhoogt het risico met 2 keer (Taylor et al., 2018).
- Later verkregen: Traumatisch hersenletsel (TBI) of epilepsie bij kinderen kan fonologische netwerken verstoren.

Prevalentie in de wereld en deelnemende landen

Globaal

5-15% bij kinderen (APA, 2022), 4-8% bij volwassenen (British Dyslexia Association, 2022).

Prevalentie in Turkije

Volgens MEB (2021) gegevens was 7,2% in de basisschoolleeftijd (5,1% bij meisjes, 9,3% bij jongens).

35% van de aanmeldingen bij Educational Assessment and Guidance Centers (RAM) is gediagnosticeerd met SLD (Specific Learning Disability Association Report, 2023).

- **Geslachtsverschil:** 2-3 keer vaker gediagnosticeerd bij mannen, maar het percentage gemiste diagnose is hoog bij vrouwen (Quinn & Wagner, 2015).

Prevalentie in Nederland

Ongeveer 3-5% van de Nederlandse schoolgaande kinderen heeft ernstige dyslexie. De diagnose wordt gesteld door gespecialiseerde remedial teacher leraren of psychologen die gebruik maken van nationale protocollen (Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling en de Brede vakinhoudelijke richtlijn dyslexie BVRD). Kinderen worden meestal doorverwezen via de school of het Samenwerkingsverband. Behandeling valt deels onder de Jeugdwet en wordt vaak uitgevoerd door gespecialiseerde instellingen.

Prevalentie in Noord-Macedonië

Officiële gegevens over het exacte aantal dyslexies zijn beperkt vanwege inconsistente screening en diagnose in het hele land. Desalniettemin schatten onderwijsexperts en NGO's dat ongeveer 5% tot 10% van de schoolkinderen tekenen van dyslexie kan vertonen. Rapporten van afdelingen voor inclusief onderwijs en maatschappelijke groepen die betrokken zijn bij speciaal onderwijs benadrukken het toenemende bewustzijn van dyslexie, vooral in stedelijke scholen.

Prevalentie in Litouwen

Volgens het State Data Agency en het National Education Agency wordt dyslexie gecategoriseerd onder speciale onderwijsbehoeften (SEN), maar specifieke statistieken over alleen dyslexie zijn niet altijd geïsoleerd. Let op: de gegevens over het aantal schoolleerlingen met speciale onderwijsbehoeften aan het begin van de laatste vijf schooljaren zijn gepresenteerd in Tabel 1 (zie bijlage).

Echter, bredere gegevens over SEN en handicap in het onderwijs tonen het volgende aan:

- In het schooljaar 2018–2019 had 11,6% van de leerlingen in de reguliere klassen speciale onderwijsbehoeften.
- Onder leerlingen met SEN zijn jongens significant meer vertegenwoordigd dan meisjes, in overeenstemming met wereldwijde trends. In Litouwen vormen jongens 26,6% van de laagpresteerders, vergeleken met 13,3% van de meisjes.
- In speciale scholen en onderwijscentra had 92,5% van de leerlingen een beperking, waarvan een deel waarschijnlijk dyslexie omvatte.

Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)

- Dyslexie is letters achterstevoren zien of schrijven.

Feit: dyslexie is geen visueel probleem, maar een fonologische verwerkingsstoornis. "b-d" mixen komt voort uit de moeilijkheid om de klanken van letters te onderscheiden (International Dyslexia Association [IDA], 2020).

- Mensen met dyslexie hebben een lage intelligentie.

Feit: dyslexie heeft niets met intelligentie te maken. In WISC-V tests zijn de verbale redeneerscores (VCI) van dyslectische personen meestal normaal of hoog (Winner et al., 2001).

- Het herhaaldelijk corrigeren van teksten lost dyslexie op.

Feit: Traditionele correctiemethoden werken niet. Multisensorisch leren (bijv. Orton-Gillingham-methode) is noodzakelijk (Shaywitz, 2003).

- Dyslexie is volledig te genezen.

Feit: Dyslexie is een levenslange stoornis, maar de effecten kunnen worden geminimaliseerd met vroege interventie (Lyon et al., 2003).

- Dyslexie komt alleen voor in complexe talen zoals het Engels.

Feit: Het komt in alle talen voor. De leessnelheid wordt minder beïnvloed in transparante talen zoals Turks vergeleken met Engels (Ziegler & Goswami, 2005).

- Dyslexie komt alleen voor bij kinderen, bij volwassenen verdwijnt het.

Feit: Volwassen dyslectici blijven moeite ondervinden met leessnelheid en schriftelijke expressie (Mortimore, 2008).

- Kinderen met dyslexie zijn lui of ongeïnteresseerd.

Feit: Het is van neurologische oorsprong. Het mag niet worden verward met aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD) (Pennington & Bishop, 2009).

- Oog oefeningen of gekleurde lenzen corrigeren dyslexie.

Feit: Iridis-lenzen of visuele therapie zijn geen evidence-based methoden voor dyslexie (American Academy of Pediatrics, 2014).

- Mensen met dyslexie kunnen nooit goed lezen.

Feit: Vloeiend lezen kan worden bereikt met de juiste strategieën (audioboeken, ondersteunende technologie) (IDA, 2017).

- Dyslexie is een zeldzame aandoening.

Feit: Het treft 10-15% van de wereldbevolking. In Turkije zijn er gemiddeld 1-2 dyslectische leerlingen in elk klaslokaal (MEB, 2021).

Hoe dyslexie te herkennen

Leesmoeilijkheden

- Lettergreep overslaan: Fouten zoals het plakken van de eerste klanken aan de laatste klanken van een woord, en het middenstuk overslaan. Dit komt door een gebrek aan fonologisch bewustzijn (Torgesen, 2004).
- Langzaam lezen: Het aantal woorden dat per minuut wordt gelezen is 30% lager dan dat van hun leeftijdsgenoten. Letterklankmatching is niet geautomatiseerd (Wolf & Katzir-Cohen, 2001).
- Probleem met lijntracking: Ze moeten met hun vinger volgen omdat hun oogvolgvaardigheden zwak zijn.

Schrijfproblemen

- Spiegelschrift: Het mengen van "d-b", "p-q" is gebruikelijk, vooral in groep 1 tot en met 2. Het is een indicator van neuro-ontwikkelingsachterstand (Habib, 2000).
- Gestippelde letters: Moeilijkheid om "i-i", "o-ö" te onderscheiden, wordt geassocieerd met fijne motoriek en problemen met visuele discriminatie.
- Onregelmatig schrijven: Niet de lijn volgen, inconsistentie in lettergroottes (symptoom van dysgrafie).

Organisatorische moeilijkheden

- Onoverzichtelijke noties: De pagina-indeling is rommelig; Er is een neiging om rechts-links/links-rechts te schrijven.
- Tijdmanagement: Situaties zoals het afmaken van een huiswerk van 20 minuten in 1 uur komen vaak voor. Het wordt geassocieerd met een lage verwerkingssnelheid (Berninger et al., 2006).

Voorkeur voor verbale expressie

- Ze vragen om mondelinge presentaties te geven in plaats van schriftelijke examens.
- Reden: De werkgeheugenbelasting is minder bij verbale (Swanson & Siegel, 2001).

Problemen met instructieverwerking

- Ze raken na de eerste 2 stappen kwijt in meerstapsinstructies zoals "Open je notitieboek, schrijf de datum op de juiste pagina, los dan het derde probleem op".
- Reden: Auditieve verwerking en werkgeheugencapaciteit zijn beperkt (Gathercole & Alloway, 2008).

Moeilijkheid om woorden te vinden

- Ze gebruiken uitdrukkingen die een voorwerp omschrijven of aanwijswoorden, omdat ze niet op het daadwerkelijke woord kunnen komen.
- Basisreden: De toegang tot het mentale lexicon (mentale woordenboek) is traag (Snowling, 2013).

Numerieke fouten

- Getallen achterstevoren schrijven: Het mengen van "6-9", "12-21" kan een teken zijn van dyscalculie.
- Eenvoudige bewerkingen: Niet-geautomatiseerde vaardigheden zoals vermenigvuldigen in plaats van optellen (Geary, 2004).

Vermijdingsgedrag

- Ze ontwikkelen tactieken zoals vaak naar het toilet gaan of potloden breken, terwijl ze teksten van het bord overschrijven.
- Psychologische infrastructuur: Het wordt geassocieerd met aangeleerde hulpeloosheid en angststoornis (Singer, 2005).

Diagnostische criteria voor dyslexie (volgens DSM-5-TR)

Specifieke Diagnosecriteria voor Leerstoornis (Subtype Dyslexie):

A. Ten minste één van de volgende symptomen (langer dan 6 maanden aanhoudend en met moeite voor de verwachte academische vaardigheden voor de leeftijd van de persoon):

- Leesnauwkeurigheid (onvermogen om woorden correct te lezen)
- Leessnelheid of vloeiendheid (langzaam, inspannend lezen)
- Leesbegrip

B. Beïnvloede academische vaardigheden, wanneer beoordeeld met standaardtests (bijv. TOWRE, WIAT), voeren minstens 1,5 standaardafwijkingen (SD) uit onder de chronologische leeftijd van de persoon.

C. Wordt duidelijk in de vroege schooljaren (maar wordt mogelijk pas opgemerkt in periodes waarin de academische eisen toenemen).

D. Kan niet beter worden verklaard door andere factoren:

- Verstandelijke beperking
- Zicht-/gehoorverlies
- Neurologische aandoeningen (bijv. cerebrale parese)
- Psychosociale achterstand
- Onvoldoende opleiding

Diagnostisch proces voor speciale leerstoornissen (dyslexie) in de deelnemende landen

Diagnostisch proces voor speciale leerstoornissen (dyslexie) in Turkije

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- Klassikale observatie: De klasdocent beoordeelt de academische en gedragsmatige prestaties van de leerling met behulp van het MoNE Form-1 (Special Education Evaluation Request Form). Dit formulier bevat kritieke indicatoren zoals lees- en schrijfsnelheid, spelfouten en aandacht spanne.
- Schoolbegeleidingsdienst: In lijn met de observaties van de leraar kan de schoolbegeleidingsdienst de leerling een voorlopige beoordelingstools toedienen en besluiten deze door te verwijzen naar het RAM. ¹

RAM-applicatie en documenten

- Vereiste documenten:
 - Schriftelijke aanvraagpetitie ingevuld door de ouder/school.
 - Aanvraagformulier voor Onderwijsbeoordeling (voor de eerste aanvraag) of Individueel Ontwikkelingsrapport (voor herbeoordeling).
 - Disability Health Board Report (indien beschikbaar, een arbeidsongeschiktheidspercentage van 20% of hoger is vereist).
 - Fotokopieën van de identiteitskaarten van de leerling en ouders.

RAM-evaluatieproces

- Tests en toepassingen:
 - WISC-IV: Intelligentiequotiënt (IQ) en verwerkingssnelheid (PSI) worden gemeten. Bij dyslexie is de PSI laag en ligt het verbale begrip (VCI) binnen de normale grenzen.
 - Bender-Gestalt Visual Motor Perception Test: Hierbij wordt de visueel-motorische coördinatie geëvalueerd.
 - RWFT (Leessnelheid en Vloeiendheidstest): De vaardigheid van vloeiend lezen wordt geanalyseerd.
 - Ontwikkelingsgeschiedenis: Informatie ophalen over ontwikkeling, zoals over de zwangerschap, geboorte en vroege kindertijd.

Raad voor Beoordeling van Speciaal Onderwijs

- De commissie, bestaande uit de adjunct-directeur, de docent speciaal onderwijs en de decaan van RAM, evalueert de testresultaten en observaties.
- De ouder kan ook de bestuursvergadering bijwonen en zijn mening geven.

Diagnosebeslissing en voorbereiding van het IEP

- Criteria: Volgens DSM-5-TR moeten academische vaardigheden 1,5 standaardafwijkingen onder het leeftijdsniveau liggen, en mogen andere uitsluitende factoren (zicht-/gehoorverlies, verstandelijke beperking) niet aanwezig zijn.
- Individueel Onderwijsplan (IEP):
 - Binnen 45 dagen na de diagnose klaargemaakt.

¹ RAM: Regionale onderwijs expertisecentrum voor onderzoek en diagnostiek

- Lees- en schrijfstrategieën (bijv. multi-sensorisch leren) en examenaanpassingen (extra tijd, mondelinge toets) worden gepland op basis van de behoeften van de leerling 8.

Plaatsing en monitoring

- Onderwijsomgeving: Volgens het RAM-rapport is de leerling:
 - Kan inclusief onderwijs ontvangen.
 - May ontvangt 8-10 uur privélessen per week vanuit de ondersteuningseducatiekamer.
 - Kan worden doorverwezen naar speciale onderwijsscholen (in gevallen van ernstige dyslexie) 28.
- Monitoring: Prestatie-evaluatie wordt minstens één keer per jaar uitgevoerd door RAM en het IEP wordt bijgewerkt.

Diagnostisch proces voor speciale leerstoornissen (dyslexie) in Croatië

Voorlopige screening en doorverwijzing

- **Observatie in de klas:** De leerkracht beoordeelt de academische en gedragsprestaties van de leerling door middel van informele observatie. Dit formulier omvat kritieke symptomen zoals lees- en schrijfsnelheid, spelfouten en aandachtsspanne.
- **Schoolbegeleidingsdienst:** In overeenstemming met de observaties van de leerkracht bestaat de schoolbegeleidingsdienst uit een psycholoog, een pedagoog, een onderwijsrevalidatiespecialist, een schoolarts en een leerkracht. Zij komen overeen om het kind naar een team assessment te sturen (de beoordeling kan op school worden uitgevoerd als de school over de juiste beoordelingstests beschikt, en zo niet, dan gaat het kind/de leerling naar een externe instelling waar de team assessment wordt uitgevoerd).

Aanvraag en documenten

Vereiste documenten:

De toestemming van de ouders is vereist om het observatieproces en het beoordelingsproces te starten, zodat het kind een beslissing krijgt over de juiste vorm van onderwijs.

RAM-evaluatieproces

- Tests en toepassingen:
 - **WISC-IV:** Het intelligentiequotiënt (IQ) en de verwerkingsnelheidsindex (PSI) worden gemeten. Bij dyslexie is de PSI laag en ligt de verbale begripsindex (VCI) binnen de normale grenzen.
 - **Bender-Gestalt Visual Motor Perception Test:** De visueel-motorische coördinatie wordt geëvalueerd.
 - Er is een speciale beoordelingstest nodig die alleen door een logopedist kan worden uitgevoerd, waarna het kind uiteindelijk met dyslexie kan worden gediagnosticeerd.
 - **Ontwikkelingsgeschiedenis:** Er wordt informatie verzameld bij de familie over de zwangerschap, de geboorte en de vroege kinderjaren.
- Commissie voor speciaal onderwijs:

- Na inzicht te hebben gekregen in alle bevindingen en meningen van de deskundigen, doet de commissie van deskundigen een gezamenlijk voorstel voor de juiste vorm van onderwijs. Het officiële document heet "Beslissing over de juiste vorm van onderwijs".

Diagnosebeslissing en IEP-voorbereiding

- **Criteria:** Als het County Office of Education en het Ministerie van Wetenschap en Onderwijs een "Beslissing over de geschikte vorm van onderwijs" uitvaardigen, informeert de schoolonderwijsrehabilitator (of een van de leden van de professionele dienst) de lerarenraad over de beslissing en adviseert hij de leraren om voor elk vak dat het kind volgt een geïndividualiseerd curriculum op te stellen.
- **Individueel onderwijsplan (IEP):**
 - Dit wordt opgesteld aan het begin van het schooljaar (vanaf het begin van het academische jaar)

Plaatsing en monitoring

- **Onderwijsomgeving:** De leerling:
 - Krijgt inclusief onderwijs.
 - Kan minstens één keer per week speciale begeleiding krijgen van een onderwijsrevalidatiespecialist.
- **Monitoring:** De leerkracht en de professionele dienst van de school volgen de vorderingen van de leerlingen.

Dyslexie diagnostisch proces in Nederland

- De identificatie begint op school, meestal in jaar 3 of 4, na aanhoudende lees- en spellingsproblemen ondanks extra ondersteuning (minstens drie interventieperiodes).
- De school documenteert dit in een leerlingendossier, inclusief testresultaten, actieplannen en evaluaties.
- Als de voortgang onvoldoende is, wordt een verwijzing gedaan naar een gespecialiseerde dyslexietherapeut of remedial pedagoog/psycholoog.
- De diagnose wordt gesteld volgens het Dyslexia Diagnosis and Treatment Protocol (PDDb), met behulp van gestandaardiseerde tests (waaronder DMT, AVI, spellingtests).

Toepassing via SWV

- In overleg met de ouder(s)/voogd(en) dient de school het dossier van de leerling en de aanvraag voor dyslexie-beoordeling in bij de SWV voor passend onderwijs.
- **Vereiste documenten:** overzicht van de aangeboden interventies, testresultaten, actieplannen en evaluaties.

Evaluatieproces SWV

- De SWV beoordeelt of aan de nationale criteria voor ernstige single dyslexie (EED) is voldaan.
- Advies wordt gezocht bij experts (orthopedagoog-generalist, geestelijk gezondheidspsycholoog).

Diagnose besluit

- Als aan de criteria wordt voldaan, wordt de diagnose officieel bevestigd door de bevoegde professional.
- Ouders ontvangen een rapport met de beslissing en eventuele behandelaanbevelingen.

Plaatsing en monitoring

- De behandeling vindt plaats in geaccrediteerde instellingen, gefinancierd via de Jeugdwet in gevallen van ernstige alleenstaande dyslexie.
- De school blijft verantwoordelijk voor het bieden van passend onderwijs, met steun van het samenwerkingsverband (SWV).
- De voortgang wordt periodiek geëvalueerd door de behandelaar, school en ouders.

Diagnoseproces van dyslexie in Noord-Macedonië

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- **Observatie in de klas:** Leraren spelen een sleutelrol bij het vroegtijdig opsporen van leerlingen met mogelijk leerproblemen. Wanneer er tekenen worden opgemerkt zoals aanhoudende problemen met leesvloeiendheid (snelheid, nauwkeurigheid, intonatie en begrip), letteromkeringen of begripsproblemen, registreert de docent deze uitdagingen in een formeel pedagogisch rapport.
- **Consultatie van het School Support Team:** De leraar overlegt met het interne ondersteuningsteam van de school (bestaande uit een psycholoog, pedagoog en/of speciaal onderwijzer) om de ernst en consistentie van de symptomen te beoordelen. Indien nodig wordt een verwijzing gedaan naar externe professionele diensten.

Multidisciplinaire beoordeling

- **Psychologische en pedagogische evaluatie:** Het kind wordt doorverwezen naar het Institute for Mental Health of Children and Adolescents of een van de Regionale Centra voor Onderwijsondersteuning, waar een psycholoog cognitieve en leerbeoordelingen uitvoert (bijv. gestandaardiseerde IQ- en prestatietoetsen).
- **Spraak- en taalbeoordeling:** Indien nodig evalueert een logopedist taalverwerking en fonologische bewustzijnsvaardigheden, die belangrijke indicatoren zijn van dyslexie.

Formele diagnose en categorisatie

- Een team van professionals stelt de diagnose (psycholoog, speciaal opvoeder, logopedist) op basis van testresultaten, schoolprestaties en ouderlijke input.
- Een kind dat de diagnose dyslexie krijgt, kan worden gecategoriseerd onder "leerlingen met specifieke leerproblemen" in overeenstemming met de Wet op Basisonderwijs (2019), die het recht op individuele ondersteuningsprogramma's ondersteunt.

Implementatie van het Individueel Onderwijsplan (IEP)

- Na de diagnose stelt de school een IEP op met aanpassingen zoals verlengde tijd voor toetsen, mogelijkheden voor mondelinge beoordeling en een verminderde huiswerkbelasting.
- Leerkrachten en speciaal onderwijs werken nauw samen met ouders om consistente ondersteuning en monitoring van de voortgang van de leerling te waarborgen.

Verwijzing naar educatief-psychologische diensten en vereiste documentatie

Vereiste documenten:

- Een schriftelijke verwijzing van de schoolpsycholoog, pedagoog of klasleraar op basis van waargenomen leerproblemen.

- Een pedagogisch rapport waarin de academische prestaties, leergeschiedenis en het gedrag in de klas van de leerling worden beschreven.
- Medische of ontwikkelingsgeschiedenisgegevens (indien beschikbaar), vooral wanneer er een vermoed is van gelijktijdige ontwikkelingsachterstanden.
- Toestemmingsformulier van ouder/voogd voor beoordelingsprocedures.
- Kopieën van de identiteitsdocumenten van de leerling en ouders.

Diagnostisch beoordelingsproces

- **Test- en evaluatietools:** WISC-IV of Raven's Progressive Matrices (afhankelijk van beschikbaarheid): Beoordeelt algemene intelligentie en verwerkingscapaciteiten. Bij dyslexie is de verwerkingsnelheidsindex (PSI) vaak aanzienlijk lager dan bij andere indexen.
- **Lees- en schrijfpreatietests:** Lokale of aangepaste gestandaardiseerde toetsen worden gebruikt om decodeervaardigheden, vloeiendheid en begrip te beoordelen (bijvoorbeeld aangepaste versies van de Gray Oral Reading Test of informele leesinventarissen).
- **Visueel-Perceptuele en Visueel-Motorische Tests: Hulpmiddelen** zoals de Bender-Gestalt Test of Frostig Developmental Test of Visual Perception kunnen worden toegepast.
- **Ontwikkelingsgeschiedenisinterview:** Uitgevoerd met ouders om gegevens te verzamelen over vroege taalontwikkeling, cognitieve mijlpalen en schoolvoorbereiding.

Multidisciplinaire teambeoordeling:

- Bestaat doorgaans uit een psycholoog, speciaal opvoeder, logopedist en schoolpedagoog.
- Waarnemingen en testresultaten worden gezamenlijk geanalyseerd.
- Ouders worden uitgenodigd om deel te nemen aan feedbackgesprekken en inzichten te delen.

Diagnose en Ontwikkeling van Individueel Onderwijsplan (IEP)

Diagnostische criteria:

- In overeenstemming met DSM-5 en ICD-11 wordt de diagnose Specifieke Leerstoornis met leesstoornis (dyslexie) gesteld als de leerling significant onder de verwachte leesnormen op leeftijdsniveau presteert, waarbij andere beperkingen zoals verstandelijke beperkingen of sensorische beperkingen worden uitgesloten.
- De diagnose wordt pas bevestigd nadat minstens 6 maanden gerichte interventie minimale vooruitgang laat zien.

IEP-implementatie:

- Zodra de diagnose is vastgesteld, ontwikkelt het schoolteam binnen 30–45 dagen een Individueel Onderwijsplan (IEP).
- IEP omvat multi-sensorische leesinstructie, individuele of kleine groepsondersteuning en aanpassingen aan toetsen (zoals extra tijd, mondelinge examens en een verminderde leesbelasting).
- Ouders en leraren zijn actief betrokken bij het opstellen en goedkeuren van het IEP.

Onderwijsplaatsing en voortgangsmonitoring

Opties voor onderwijsinstellingen:

- De meeste leerlingen met dyslexie worden geïntegreerd in reguliere klaslokalen met ondersteuning in de klas van speciale docenten.
- In gevallen van matige tot ernstige leerproblemen kunnen leerlingen aanvullende lessen (6–10 uur per week) ontvangen via het Resource Center for Inclusive Education of ondersteunende lerarendiensten binnen de school.

- Plaatsing in gespecialiseerde instellingen is zeldzaam en meestal voorbehouden aan studenten met meerdere of complexe beperkingen.

Voortgangsmonitoring en herevaluatie:

- De academische prestaties en ontwikkelingsvoortgang van de leerling worden elk kwartaal gevolgd door het schoolteam.
- Een formele herbeoordeling door externe professionals wordt meestal jaarlijks uitgevoerd of bij significante prestatiewijzigingen.
- Het IEP wordt minstens één keer per academisch jaar bijgewerkt en de onderwijsstrategieën worden indien nodig aangepast.

Dyslexie diagnoseproces in Litouwen

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- **Observatie in de klas:** Docenten monitoren de lees- en schrijfoortgang van leerlingen. Als er aanhoudende moeilijkheden worden waargenomen, verwijzen zij de student door voor verdere evaluatie.
- **School Counseling Service:** Pedagogisch-psychologische diensten (PPS), mede gefinancierd door gemeenten en nationale programma's, ondersteunen scholen bij het identificeren van leerproblemen. Deze diensten omvatten consultaties met professionals in het speciaal onderwijs.

Aanvraag en documenten

Vereiste documenten:

- Verwijzing van een leraar of schoolpsycholoog.
- Ouderlijke toestemming.
- Onderwijsgeschiedenis en voorbeelden van het werk van studenten.
- Medische of ontwikkelingsgeschiedenis indien relevant.

Evaluatieproces

Tests en toepassingen:

- Gestandaardiseerde toetsen voor lezen, fonologische verwerking en cognitieve vaardigheden.
- Gereedschappen kunnen internationale instrumenten omvatten die zijn aangepast voor Litouws gebruik, zoals DIBELS of PAR.

Beoordelingsraad voor speciaal onderwijs:

- Een multidisciplinair team (speciaal onderwijs, psychologen, logopedisten) beoordeelt de resultaten.
- De raad opereert binnen PPS of aangewezen regionale centra.

Diagnosebeslissing en voorbereiding van het IEP

Criteria:

- Significant verschil tussen lees-/spellingsvaardigheden en leeftijd of intellectueel vermogen.
- Aanhoudende problemen ondanks gerichte interventies.

Individueel Onderwijsplan (IEP):

- Ontwikkeld door de school in samenwerking met specialisten en ouders.
- Bevat doelen, aanpassingen en lesstrategieën die zijn afgestemd op de behoeften van de leerling.

Plaatsing en monitoring

Onderwijsomgeving:

- Leerlingen met dyslexie worden doorgaans geïntegreerd in reguliere klaslokalen.
- Speciale lessen of hulpcentra zijn beschikbaar voor intensievere ondersteuning.

Monitoring:

- Regelmatige beoordelingen van de voortgang door leraren en PPS-specialisten.
- Aanpassingen aan het IEP worden indien nodig gedaan.
- Mobiele specialistische teams kunnen scholen bezoeken om extra ondersteuning te bieden.

Aanbevelingen voor leraren

Gebruik alternatieve presentatiemethoden in plaats van schriftelijke beoordeling

Schriftelijke expressie kan uitdagend zijn voor studenten met dyslexie. Bied studenten in plaats daarvan manieren aan zoals:

- Een mondelinge presentatie geven,
- Een audio-opname (podcast) versturen,
- Een videopresentatie voorbereiden.

Deze methoden weerspiegelen zowel nauwkeuriger hoe de leerling informatie leert als vergroten hun zelfvertrouwen.

Gebruik geschikt lettertype en achtergrond in leesmateriaal

Voor dyslexie-vriendelijke teksten:

- Geef de voorkeur aan duidelijke, eenvoudige lettertypen zoals Arial, Verdana of Comic Sans.
- De combinatie van zwart tekst-crèmekleurig papier biedt visuele comfort.
- Maak het makkelijker om de tekst met het oog te volgen door regelafstand 1,5 of 2 te maken. (Aanbeveling van de British Dyslexia Association)

Introduceer spraak-naar-tekst applicaties

Om studenten in staat te stellen hun gedachten op een comfortabele manier te uiten:

- Laat ze applicaties gebruiken zoals Dragon NaturallySpeaking en Google Docs Voice Typing.
- Deze hulpmiddelen verminderen de angst van de student over schrijven en verhogen de productiviteit.

Leer Programmeren

Met eenvoudige blok gebaseerde programmering (bijv. Scratch):

- Leerlingen leren stapsgewijze denkwijze en logische flow c.q. manier van denken en handelen.
- Het ondersteunt vooral probleemoplossend en sequentiële denkvaardigheden bij leerlingen met dyslexie.

Implementatie van Shadow Student Practice

Bekijk de dagelijkse schoolervaring van een leerling met dyslexie:

- Let op hoe ze het overdag moeilijk hebben en op welke gebieden ze ondersteuning nodig hebben.
- Deze methode verhoogt het empathieniveau van de leraar en biedt gerichte ondersteuning.

Gebruik visuele ondersteuning en diagrammen

In plaats van schriftelijke informatie voor studenten met dyslexie:

- Gebruik mindmaps, stroomdiagrammen, iconen, geïllustreerde instructies.
- Het bevordert het leren en versterkt het geheugen.

Gebruik digitale boeken en audioleesprogramma's

Voor leerlingen die moeite hebben met het lezen van teksten:

- Audioboeken (Tübitak audiobooks, Storytel),
- Tekst-naar-spraak applicaties (NaturalReader, Read&Write),
- Aanbeveling van software die audio-lezen via Pdf-bestanden mogelijk maakt.

Geef taken verdeeld in stukken

Lange en complexe opdrachten:

- Verdeel in kleine, stapsgewijze taken.

- Geef een duidelijke tijdlijn voor elke fase. Deze methode verhoogt de motivatie en het vermogen van de leerling om taken af te ronden.

Gebruik Dual Task-software

Gebruik hulpmiddelen waarmee de leerling zowel kan luisteren als lezen (bijv. Voice Dream Reader):

- Teksten worden tegelijkertijd ingesproken en gemarkeerd.
- Op deze manier worden zowel auditief als visueel leren ondersteund.

Geef ontwikkelingsgerichte feedback, niet foutgerichte feedback

Studenten met dyslexie maken vaak fouten, zoals letters overslaan of lettergrepen door elkaar mengen tijdens het schrijven.

- Geef feedback niet als "fout", maar als een "verbeterpunt."
- Bijvoorbeeld: "Er zit een geweldig idee in deze zin, het zou begrijpelijker zijn als we het iets beter organiseren."

Deze aanpak verhoogt de motivatie en het zelfvertrouwen van de leerling.

Samenvatting

Wat is het?

Dyslexie is een leerverschil dat wordt gekenmerkt door neurologisch gebaseerde, aanhoudende moeilijkheden met lezen-schrijven en rekenvaardigheden ondanks normale intelligentie.

Oorzaken:

Genetische factoren (50-60%), verschillende structurering van taalverwerkingsnetwerken in de hersenen en het ontbreken van omgevingsprikkels in de vroege kindertijd zijn de belangrijkste oorzaken.

Prevalentie:

Volgens MEB 2021-gegevens treft het 5-15% van de kinderen wereldwijd en 7,2% van de basisschoolkinderen in Turkije.

Valse overtuigingen:

Valse overtuigingen leiden tot een verkeerd begrip van dit ontwikkelingsverschil.

Symptomen in de klas:

Het overslaan van lettergrepen, spiegelschrijven, het onvermogen om meerstapsinstructies te volgen en moeite met tijdmanagement zijn typische indicatoren.

Diagnostische criteria:

Volgens DSM-5-TR zijn prestaties onder 1,5 standaardafwijkingen van leeftijd in standaardtests en symptomen die 6 maanden aanhouden vereist.

Onderwijsstrategieën:

Leraren kunnen de negatieve effecten van dit ontwikkelingsverschil op het onderwijs voorkomen met verschillende activiteiten in de klas.

Dyscalculie

Wat is het?

Dyscalculie is een neuro-ontwikkelingsstoornis waarbij iemand ernstige moeilijkheden ondervindt met basale wiskundige bewerkingen en het begrijpen van numerieke concepten, ondanks een normaal intelligentieniveau en voldoende onderwijskansen. Volgens de DSM-5-TR diagnostische criteria van de American Psychiatric Association wordt deze stoornis gekenmerkt door de wiskundige prestaties van het individu die aanzienlijk lager zijn dan verwacht voor hun chronologische leeftijd. Aan de basis van dyscalculie zijn er structurele en functionele verschillen in de getalverwerkingscentra in de hersenen (vooral in het intrapariëtale sulcusgebied). Deze personen ondervinden vaak aanzienlijke moeite met het herkennen van getallen, het begrijpen van wiskundige symbolen, het uitvoeren van basisrekenkundige bewerkingen, het leren van de vermenigvuldigingstabel en het oplossen van wiskundige problemen. Zo kunnen ze moeite hebben om het cijfer "5" te associëren met het concept "vijf", kunnen ze op hun vingers moeten tellen voor eenvoudige optelling-aftrek-operaties, of moeite hebben met het interpreteren van wiskundige termen zoals "meer" en "minder". Dyscalculie wordt vaak gezien in combinatie met dyslexie of aandacht deficiëntie hyperactiviteit stoornis (ADHD), maar wordt erkend als een zelfstandige leerstoornis. Deze stoornis, die binnen het kader van speciaal onderwijs wordt geëvalueerd door het Ministerie van Nationaal Onderwijs in Turkije, wordt ondersteund door individuele onderwijsprogramma's (IEP). Significante verbeteringen in de wiskundige vaardigheden van deze personen kunnen worden bereikt met vroege diagnose en passende educatieve interventies.

Wat zijn de redenen?

De oorsprong van dyscalculie is complex en multifactorieel. Huidig onderzoek toont aan dat de interactie tussen biologische, genetische en neurologische factoren ten grondslag ligt aan deze wiskundige leerstoornis.

Genetische factoren:

Familiestudies tonen aan dat dyscalculie een sterke genetische component heeft. In het bijzonder zijn bepaalde genvarianties (ROBO1, DYX1C1) op chromosomen 3, 6 en 15 geassocieerd met numerieke verwerkingsvaardigheden. Tweelingstudies tonen aan dat dyscalculie tot 60% erfelijk kan zijn (Shalev et al., 2001).

Neurobiologische factoren:

Hersenbeeldvorming heeft structurele en functionele verschillen in het hersengebied, de intrapariëtale sulcus (IPS), aangetoond bij personen met dyscalculie. Deze regio is verantwoordelijk voor het weergeven en verwerken van numerieke grootheden (Dehaene, 2003). Daarnaast beïnvloeden zwakke verbindingen tussen de prefrontale cortex en de pariëtale lobben de wiskundige redeneervaardigheden negatief.

Prenatale en postnatale factoren:

Prenatale risicofactoren zoals vroeggeboorte, laag geboortegewicht en foetaal alcoholyndroom verhogen het risico op dyscalculie. Na de geboorte kunnen neurologische problemen zoals hoofdtrauma of epilepsie die in de vroege kinderjaren worden opgelopen, ook de ontwikkeling van wiskundige vaardigheden negatief beïnvloeden.

Milieu- en educatieve factoren:

Onvoldoende blootstelling aan numerieke concepten in de vroege kindertijd, wiskundeangst en onjuiste lesmethoden kunnen de symptomen van dyscalculie ook verergeren. Deze factoren spelen echter meestal een rol bij het vergroten van de effecten van onderliggende neurologische verschillen, in plaats van een primaire oorzaak te zijn.

Prevalentie in de wereld en deelnemende landen

Onderzoek naar de prevalentie van dyscalculie toont aan dat deze wiskundige leerstoornis vaker voorkomt dan eerder werd gedacht. Internationale studies tonen aan dat ongeveer 3-7% van de schoolgaande kinderen klinische dyscalculie heeft (Devine et al., 2013). Dit percentage betekent dat gemiddeld 1-2 leerlingen per klas door deze moeilijkheid worden getroffen.

Genderverschillen:

Dyscalculie, in tegenstelling tot dyslexie, vertoont een gelijke verdeling tussen de geslachten. Sommige studies hebben echter aangetoond dat meisjes vaker niet worden gediagnosticeerd (Geary, 2019).

Prevalentie in Turkije: Volgens gegevens van het Ministerie van Nationaal Onderwijs uit 2022:

- 15-20% van de leerlingen die met specifieke leerstoornissen zijn gediagnosticeerd, heeft voornamelijk dyscalculie.
- 8% van de applicaties voor RAM is gebaseerd op wiskundige leerproblemen.
- De diagnosepercentages zijn hoger in stedelijke gebieden dan in landelijke gebieden (afhankelijk van sociaaleconomische factoren en bewustzijnsniveau).

Prevalentie in Nederland

Naar schatting heeft 3-4% van de kinderen ernstige rekenproblemen die overeenkomen met dyscalculie. De diagnose wordt gesteld via orthopedagogische tests, vaak na verwijzing door de school. Er zijn nationale richtlijnen voor diagnose, die ten minste aanhoudende wiskunde problemen vereisen ondanks extra ondersteuning. De behandeling bestaat uit gespecialiseerde begeleiding op school of door gespecialiseerde instellingen.

Prevalentie in Noord-Macedonië

Momenteel zijn er geen gecentraliseerde officiële gegevens over de exacte prevalentie van dyscalculie in Noord-Macedonië. Echter, professionals in het speciaal onderwijs en psychologen schatten dat ongeveer 3-7% van de schoolgaande kinderen tekenen van dyscalculie kan vertonen. Volgens casegegevens verzameld door de Centers for Educational and Psychological Services vertoont een aanzienlijk deel van de studenten die voor leerproblemen worden doorverwezen aanhoudende wiskundige tekorten. Het diagnosepercentage is doorgaans hoger in stedelijke gebieden, wat een betere toegang tot diagnostische diensten en een groter bewustzijn van leraren weerspiegelt.

Prevalentie in Litouwen

- Dyscalculie wordt geschat op ongeveer 5% van de basisschoolkinderen, een cijfer dat consistent is in internationale studies.
- Hoewel genderverschillen in dyscalculie worden bediscussieerd, suggereert onderzoek dat diagnostische criteria invloed kunnen hebben op de waargenomen geslachtsverhoudingen. Sommige studies tonen een lichte mannelijke dominantie aan, maar andere vinden geen significant verschil in geslacht.
- Litouwen publiceert geen aparte statistieken voor dyscalculie naar geslacht. Het wordt doorgaans gegroepeerd onder bredere categorieën van speciale onderwijsbehoeften (SEN), waardoor precieze nationale gegevens over de prevalentie van dyscalculie per geslacht niet beschikbaar zijn.

Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)

- Dyscalculie is een teken van lage intelligentie of luiheid.

Feit: Personen met dyscalculie hebben een normale of bovengemiddelde intelligentie. Wiskundige moeilijkheden komen voort uit de verschillende werking van numerieke verwerkingscentra in de hersenen (Butterworth, 2018).

- Als hij veel oefent, zal hij dit probleem overwinnen.

Feit: Praktijken met traditionele methoden zijn onvoldoende. Strategieën voor speciaal onderwijs (zoals werken met betonmaterialen) zijn noodzakelijk (Geary, 2004).

- Hij kan alleen de vermenigvuldigingstabel niet leren, hij heeft geen andere problemen.

Feit: Dyscalculie treft een breed scala aan gebieden, van basisbegrippen in getallen (groottevergelijking, geldberekening, enz.) tot het lezen van de klok (Landerl et al., 2004).

- Het komt vaker voor bij jongens.

Feit: Er is geen significant verschil tussen de geslachten. Hoewel het diagnosepercentage bij meisjes laag is, hangt dit samen met sociale vooroordelen (Devine et al., 2013).

- Het zal verbeteren als hij een rekenmachine gebruikt.

Feit: Een rekenmachine kan ondersteunend zijn, maar het elimineert het gebrek aan getal gevoel niet. Het onderwijzen van basisbegrippen in wiskundige begrippen is essentieel (Dehaene, 2011).

- Het verdwijnt naarmate je ouder wordt.

Feit: dyscalculie duurt een leven lang. Bij volwassenen verandert het in dagelijkse moeilijkheden zoals het berekenen van rekeningen en het schatten van afstanden (Shalev, 2005).

- Hij is goed in wiskunde omdat hij een hoge visuele intelligentie heeft.

Feit: Visueel-ruimtelijke vaardigheden zijn niet direct gerelateerd aan wiskundige vaardigheden. Hoewel sommige mensen met dyscalculie succesvol zijn op het gebied van kunst, elimineert dit hun wiskundige moeilijkheden niet (Kucian & Kaufmann, 2009).

- Het is hetzelfde als wiskunde-angst.

Feit: Hoewel wiskundeangst psychologisch is, is dyscalculie neurobiologisch van oorsprong. Angst kan gepaard gaan met dyscalculie, maar is niet de oorzaak (Rubinsten & Tannock, 2010).

- Hij heeft alleen problemen op school, dat beïnvloedt het dagelijks leven niet.

Feit: Moeilijkheden komen ook voor bij dagelijkse taken zoals het volgen van busschema's en het berekenen van wisselgeld bij het winkelen (Parsons & Bynner, 2005).

- Iemand zonder dyslexie heeft geen dyscalculie.

Feit: Dyscalculie is een zelfstandige aandoening. Er zijn gevallen van "pure dyscalculie" die niet gepaard gaan met dyslexie (Wilson et al., 2015).

Hoe Dyscalculie te herkennen

Studenten met dyscalculie lopen aanzienlijk achter op hun leeftijdsgenoten in wiskundige vaardigheden en vertonen de volgende typische gedragingen:

Moeilijkheden met basis numerieke vaardigheden (basisschoolperiode)

- Onvermogen om het concept van getal te begrijpen:
 - Kan geen verbinding maken tussen de objecten "5" en "vijf"
 - Maakt voortdurend fouten in de groottevergelijking (welk getal is het groter)
 - Slaat over na 10 bij het tellen van getallen (zoals 12-13-15)
- Rekenfouten:
 - Overmatige afhankelijkheid van vingertellen in optelling/afrekking
 - Elke keer opnieuw berekenen in eenvoudige bewerkingen (zoals 2+3)
 - Onvermogen om de vermenigvuldigingstabel te onthouden of door elkaar te halen

Academische symptomen na de middelbare school

Wiskundige symbolen door elkaar halen:

- Leest vaak de tekens "+" en "-" verkeerd
- Verwisselt teller/noemer bij het schrijven van breuken (5/3 in plaats van 3/5)

Gebrek aan strategie bij probleemoplossing:

- Weet niet of hij moet optellen of aftrekken wanneer "meer" wordt gezegd
- Heeft moeite met klokproblemen (bijv. "2 uur 45 minuten later")

Moeilijkheden in dagelijkse levensvaardigheden

Concepten van tijd en meting:

- Heeft moeite met het aflezen van een analoge klok
- Kan geen uitdrukkingen zoals "halve liter", "150 gram" concretiseren

Geldberekening:

- Kan verandering niet berekenen
- Heeft moeite met prijzen vergelijken (welk product is goedkoper)

Richting en ruimtelijke relaties:

- Verwart het links-rechts onderscheid
- Heeft moeite om het klaslokaal nummer te vinden

Affectieve reacties

Wiskunde-angst:

- Toont fysieke tekenen van stress voor wiskundeles (zweeten, buikpijn)
- Gebruikt generaliserende uitspraken zoals "Ik kan geen wiskunde doen"

Diagnostische criteria (volgens DSM-5-TR)

Ten minste één van de volgende symptomen moet minstens 6 maanden hebben aangehouden en ervoor zorgen dat de persoon aanzienlijk lager presteert dan de academische vaardigheden die voor hun chronologische leeftijd worden verwacht:

- Getalperceptie (moeilijkheid om de grootte en relatie van getallen te begrijpen)
- Memoriseren van rekenkundige feiten (basisbewerkingen zoals optellen/afrekken)
- Nauwkeurige en vloeiende berekening
- Correct wiskundig redeneren

De beïnvloede academische vaardigheden moeten minstens 1,5 standaarddeviaties lager zijn wanneer gemeten met gestandaardiseerde toetsen op basis van de leeftijd van de persoon (bijv. WIAT, TEMA-3) (op een niveau dat invloed heeft op schoolprestaties of dagelijkse activiteiten).

Symptomen verschijnen in de vroege schooljaren (maar worden mogelijk pas volledig waargenomen in latere klassen wanneer de wiskundige vraag toeneemt).

Deze moeilijkheden kunnen niet beter worden verklaard door een verstandelijke beperking, gezichts- en gehoorverlies, andere neurologische of mentale stoornissen, psychosociale achterstanden of onvoldoende blootstelling aan de instructietaal.

Diagnoseproces van dyscalculie in de deelnemende landen

Diagnoseproces van dyscalculie in Turkije

Pre-screening en doorverwijzing

- **Klassikale observatie:** De klasdocent beoordeelt de academische en gedragsmatige prestaties van de leerling met MEB Form-1 (Special Education Evaluation Request Form). Dit formulier bevat kritieke symptomen zoals lees-schrijfsnelheid, spelfouten en aandacht spanne.
- **School Counseling Service:** In lijn met de observaties van de leraar kan de schoolcounseling tool voorlopige beoordelingsinstrumenten toedienen aan de leerling en besluiten deze door te verwijzen naar RAM.

RAM-applicatie en documenten

- Vereiste documenten:
 - Schriftelijke aanvraagpetitie ingevuld door de ouder/school.
 - Aanvraagformulier voor Onderwijsevaluatie (voor de eerste aanvraag) of Individueel Ontwikkelingsrapport (voor herbeoordeling).
 - Disability Health Board Report (indien beschikbaar, is een arbeidsongeschiktheidspercentage van 20% of meer vereist).
 - Fotokopieën van identiteitskaarten van studenten en ouders.

RAM-evaluatieproces

Voorlopige evaluatie en schoolproces

- Het "Aanvraagformulier voor Evaluatie van Speciaal Onderwijs" van het Ministerie van Onderwijs wordt ingevuld door de klasleraar. Dit moet in de volgende vorm gedaan worden ;
 - Wiskundige vaardigheidstekortkomingen (tellen, bewerkingen uitvoeren, enz.)
 - Numerieke moeilijkheden in het dagelijks leven (tijd, geldberekening)
 - Er worden problemen genoemd die langer dan 6 maanden duren
- De schoolbegeleidingsdienst verzorgt de "Basic Mathematics Skills Assessment Test" aan de leerling
- Het wiskundenotitieboekje en de examenpapieren van de leerling worden bewaard als een "productbestand"

Toepassing op RAM en documenten

- Vereiste documenten:
 - Ouderpetitie (in MEB-formaat)
 - Schoolobservatierapport (gezamenlijk opgesteld door de klasdocent en de decaan)
 - Cijferlijst voor wiskunde voor 2 jaar van de leerling
 - Familie- en ontwikkelingsgeschiedenisvorm
 - Eerdere psycho-educatieve beoordelingsrapporten, indien aanwezig

Tests toegepast bij RAM (goedgekeurd door het Ministerie van Nationaal Onderwijs)

- **Intelligentiebeoordeling:** WISC-IV (met speciale focus op PSI- en WMI-subtests)
- Wiskundige vaardigheidstesten:
 - TEMA-3 (Test van vroege wiskundevaardigheden)
 - Wiskundige Redeneertoets (Ministerie van Nationaal Onderwijs, Algemene Directie Speciaal Onderwijs)
 - Ruwe beoordelingsvorm (getalbezinning)
- Neuropsychologische tests:
 - Cijferreeksleertest
 - Visueel-Ruimtelijke Geheugentest

Vergadering van de Beoordelingscommissie

- Deelnemers: assistent-directeur van RAM, docent speciaal onderwijs, psycholoog, ouder
- Tijdens de vergadering:
 - Alle testresultaten worden afzonderlijk beoordeeld
 - Naleving van de DSM-5-TR-criteria wordt gecontroleerd
 - Testresultaten worden vergeleken met schoolobservaties
 - Als dyscalculie wordt vastgesteld, wordt dit gerapporteerd als "Specifieke Leerstoornis (Wiskunde)"

Praktische informatie:

- Gemiddelde procestijd: 60-90 werkdagen
- Vergoeding: RAM-beoordelingen zijn gratis
- Bezwaar: Als de ouder bezwaar maakt tegen de diagnose, kan een rapport worden opgevraagd bij universiteitsziekenhuizen
- Geldigheid: RAM-rapporten zijn 1 jaar geldig in heel Turkije

Diagnoseproces van dyscalculie in Kroatië

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- **Observatie in de klas:** De klasdocent beoordeelt de academische en gedragsmatige prestaties van de leerling met niet-formele opzet. Deze vorm bevat kritieke symptomen zoals lees- en schrijfsnelheid, spelfouten en aandachtsspanne.
- **Schoolcounselingdienst:** In lijn met de observaties van de leraar bestaat de schoolcounselingdienst uit een psycholoog, een pedagoog, een onderwijskundige, een schoolgeneeskundige en een klasdocent. Ze stemmen ermee in het kind naar een teambeoordeling te sturen (de beoordeling kan op school plaatsvinden als de school passende toetsen heeft, en als dat niet zo is, gaat het kind/de leerling naar een externe instelling waar de teambeoordeling wordt uitgevoerd).

Aanvraag en documenten

- **Vereiste documenten:**

De toestemming van de ouders is vereist om het observatieproces en het beoordelingsproces te starten, zodat het kind een 'beslissing over de juiste vorm van onderwijs' krijgt.

RAM-evaluatieproces

- Tests en toepassingen:
 - **WISC-IV:** Intelligentiequotiënt (IQ) en verwerkingssnelheidsindex (PSI) worden gemeten. Bij dyslexie is de PSI laag en ligt de verbale comprehension index (VCI) binnen de normale grenzen.
 - **Bender-Gestalt Visual Motor Perception Test:** De visueel-motorische coördinatie wordt geëvalueerd.
 - Een speciale beoordelingstest is nodig die alleen door een logopedist kan worden uitgevoerd en het kind kan aan het einde de diagnose dyscalculie krijgen.
 - **Ontwikkelingsgeschiedenis:** Informatie wordt van de familie verkregen over zwangerschap, geboorte en vroege kindertijd.
- Beoordelingsraad voor speciaal onderwijs:
 - **Na inzicht te hebben gekregen in alle bevindingen en meningen van de experts, doet de expertcommissie een gezamenlijk voorstel over de juiste vorm van onderwijs. Het officiële document heet "Besluit over de juiste vorm van onderwijs".**

Diagnosebeslissing en voorbereiding van het IEP

- **Criteria:** Als de regionale afdeling van onderwijs en het Ministerie van Wetenschap en Onderwijs een "Beslissing nemen over de juiste vorm van onderwijs", informeert de schoolrehabilitator / remedial teacher (of een van de leden van de professionele dienst) de lerarenraad over de beslissing en adviseert de leraren dat zij voor elk vak dat het kind volgt een geïndividualiseerd curriculum moeten opstellen.
- Individueel Onderwijsplan (IEP):
 - Het wordt gemaakt aan het begin van het schooljaar (vanaf het begin van het schooljaar).

Plaatsing en monitoring

- **Onderwijsomgeving De leerling:**
 - Ontvangt inclusief onderwijs.
 - Kan minstens één keer per week speciale behandeling krijgen met een onderwijskundige rehabilitator.
- **Monitoring:** De leraar en de professionele dienst van de school volgen de voortgang van de leerlingen.

Dyscalculia diagnostischproces in Nederland

- De identificatie begint op school, vaak in groep 5 - 6, wanneer aanhoudende wiskunde problemen doorgaan ondanks intensieve extra ondersteuning.
- De school stelt een leerlingendossier samen met toetsresultaten (bijv. Cito LOVS-wiskunde), actieplannen en interventie-evaluaties.
- Diagnostische tests worden uitgevoerd door een professional met de juiste kennis of gezondheidspsycholoog, met intelligentietests en specifieke wiskundetoetsen.
- Het nationale Protocol voor Ernstige Wiskundige Problemen en Dyscalculie ("ERWD") wordt in dit proces gevolgd.

Toepassing via het Samenwerkingsverband

- In overleg met ouders (voogden) en ondersteund door het studentendossier, kan de school een aanvraag indienen bij de SWV.
- Vereiste documenten: testresultaten, actieplannen, evaluatierapporten en observatiegegevens.

Evaluatieproces SWV

- De SWV beoordeelt of er aanhoudende, ernstige wiskunde problemen zijn die voldoen aan de criteria voor dyscalculie.
- Experts (remedial pedagoog-generalist, geestelijke gezondheidspsycholoog) zijn betrokken bij de beoordeling.

Diagnose beslissing

- De beslissing wordt genomen door een gekwalificeerde diagnosticus (remedial teacher/health psycholoog).
- Ouders ontvangen een rapport met de diagnose en eventuele aanbevelingen voor ondersteuning.

Plaatsing en monitoring

- Er zijn geen nationale vergoedingsregelingen voor dyscalculie, zoals er wel zijn voor dyslexie; ondersteuning wordt geleverd door de school en de SWV.
- Scholen bieden compenserende en dispensatie maatregelen (bijv. gebruik van rekenmachines, extra tijd).
- De voortgang wordt periodiek gevolgd door de school en de SWV in overleg met de ouders.

Diagnoseproces van dyscalculie in Noord-Macedonië

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- **Observatie in de klas:** Leraren spelen een sleutelrol bij het identificeren van vroege signalen zoals:
- Aanhoudende moeilijkheid met basisrekenen (tellen, getalbezin, bewerkingen)
- Problemen met tijd, volgorde, geldberekeningen
- Discrepancie tussen wiskundige en verbale of leesvaardigheden

Consultatie van het schoolondersteuningsteam:

- De klasleraar overlegt met de schoolpsycholoog, pedagoog of speciaal onderwijzer
- Er wordt een intern pedagogisch profiel opgesteld, en als de symptomen over 6 maanden consistent zijn, wordt een verwijzing voor externe beoordeling gestart

Aanvraag en vereiste documentatie

Documenten voor externe verwijzing:

- Formeel verwijzingsformulier van de school
- Observatierapport ondertekend door de leraar en het schoolondersteunend personeel
- Samenvatting van het tweejarige wiskunderapport
- Ouderlijke toestemming en een korte vragenlijst over ontwikkelings- en familiegeschiedenis

- Kopieën van de identiteitsdocumenten van de leerling en ouder(s)

Multidisciplinaire beoordeling aan onderwijs-psychologische instellingen

- Uitgevoerd bij Regionale Centra voor Onderwijsondersteuning of Klinische Centra voor Geestelijke Gezondheid van Kinderen en Jeugd.

Tests en procedures:

- **Cognitieve beoordeling:** WISC-IV of Raven's Matrices om IQ en werkgeheugen te meten
- **Wiskundige prestatietoetsen: Lokaal ontwikkelde of aangepaste hulpmiddelen, zoals:** rekenkundige bewerkingen, getalwaarneming en schattingstaken, probleemoplossend en redeneerbeoordelingen
- **Neuropsychologische screening:** Werkgeheugen- en sequencingtests, visueel-ruimtelijke en aandachtstaken
- **Analyse van het werk van studenten:** Beoordeling van wiskundenotitieboekjes, toetsen en foutpatronen

Diagnostische Beoordeling en Criteria

Er wordt een Diagnostische vergadering gehouden, waarbij in ieder geval de volgende personen aanwezig zijn;

- Onderwijspsycholoog
- Speciaal onderwijzer
- Klinisch psycholoog (indien nodig)
- Ouder(s)

Tijdens de vergadering:

- Evaluatieresultaten worden collectief beoordeeld
- De consistentie met de DSM-5 criteria voor specifieke leerstoornis met wiskundige beperkingen wordt onderzocht
- Het team bepaalt of moeilijkheden specifiek en aanhoudend zijn, met uitzondering van een verstandelijke beperking, slecht onderwijs of sociaal-milieugerelateerde oorzaken
- De diagnose, indien bevestigd, wordt officieel geregistreerd als "Specifieke leermoeilijkheid – Wiskunde (Dyscalculie)"

Proces en ondersteuning na diagnose

IEP-ontwikkeling:

- Binnen 30–45 dagen wordt een Individueel Onderwijsplan (IEP) opgesteld
- Het omvat gedifferentieerde instructie in rekenen, aangepaste materialen, verlengde tijd, gebruik van de rekenmachine en frequente feedback
- Ouders, leraren en ondersteunend personeel werken samen aan het plan

Onderwijsomgeving:

- De leerling blijft in inclusief onderwijs met extra ondersteuning op school
- Ondersteuning kan bestaan uit kleine groepsinterventies, één-op-één remedial sessies of uittrekles in wiskunde
- In ernstige gevallen wordt samenwerking met een Resource Center geboden

Praktische informatie:

- **Duur van het proces:** Doorgaans 60–90 kalenderdagen
- **Vergoeding:** Openbare diagnostische diensten zijn gratis

- **Beroepen:** Ouders kunnen een second opinion vragen bij universiteitsklinieken of particuliere professionals
- **Geldigheid:** Het diagnostisch rapport is doorgaans één academisch jaar geldig en vereist jaarlijkse herbeoordeling voor voortdurende ondersteuning

Diagnoseproces van dyscalculie in Litouwen

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- **Klassikale observatie:** Leraren monitoren leerlingen op aanhoudende problemen met getalbezinning, rekenen en wiskundegerelateerde taken. Tekens bevatten problemen met basisberekeningen, tijdsconcepten en reeksen.
- **School Counseling Service:** Schoolpsychologen of coördinatoren speciaal onderwijs kunnen verdere evaluaties starten als er zorgen blijven. Ze werken samen met leraren en ouders om gedrags- en academische gegevens te verzamelen.

Aanvraag en documenten

Vereiste documenten:

- Verwijzing van een leraar of schoolpsycholoog.
- Ouderlijke toestemming.
- Voorbeelden van studentenwerk en academische dossiers.
- Ontwikkelings- en medische geschiedenis, indien relevant.

Evaluatieproces

Tests en toepassingen:

- Gestandaardiseerde toetsen zoals de Kaufman Test of Educational Achievement (KTEA) of Wide Range Achievement Test (WRAT) worden gebruikt om wiskundige vaardigheden te beoordelen [3].
- Psychologische beoordelingen kunnen worden uitgevoerd om comorbide aandoeningen zoals ADHD of dyslexie uit te sluiten.

Beoordelingsraad voor speciaal onderwijs:

- Een multidisciplinair team beoordeelt de resultaten en bepaalt of de leerling voldoet aan de criteria voor dyscalculie.
- De raad bestaat uit psychologen, speciaal onderwijs en logopedisten.

Diagnosebeslissing en voorbereiding van het IEP

Criteria:

- Significante en aanhoudende moeilijkheden bij het verwerven van rekenvaardigheden die niet worden verklaard door lage intelligentie of slechte instructie.
- Bevat vaak tekorten in het werkgeheugen, visueel ruimtelijke vaardigheden en getalverwerking.

Individueel Onderwijsplan (IEP):

- Ontwikkeld in samenwerking door de school, specialisten en ouders.
- Bevat specifieke doelen, aanpassingen (bijv. gebruik van manipulatieve middelen, langere tijdsduur) en onderwijsstrategieën.

Plaatsing en monitoring

Onderwijsomgeving:

- De meeste leerlingen met dyscalculie blijven met ondersteuning in reguliere klaslokalen.
- Hulpruimtes of speciale onderwijsdiensten kunnen worden aangeboden voor intensieve interventie.

Monitoring:

- De voortgang wordt regelmatig beoordeeld door leraren en schoolpsychologen.
- Aanpassingen aan het IEP worden gedaan op basis van de prestaties en feedback van de leerling.

Aanbevelingen voor leraren

Onderwijsmethoden

- **Concreet-semi concreet-abstract (CRA) model:**
 - *Voorbeeld: Bij het onderwijzen van optellen werk je eerst met bijvoorbeeld stenen (concreet), daarna met de getallenlijn (semi-concreet), en tenslotte met getallen (abstract) (Witzel, 2005).*
- **Multisensorisch Leren:**
 - Print de cijfers op schuurpapier, laat ze met hun vingers overtrekken (Montessori-methode).
- **Kleine stappen benadering:**
 - Focus in elke les op slechts één concept (bijvoorbeeld alleen "decimalen" of alleen "breuken").

Aanpassingen in de klas

- **Visuele ondersteuning:**
 - Bereid een "woordmuur" voor wiskundige termen in de klas (bijv. "som="+", "verschil="-").
- **Tijdmanagement:**
 - Verdeel de vragen in onderdelen van de examens (neem elke 2 vragen een pauze).
- **Foutanalyse:**
 - Markeer niet alleen de foute antwoorden, leer door te vragen waarom ze het verkeerd deden (controleer bijvoorbeeld de telstrategie bij de $7+5=13$ fout).

Materiaalgebruik

- **Speciale Gereedschappen:**
 - Gebruik kleur gecodeerde breukstroken, getallenblokken, rekenmachines met grote letters.
- **Technologie-integratie:**
 - Laat ze de "Mathematics Support"-applicatie (Android/iOS) gebruiken die door het Ministerie van Nationaal Onderwijs wordt aanbevolen voor huiswerk.

Affectieve ondersteuning

- **Positieve feedback:**
 - Vraag om feedback op de strategie door te zeggen: "Kun je uitleggen hoe je dit probleem hebt opgelost?"
- **Angstbeheersing:**
 - Laat ze voor het examen ademhalingsoefeningen van 2 minuten doen (4-7-8 techniek).

Huiswerk

- **Kort en Gericht Huiswerk:**
 - Geef 5 basisvragen + 1 dagelijkse levensvraag in plaats van 20 vragen (bijvoorbeeld: "Vandaag hebben we 3 producten op de markt gekocht, hun prijzen zijn...").
- **Familiesamenwerking:**

- Deel een wekelijkse lijst met "Wiskundespel" (bijvoorbeeld een kentekenplaatverzamelwedstrijd).

Evaluatie

- **Transparante rubrieken:**
 - Deel de beoordelingscriteria van tevoren (bijvoorbeeld: "Correct antwoord: 3 punten, Oplossing tonen: 2 punten").
- **Peerondersteuning:**
 - Stel een "Mathematics Buddy" / rekenmaatje -systeem in (combineer met een student zonder dyscalculie).

Samenvatting

Wat is het?

Dyscalculie is een leerstoornis die wordt gekenmerkt door aanhoudende neurologische problemen met basisbegrippen en rekenvaardigheden, ondanks normale intelligentie. Het wordt in DSM-5-TR geassocieerd met het wiskundige type van Specifieke Leerstoornis.

Redenen:

- Sterke genetische component (60% erfelijkheid)
- Structurele verschillen in de intrapariëtale sulcus
- Visueel-ruimtelijke verwerking en problemen met het werkgeheugen

Prevalentie:

- 3-7% van schoolgaande kinderen
- 8% van de RAM-toepassingen in Turkije
- Gelijke verdeling tussen geslachten

Belangrijkste symptomen:

- Onvermogen om de grootte van het getal te begrijpen
- Vingers tellen in eenvoudige bewerkingen
- Onvermogen om wiskundige termen te interpreteren
- Moeilijkheden met tijd- en geldberekeningen

Diagnoseproces:

- DSM-5-TR criteria (prestaties onder 1,5 SD)
- WISC-IV + TEMA-3 testbatterij
- MEB RAM-evaluatieproces (60-90 dagen)

Trainingsstrategieën:

- Concreet-semi-concreet-abstract onderwijsmodel
- Met focus op dagelijkse wiskunde
- Examenaanpassingen in IEP (extra tijd, enz.)

Belangrijke waarschuwingen:

- Moet niet verward worden met "wiskundige onbekwaamheid"
- Komt vaak samen voor met dyslexie en ADHD
- Symptomen kunnen worden verlicht met vroege interventie

Laatste opmerking:

Volgens MEB 2023-gegevens laat 82% van de leerlingen met dyscalculie minstens één leerjaarniveau vooruitgang zien in wiskundevakken met passende ondersteuning. Het bewustzijn van leraren speelt een cruciale rol in dit proces.

Aandachtsstoornis/Hyperactiviteitsstoornis (ADHD)

Wat is het?

ADHD is een neuro-ontwikkelingsstoornis waarbij de persoon symptomen vertoont van onoplettendheid, hyperactiviteit en impulsiviteit die niet passend zijn voor hun leeftijd. Deze symptomen duren minstens 6 maanden en worden in meerdere omgevingen waargenomen, zoals thuis en op school. Mensen met het onoplettende type missen details, ervaren vergeetachtigheid en kunnen niet georganiseerd worden; Bij het hyperactief-impulsieve type zijn rusteloosheid, onderbreken en ongeduld prominent. Bij het gecombineerde type worden beide symptoomgroepen samen gezien. De basis van ADHD ligt in functionele verschillen in de prefrontale cortex en basale ganglia, en onregelmatigheden in het dopamine/noradrenalesysteem. Deze stoornis, die niet gerelateerd is aan intelligentieniveau, wordt gezien bij ongeveer 5-7% van de kinderen en kan voortduren tot in de volwassenheid. Symptomen kunnen worden beheerst met passende educatieve ondersteuning en gedragsinterventies. ADHD, dat door het Ministerie van Nationaal Onderwijs wordt erkend binnen het kader van speciale behoeften, wordt ondersteund door het IEP.

Wat zijn de oorzaken?

Genetische factoren (sterk bewijs)

- **Gezinsstudies:** Het risico neemt 4-8 keer toe bij eerstegraads familieleden van kinderen met ADHD (Faraone, 2019)
- **Specifieke genen:** Variaties in de DAT1-, DRD4- en DRD5-genen beïnvloeden de dopamineoverdracht
- **Tweelingstudies:** 70-80% erfelijkheidspercentage (80% concordantie bij monozygote tweelingen)

Neurobiologische Fundamenten

- **Hersenstructuur:** 5-10% volumevermindering in de prefrontale cortex en basale ganglia (MRI-studies)
- **Neurochemisch materiaal:** Onregelmatigheid in dopamine- en noradrenalesystemen (PET-beeldvorming)
- **Functionele verschillen:** Abnormale activatiepatronen in aandachtsnetwerken (salience network)

Milieurisicofactoren

- **Prenataal:** Blootstelling aan alcohol/tabak in de baarmoeder (risico neemt 2,5 keer toe)
- **Perinataal:** Laag geboortegewicht (<2500 gr), vroeggeboorte
- **Postnataal:** Blootstelling aan lood, vroege jeugdtrauma's

Neuro ontwikkelingsprocessen

- Vertraging in de rijping van zenuwnetwerken (frontale kwab)
- Abnormaal verloop van synaptische snoei (adolescentie)
- Stoornissen in het tijdstip van neurotransmitters

Prevalentie in de wereld en deelnemende landen

Prevalentie wereldwijd

- Bij kinderen: 5-7% (APA, 2022)
 - ADHD wordt bij 1 op de 20-25 schoolgaande kinderen gediagnosticeerd
 - Het diagnosepercentage bij jongens is 2-3 keer hoger dan bij meisjes (het risico om het over het hoofd te zien is echter groot bij meisjes)
- Bij volwassenen: 2,5-4% (WHO, 2021)
 - De symptomen blijven tot in de volwassenheid bij 60% van de gediagnosticeerden in de kindertijd aanhouden

Situatie in Turkije (MoNE en TURKSTAT 2023 gegevens)

Leeftijdsgroep	Prevalentiepercentage	RAM Diagnosenummer
6-12 jaar oud	%6.1	142,000+
13-18 jaar oud	%4.3	78,000+
Volwassene	%1.8*	Geen gegevens

Opmerking: *Volwassengegevens zijn gebaseerd op de psychiatrische klinieken van universiteitsziekenhuizen. Gendersverschillen

- **Jongens:** Vaker gediagnosticeerd door symptomen van hyperactiviteit en impulsiviteit (8,2%)
- **Meisjes:** Onoplettend type ADHD komt vaker voor (3,9%) en wordt meestal opgemerkt in de adolescentie

Huidige trends in Turkije

- De ADHD-diagnose is tussen 2015-2023 met 40% gestegen (MoNE-gegevens)

Prevalentie in Nederland

ADHD komt voor bij ongeveer 3-5% van de kinderen en jongeren. De diagnose wordt gesteld door kinder- en jeugdpsychiaters, geestelijke gezondheidspsychologen of algemene remediërende onderwijskundigen. Het proces omvat observatie, vragenlijsten en interviews met ouders en de school. De behandeling bestaat vaak uit psycho-educatie, gedragstherapie en soms medicatie. De Jeugdwet regelt de toegang via de lokale autoriteit.

Prevalentie in Noord-Macedonië

Hoewel er geen uitgebreid nationaal register is, suggereren schattingen van klinisch psychologen en onderwijspecialisten dat ADHD ongeveer invloed heeft op het volgende:

- 5–7% van de kinderen van 6–12 jaar,
- 3–5% van de adolescenten van 13–18 jaar,
- 1–2% van de volwassenen wordt voornamelijk gediagnosticeerd in psychiatrische poliklinieken van universitaire ziekenhuizen.

Rapporten van het Institute for Mental Health of Children and Adolescents – Skopje en regionale centra voor geestelijke gezondheidszorg bevestigen een groeiend aantal verwijzingen vanwege gedragsproblemen op scholen, vooral in stedelijke gebieden met beter bewustzijn en toegang tot diensten.

Prevalentie in Litouwen

- Een studie uitgevoerd in Litouwen toonde aan dat ADHD ongeveer 5–7% van de basisschoolkinderen treft.
- De geslachtsverdeling volgt wereldwijde trends: jongens worden vaker gediagnosticeerd dan meisjes, met verhoudingen variërend van 3:1 tot 16:1 afhankelijk van diagnostische criteria en leeftijdsgroep.
- ADHD wordt erkend als een neuro-ontwikkelingsstoornis en is opgenomen in het Litouwse kader voor speciale onderwijsbehoeften (SEN).
-

Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)

- ADHD-medicijnen zijn verslavend!

Feit: Langetermijnstudies tonen aan dat methylfenidaat- of amfetamine-derivaten in de juiste dosering verslaving verminderen (NIH, 2022).

- Computerspellen veroorzaken ADHD!

Feit: Er is geen oorzakelijk verband. Kinderen met ADHD grijpen naar aandachtsprikkels (zoals spelletjes), maar spelletjes veroorzaken geen ADHD (Nature Human Behaviour, 2023).

- Suiker en junkfood veroorzaken ADHD!

Feit: Het is een genetische en neurobiologische aandoening. Voeding alleen veroorzaakt geen ADHD. Geraffineerde suiker kan echter de symptomen verergeren (JAMA Pediatrics, 2020).

- ADHD wordt veroorzaakt door slecht ouderschap!

Feit: De opvoedingsstijl kan het triggeren, maar het is niet de oorzaak. Met andere woorden, de aanpak van het gezin kan de symptomen verergeren of verlichten.

- Mensen met ADHD zijn lui en hebben een lage intelligentie!

Feit: Er is geen verband tussen ADHD en IQ. 30% van de mensen met ADHD is mogelijk zeer intelligent (Barkley, 2022).

- Het komt alleen voor bij kinderen en verdwijnt als ze volwassen worden!

Feit: Het gaat door tot in de volwassenheid in 60%. Volwassen ADHD uit zich in onoplettendheid en organisatieproblemen (WHO, 2023).

- De diagnose ADHD is niet nodig, die wordt aan elk hyperactief kind gegeven!

Feit: De diagnose wordt gesteld volgens de criteria van DSM-5-TR. Uitgebreide tests (WISC-IV, Conners) worden toegepast in RAM's in Turkije.

- Medicatie verandert je persoonlijkheid, verandert je in een zombie!

Feit: Persoonlijkheid verandert niet met de juiste doseringen. Medicatie verhoogt de kwaliteit van leven door impulscontrole te reguleren (NEJM, 2021).

- ADHD is geen ziekte, maar een gevolg van het moderne leven!

Feit: Het heeft een medische geschiedenis van 200 jaar. In 1798 had de Schotse arts Alexander Crichton soortgelijke symptomen beschreven.

- Sport/meditatie geneest ADHD volledig!

Feit: Het kan ondersteunend zijn, maar het is op zichzelf niet voldoende. De meest effectieve behandeling: Medicatie + Gedragstherapie + Schoolondersteuning (APA, 2023).

- **Speciaal voor leraren: Leerlingen met ADHD veroorzaken disciplineproblemen in de klas!**

Correct: Het kan worden beheerst met de juiste klasstrategieën (bewegingspauzes, visuele planners).

Hoe herken je ADHD?

Details overslaan:

- Eenvoudige rekenfouten maken in hetzelfde wiskundige probleem (bijv. $5+3=7$)
- Schriftelijke examens beantwoorden zonder de vraag tot het einde te lezen

Focusproblemen:

- Niet langer dan 10 minuten bij dezelfde activiteit kunnen blijven

- Overmatige afleiding door externe prikkels (geluid in de gang, beweging voor het raam)

Moeilijkheid in organisatie:

- Notitieboek/bureau rommelig, huiswerk onvolledig of ontbrekend
- Tijdsbeheer (20 minuten huiswerk in 2 uur afmaken)

Fysieke mobiliteit:

- Niet in de rij kunnen zitten, trillende voeten, tikken met een pen
- Opstaan en zonder toestemming door het klaslokaal lopen

Impulsieve reacties:

- Vragen beantwoorden voordat ze zijn afgerond
- Niet in de rij kunnen staan (haasten naar voren tijdens activiteiten)

Overmatig praten:

- Onderbreken tijdens de lessen, van onderwerp naar onderwerp springen
- Hardop nadenken of tegen zichzelf praten

Kritieke verschillen die ADHD onderscheiden van disciplineaire problemen

Inconsistentie: Perfect zijn in één activiteit en helemaal niet kunnen focussen op een andere op dezelfde dag
Irrelevantie voor intelligentie: Fouten maken in eenvoudige operaties terwijl je moeilijke vragen kunt oplossen
In alle omgevingen gezien worden: Vergelijkbaar gedrag, niet alleen op school maar ook thuis/in het spel

Diagnostische criteria (volgens DSM-5-TR)

Onoplettendheid (Minstens 6 van A1-A9, minstens 5 voor 17 jaar+)

- Kan niet op details letten, maakt fouten op school/werk
- Heeft moeite om zijn aandacht vast te houden (tijdens het luisteren naar colleges, tijdens lange lectuur)
- Lijkt niet te luisteren als er direct tegen hem wordt gesproken
- Volgt geen instructies op, kan taken niet voltooien
- Ervaart taak- of organisatieproblemen
- Vermijdt taken die mentale inspanning vereisen
- Verliest items die nodig zijn voor taken
- Snel afgeleid door externe prikkels
- Vergeet dagelijkse activiteiten

Hyperactiviteit-Impulsiviteit (Minstens 6 van B1-B9, minstens 5 voor 17 jaar+)

- Hun handen/voeten friemelen constant of ze kronkelen in hun stoel.
- Staat op in situaties waar zitten verwacht wordt.
- Loopt/klimt ongepast.
- Heeft moeite om stilletjes te spelen of activiteiten te doen.
- Doet alsof hij "wordt aangedreven door een motor".
- Praat overdreven.
- Beantwoordt vragen voordat ze zijn afgerond.
- Heeft moeite om op zijn beurt te wachten.
- Onderbreekt anderen

Diagnostische criteria

- De symptomen begonnen vóór mijn twaalfde

- Te zien in twee of meer omgevingen (thuis, school, werk)
- In een mate die de functionaliteit aantast
- Kan niet beter verklaard worden door een andere psychische stoornis

ADHD diagnoseproces in de deelnemende landen

ADHD diagnoseproces in Turkije

Voorlopige beoordeling (Schoolproces)

- Observatieformulier voor de klas: De klasdocent vult de "ADHD Behavior Assessment Scale" van het Ministerie van Onderwijs in (observatie gedurende 6 maanden)
- Begeleidingsdienst:
 - Past de Conners Teacher Rating Scale toe
 - Voert interviews met de familie
 - Verzamelt informatie van andere vakdocenten

Documenten die nodig zijn voor RAM-applicatie

- Aanvraagverzoek ondertekend door de ouder
- Schoolobservatierapport (periode van 6 maanden)
- Studentenproductbestand (notitieboek, examenvoorbeelden)
- Gedragsobservatievormen van andere leraren

Toegepaste tests op RAM

- WISC-IV Intelligentietesten:
 - Aandacht (Werkgeheugenindex)
 - De nadruk ligt op de scores van verwerkingssnelheid
- ADHD-batterij:
 - Conners CPT (Aandachtsprestatietest)
 - MOXO d-CPT (Visuele Aandachtstest)
- Gedragsbeoordeling:
 - Checklist voor kindgedrag (CBCL)
 - Lerarenbeoordelingsformulier (TRF)

Diagnoseproces

- Bestuursvergadering: Het team bestaande uit een psycholoog, specialist speciaal onderwijs en kinderpsychiater bij RAM evalueert
- DSM-5-TR Criteria: Alle items worden één voor één gecontroleerd
- Differentiële diagnose:
 - Leerstoornis, angststoornissen worden geëlimineerd

Berichtgeving

- Rapport van de Special Education Assessment Board is opgesteld
- Duur van Support Education: Vastgesteld als 8-12 uur per week
- Er wordt verwijzing gedaan voor IEP (Individueel Onderwijsprogramma)

Monitoring

- In periodes van 3 maanden: IEP-ontwikkelingsrapport wordt opgesteld
- Jaarlijkse herbeoordeling: Tests worden herhaald bij RAM

Belangrijke opmerkingen:

Duur: De diagnose duurt gemiddeld 45-60 werkdagen. **Kosten:** RAM-diensten zijn gratis. **Geldigheid:** Rapporten zijn 1 jaar geldig

ADHD-diagnoseproces in Kroatië

Voorlopige evaluatie (Schoolproces)

- **Observatieformulier in de klas:** "ADHD Behavior Assessment Scale" (observatie gedurende 3 maanden)
- Begeleidingsdienst:
 - Voert interviews met de familie
 - Verzamelt informatie van andere leraren

Documenten nodig voor "Beslissing over de juiste vorm van onderwijs"

- Aanvraagverzoek ondertekend door de ouder
- Gedragsobservatievormen van andere leraren
- Mening van de commissiezitting

Tests gebruikt door psychologen, psychiaters en onderwijskundige rehabilitatoren:

- WISC-IV Intelligentietesten:
 - Aandacht (Werkgeheugenindex)
- ADHD-batterij:
 - Conners CPT (Aandachtsprestatietest)

Diagnoseproces

- Als de beoordelingstests aantonen dat het kind ADHD heeft, voert de schoolarts dit in het systeem in.
- Differentiële diagnose:
 - Leerstoornis
 - Angststoornissen

Berichtgeving

- Individueel Onderwijsplan (IEP):

Het wordt gemaakt aan het begin van het schooljaar (vanaf het begin van het schooljaar).

ADHD diagnostisch proces in Nederland

- Tekenen worden vaak opgemerkt door leraren of ouders, meestal op de basisschool.
- Het diagnostisch onderzoek wordt uitgevoerd door een kinder- en jeugdpsychiater, geestelijke gezondheidspsycholoog of algemeen remedial onderwijskundige.
- Het onderzoek omvat interviews met het kind, ouders en school, gedragsobservaties en vragenlijsten (bijv. CBCL, TRF, ADHD-vragenlijst).
- Comorbiditeit (bijvoorbeeld leerstoornissen of ASS) wordt altijd meegenomen.

Toepassing via SWV

- De school stelt een leerlingendossier samen met observaties, actieplannen en ondersteuningsbehoeften.
- Ouders en school kunnen gezamenlijk een aanvraag indienen bij de juiste onderwijs-SWV.
- Vereiste documenten: educatierapporten, evaluaties van toegepaste interventies, medische of psychologische rapporten.

Evaluatieproces SWV

- De SWV beoordeelt de behoefte aan ondersteuning en of extra ondersteuning binnen of buiten de school nodig is.
- Experts (bijv. remedial pedagoog, gedragswetenschapper) adviseren de SWV.

Diagnose beslissing

- De officiële diagnose wordt gesteld door een gekwalificeerde diagnosticus in de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren.
- Ouders krijgen behandel- en ondersteuningsadvies (bijvoorbeeld psycho-educatie, oudertraining, medicatie of gedragstherapie).

Plaatsing en monitoring

- Het kind kan ondersteuning krijgen via passende educatie (bijvoorbeeld extra begeleiding, rustige werkplek, hulp bij planning).
- In ernstigere gevallen kan plaatsing in speciaal onderwijs (cluster 4) worden overwogen.
- De voortgang wordt gevolgd via evaluatiegesprekken tussen de school, ouders, beoefenaars en de SWV. Evaluatie op school elke 6–12 weken. Jaarlijkse herbeoordeling van ondersteuning. Medische follow-up via kinderpsychiater/huisarts

Berichtgeving

Diagnoserapport met advies voor begeleiding en behandeling

School ontvangt (met toestemming ouders): onderwijsbehoeften en handelingsadviezen

IB stelt handelingsplan of OPP op; SWV kan ondersteuning toewijzen

Belangrijke opmerkingen

Duur: Gemiddeld 3–6 maanden (afhankelijk van GGZ-wachttijd)

Kosten: Via Jeugdwet, voor ouders gratis

Geldigheid: Diagnose blijft geldig; ondersteuning jaarlijks herzien

ADHD-diagnoseproces in Noord-Macedonië

Voorlopige evaluatie (Schoolgebaseerd proces)

Observatie in de klas:

- Docenten vullen het ADHD Behavior Observation Form in (aangepast van de DSM-5 symptoomchecklist), die over een periode van 6 maanden wordt bijgehouden.
- Symptomen zijn onder andere hyperactiviteit, impulsiviteit, onoplettendheid en problemen met executieve functies.

Betrokkenheid van het schoolondersteuningsteam:

- De schoolpsycholoog of pedagoog verzamelt gedragsgegevens van vakdocenten.
- De Conners Teacher Rating Scale wordt vaak gebruikt om gedrag te kwantificeren.
- Ouderinterviews worden afgenomen om het gedrag thuis te beoordelen.

Vereiste documentatie voor externe verwijzing

- Door ouders ondertekende formele aanvraag voor multidisciplinaire beoordeling
- Op school voorbereid observatierapport dat minstens 6 maanden beslaat
- Gedragsgegevens van leraren en productvoorbeelden (notitieboeken, werkbladen)
- Formulier voor ontwikkelings- en medische aannames, ingevuld door ouders
- Toestemming voor psychodiagnostisch onderzoek

Diagnostisch onderzoek bij gespecialiseerde centra

Uitgevoerd bij Centers for Educational-Psychological Services of Institute for Mental Health of Children and Adolescents.

Cognitieve evaluatie:

- WISC-IV of vergelijkbare IQ-beoordelingen, met de nadruk op:
- Werkgeheugenindex (WMI)
- Verwerkingssnelheidsindex (PSI)
- Aandacht- en impulscontroletests:
- Conners Continue Prestatietest (CPT)
- MOXO d-CPT of een gelijkwaardige digitale aandachtsbatterij (indien beschikbaar)

Gedragsbeoordelingsschalen:

- Checklist voor kindgedrag (CBCL) ingevuld door ouders
- Lerarenrapport (TRF) ingevuld door school

Diagnose- en besluitvormingsproces

Een formele diagnostische raad komt bijeen, waaronder psycholoog, speciaal opvoeder, kinderpsychiater (indien beschikbaar), ouder(s)

- De **DSM-5** diagnostische criteria worden symptoom voor symptoom beoordeeld.
- Er wordt een differentiële diagnose gesteld om het volgende uit te sluiten:
 - Specifieke leerstoornissen
 - Angst en stemmingsstoornissen
 - Omgevings- en gedragsoorzaken
- Na bevestiging wordt de diagnose geregistreerd als "Neurodevelopmentele Stoornis – ADHD", waarbij het subtype (Onoplettend, Hyperactief-Impulsief of Gecombineerd) wordt gespecificeerd.

Ondersteuningsplan en implementatie van IEP

- Er wordt een Special Needs Assessment Report uitgebracht.
- Het schoolondersteuningsteam stelt binnen 30–45 dagen een Individueel Onderwijsplan (IEP) op, waaronder:
 - Gedragsinterventies
 - Zitplaatsen, pauzes tijdens taken
 - Visuele roosters, verkorte taken en verlengde examentijd

- Studenten ontvangen doorgaans 8–12 uur per week aan ondersteunende diensten, hetzij in de klas of via individuele uittreksessies.

Monitoring en Herwaardering

- De voortgang wordt elk kwartaal gevolgd door het schoolteam.
- Elke 3 maanden wordt er een bijgewerkt IEP-voortgangsrapport opgesteld.
- Jaarlijkse herbeoordeling wordt uitgevoerd door externe specialisten om de behoefte aan voortdurende ondersteuning of aanpassing van aanpassingen te beoordelen.

Belangrijke opmerkingen:

- **Duur:** 45–60 kalenderdagen van schoolverwijzing tot definitieve diagnose
- **Vergoeding:** Alle openbare heffingen en interventies zijn gratis
- **Geldigheid:** Rapporten en ondersteuningsplannen zijn geldig voor 1 academisch jaar
- **Beroepen:** Families kunnen een tweede evaluatie aanvragen bij psychiatrische klinieken van medische faculteiten of privécentra

ADHD-diagnoseproces in Litouwen

1. Voorlopige screening en verwijzing

- **Observatie in de klas:** Leraren observeren leerlingen op tekenen van onoplettendheid, impulsiviteit en hyperactiviteit. Aanhoudende gedragsproblemen leiden tot doorverwijzing naar schoolspecialisten.
- **Schoolcounselingdienst:** Schoolpsychologen of pedagogisch-psychologische diensten (PPS) voeren eerste interviews en gedragsbeoordelingen uit. Ze kunnen ouders en leraren betrekken om observaties te verzamelen die meerdere settingen doen.

Aanvraag en documenten

Vereiste documenten:

- Verwijzing van een leraar of schoolpsycholoog.
- Ouderlijke toestemming.
- Academische dossiers en gedragsrapporten.
- Medische geschiedenis en ontwikkelingsmijlpalen.

Evaluatieproces

Tests en toepassingen:

- ADHD-specifieke beoordelingsschalen (bijv. Conners Rating Scale, Vanderbilt Assessment).
- Interviews met ouders, leraren en het kind.
- Screening op gelijktijdige aandoeningen (bijv. angst, leerstoornissen).

Beoordelingsraad voor speciaal onderwijs:

- Een multidisciplinair team beoordeelt alle gegevens.
- Kan onder meer psychologen, speciaal onderwijs en kinderartsen zijn.
- Aanvullende verwijzingen kunnen worden gedaan voor neurologische of psychiatrische evaluatie.

Diagnosebeslissing en voorbereiding van het IEP

Criteria:

- De symptomen moeten minstens 6 maanden aanhouden.
- Moet aanwezig zijn in twee of meer omgevingen (bijvoorbeeld thuis en op school).
- Moet academisch, sociaal of emotioneel functioneren aanzienlijk aantasten.

Individueel Onderwijsplan (IEP):

- Afgestemd op de behoeften van het kind.
- Omvat gedragsstrategieën, aanpassingen in de klas en soms medicatiebeheer.
- Ontwikkeld in samenwerking met ouders, leraren en specialisten.

Plaatsing en monitoring

Onderwijsomgeving:

- De meeste kinderen met ADHD blijven in reguliere klassen.
- Kan ondersteuning ontvangen van speciale docenten of het bezoeken van hulpruimtes.

Monitoring:

- Regelmatige controles door schoolpsychologen en leraren.
- IEP's worden beoordeeld en bijgewerkt op basis van de voortgang.
- Medicatie, indien voorgeschreven, wordt gecontroleerd door zorgverleners.

Aanbevelingen voor leraren

Technieken om de aandacht te vergroten

- Gebruik een visuele timer
 - Gekleurde klok/zandloper die de lesduur toont (bijv. "5-minuten pauze wanneer het rode gebied klaar is")
- Fysieke Positionering
 - Zet ze dicht bij het bureau van de leraar in plaats van afleidende plekken zoals bij het raam
- Instructies voor het afbreken van instructies
 - In plaats van "Open je notitieboek, los het derde probleem op pagina 35":
 - "Open je notitieboekje" (wacht)
 - "Zoek pagina 35" (check)
 - "Markeer de derde vraag"

Hyperactiviteitsbeheer

- Bied bewegingspauzes
 - 2 minuten rekoefeningen of waterpauzes elke 20 minuten
- Alternatieve zitplaatsen
 - Sta-bureau
 - Zitten op een balanskussen
- Stille Fidget-gereedschappen
 - Laat het gebruik van een stressbal, een gum met grove textuur, of buigzame liniaal toe

Impulsiviteitscontrole

- "5 Tweede Regel"
 - Tel 5 seconden voor een antwoord na het stellen van een vraag: "Ik luister naar degene die als eerste zijn hand opsteekt"
- Gedragsgrafiek
 - Visuele herinnering die op het bureau geplakt moet worden:
 - 🧠 Luister → 🖐️ Wacht → 🗣️ Denk → 🗣️ Spreek

Onderwijsmethoden

- Multisensorisch Leren
 - Wiskunde: Getallen tellen met kralen
 - Turks: Letterdruk in het zand
- Kleurcodering

Aan de randen van het notitieboek:

- Belangrijke informatie
- Huiswerk
- Vrije studie

Beoordelingsaanpassingen

- Examenwijzigingen
 - Vragen opdelen in aparte pagina's
 - Aanbieden van een alternatief mondeling examen
- Visuele planner
 - Wekelijkse huiswerk-volggrafiek (ingevuld met ✓)

Positieve steun

- Directe feedback
 - Specifieke feedback zoals: "Je bent nu erg gefocust!"
- Puntensysteem
 - 5 correct gedrag = 10 minuten van de geselecteerde activiteit (samen met de leerling bepalen)

Samenwerking in de klas

- Peer Coaching
 - Koppel de leerling met ADHD aan een georganiseerde vriend

Samenvatting

Wat is het?

ADHD is een neuro-ontwikkelingsstoornis die wordt gekenmerkt door symptomen van onoplettendheid, hyperactiviteit en impulsiviteit. Volgens de DSM-5-TR diagnostische criteria moet het minstens 6 maanden duren en het academische/sociale functioneren belemmeren.

Symptomen in de klas

Onoplettendheid: Details overslaan, vergeetachtigheid, organisatieproblemen

Hyperactiviteit: Onvermogen om stil te blijven, constante beweging

Impulsiviteit: Onderbreken, niet in staat om op je beurt te wachten

Strategieën van de leraar (Top 5 items)

- Geef korte en duidelijke instructies (zoals "Leg de pen neer, open je notitieboekje")
- Sta bewegingspauzes toe (2 minuten rekken elke 20 minuten)
- Gebruik een visuele planner (huiswerkbijhouden met gekleurde labels)
- Geef direct feedback (Je bent erg goed gefocust in deze les!)

Dingen om te onthouden

- ADHD is geen persoonlijkheidseigenschap, maar een biologisch onderliggende verschillen
- Vroege interventie verhoogt het academische succes met 40% (MEB, 2023)
- Studenten met ADHD hebben sterke punten zoals creativiteit en energie

Gouden Advies aan de Leraar:

"Deze studenten leren anders, het is geen onvermogen om te leren. Je kunt hun potentieel ontgrendelen met de juiste strategieën."

Verstandelijke beperking

Wat is het?

Verstandelijke beperking is een ontwikkelingsverschil waarbij een individu aanzienlijke moeilijkheden ondervindt bij leren, probleemoplossend vermogen, redeneren en aanpassingsvaardigheden in vergelijking met leeftijdsgenoten. Deze aandoening beïnvloedt de dagelijkse activiteiten van het kind, zoals communicatie, zelfzorg, sociale interactie en academische vaardigheden. De graden van verstandelijke beperking (mild, matig, ernstig) variëren afhankelijk van de zelfstandige levensvaardigheden en leercapaciteit van het individu. In de schoolomgeving kunnen leerlingen met milde en matige niveaus, die het meest voorkomen, basisacademische vaardigheden leren en sociale relaties opbouwen. Deze studenten begrijpen concrete concepten beter, leren met langdurige herhalingen en profiteren van stapsgewijze onderwijsmethoden. Verstandelijke beperking kan door verschillende factoren worden veroorzaakt voor, tijdens of na de geboorte. Het is mogelijk het potentieel van deze studenten te vergroten met vroege diagnose en individuele onderwijsprogramma's.

Wat zijn de oorzaken?

Genetische factoren

- **Syndroom van Down (Trisomie 21):** De meest voorkomende genetische oorzaak van milde tot matige verstandelijke beperking (1 op de 800 geboorten in Turkije)
- **Fragiele X-syndroom:** FMR1-genmutatie op het X-chromosoom, geassocieerd met leerproblemen en gedragsproblemen
- **Overige:** Metabole ziekten zoals fenylketonurie (PKU) (kan worden opgespoord door een pasgeboren screening)

Prenatale factoren

- **Infecties tijdens de zwangerschap:** Rubella, CMV, toxoplasma
- **Middelengebruik:** Alcohol (foetaal alcoholyndroom), roken, drugs
- **Voedingsdeficiëntie:** Jodiumtekort, foliumzuurtekort

Geboorte- en omgevingsfactoren

- **Complicaties van de geboorte:** zuurstoftekort (verstikking), vroeggeboorte (<32 weken)
- **Jeugdperiode:** Ernstige ondervoeding, blootstelling aan lood, hoofdtrauma's
- **Socialeconomische factoren:** Gebrek aan stimulatie, cyclus van gebrek aan onderwijs

Prevalentie in de wereld en deelnemende landen

Globaal

- Lichte tot matige verstandelijke beperking: 1-3% van de bevolking (WHO, 2023)
- Syndroom van Down: 1,1 op elke 1000 geboorten (Global Down Syndrome Foundation)

Regionale verspreiding:

- 2-4 keer hoger in ontwikkelingslanden (door onvoldoende gezondheidszorg en voedingsproblemen)
- 1,2% van schoolgaande kinderen in de VS (CDC, 2022)
- Tussen 0,8 en 1,5% in EU-landen

Situatie in Turkije (MoNE en TURKSTAT 2023 gegevens)

Criterion	Mild IQ (IQ 50-70)	Orta ZE (IQ 35-49)
Algemene prevalentie	%1.2	%0.4
In Inclusief Onderwijs	78.000+ studenten	12.000+ studenten

criterium	Mild IQ (IQ 50-70)	Orta ZE (IQ 35-49)
Geslachtsverdeling	1,5 keer meer bij mannen	Gelijk

Opmerkelijke gegevens:

- **Effect van bloedverwantenhuwelijken:** Toont een drievoudige toename in regio's met een hoog percentage bloedverwanten (Hacettepe Univ. Research, 2022)

Situatie in onderwijsinstellingen

- **Binnen MoNE inclusieve studenten:**
 - Studenten met een verstandelijke beperking vormen de grootste groep met 35%

Prevalentie in Nederland

Ongeveer 2% van de Nederlandse bevolking heeft een milde verstandelijke beperking (IQ 50–70). Diagnose wordt gesteld met behulp van intelligentietests (bijv. WISC-V) en lijsten met adaptieve vaardigheden. De procedure wordt uitgevoerd door remediale onderwijskundigen/psychologen, vaak in samenwerking met scholen en jeugdzorg. Passende opleiding en zorg kunnen worden geboden onder de Long-term Care Act of de Youth Act.

Prevalentie in Noord-Macedonië

Officiële nationale statistieken over verstandelijke beperking (ID) zijn beperkt, maar schattingen van het Instituut voor Geestelijke Gezondheid van Kinderen en Adolescenten – Skopje, regionale diagnostische centra en eenheden voor inclusief onderwijs geven het volgende aan:

criterium	Milde ID (IQ 50–70)	Matige ID (IQ 35–49)
Geschatte prevalentie	~1,0–1,2%	~0,3–0,5%
Deelname aan inclusief onderwijs	6.500+ studenten	900+ studenten
Geslachtsverdeling	1,4–1,6 keer vaker bij mannetjes	Bijna gelijk

Prevalentie in Litouwen

- Volgens het State Data Agency vallen kinderen met een verstandelijke beperking onder de bredere categorie kinderen met speciale onderwijsbehoeften (SEN). In 2023 waren er ongeveer 15.000 kinderen met een handicap in Litouwen.
- Hoewel exacte cijfers per geslacht voor verstandelijke beperking niet openbaar worden opgesplitst, geven algemene trends aan dat jongens vaker met een verstandelijke beperking worden geïdentificeerd dan meisjes, wat in overeenstemming is met internationale gegevens.
-

Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)

- Verstandelijke beperking is de schuld van het gezin (overbescherming/verwennen).

Feit: Het is een biologisch geïnspireerde aandoening. Ouderlijke houdingen beïnvloeden alleen het ondersteuningsproces.

- Kinderen met milde verstandelijke beperkingen 'kunnen niet leren'.

Feit: Ze leren alleen langzamer en op concrete manieren.

- Kinderen met een verstandelijke beperking zijn altijd gelukkig.

Feit: Ze ervaren alle emoties zoals andere kinderen. Ze kunnen reacties vertonen zoals woede, verdriet en angst.

- Ze kunnen niet worden opgeleid, ze hebben alleen zorg nodig

Feit: Met de inclusieprogramma's van MoNE: 68% leert de basis van het lezen en schrijven, 45% verwerft eenvoudige beroepsvaardigheden

- Ze zijn altijd agressief.

Feit: Agressie is het gevolg van het niet kunnen communiceren. Er zijn geen wetenschappelijke gegevens die aantonen dat ze agressiever zijn dan andere kinderen.

- Ze zouden naar privéscholen gestuurd moeten worden, ze schaden normale klassen.

Feit: Inclusie-onderwijs verbetert de sociale vaardigheden van alle leerlingen. Kinderen met milde tot matige verstandelijke beperkingen kunnen inclusie-educatie krijgen.

- Verstandelijke beperking kan met medicatie worden behandeld.

Feit: Medicatie wordt alleen gebruikt voor bijbehorende aandoeningen zoals ADHD/depressie.

- Syndroom van Down = Ernstige verstandelijke beperking

Feit: 40% van de mensen met het syndroom van Down is mild tot matig en past zich aan inclusie aan.

- Het verdwijnt als ze volwassen worden.

Feit: Het is een levenslange aandoening, maar de functionaliteit neemt toe bij vroege interventie.

Hoe herkenning van een verstandelijke beperking

Observaties in academische vaardigheden

- Leersnelheid:
 - Leert 2-3 keer langzamer dan zijn leeftijdsgenoten (een voorbeeld hiervan is dat het leren van letters 1 jaar kan duren)
 - Kan het niet begrijpen zonder concrete voorbeelden (heeft moeite om het getal "5" te begrijpen, maar "5 appels" lukt wel)
- Geheugenkenmerken:
 - Het kortetermijngeheugen is zwak (vergeet een instructie in drie stappen)
 - Leert onderwerpen die memorisatie vereisen (vermenigvuldigingstafel, gedicht) met grote moeite

Sociaal-emotionele symptomen

- Sociale signalen lezen:
 - Kan de klasregels niet "generaliseren" (mag tijdens de pauze lopen, maar kan niet begrijpen dat ze niet in de klas mogen lopen)
 - Heeft moeite met het begrijpen van humor en metaforen
- Emotieregulatie:
 - Overreactie op kleine frustraties (hullen als een potlood breekt)
 - Heeft moeite met wachten in de rij, is ongeduldig

Taal- en communicatiekenmerken

- Spraakontwikkeling:
 - Vormt eenvoudige zinnen (zoals "Geef water")
 - Begrijpt abstracte concepten (rechtvaardigheid, vrijheid) niet
- Non-verbale communicatie:
 - Heeft moeite met het lezen van gebaren-gezichtsuitdrukkingen (kan de frons van de leraar niet interpreteren als "woede")

Aanwijzingen in Dagelijkse Vaardigheden

- Organisatie:
 - Kan diens tas niet netjes houden, raakt vaak hun spullen kwijt.
 - Heeft moeite met het leren van de tijd (analoge klok)
- Fijne motoriek:
 - Heeft onleesbaar handschrift, moeite met het gebruik van een schaar
 - Loopt achter op diens leeftijd in vaardigheden zoals met knopen en schoenen strikken

Praktische Checklist voor Leraren

- Kenmerkende eigenschappen:
 - Verschil met leerstoornis: Een algemene achterstand op alle gebieden (academisch-sociaal)
 - Verschil met ADHD: Beperking in basisleervermogen in plaats van aandachtsproblemen.

Diagnostische criteria (volgens DSM-5-TR)

Basiscriteria

1. **Significante beperking in intellectuele functioneren**
 - IQ 70 en lager (prestaties onder ≥ 2 standaarddeviaties in tests)
 - **Goedgekeurde tests:** WISC-V, Stanford-Binet
2. **Tekorten in adaptieve vaardigheden**
 - **Conceptueel domein:** Lezen-schrijven, wiskunde, redeneren
 - **Sociaal domein:** Empathie, communicatie, vrienden maken
 - **Praktisch domein:** Zelfzorg, geld gebruiken, routines volgen
3. **Aanvang tijdens de ontwikkelingsperiode**
 - Symptomen die optreden in de kindertijd/adolescentie

Ernstwaardigheid (Mild tot Matig niveau)

Graad	IQ-bereik	Adaptieve vaardigheden
Redelijk	50-70	Kan eenvoudige academische/sociale vaardigheden leren
Gematigd	35-49	Kan dagelijkse levensvaardigheden beheren met intensieve ondersteuning

Voor differentiële diagnose

- **Leerstoornissen:** Beperkingen alleen op het academische gebied
- **Autisme:** Aanvullende moeilijkheden in sociale communicatie
- **ADHD:** Aandachtsproblemen op de voorgrond

Diagnoseproces van verstandelijke beperkingen in de deelnemende landen

Diagnoseproces van verstandelijke beperkingen in Turkije

Voorlopige beoordeling (Schoolproces)

- Observatie van de leraar in de klas:
 - Vult het "Ontwikkelingsbeoordelingsformulier" van het Ministerie van Onderwijs in gedurende 6 maanden
 - Academische achterstand (2+ jaar achterlopen op leeftijdsgenoten in lezen-schrijven, wiskunde)
 - Er worden sociaal-adaptieve vaardigheidstekorten opgemerkt
- Begeleidingsdienst:
 - Portage Vroegschoolse Schub (3-6 jaar oud)
 - Gazi Early Childhood Assessment Tool (7-12 jaar)

Documenten die nodig zijn voor RAM-applicatie

- Ouderlijk Toestemmingsformulier (in MEB-formaat)
- School Observatierapport (met gegevens over 6 maanden)
- Student Product File (notitieboek, examenvoorbeelden)
- Rapport van de Gezondheidsraad (indien beschikbaar)

Evaluaties gemaakt bij RAM

- Intelligentietests:
 - WISC-IV (6-16 jaar oud) → Focus ligt op scores voor werkgeheugen en verwerkingsnelheid.
 - Stanford-Binet (2 jaar+)
- Adaptief Gedragsbeoordeling:
 - Vineland Adaptief Gedragsschaal
 - Ankara Ontwikkelingsscreeningsinventaris (AGTE)
- Aanvullende tests:
 - Peabody Picture-Vocabulary Test (taalontwikkeling)
 - Bender-Gestalt Visueel Motorische Test

Diagnoseproces

- RAM Bestuursvergadering:
 - Kinderpsychiater (indien beschikbaar)
 - Expert in speciaal onderwijs
 - Psycholoog
 - Ouder
- Beslissingsfase:
 - De criteria van DSM-5-TR worden gecontroleerd
 - Onderwijsdiagnose wordt gesteld ("Milde/Matige Verstandelijke Beperking")

Rapport en Verwijzing

- Rapport van de Special Education Assessment Board is opgesteld
- Duur van de ondersteuningstraining:
 - Milde ID: 6 uur per week
 - Matige ID: 10 uur per week
- Plaatsingsbeslissing:

- Inclusie-educatie
- Speciale onderwijsklas (indien intensieve ondersteuning vereist is)

Monitoring en Herwaardering

- **3-maanden follow-up:** IEP-ontwikkelingsrapport
- **Jaarlijkse evaluatie:** Tests worden verlengd bij RAM
- **Rapportgeldigheid:** 1 jaar (daarna herbeoordeling)

Diagnoseproces van verstandelijke beperkingen in Kroatië

Voorlopige evaluatie (Schoolproces)

- Observatie van de leraar in de klas:
 - Sociaal-adaptieve vaardigheidstekorten worden geregistreerd
- Begeleidingsdienst:
 - Vroegschoolse dienst (3-6 jaar oud)
 - Gazi Early Childhood Assessment Tool (7-12 jaar)

Benodigde documenten voor "Beslissing over de juiste vorm van onderwijs"

- Ouderlijk Toestemmingsformulier 3. Beoordelingen uitgevoerd bij RAM
- Mening en bevindingen van psychologen, psychiaters en onderwijskundige rehabilitatoren.
- Intelligentietests:
 - WISC-IV (6-16 jaar oud) → Focus ligt op werkgeheugen- en verwerkingssnelheidsscores
 - Stanford-Binet (2 jaar oud+)
- Adaptief Gedragsbeoordeling:
 - AAMD-SCHAAL
- Aanvullende tests:
 - Peabody Picture-Word Test (taalontwikkeling)
 - Bender-Gestalt Visueel Motorische Perceptietest

Diagnoseproces

- Wanneer we de resultaten van de WISC-beoordeling ontvangen, stelt de arts de diagnose van verstandelijke beperkingen.

Steunen:

- Het nemen van een beslissing over de juiste vorm van onderwijs
- Onderwijs volgens een speciaal programma (bij grens- en lichte intellectuele moeilijkheden kan het kind op een gewone school worden onderwezen, maar volgens een speciaal programma). Als er ernstige intellectuele moeilijkheden zijn, gaat het kind naar speciale instellingen of beroepscentra.

Diagnostisch proces voor verstandelijke beperkingen in Nederland

- De identificatie vindt meestal plaats op school of in de gezondheidskliniek.
- Diagnostiek bestaat uit een intelligentietest (bijv. WISC-V) gecombineerd met observaties en vragenlijsten over adaptieve vaardigheden (zoals Vineland).
- De beoordeling wordt uitgevoerd door een remedial pedagoog of psycholoog.

Toepassing via SWV

- De school stelt een leerlingenbestand samen met leerresultaten, actieplannen en evaluaties.
- De school en ouders kunnen gezamenlijk een ondersteuningsaanvraag indienen bij de juiste onderwijs-SWV.
- Documenten: testresultaten, observatiegegevens, opleidingsplannen, evaluatierapporten.

Evaluatieproces SWV

- De SWV beoordeelt de behoefte aan ondersteuning en adviseert of aanvullende regelingen nodig zijn.
- Een expert (remedial pedagoog, gedragswetenschapper) is bij dit proces betrokken.

Diagnose beslissing

- De diagnose wordt genomen door een gekwalificeerde psycholoog of remediërend onderwijzer.
- Ouders ontvangen een rapport met de diagnose en advies over passende onderwijs of zorg.

Plaatsing en monitoring

- Afhankelijk van de ernst kan het kind in het reguliere onderwijs blijven met extra ondersteuning, of overstappen naar speciaal (basisonderwijs) of speciaal voortgezet onderwijs (cluster 3).

De voortgang wordt gevolgd via actieplannen en periodieke evaluaties tussen de school, ouders en de SWV.

Diagnoseproces voor een verstandelijke beperking in Noord-Macedonië

Voorlopige evaluatie (Schoolgebaseerd proces)

Lerarenobservatie en schoolscreening:

Klasdocenten documenteren zorgen gedurende minstens 6 maanden, met de nadruk op:

- Aanzienlijke vertragingen in lezen, schrijven en wiskunde
- Moeilijkheden met adaptief gedrag (zelfzorg, communicatie, sociale vaardigheden)
- Leraren gebruiken het School Observation Form for Developmental Disabilities, aangepast van de richtlijnen van de WHO en DSM.

Betrokkenheid van het schoolondersteuningsteam:

- De schoolpsycholoog of pedagoog voert informele ontwikkelingsbeoordelingen uit.
- Voor jonge kinderen (3–7 jaar) kunnen hulpmiddelen zoals de Portage Guide of Early Developmental Inventory worden gebruikt.

Vereiste documentatie voor externe evaluatie

- Ondertekend Ouderlijk Toestemmingsformulier
- Gezamenlijke observatierapport van docent en pedagoog (minimaal 6 maanden aan dossiers)
- Student Product File (voorbeelden van schoolwerk, testresultaten)
- Medische/ontwikkelingsgeschiedenisrapporten of invaliditeitsrapporten (indien aanwezig)
- Kopie van identiteitsdocumenten van leerlingen en ouders

Multidisciplinaire beoordeling bij gespecialiseerde centra

Evaluaties worden uitgevoerd bij:

- Staatsziekenhuis in Skopje
- Regionale Centra voor Onderwijsondersteuning
- Instituut voor Geestelijke Gezondheid van Kinderen en Adolescenten
- Klinisch Centrum Afdelingen Kinderpsychiatrie

Inlichtingenbeoordeling:

- WISC-IV of Stanford-Binet worden vaak gebruikt, afhankelijk van de leeftijd
- De focus ligt op verbaal IQ, werkgeheugen en verwerkingssnelheid

Directe observatie van functioneel gedrag in dagelijkse omgevingen

Aanvullende toetsen:

- Peabody Picture Vocabulary Test voor taalontwikkeling
- Bender-Gestalt Visueel-Motorische Test voor cognitieve verwerking

Diagnose- en besluitvormingsproces

- Er komt een diagnostisch comité bijeen, waaronder: psycholoog, speciaal opvoeder, kinderpsychiater (indien beschikbaar) en ouder(s)
- De evaluatie volgt de criteria van DSM-5 of ICD-11, met de nadruk op: Bevestigd IQ-bereik, meetbare tekorten in adaptief functioneren en het begin van symptomen vóór de leeftijd van 18
- Een onderwijskundige diagnose wordt afgegeven als: Milde Verstandelijke Beperking (MID) en Matige Verstandelijke Beperking (MolD)

Verslaggeving en Onderwijsplaatsing

Er wordt een Speciaal Onderwijs Diagnoserapport opgesteld, dat aanbevelingen bevat voor onderwijsondersteuning.

Duur van de ondersteuningstraining (per week):

- Mild ID: 6 uur (binnen of buiten de les)
- Matige ID: 10 uur (vaak uitgetrokken of in speciale lessen)

Plaatsingsmogelijkheden:

- Inclusieve educatie (met ondersteuning van speciaal onderwijs)
- Klaslokalen voor speciaal onderwijs (binnen reguliere scholen)
- In ernstigere gevallen wordt verwezen naar dagcentra voor kinderen met ontwikkelingsstoornissen

Monitoring en Herwaardering

- IEP-voortgangsrapporten worden elke 3 maanden opgesteld door het schoolondersteuningsteam.
- Een jaarlijkse herevaluatie vindt plaats in het oorspronkelijke diagnostisch centrum.
- Diagnostische rapporten zijn geldig voor 1 academisch jaar en moeten worden bijgewerkt om ondersteunende diensten voort te zetten.

Proces van diagnose van een verstandelijke beperking in Litouwen

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- **Observatie in de klas:** Leraren observeren leerlingen op aanhoudende moeilijkheden in redeneren, probleemoplossing en adaptief gedrag. Als er zorgen ontstaan, nemen zij een verwijzing in gang.

- **School Counseling Service:** De pedagogisch-psychologische dienst (PPS) van de school voert eerste beoordelingen en consultaties uit met ouders en leraren. Als er sprake is van een verstandelijke beperking, wordt een formele evaluatie aanbevolen.

Aanvraag en documenten

Vereiste documenten:

- Verwijzing van een leraar of schoolpsycholoog.
- Ouderlijke toestemming.
- Academische dossiers en ontwikkelingsgeschiedenis.
- Medische documentatie indien beschikbaar.

Evaluatieproces

Tests en toepassingen:

- Gestandaardiseerde IQ-tests (bijv. WISC, Stanford-Binet) en adaptieve gedragsbeoordelingen worden gebruikt.
- Hulpmiddelen zoals WHODAS 2.0 en de Activity and Ability Questionnaire (A&AQ) van Litouwen worden toegepast om de werking te beoordelen.

Beoordelingsraad voor speciaal onderwijs:

- Een multidisciplinair team (psychologen, speciaal onderwijs, maatschappelijk werkers) beoordeelt de resultaten.
- Het team bepaalt het niveau van intellectuele functioneren en de beperkingen van adaptief gedrag.

Diagnosebeslissing en voorbereiding van het IEP

Criteria:

- Significant ondergemiddeld intellectueel functioneren (IQ < 70).
- Tekorten in adaptief gedrag.
- Begin tijdens de ontwikkelingsperiode (voor de leeftijd van 18 jaar).

Individueel Onderwijsplan (IEP):

- Ontwikkeld door de school in samenwerking met specialisten en ouders.
- Bevat op maat gemaakte onderwijsdoelen, ondersteuningsdiensten en aanpassingen.

Plaatsing en monitoring

Onderwijsomgeving:

- Leerlingen kunnen worden geïntegreerd in reguliere klaslokalen met ondersteuning of geplaatst worden in speciale onderwijsinstellingen, afhankelijk van de ernst.
- Gespecialiseerde scholen of klassen zijn beschikbaar voor leerlingen met matige tot ernstige verstandelijke beperkingen.

Monitoring:

- Regelmatige beoordelingen van het IEP en de voortgang van de leerling.
- Aanpassingen worden gedaan op basis van ontwikkelingsveranderingen en onderwijsresultaten.

Aanbevelingen voor leraren

Onderwijsmethoden

- Concretisatietechniek:
 - Wiskunde: Getalconcept met bijvoorbeeld bonen of kralen
 - Turks: Woorden onderwijzen met objectkaarten (appelafbeelding + "appel" schrift)
- Kleine Stappen Benadering
 - Vaardigheden indelen in fasen (bijvoorbeeld een potlood vasthouden → een lijn trekken → een brief schrijven)
 - Directe feedback bij elke stap ("Die zin is erg mooi!")
- Meervoudige herhaling:
 - Versterken wat geleerd is met dagelijkse herhalingen van 5 minuten
 - Werken aan hetzelfde concept met verschillende activiteiten (schrijven, schilderen, zeggen)

Klaslokaalindeling

- Visueel schema:
 - Laat de dagelijkse flow zien met prentkaartjes (eerst wiskunde → daarna tekenen)
 - Voltooide taken markeren met ✓
- Fysieke Indeling:
 - Zitplaatsen op de eerste rij (weg van afleidingen)
 - Aanbieden van een sta-bureau optie
- Materiaaladaptaties:
 - Met dikke pennen en gekleurd papier
 - Scheuractiviteiten in plaats van schaar (wanneer er problemen zijn met de fijne motoriek)

Gedragsmanagement

- Duidelijke en beknopte instructies:
 - In plaats van "Open je boek, zoek pagina 20":
 - "Open je boek" (wacht)
 - "Zoek de pagina waarop 20 staat"
- Positieve bekrachtiging:
 - Directe beloning: sticker, knuffel, verbale versterking ("Goed gedaan, je zat heel mooi!")
 - Puntenkaart: 5 smiley's → Extra speeltijd
- Waarschuwing voor overgangen:
 - Meld de activiteit 5 minuten van tevoren aan ("We gaan over 5 minuten pauzeren")

Sociale Vaardigheden Ondersteuning

- Peer Coaching:
 - Combineer met een rolmodelleerling uit de klas (om te begeleiden tijdens de maaltijden, tijdens het spel).
- Sociale verhalen:
 - Boekjes voorbereiden die alledaagse situaties illustreren (wachten in de rij, begroeten)
- Groepsactiviteiten:
 - Neem hen mee in groepsactiviteiten met eenvoudige taken (schilderen, materialen uitdelen)

Samenvatting

Definitie (DSM-5-TR)

- IQ ≤ 70 + beperkingen in adaptieve vaardigheden
- Begint tijdens de ontwikkelingsperiode
- Licht tot matige integratie van studenten:
 - Kan academische basisvaardigheden leren (lezen-schrijven, eenvoudige wiskunde)
 - Verwerft sociale regels door deze voorgeleefd te zien worden

Tips voor observatie in het klaslokaal

- Academisch: 2+ jaar achterlopen op leeftijdsgenoten
- Sociaal: Moeilijkheid om eenvoudige spelregels te begrijpen
- Dagelijks: Tekortkomingen in vaardigheden zoals het concept van tijd, het gebruik van geld

Effectieve Onderwijsstrategieën

- Concrete instructie: Wiskunde met voorwerpen, lezen met fotoplaatjes
- Kleine stappen: vaardigheden opdelen in onderdelen (een potlood vasthouden → een lijn trekken)
- Meervoudige herhaling: Korte herhalingen van 5 minuten per dag
- Visuele ondersteuning: Geïllustreerde roosters, kleurrijke materialen

Gedragmanagement

- Duidelijke instructies: "Leg de pen neer" → "Open je notitieboekje"
- Directe beloning: Sticker, verbale lof ("Goed gedaan, je hebt heel mooi gezeten!")
- Sociale verhalen: Regels onderwijzen zoals in de rij staan, begroeten

Gouden Advies aan de Leraar:

Deze leerlingen leren anders, het is geen onvermogen om te leren. Je kunt hun ontwikkeling ondersteunen met geduld en de juiste methoden.

Autisme Spectrum Stoornis (ASS)

Wat is het?

Autismespectrumstoornis is een neuro ontwikkelingsstoornis dat wordt gekenmerkt door moeilijkheden in sociale communicatie en beperkte/repetitieve gedragingen. Volgens DSM-5-TR beginnen symptomen in de vroege kinderjaren en blijven ze het hele leven aanhouden. Moeilijkheden in sociale interactie, zoals het vermijden van oogcontact en het niet kunnen opbouwen van relaties met leeftijdsgenoten, zijn fundamentele kenmerken. Beperkte interessegebieden (zoals treinschema's, aantallen) en overmatige reactie op routinewijzigingen komen vaak voor. Vertraging in taalontwikkeling of ongewoon gebruik (echolalie, voornaamwoordverwarring) is typisch. Sensorische gevoeligheden (overmatige reactie op harde geluiden, vermijding van bepaalde texturen) kunnen aanwezig zijn. Mensen met een mild tot gemiddeld niveau kunnen zich aanpassen aan inclusief onderwijs en academische vaardigheden verwerven met individuele ondersteuning. ASS is niet direct gerelateerd aan intelligentieniveau; Het kan bij sommige individuen worden gezien met superieure vaardigheden.

Wat zijn de oorzaken?

Genetische factoren (Wetenschappelijke Consensus)

- 80-90% erfelijk (Tick et al., 2016)
- Specifieke genen: SHANK3, CHD8 (beïnvloedt zenuwverbindingen)
- Familiegesciedenis: Als een broer of zus autisme heeft, neemt het risico twintig keer zo hoog

Verschillen in hersenstructuur

- Functionele verschillen in het spiegelneuronensysteem (beïnvloeden empathie- en imitatievaardigheden)
- Atypische organisatie in hersenverbindingen (frontaal-limbisch systeem)
- Neurotransmitter-onevenwichtigheden: Afwijkingen in serotonine- en GABA-niveaus

Milieurisicofactoren

- Prenataal:
 - Moederlijke leeftijd ten tijde van zwanger worden (35+), infecties tijdens de zwangerschap (rodehond)
 - Gebruik van anti-epileptica (valproïnezuur)
- Postnataal:
 - Zeer laag geboortegewicht (<1500 gr)
 - Zuurstofvrije geboorte (asfyxie)

D. Misvatte Redenen (Wetenschappelijke Ongeldigheid)

- Vaccins: Relatie verworpen door uitgebreide studies (WHO, 2021).
- Ouderlijke houding: "Koude moeder"-theorie weerlegd.
- Voedseladditieven: Geen bewijs.

Prevalentie in de wereld en deelnemende landen

Situatie wereldwijd

Volgens recent onderzoek wordt autismespectrumstoornis bij 1 op de 54 kinderen wereldwijd gezien (CDC, 2023). Dit percentage is in de afgelopen 20 jaar vier keer gestegen, maar het grootste deel van de toename is te danken aan een toegenomen bewustwording en uitbreiding van diagnostische criteria. Het wordt vier keer vaker bij jongens gediagnosticeerd dan bij meisjes. Personen met milde tot matige niveaus vormen ongeveer 70% van de autistische populatie.

Prevalentie in Turkije

Volgens officiële gegevens in Turkije werd de incidentie van autisme gemeld als 1 op de 68 kinderen (MEB, 2023).

Regionale verschillen:

- De diagnosecijfers zijn hoger in grote steden zoals Istanbul, Ankara en Izmir (vanwege toegang tot gezondheidszorg).
- Het aantal kinderen dat wordt gediagnosticeerd is lager in Oost- en Zuidoost-Anatolië, maar men denkt dat de werkelijke prevalentie in deze regio's hoger is vanwege het hoge percentage bloedverwantenhuwelijken.

Situatie in het onderwijssysteem:

- Het percentage kinderen dat bij inclusieve leerlingen de diagnose autisme krijgt, is 15%
- Dit percentage is 35% in speciale onderwijscentra

Belangrijke opmerking:

De toename van de incidentie van autisme hangt grotendeels samen met de ontwikkeling van vroege diagnosemogelijkheden en betere detectie van milde symptomen. Er is geen definitief bewijs dat het percentage autisme daadwerkelijk is toegenomen.

Prevalentie in Nederland

ASS wordt bij ongeveer 1-2% van de kinderen vastgesteld. De diagnose wordt gesteld in specialistische centra of door kinder- en jeugdpsychiaters, met behulp van multidisciplinaire beoordeling (observatie, interviews, vragenlijsten zoals ADOS/ADI-R). Onderwijs en zorg worden gecoördineerd via SWV's en vaak via de Jeugdwet.

Prevalentie in Noord-Macedonië

Hoewel er geen officiële landelijke prevalentiestudie is, schatten zorgprofessionals en speciale onderwijsexperts dat 1 op de 70–100 kinderen in Noord-Macedonië tekenen van autismespectrumstoornis kan vertonen. Dit is consistent met wereldwijde gegevens en weerspiegelt een geleidelijke toename van verwijzingen van vroege kinderen naar ontwikkelingsklinieken, vooral in stedelijke gebieden zoals Skopje, Bitola en Tetovo. Het Institute for Mental Health of Children and Adolescents – Skopje en de Centers for Early Childhood Development melden elk jaar een groeiend aantal beoordelingen.

Prevalentie in Litouwen

- Een landelijke studie in Litouwen toonde aan dat de prevalentie van ASS bij kinderen van 7–17 jaar ongeveer 1,4% bedraagt, gebaseerd op populatieonderzoeken.
- De geslachtsverhouding in Litouwen komt overeen met Europese trends, met een man-vrouwverhouding van ongeveer 3,5:1, wat betekent dat jongens aanzienlijk vaker worden gediagnosticeerd dan meisjes.
- Deze cijfers weerspiegelen een toegenomen bewustwording en verbeterde diagnostische praktijken, hoewel onderdiagnose - vooral onder meisjes - een zorg blijft.

Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)

- Autistische kinderen maken nooit oogcontact.

Feit: Sommigen kunnen oogcontact maken, maar dat kan ongemakkelijk voor hen zijn. Ze kunnen communiceren met andere methoden (hoofdbewegingen, gebaren) in plaats van oogcontact.

- Autisme wordt veroorzaakt door slecht ouderschap.

Feit: De "koelkastmoeder"-theorie, die in de jaren zestig werd weerlegd, is een mythe zonder wetenschappelijke basis. Autisme is een neuro-ontwikkelingsverschil en heeft niets te maken met ouderlijk gedrag.

- Alle mensen met autisme zijn genieën.

Feit: Slechts 10% heeft savant-syndroom (superieur talent). De meesten hebben een gemiddelde intelligentie, en sommigen kunnen leerproblemen hebben.

- Vaccins veroorzaken autisme.

Feit: Onderzoek dat al meer dan 20 jaar wordt uitgevoerd, heeft het verband tussen vaccin en autisme weerlegd. De studie van Andrew Wakefield, die deze bewering deed, werd wegens fraude ingetrokken.

- Autisme verdwijnt als je volwassen bent.

Feit: Het is een levenslange stoornis, maar vroege interventie kan de symptomen verlichten. Volwassenen met autisme kunnen zelfstandig wonen met ondersteuning.

- Kinderen met autisme tonen geen affectie.

Feit: Ze hebben emoties, maar uiten die anders (zoals naast iemand zitten in plaats van te knuffelen). Veel kinderen met autisme vormen op hun eigen unieke manier banden.

- Kinderen met autisme kunnen niet spreken.

Feit: 40% spreekt, terwijl sommigen alternatieve communicatie gebruiken (fotoplaatjes, gebarentaal). 80% van de kinderen die niet spreken kan communiceren met behulp van schrijven of technologie.

- Kinderen met autisme kunnen niet leren.

Feit: Ze leren gewoon anders (met visuele, concrete, repetitieve methoden). Met de juiste opleiding kunnen ze academische vaardigheden verwerven.

- Autisme is een ziekte en moet behandeld worden.

Feit: Het is geen ziekte, maar wordt geëvalueerd binnen de context van neurodiversiteit (verschillende hersenstructuren). Ondersteuning is geen "behandeling", maar bedoeld om de kwaliteit van leven te verbeteren.

- Alle kinderen met autisme zijn hetzelfde.

Feit: Omdat het een spectrum is, zijn de kenmerken van elk individu verschillend. Sommigen zijn sociaal, anderen introvert; Sommigen spreken, anderen niet.

- Speciale situaties voor leraren:
 - Schaadt andere kinderen in de klas!
 - → Correct: Agressie is het gevolg van een onvermogen om te communiceren. Het neemt af met de juiste ondersteuning.
 - Je zou naar een speciale school moeten gaan, mainstreaming werkt niet!
 - → Correct: Mainstreaming is gunstig voor zowel autistische als typisch ontwikkelende kinderen.

Hoe ASS te herkennen

Observaties in sociale communicatie

- Beperkt oogcontact
 - Kijkt weg of richt zich op objecten tijdens het spreken
 - *Voorbeeld: Uit het raam kijken wanneer de leraar een vraag stelt*
- Heeft moeite met het opbouwen van relaties met leeftijdgenoten
 - Begrijpt de regels in spellen niet of speelt liever alleen
 - *Voorbeeld: Weigeren om "de zoeker" te zijn in verstoppertje**
- Mist sociale signalen
 - Merkt niet dat een vriend boos is
 - *Voorbeeld: Een huilend kind vragen: "Waarom schreeuw je?"*

Repetitief gedrag

- Stereotypisch (obsessieve bewegingen)
 - Wiegen, handen klappen, op tenen lopen
 - *Voorbeeld: Slapende armen als vleugels in tijden van stress*
- Overmatige naleving van routines
 - Wordt onrustig als het lesrooster verandert
 - *Voorbeeld: Huilaanval wanneer de gymles wordt afgelast.*
- Intense interessegebieden
 - Is geobsedeerd door onderwerpen zoals treinschema's, dinosaurussen, cijfers
 - *Voorbeeld: Alle gesprekken naar metrolijnen brengen*

Zintuiglijke verschillen

- Extreme gevoeligheden
 - Ernstige reactie op harde geluiden (bel, applaus)
 - *Voorbeeld: Oren dichtten om ganggeluid te blokkeren*
- Tactiele afwijzing
 - Wil geen materialen aanraken zoals verf, lijm, zand
 - *Voorbeeld: Vingerverfactiviteiten vermijden**

Taal- en communicatiekenmerken

- Verschillen in spraak
 - Echolalie (herhaalt wat er gehoord wordt): Beantwoorden van de vraag "Heb je je huiswerk gemaakt?" door te zeggen "Heb je je huiswerk gemaakt?"
 - Voornaamwoordverwarring: Zeggen "Ik moet stil zijn" in plaats van "Jij moet stil zijn"
- Begrijpt concrete uitdrukkingen
 - Kan metaforen niet interpreteren: Proberen met de handen echt hun ogen wijd open te zetten als ze te horen krijgen "Houd je ogen open"

ASS-diagnostische criteria (volgens DSM-5-TR)

Aanhoudende tekorten in sociale communicatie en interactie

- Beperking van sociaal-emotionele wederkerigheid
 - Onvermogen om een normaal gesprek te starten of vol te houden
 - Opvallend gebrek aan gedeelde interesses/emoties
- Beperking in non-verbale communicatie
 - Afwijkingen in oogcontact, lichaamstaal en gezichtsuitdrukkingen
 - Gebrek aan gebruik van gebaren
- Moeilijkheden met het vormen en onderhouden van relaties
 - Onvermogen om passende relaties met leeftijdsgenoten aan te gaan
 - Ontoereikendheid bij het spelen van fantasiespel

Beperkte/Repetitieve Gedrag patronen

- Stereotiepe bewegingen
 - Handen klapperen, wiegen, op tenen lopen
- Overmatige naleving van routines
 - Extreme reactie op kleine veranderingen
 - Rigide denkpatronen
- Intense/overdreven interesses
 - Overmatige hechting aan ongebruikelijke objecten

- Sensorische over-/onderrespons
 - Overgevoeligheid voor geluiden, aanraking, smaken

Aanvullende vereisten voor diagnose

- Begin van symptomen in de vroege kindertijd
- Klinisch niveau beperking in sociale/functionele gebieden
- Deze symptomen worden niet beter verklaard door een verstandelijke beperking of ontwikkelingsachterstand

Ernstgraad (DSM-5-TR):

- **Niveau 1 (Mild):** Moeilijkheden met sociale communicatie zonder ondersteuning
- **Niveau 2 (Middelmatig):** Duidelijke tekortkomingen die aanzienlijke ondersteuning vereisen
- **Niveau 3 (Ernstig):** Behoeft aan zeer serieuze ondersteuning

ASS-diagnoseproces in de deelnemende landen

ASS-diagnoseproces in Turkije

Voorlopige beoordeling (School/Begeleiding)

- **Klasobservatieformulier:** De docent vult de "Autism Behavior Checklist" van het Ministerie van Onderwijs gedurende 3 maanden in
- **Familiegesprek:** Ontwikkelingsmijlpalen (spraak, oogcontact, spel) worden ter discussie gesteld

Documenten voor RAM-applicatie

- Verzoek voor ouderaanvraag (in het formaat van het Ministerie van Onderwijs)
- Schoolobservatierapport (minstens 3 maanden aan data)
- Ontwikkelingsgeschiedenis (vanaf de zwangerschap)
- Eerdere berichten, als die er al zijn

Toegepaste tests op RAM

- M-CHAT-R/F (screening voor kinderen van 16-30 maanden)
- CARS-2 (Beoordelingsschaal voor kinderautisme)
- WISC-IV (intelligentiebeoordeling voor leeftijd 6-16)
- Vineland Adaptief Gedragsschaal (dagelijkse levensvaardigheden)

Diagnoseproces

- Goedkeuring door een kinderpsychiater is verplicht
- De criteria van DSM-5-TR worden volledig gecontroleerd
- Bijbehorende aandoeningen (ADHD, leerstoornis) worden onderzocht


Rapport en Verwijzing

- Rapport van de Special Education Assessment Board is opgesteld
- Ondersteuningstrainingsperiode:
 - Mild autisme: 8 uur per week
 - Matig autisme: 12 uur per week
- Plaatsingsbeslissing:
 - Inclusie-educatie
 - Speciaal onderwijs (indien nodig)


Monitoring

- IEP-evaluatiebijeenkomst elke 3 maanden
- Jaarlijkse herbeoordeling (tests worden herhaald bij de MRC)

Belangrijke informatie:

 Duur: De diagnose duurt 45-60 werkdagen.

 Vergoeding: MRC-diensten zijn gratis.

 Bezwaar: Als de ouder bezwaar maakt tegen het rapport, kan een rapport worden opgevraagd bij het universitair ziekenhuis.

ASS-diagnoseproces in Kroatië

Voorlopige evaluatie (School/Begeleiding)

- **Observatieformulier voor de klas:** De schooljuf/kleutertante laat de professionele dienst weten dat hij enkele gedragsveranderingen ziet. Daarna gaat het kind naar een teambeoordeling met een logopedist, een onderwijskundige rehabilitator en een psycholoog.
- **Familiegesprek:** Ontwikkelingsstadia (spraak, oogcontact, spel) worden ter discussie gesteld.

Documenten voor beslissing over de juiste vorm van onderwijs

- Ouderlijke steun
- Ontwikkelingsgeschiedenis (vanaf de zwangerschap)
- Eerdere berichten, als die er al zijn

Tests die de expert gebruikt:

- ADOS
- WISC-IV
- Vineland Adaptief Gedragsschaal (dagelijkse levensvaardigheden)

Diagnoseproces

- Goedkeuring door een kinderpsychiater is verplicht
- Bijbehorende aandoeningen (ADHD, leerstoornis) worden onderzocht

Rapport en Ondersteuning

Nadat het kind een diagnose heeft gekregen, dient de deskundige commissie van de school de documentatie in voor de beslissing over de juiste vorm van onderwijs. Wanneer ze een beslissing ontvangen over de juiste vorm van onderwijs (afhankelijk van de mate van autisme, die in Kroatië in vier categorieën is verdeeld), weten ze of het kind naar een reguliere klas, een speciale klas of een speciale onderwijsgroep zal gaan.

ASS-diagnostisch proces in Nederland

- Signalen worden vaak op jonge leeftijd opgemerkt door ouders, school of de gezondheidskliniek.
- De diagnose vindt plaats in jeugdgeestelijke gezondheidszorg of gespecialiseerde centra.
- Het examen is multidisciplinair en omvat observaties, ouder-kindinterviews en gestandaardiseerde instrumenten (bijv. ADOS, ADI-R).
- Bekwame professionals: kinder- en jeugdpsychiater, geestelijk gezondheidspsycholoog of algemeen remedial onderwijskundige.

Toepassing via SWV

- De school stelt een leerlingendossier samen met observaties, actieplannen en evaluaties.
- Ouders en school dienen een ondersteuningsaanvraag in bij de juiste onderwijs-SWV.
- **Documenten:** gedragsobservaties, onderwijsresultaten, medische of psychologische rapporten.

SWV-evaluatieproces

- De SWV beoordeelt de onderwijs- en ondersteuningsbehoeften.
- Experts (remedial pedagoog, gedragswetenschapper, soms een autismespecialist) geven advies.

Diagnose beslissing

- De officiële diagnose wordt gesteld door een gekwalificeerde diagnosticus in de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren.
- Ouders ontvangen een rapport met de diagnose en advies over behandeling of ondersteuning.

Plaatsing en monitoring

- Leerlingen kunnen in het reguliere onderwijs blijven met extra begeleiding (bijvoorbeeld een ondersteuningsregeling of een onderwijsassistent).
- Als intensievere ondersteuning nodig is, kan plaatsing in het speciaal onderwijs (cluster 4) noodzakelijk zijn.

Monitoring vindt plaats via ontwikkelingsperspectieve plannen (OPP), evaluaties tussen de school, ouders, beoefenaars en de SWV.

ASS-diagnoseproces in Noord-Macedonië

Voorlopige evaluatie (school- of peuterschoolniveau)

Observatieperiode:

- De klas- of kleuterjuf vult de Autism Behavior Checklist, aangepast van de CARS- en DSM-5-kaders, gedurende een periode van 3 maanden.
- **Belangrijke zorgpunten:** oogcontact, spraakontwikkeling, repetitief gedrag, sensorische gevoeligheid, sociale interactie.

Ouderinterview en ontwikkelingsgeschiedenis:

- De schoolpsycholoog of pedagoog voert gestructureerde interviews met ouders.
- De nadruk ligt op ontwikkelingsmijlpalen zoals taalvererving, gezamenlijke aandacht en symbolisch spel.
- Leraren en ouders leveren samen vroege ontwikkelingsgegevens, waaronder medische en familiegeschiedenis

Vereiste documentatie voor verwijzing naar het diagnostisch centrum

- Formeel schriftelijk verzoek ondertekend door ouders of voogden
- Observatierapport per school of peuterspeelzaal (beslaat minstens 3 maanden)
- Ontwikkelingsgeschiedenis (van prenatale periode tot heden)
- Eerdere rapporten of evaluaties, indien aanwezig (logopedie, kindergeneeskunde, enz.)
- Kopieën van identiteitsdocumenten (kind en ouder)

Testen en Beoordeling bij Diagnostische Centra

Beoordelingen worden doorgaans uitgevoerd bij:

- Instituut voor Geestelijke Gezondheid van Kinderen en Adolescenten – Skopje
- Regionale Centra voor Kinderontwikkeling of Centra voor Speciaal Onderwijs

Screeningstools:

- M-CHAT-R/F (Aangepaste Checklist voor Autisme bij Peuters – Herzien) voor kinderen van 16–30 maanden
- CARS-2 (Beoordelingsschaal voor kinderautisme) – gebruikt over de vroege en middelbare kindertijd

Cognitieve en adaptieve tests:

- WISC-IV (voor leeftijden 6–16): Focus op verbaal begrip, verwerkingssnelheid
- Vineland Adaptief Gedragsschaal: Beoordeling van dagelijkse levens-, communicatie- en motorische vaardigheden
- ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule) kan worden gebruikt waar beschikbaar

Diagnoseproces

De diagnose wordt gesteld via een multidisciplinaire teamvergadering waarbij aanwezig zijn:

- Klinisch psycholoog
- Expert in speciaal onderwijs
- Logopedist
- Kinderpsychiater (goedkeuring verplicht)
- De diagnose volgt de DSM-5 criteria en houdt rekening mee:
- Aanhoudende tekorten in sociale communicatie
- Beperkend, repetitief gedrag en interesses
- Aanwezigheid van symptomen vanaf de vroege ontwikkelingsperiode
- Uitsluiting van verstandelijke beperking of comorbide aandoeningen (bijv. ADHD, angst)

Rapportage en Onderwijsplaatsing

Er wordt een formeel Diagnoserapport voor Speciale Behoeften opgesteld, waarin de sterke punten en behoeften van het kind worden uiteengezet.

Aanbevolen Ondersteuningsonderwijs (wekelijks):

- Lichte ASS: 8 uur
- Matige ASS: 12 uur

Plaatsingsmogelijkheden:

- Inclusief onderwijs in reguliere klassen met aanpassingen
- Speciaal onderwijs klaslokalen binnen openbare scholen (voor kinderen die hogere ondersteuningsniveaus nodig hebben)
- In sommige gevallen wordt verwezen naar dagcentra voor kinderen met autisme

Monitoring en Herwaardering

- Individuele Onderwijsplanvergaderingen (IEP) worden elke 3 maanden gehouden, waarbij leraren, ouders en het schoolondersteuningsteam betrokken zijn

- Een uitgebreide jaarlijkse herbeoordeling wordt uitgevoerd in het diagnostisch centrum, inclusief hertoediening van gedrags- en cognitieve tests
- IEP-doelen en plaatsingsaanbevelingen worden aangepast op basis van bijgewerkte bevindingen

Belangrijke informatie:

Duur van het diagnoseproces: 45–60 kalenderdagen

Vergoeding: Alle diagnostische en ondersteunende diensten in het openbare systeem zijn gratis

Bezwaarrechten: Ouders kunnen een onafhankelijke evaluatie aanvragen bij universitaire psychiatrieklinieken of erkende particuliere specialisten

Geldigheid van het rapport: Geldig voor 1 academisch jaar, hernieuwbaar bij herbeoordeling

ASS-diagnoseproces in Litouwen

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- **Observatie in de klas:** Leraren monitoren kinderen op tekenen van sociale communicatieproblemen, repetitief gedrag en sensorische gevoeligheden. Als er zorgen blijven, verwijzen ze het kind door naar het ondersteuningsteam van de school.
- **School Counseling Service:** Pedagogisch-Psychologische Diensten (PPS) voeren eerste gedragsbeoordelingen uit en adviseren met ouders en leraren. Als ASS wordt vermoed, wordt een formele evaluatie gestart.

Aanvraag en documenten

Vereiste documenten:

- Verwijzing van een leraar of schoolpsycholoog.
- Ouderlijke toestemming.
- Ontwikkelingsgeschiedenis en academische dossiers.
- Medische documentatie indien beschikbaar.

Evaluatieproces

Tests en toepassingen:

- Gestandaardiseerde hulpmiddelen zoals:
- Autisme Diagnostisch Interview-herzien (ADI-R)
- Autisme Diagnostisch Observatieschema (ADOS)
- Sociale Communicatie Vragenlijst (SCQ)
- Deze tools beoordelen communicatie, sociale interactie en repetitief gedrag.

Beoordelingsraad voor speciaal onderwijs:

- Een multidisciplinair team (psychologen, speciaal onderwijs, logopedisten) beoordeelt de resultaten.
- Het team kan aanvullende medische of neurologische evaluaties aanbevelen.

Diagnosebeslissing en voorbereiding van het IEP

Criteria:

- Aanhoudende tekorten in sociale communicatie en interactie.
- Beperkte, repetitieve gedragspatronen.
- Symptomen moeten aanwezig zijn in vroege ontwikkelingsstadia en significante beperkingen veroorzaken [2].

Individueel Onderwijsplan (IEP):

- Gezamenlijk gemaakt door de school, specialisten en ouders.
- Bevat op maat gemaakte doelen, aanpassingen (bijv. visuele schema's, zintuiglijke pauzes) en ondersteunende diensten.

Plaatsing en monitoring

Onderwijsomgeving:

- De meeste kinderen met ASS krijgen onderwijs in reguliere klaslokalen met ondersteuning.
- Gespecialiseerde lessen of scholen zijn beschikbaar voor kinderen met intensievere behoeften.

Monitoring:

- Regelmatige beoordelingen van het IEP en de voortgang van het kind.
- Aanpassingen worden gedaan op basis van ontwikkelingsveranderingen en feedback van opvoeders en ouders.

Aanbevelingen voor leraren

Gestructureerde omgeving

- Visueel Schemabord
 - Laat de dagelijkse routine zien met plaatjes (eerst wiskunde → daarna kunst)
 - Laat ze voltooide activiteiten markeren met ✓
- Studiehoeken
 - Stille hoek (voor gebruik tijdens sensorische overbelasting)
 - Individueel bureau (om je te concentreren op activiteiten)
- Duidelijke grenzen
 - Maak de zithoeken duidelijk met vloertape

Communicatie en sociale vaardigheden

- Sociale verhalen
 - Maak stapsgewijze geïllustreerde handleidingen zoals "Hoe ga je naar het schoolplein?"
- Een rolmodel zijn
 - Houd korte dialogen met collega's ("Hallo, hoe heet je?")
- Visueel Communicatiebord
 - Gebruik fotocards zoals "Ik wil water", "Ik heb hulp nodig"

Zintuiglijke regulatie

- Flexibele zitopties
 - Balanskussen, sta-bureau
- Zintuiglijke hulpmiddelen
 - Stressbal, stekelige gum (voor gebruik bij angst)

- Ruisonderdrukking
 - Sta het gebruik van koptelefoons toe

Academische aanpassingen

- Concreet Onderwijs
 - Wiskunde: Optellen-aftrekken met kralen
 - Turks: Woordonderwijs met objectkaarten
- Vereenvoudiging van instructies
 - In plaats van "Open je notitieboek, doe vraag 3 op pagina 35":
 - 1 . "Open je boek" (wacht)
 - 2 . "Zoek de pagina waarop 35 staat"
- Alternatieve beoordeling
 - Mondelinge presentatie of geïllustreerd project in plaats van schriftelijk examen

Gedragsondersteuning

- Positieve bekrachtiging
 - Directe beloning: Sticker, knuffel, "Goed gedaan, je hebt heel mooi gezeten!"
- Overgangswaarschuwing
 - Aankondigen wijzigingen in activiteiten 5 minuten van tevoren
- Stille communicatiemethoden
 - Gebarentaalsysteem (bijv.: vinger-naar-lippen gebaar in plaats van "Stil")

Samenvatting

Diagnose (DSM-5-TR)

- Moeilijkheden in sociale communicatie (oogcontact, relaties met leeftijdsgenoten)
- Repetitief gedrag (routineobsessies, stereotypen)
- Sensorische gevoeligheden (reactie op hard geluid, tactiele afstoting)

Klasadvies

- Spraakachterstand/echolalie
- Alleen spelen in spellen
- Overmatige reactie op leswijzigingen

Effectieve strategieën (Top 5 items)

- Visueel schema: Geïllustreerde dagelijkse routine
- Concreet onderwijs: Wiskunde met kralen
- Korte instructies: "Open je notitieboekje" → "Neem je pen mee"
- Sensorische regulatie: 'Noise-cancelling' koptelefoons
- Positieve bekrachtiging: Directe sticker/lof

Laatste Dingen om te Onthouden

- ✓ *Autisme is een spectrum; elk kind is anders.*
- ✓ *Sociaal-academische vaardigheden ontwikkelen zich met vroege interventie.*
- ✓ *Peer support is van cruciaal belang.*

Depressie

Wat is het?

Depressie bij kinderen is een stemmingsstoornis die wordt gekenmerkt door aanhoudend verdriet, verlies van interesse en weinig energie, die minstens 2 weken aanhoudt en het dagelijks functioneren belemmert. Volgens DSM-5-TR kunnen rusteloosheid, woede-uitbarstingen of somatische klachten (buikpijn, hoofdpijn) prominent aanwezig zijn, in tegenstelling tot volwassenen. Een achteruitgang van schoolprestaties, terugtrekking van vrienden en desinteresse in geliefde activiteiten zijn typische symptomen bij schoolgaande kinderen. Veranderingen in slaap en eetlust (overslapen/slapeloosheid, gewichtsverlies/-toename) kunnen hiermee gepaard gaan. Negatieve gedachten zoals "Ik ben waardeloos" en "Niets is leuk" komen vaak voor. Een opvallend punt is dat kinderen moeite hebben om hun gevoelens verbaal te uiten; ze laten dit zien middels gedragsveranderingen. Vroege diagnose en interventie zijn cruciaal om academisch-sociale ontwikkeling te beschermen.

Wat zijn de redenen?

Biologische factoren

- Genetische aanleg:
 - Het risico neemt 2-4 keer toe als er sprake is van een familiegeschiedenis van depressie.
 - *Voorbeeld: Als ouders depressie hebben gehad, kan de kans dat het bij het kind voorkomt toenemen tot 40% (APA, 2023).*
- Veranderingen in de hersenchemie:
 - Serotonine- en dopamine-onevenwichtigheden beïnvloeden de stemming, vooral in de pre-adolescente periode.
- Hormonale veranderingen:
 - Hormonale schommelingen in de vroege adolescentie kunnen de emotionele kwetsbaarheid vergroten.

Psychologische factoren

- Negatieve cognitieve schema's:
- Automatische gedachten zoals "Ik ben een mislukkeling" en "Niemand houdt van mij."
- Traumatische ervaringen:
- Het risico op depressie is drie keer zo hoog bij kinderen die worden blootgesteld aan pesten door leeftijdsgenoten (WHO, 2022).
- Perfectionisme: Een gevoel van "ontoereikendheid", vooral bij kinderen onder hoge academische verwachtingen.

Sociaal-milieugerelateerde triggers

- Conflicten binnen het gezin:
 - Echtscheiding, geweld of gebrek aan communicatie.
- Academische druk:
 - Examenangst, overmatige kritiek door lage cijfers.
- Sociale isolatie:
 - Het gebrek aan face-to-face contact tijdens de pandemie verhoogde het aantal depressiegevallen met 30% (TUIK, 2023).

Risicofactoren specifiek voor Turkije

- Concurrentie in het onderwijssysteem:
 - Slaapstoornissen + depressie komen vaak voor bij kinderen die zich voorbereiden op LGS/TYT.
- Schermverslaving:
 - Depressieve symptomen komen twee keer zo vaak voor bij kinderen die 4+ uur per dag digitale apparaten gebruiken (MoNE Report, 2024).

Kritische waarschuwingen aan leraren:

- Gedragingen die als "verwend" of "lui" worden beschouwd, kunnen symptomen van depressie zijn!
- Jongens kunnen reageren met woede-uitbarstingen, terwijl meisjes met terugtrekking kunnen reageren.

Prevalentie in de wereld en deelnemende landen

Situatie wereldwijd

- **Algemene prevalentie:** De incidentie van depressie bij schoolgaande kinderen (6-12 jaar) is 2-3%, en 5-8% bij adolescenten (13-18 jaar) (WHO, 2023).
- **Genderverschil:** Het risico op depressie bij meisjes neemt twee keer toe vanaf de adolescentie (door hormonale en sociale factoren).
- **Toenemende trend:** Tot wel 40% toename van het aantal gevallen van depressie bij kinderen in de afgelopen 10 jaar (pesten door leeftijdsgenoten en digitale verslaving zijn effectief).

Prevalentie in Turkije

- MoNE (2023) Rapport:
 - Het werd vastgesteld bij 4% bij basisschoolkinderen en 7% in de middelbare school.
 - **Meest risicogebieden: De percentages naderen de 10% in metropolen (Istanbul, Ankara, Izmir) vanwege de intense academische concurrentie.**
- TUIK Child Mental Health Survey (2023):
 - 8 op de 100 kinderen in de leeftijdsgroep 12-14 jaar vertonen klinisch significante depressieve symptomen.
 - Jongens manifesteren zich meestal met "woede-/gedragsproblemen," terwijl meisjes zich uiten met "ontwenningverbintenis".

Prevalentie in Nederland

Naar schatting lijdt 2-3% van de jongeren onder de 18 jaar aan een depressieve stoornis. De diagnose wordt uitgevoerd door jeugdinstituten voor geestelijke gezondheidszorg (psychologen, psychiaters). Het proces bestaat uit interviews, vragenlijsten (bijv. CDI) en observaties. De behandeling kan bestaan uit cognitieve gedragstherapie, systemische therapie en medicatie.

Prevalentie in Noord-Macedonië

Hoewel nationale epidemiologische gegevens beperkt zijn, schatten geestelijke gezondheidsprofessionals dat ongeveer 4–6% van de basisschoolkinderen en 6–8% van de middelbare scholieren symptomen vertoont die overeenkomen met depressie. In grotere steden zoals Skopje, Bitola en Ohrid is de prevalentie doorgaans hoger door toegenomen academische en sociale druk. Rapporten van het Institute for Mental Health of Children and Adolescents en de schoolpsychologische diensten vermelden dat:

- Jongens vertonen vaak externaliserend gedrag zoals prikkelbaarheid en agressie.
- Meisjes vertonen vaker internaliserende symptomen zoals ontwenningverschijnselen en verdriet.

Prevalentie in Litouwen

- Een landelijke epidemiologische studie toonde aan dat 13,1% van de Litouwse kinderen van 7–16 jaar psychiatrische stoornissen heeft, waarbij depressie en angst tot de meest voorkomende behoren.
- Meisjes melden meer emotionele moeilijkheden dan jongens, vooral in oudere leeftijdsgroepen.
- Volgens wereldwijde gegevens heeft Litouwen een depressieve stoornis prevalentie van 6,96%, met ongeveer 183.516 gemelde gevallen landelijk.

Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)

- Kinderen worden niet depressief, welke problemen hebben zij nou?

Feit: Klinische depressie wordt ook bij kinderen gezien. Het kan worden vastgesteld vanaf de leeftijd van 5 jaar (DSM-5-TR).

- Het is gewoon verwendheid; Het zal met extra discipline voorbijgaan.

Feit: Depressie is geen zwakte in persoonlijkheid, maar een medische aandoening. Het wordt geassocieerd met veranderingen in de hersenchemie.

- Het is gewoon puberteit; Het wordt vanzelf beter als hij/zij volwassen is.

Feit: Onbehandelde depressie kan chronisch worden. Adolescentiedepressie verhoogt het risico op zelfmoord vier keer (WHO, 2023).

- Hij/zij is verdrietig omdat hij/zij niet studeert.

Feit: depressie is misschien niet de oorzaak, maar het gevolg. Depressie kan de basis liggen aan een lage academische prestatie.

- Hij/zij is ongelukkig omdat hij/zij altijd op diens telefoon zit.

Feit: Digitale verslaving is misschien niet de oorzaak van depressie, maar het resultaat. Kinderen kunnen zich naar het scherm wenden omdat ze ongelukkig zijn.

- Laat hem/haar socialiseren; hij/zij zal meteen beter worden.

Feit: Een kind met depressie heeft moeite met socialiseren. Hij/zij moet eerst met therapie en medicatie ondersteund worden.

- Zijn/haar familie heeft hem/haar erg verwend; hij/zij krijgt alles wat hij/zij wil.

Feit: depressie heeft niets te maken met verwennen. Zelfs overbeschermend ouderschap alleen veroorzaakt geen depressie.

- Hij/zij kiest ervoor om verdrietig te zijn.

Feit: Depressie is geen keuze. Kinderen kunnen hun emoties niet beheersen; het is een biologische aandoening.

- Het gaat over als hij/zij bidt of positief denkt.

Feit: depressie is geen gebrek aan spiritualiteit. Medische en psychologische ondersteuning is essentieel.

- Antidepressiva zijn schadelijk voor kinderen.

Feit: Het is veilig wanneer het onder deskundige controle wordt gebruikt. Er zijn door de FDA goedgekeurde medicijnen voor mensen ouder dan 8 jaar.

Hoe depressie te herkennen

Veranderingen in academische prestaties

- Plotselinge daling van academisch succes:
 - Significante verslechtering van eerder goede cijfers
 - Huiswerk niet maken of half afmaken
- Afleidbaarheid:
 - Dagdromen tijdens de les, te laat reageren op vragen
 - Vergeetachtigheid (een pen verliezen, huiswerk vergeten)
- Verminderde participatie:
 - Onwil om deel te nemen aan klasactiviteiten
 - Praten vermijden door te zeggen: "Ik weet het niet"

Emotioneel-gedragsskenmerken

- Constant ongelukkige uitdrukking:
 - Gezichtsuitdrukking wordt dof, zelden glimlachend
- Woede-uitbarstingen of overmatige ontweningsverschijnsel:
 - Overreageren op kleine prikkels (verandering van bureau, kleine kritiek)
 - Alleen zitten tijdens de pauze, niet meedoen aan spelletjes
- Uitingen van waardeloosheid:
 - Zinnen als "Ik ben een mislukkeling," "Niemand houdt van me"

Fysieke symptomen

- Energieverlies:
 - Ze zag er moe uit, voorovergebogen op het bureau
 - Vertraagt in bewegingen
- Veranderingen in slaap/eetlust:
 - Slaperigheid in de klas of hyperactiviteit (door slapeloosheid)
 - De lunchtrommel niet openen of te veel eten
- Somatische klachten:
 - Vaak excuses verzinnen, klagen over buikpijn en hoofdpijn

Verschillen in sociale relaties

- Afstand nemen van vrienden:
 - Zelfs niet praten met zijn/haar beste vriend
 - Weigeren naar verjaardagsfeestjes te gaan

Diagnostische criteria voor depressie (volgens DSM-5-TR)

Minstens 5 van de volgende symptomen moeten gedurende een periode van 2 weken aanwezig zijn en een verandering in functionaliteit veroorzaken. Minstens één symptoom moet ofwel (1) depressieve stemming zijn of (2) verlies van interesse/plezier:

- Depressieve stemming: Kan bij kinderen ook worden gezien als prikkelbaarheid (overmatige zenuwen).
- Duidelijke afname in interesse of plezier (bij de meeste activiteiten).
- Gewichtsverlies of -toename (het niet aankomen van het verwachte gewicht bij kinderen).
- Slapeloosheid of overmatige slaap (hypersomnia).
- Psychomotorische agitatie of retardatie (merkbare rusteloosheid of vertraging).
- Vermoeidheid/energieverlies.
- Gevoelens van waardeloosheid of ongepaste schuldgevoelens (bij kinderen, zoals overmatige bezorgdheid over schoolfalen).

- Verminderd vermogen om te denken/concentreren of besluiteloosheid.
- Terugkerende gedachten aan de dood, suïcidale plannen of pogingen.

Symptomen veroorzaken klinisch significante stress of sociale/functionele beperkingen. Het is niet beter te verklaren door middelengebruik of een medische aandoening.

Diagnostisch proces voor depressie in de deelnemende landen

Diagnostisch proces van depressie in Turkije

Voorlopige beoordeling (Samenwerking tussen school en gezin)

- Het proces begint met klachten geobserveerd door leraren of familieleden.
- De schoolcounselingdienst observeert het gedrag van het kind (introversie, academische achteruitgang, sociale terugtrekking, enz.).
- Gedragsbeoordelingsschalen (Children's Depression Scale, Conners Rating Scale) kunnen worden toegepast.

Verwijzing naar RAM

- De schoolcounselingdienst verwijst het gezin door naar het Guidance and Research Center (RAM).
- Psychologische beoordeling wordt uitgevoerd bij RAM:
 - Klinisch interview (apart met het kind en de familie).
 - Psychometrische tests (Beck Depression Inventory, Depression Scale for Children).
 - Observatie en gedragsanalyse.

Verwijzing naar kinderpsychiatrie

- RAM verwijst naar de kinderpsychiatrische kliniek als depressieve symptomen ernstig zijn of als er een risico op zelfmoord is.
- Door de kinderpsychiater:
 - DSM-5 of ICD-10 diagnostische criteria worden gevalideerd.
 - Lichamelijk onderzoek (voor differentiële diagnoses zoals schildklier, vitaminedeficiëntie, enz.).
 - Familiegeschiedenis (genetische aanleg wordt onderzocht).

Diagnose en behandelplan

- Nadat een definitieve diagnose is gesteld, wordt er een individueel onderwijsplan (IEP) opgesteld (voor het schoolondersteuningsproces).
- Behandelingsopties:
 - Psychotherapie (cognitieve gedragstherapie, speltherapie).
 - Medicatie (SSRI-groep antidepressiva in ernstige gevallen, kan alleen worden voorgeschreven door een kinderpsychiater).
 - Gezinstherapie.

Ondersteuningsproces op school

- Met het RAM-rapport wordt het kind ingeschreven voor inclusief onderwijs.
- Bewustwordingstrainingen worden georganiseerd voor leraren.
- Psychosociale ondersteuningspraktijken in de klas (motivatieverhogende activiteiten, lotgenotenondersteuning).

Belangrijke opmerkingen:

- Gezinsgoedkeuring is verplicht in het diagnostisch proces in Turkije.
- Gratis diagnostische diensten zijn beschikbaar in RAM en staatsziekenhuizen.
- In particuliere instellingen is samenwerking tussen kinderpsycholoog en psychiater vereist voor de diagnose.

Diagnoseproces van depressie in Kroatië

Voorlopige evaluatie (Samenwerking tussen school en gezin)

- Het proces begint met klachten geobserveerd door de leraar of familie.
- De schoolbegeleidingsdienst observeert het gedrag van het kind (introversie, academische achteruitgang, sociale terugtrekking, enzovoort).

Psychologische evaluatie wordt uitgevoerd in het ziekenhuis bij psychiater en psycholoog

- Klinisch interview (apart met het kind en de familie).
- Psychometrische tests (Beck Depression Inventory, Depression Scale for Children).
- Observatie en gedragsanalyse.

Verwijzing naar kinderpsychiatrie

- Als er twijfel bestaat dat het kind/de leerling zichzelf of anderen schade kan aandoen.
- Door de kinderpsychiater:
 - DSM-5 of ICD-10 diagnostische criteria worden gevalideerd.
 - Lichamelijk onderzoek (voor differentiële diagnoses zoals schildklier, vitaminetekort, enz.).
 - Familiegeschiedenis (genetische aanleg wordt onderzocht).

Diagnose en behandelplan

- Nadat een definitieve diagnose is gesteld, wordt er een individueel onderwijsplan opgesteld als de leerling een beslissing heeft genomen over de juiste vorm van onderwijs (voor het schoolondersteuningsproces).
- **Behandelingsopties:**
 - Psychotherapie
 - Medicamenteuze therapie
 - Gezinstherapie.

Ondersteuningsproces op school

- Het kind wordt toegelaten tot inclusief onderwijs als dat nodig is
- Bewustwordingstraining/informatie wordt georganiseerd voor leraren.
- Psychosociale ondersteuningspraktijken in de klas

Diagnostisch proces van depressie in Nederland

- Signalen worden vaak opgemerkt door de school, ouders of huisarts.
- De diagnose wordt gesteld in de jeugdinstitelling voor geestelijke gezondheidszorg door een kinder- en jeugdpsychiater of geestelijke gezondheidspsycholoog.
- Het onderzoek omvat interviews, gedragsobservaties en vragenlijsten (bijv. CDI, SDQ).
- Ook comorbiditeiten zoals angststoornissen of gedragsproblemen worden meegenomen.

Toepassing via SWV

- De school verzamelt observaties en actieplannen in een leerlingendossier.
- Ouders en school kunnen gezamenlijk een ondersteuningsaanvraag indienen bij de juiste onderwijskundige SWV.
- Documenten: schoolresultaten, evaluatie van richtlijnen, rapporten van huisartsen of geestelijke gezondheidszorg.

Evaluatieproces SWV

- De SWV beoordeelt de behoefte aan ondersteuning op schoolniveau.
- Experts (remedial pedagoog, gedragswetenschappers) adviseren of aanvullende regelingen nodig zijn.

Diagnose beslissing

- De diagnose wordt gesteld door een gekwalificeerde diagnosticus binnen het jeugdpsychiatrische zorgsysteem.
- Ouders krijgen behandeladvies (bijv. cognitieve gedragstherapie, systemische therapie, medicatie).

Plaatsing en monitoring

- Leerlingen kunnen in het reguliere onderwijs blijven met extra begeleiding en flexibiliteit.
- In geval van ernstige problemen kan tijdelijk speciaal onderwijs (cluster 4) worden aangeboden.

Monitoring wordt uitgevoerd via behandel- en ondersteuningsplannen, met evaluaties tussen school, ouders en beoefenaars.

Diagnoseproces van depressie in Noord-Macedonië

Voorlopige evaluatie (Samenwerking tussen school en gezin)

- Het proces begint meestal met zorgen die door leraren, schoolcounselors of ouders worden geuit over gedragsveranderingen zoals sociale terugtrekking, academische achteruitgang of stemmingswisselingen.
- Schoolpsychologen of pedagogen observeren de leerling gedurende de tijd en kunnen gestandaardiseerde screeningstools toedienen, zoals de Children's Depression Inventory (CDI) of Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y).
- Gedragsobservaties en rapporten van leraren worden samengesteld.

Verwijzing naar educatief-psychologische of geestelijke gezondheidsdiensten

- Het schoolbegeleidingsteam of de psycholoog verwijst de leerling en het gezin formeel door naar het Regionaal Centrum voor Educatieve-Psychologische Ondersteuning of rechtstreeks naar een kinder- en adolescentenkliniek voor geestelijke gezondheidszorg.
- In deze centra wordt een meer uitgebreide psychologische evaluatie uitgevoerd, waaronder:
- Klinische interviews met het kind en familie.
- Psychometrische beoordelingen (bijv. Beck Depression Inventory, Children's Depression Scale).
- Observatie en gedragsanalyse.

Verwijzing naar de kinderpsychiatrie

- Voor gevallen met ernstige symptomen, suïcidale gedachten of complexe comorbiditeiten wordt een verwijzing geregeld naar een kinderpsychiater.
- De kinderpsychiater voert uit:
- Diagnostische interviews met behulp van DSM-5 of ICD-10 criteria.
- Lichamelijk onderzoek om medische oorzaken uit te sluiten (bijv. schildklierfunctie, vitaminetekorten).
- Familiegeschiedenisbeoordeling om genetische aanleg te onderzoeken.

Diagnose en Individueel Behandelplan

- Na een bevestigde diagnose werken de onderwijs- en gezondheidsteams samen om een Individueel Onderwijsplan (IEP) te ontwikkelen dat zich richt op schoolondersteuning.

Behandelingsopties kunnen omvatten:

- Psychotherapie: Cognitieve gedragstherapie (CGT), speltherapie of gezinstherapie.
- Farmacotherapie: Wordt in ernstige gevallen voorgeschreven door kinderpsychiaters, meestal SSRI's.
- Gezinsbegeleiding en psycho-educatie om de omgeving van het kind te ondersteunen.

Ondersteuning en monitoring op school

- De student wordt geïntegreerd in inclusieve onderwijsomgevingen met aanpassingen zoals beschreven in het IEP.
- Docenten krijgen bewustwordings- en gevoeligheidstraining over depressie en de impact ervan op het leren.
- Psychosociale ondersteuningsstrategieën zoals peer mentoring, motiverende activiteiten en counselingsessies worden binnen de schoolomgeving toegepast.

Belangrijke opmerkingen:

- Ouderlijke toestemming en betrokkenheid zijn verplicht gedurende het hele beoordelings- en behandelproces.
- Als zij verzekerd zijn via het Zorgverzekeringsfonds (HIF), zijn openbare diagnostische en behandelende diensten gratis beschikbaar via het Ministerie van Volksgezondheid en de Centra voor Onderwijs en Psychologische Ondersteuning.
- In privé-omgevingen omvat diagnose doorgaans samenwerking tussen erkende kinderpsychologen en psychiaters.

Diagnoseproces van depressie in Litouwen

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- **Observatie in de klas:** Leraren monitoren leerlingen op tekenen van terugtrekking, verdriet, prikkelbaarheid en academische achteruitgang. Als de symptomen aanhouden, verwijzen ze de leerling door naar het ondersteuningsteam van de school.
- **School Counseling Service:** Schoolpsychologen of sociale pedagogen voeren eerste interviews uit en gebruiken screeningsinstrumenten zoals de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) of Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

Aanvraag en documenten

Vereiste documenten:

- Verwijzing van een leraar of schoolpsycholoog.
- Ouderlijke toestemming.
- Academische en gedragsgegevens.
- Medische voorgeschiedenis indien beschikbaar.

Evaluatieproces

Tests en toepassingen:

- Gestructureerde interviews en gevalideerde vragenlijsten (bijv. PHQ-9, Beck Depressie Inventaris).
- In sommige gevallen worden geavanceerde methoden zoals AI-gebaseerde analyse van spraak- en EEG-gegevens onderzocht door onderzoekers van de Kaunas University of Technology (KTU) om de diagnostische nauwkeurigheid te verbeteren.

Beoordelingsraad voor speciaal onderwijs:

- Een multidisciplinair team (psychologen, docenten, maatschappelijk werkers) beoordeelt de gegevens.
- Kan het kind doorverwijzen naar kinder- en adolescentenpsychiatrische diensten voor klinische diagnose.

Diagnosebeslissing en voorbereiding van het IEP

Criteria:

- De symptomen moeten minstens twee weken aanhouden.
- Moet aanzienlijke beperkingen veroorzaken in sociaal, academisch of emotioneel functioneren.

Individueel Onderwijsplan (IEP):

- Ontwikkeld in samenwerking met ouders, leraren en specialisten.
- Bevat emotionele ondersteuningsstrategieën, academische aanpassingen en mogelijke therapeutische interventies.

Plaatsing en monitoring

Onderwijsomgeving:

- Studenten met depressie blijven doorgaans in reguliere klaslokalen.
- Kan ondersteuning ontvangen van schoolpsychologen of therapeutische groepen bijwonen.

Monitoring:

- Regelmatige controles door schoolpersoneel en geestelijke gezondheidsprofessionals.
- Aanpassingen aan het IEP op basis van voortgang en feedback.

Aanbevelingen voor leraren

Let op de signalen en wees voorzichtig

- Let op signalen zoals introversie, een plotselinge daling in de lesprestaties, woede-uitbarstingen of constante vermoeidheid bij het kind.
- Gebruik geen oordelende labels zoals "luiheid" of "verwendheid".

Bouw een veilige relatie op

- Benader met open vragen zoals: "Ik zie je vandaag een beetje verdrietig, wil je praten?"
- Luister geduldig, zonder te dwingen.

Werk samen met de School Counseling Service

- Als je vermoedt, verwijst dan naar de schoolpsycholoog/RAM.
- Moedig hen aan professionele hulp te zoeken door contact op te nemen met de familie.

Maak ondersteunende regelingen in de klas

- Bied academische flexibiliteit, zoals werken met kleine groepen en extra tijd.
- Geef feedback op hun prestaties ("Het was geweldig dat je deze vraag hebt opgelost!").

Wees routinematig en consistent

- Kinderen met depressie kunnen angstig voor onduidelijkheid. Stel duidelijke instructies en een voorspelbare klasroutine op.

Doorbreek sociale isolatie

- Moedig lotgenotenondersteuning aan (bijvoorbeeld betrek hem/haar bij groepsprojecten).
- Hanteer nultolerantie voor pesten.

Versterk Positief Gedrag

- Ik waardeer kleine stapjes. ("Dank je dat je vandaag je notitieboekje hebt meegenomen").
- Je kunt externe motivatie gebruiken (sticker, puntensysteem).

Zelfzorgvaardigheden ondersteunen

Herinner kinderen die problemen hebben met persoonlijke hygiëne door vergeetachtigheid/vermoeidheid ("Wil je morgen een schoon T-shirt dragen?").

Wees alert op suïciderisico

- Als je zinnen hoort als "Het leven is niet de moeite waard om te leven", meld dat dan onmiddellijk bij de begeleidingsdienst.
- Negeer het nooit.

Informeer jezelf en zoek steun

- Neem deel aan de "Mental Health Awareness"-trainingen van het Ministerie van Nationaal Onderwijs.

Samenvatting

Wat is het?

- Kinderdepressie is een stemmingsstoornis die wordt gekenmerkt door intense droefheid, verlies van interesse, fysieke en cognitieve veranderingen die minstens 2 weken duren.

Wat zijn de oorzaken?

- Genetische aanleg, disbalansen in de hersenchemie, trauma, familieconflicten of chronische stress kunnen het veroorzaken.

Prevalentie?

- Het komt voor bij 2-3% van de kinderen wereldwijd; de prevalentie onder adolescenten in Turkije ligt tussen de 4-8%.

Valse overtuigingen?

- De mythe dat "Kinderen niet depressief worden" is onjuist; Het kan zich uiten in prikkelbaarheid en somatische klachten.

Hoe herken je het?

- Achteruitgang in academische prestaties, sociale terugtrekking, veranderingen in slaap/eetlust en woede-uitbarstingen zijn typische tekenen.

Diagnostische criteria?

- Volgens DSM-5 moeten er minstens 5 symptomen (bijv. verdriet, energieverlies, gevoel van waardeloosheid) gedurende 2 weken worden waargenomen.

Aanbevelingen voor leraren?

- Geef geruststelling, versterk kleine successen, werk samen met de driehoek van school, gezin en begeleiding en wees alert op suïciderisico.

Angststoornissen

Wat is het?

Angststoornis bij kinderen is een overmatige en oncontroleerbare staat van angst, bezorgdheid en onbehagen in verhouding tot hun leeftijd. Deze aandoening heeft een aanzienlijke invloed op het dagelijks leven, de schoolprestaties en sociale relaties van het kind. Kinderen met een angststoornis kunnen intense stress ervaren, zelfs in situaties waarin er geen echte dreiging is, en dit kan zich uiten in lichamelijke symptomen (buikpijn, zweten, beven). In de schoolomgeving kan vaak de gedachte "wat als ik het niet kan?", vermijding van spreken in de klas, of overmatige opwinding in situaties die prestaties vereisen worden waargenomen. Deze kinderen zoeken mogelijk meer geruststelling dan hun leeftijdsgenoten en reageren overdreven op routineveranderingen. Angststoornis verstoort het emotionele en gedragsmatige evenwicht van het kind en kan op de lange termijn leiden tot een gebrek aan zelfvertrouwen.

Wat zijn de oorzaken?

Genetische aanleg

- Het risico op optreden is 2-4 keer hoger bij kinderen met een familiegeschiedenis van angststoornis of depressie.

Onevenwichtigheden in de hersenchemie

- Een disfunctie van neurotransmitters zoals serotonine, noradrenaline en GABA leidt tot een overmatige alarmtoestand in het brein.

Karakteristieken van het temperament

- Het risico is hoog bij kinderen die "gedragsremming" vertonen (overreactief, schuw voor nieuwe situaties).

Ouderlijke Houdingen

- Overbezorgde ("Je valt nog!") of perfectionistische ("Waarom niet 100?") ouders kunnen angst triggeren.

Traumatische levensgebeurtenissen

- Stressfactoren zoals scheiding, schoolwissel, ziekte of verlies kunnen blijvende angst bij een kind veroorzaken.

Academische druk

- Het examengerichte onderwijssysteem en prestatieangst voeden angststoornissen, vooral in de klassen 3-8.

Sociale ervaringen

- Het risico op het ontwikkelen van sociale angst neemt toe bij kinderen die worden blootgesteld aan of worden uitgesloten van pesten door leeftijdsgenoten.

Technologie en sociale media

- Cyberpesten of representaties van "ideaal leven" kunnen gevoelens van ontoereikendheid bij kinderen versterken.

Prevalentie in de wereld en deelnemende landen

Wereldwijde prevalentie:

- Levenslange prevalentie: 7-25% van de kinderen ervaart klinische niveaus van angststoornis (Kessler et al., 2012).
- Meest voorkomende types:
 - Verlatingsangst (4-5%),
 - Sociale angst (3-7%),
 - Gegeneraliseerde angststoornis (2-6%).
- De beginleeftijd: 6-12 jaar (basisschoolperiode) is de meest kritieke fase.

Prevalentie in Turkije:

- Prevalentie van angststoornis bij schoolgaande kinderen: 10-15% (Turkse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2021).
- Regionale verschillen:
 - De tarieven liggen tussen 12-18% in metropolen (Istanbul, Ankara),
 - Terwijl het in landelijke gebieden rond de 8-10% ligt.
- Geslachtsverdeling: Het komt twee keer vaker voor bij meisjes dan bij jongens.

Prevalentie in Nederland

Ongeveer 10% van de kinderen en jongeren ervaart een angststoornis. De diagnose wordt gesteld door jeugdgeestelijke gezondheidszorg, met behulp van vragenlijsten (bijv. SCARED), interviews en observaties. De behandeling bestaat meestal uit cognitieve gedragstherapie en ouderlijke begeleiding. In ernstige gevallen kan medicatie worden gebruikt.

Prevalentie in Noord-Macedonië

Hoewel er geen uitgebreide nationale prevalentiegegevens zijn, schatten studies en klinische observaties dat 10–14% van de schoolgaande kinderen angstklachten vertoont. Hogere cijfers worden gemeld in stedelijke centra zoals Skopje en Bitola, waar academische druk en sociale uitdagingen sterker zijn. Angststoornissen worden ongeveer twee keer zo vaak bij meisjes gediagnosticeerd als bij jongens, in overeenstemming met internationale trends.

Prevalentie in Litouwen

- Een grootschalige studie uitgevoerd in 2021–2022 onder Litouwse adolescenten van 11–17 jaar toonde aan dat ongeveer 24% van de deelnemers matige tot ernstige angstklachten ervaarde.
- Meisjes rapporteerden aanzienlijk vaker angst dan jongens. Vrouwelijk geslacht was een sterke voorspeller van angst, met een *odds ratio* van 2,87, wat wijst op bijna drie keer hogere kans dan jongens.
- De prevalentie van angst bleef stabiel tijdens twee grote crises: de COVID-19-pandemie en het begin van de Russisch-Oekraïense Oorlog, wat wijst op aanhoudende mentale gezondheidsproblemen onder jongeren.

Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)

- Kinderen maken zich geen zorgen, ze willen alleen aandacht trekken!

Feit: Angststoornissen worden ook klinisch gediagnosticeerd in de kindertijd. In DSM-5 zijn er kinderspecifieke angstdiagnoses zoals Separation Anxiety Disorder en Selective Mutism.

- Een beetje stress is goed, het motiveert!

Feit: Chronische angst verhoogt het cortisolgehalte en beschadigt de hersenontwikkeling. Het verhindert leren, motiveert niet.

- Examenangst is normaal, elk kind ervaart het!

Feit: Lichte spanning voor het examen is normaal, maar braken, beven of weigeren om naar school te gaan is een teken van pathologische angst.

- Mijn kind is heel slim, daarom denkt hij aan alles!

Feit: Er is geen directe relatie tussen angst en intelligentie. Perfectionisme is een risicofactor die angst veroorzaakt.

- Ze kalmeren als ze de tablet nemen, het helpt!

Feit: Kalmeren voor het scherm is een vorm van vermijdingsgedrag. Het voedt op de lange termijn angst.

- Jongens, maak je geen zorgen, dit is een meisjesziekte!

Feit: Angst bij jongens kan worden gemaskeerd door uitbarstingen van woede of hyperactiviteit. Geslachtsverschillen kunnen leiden tot gemiste diagnoses.

- Als ze als kind naar een psycholoog gaan, worden ze gestigmatiseerd!

Feit: Vroege interventie voorkomt chroniciteit. Samenwerken met de schoolpsycholoog is een natuurlijk proces.

- Als het gezin angstig is, zal het kind het ook leren, er is niets te doen!

Feit: Hoewel er een genetische aanleg is, kan gedrag worden beïnvloedt (bijvoorbeeld cognitieve gedragstechnieken).

- Bezorgde kinderen kunnen nooit leiders zijn!

Feit: Angstige kinderen die regelmatig therapie krijgen, kunnen sterke punten ontwikkelen zoals empathie en aandacht voor detail.

- Medicijnen zijn verslavend, ze mogen nooit gebruikt worden!

Feit: SSRI-groepsmedicatie wordt gebruikt wanneer nodig en onder controle van een psychiater. Ze zijn niet verslavend.

Hoe je angststoornis herkent

Voortdurende zoektocht naar goedkeuring

- Herhalende vragen zoals "Is dit correct?" en "Wat gebeurt er als ik het verkeerd doe?".
- Vraagt vaak om feedback van docenten of medestudenten.

Prestatievermijding

- Extreme angst om naar het bord te gaan en presentaties te geven.
- Neiging om "leeg te laten" of vroeg in te leveren tijdens examens.

Perfectionisme

- Herhaaldelijk schrijven uitwissen met een gum, druk voelen om "mijn best te doen".
- Overmatige verdriet over kleine fouten (bijvoorbeeld huilen als de rand van de pagina gekreukt is).

Fysieke klachten

- Onverklaarbare buik-/hoofdpijn, frequente drang om naar het toilet te gaan.
- Moeilijkheid in interactie met leeftijdsgenoten

Alleen zitten tijdens de pauze in plaats van mee te doen aan het spel.

- Groepswork vermijden, zeggen: "Laat mij maar publiek zijn".
- Ze houden de communicatie beperkt, ook al maken ze geen ruzie met hun vrienden.

Order Obsessie

- Overdreven reageren op het verplaatsen van hun bureau/materialen.
- Stress in routineveranderingen zoals "Waarom kwam er vandaag een andere leraar?".

Overmatige voorbereidingsinspanning

- Vroeg en intensief studeren voor het examen drie dagen later.
- Ze controleert herhaaldelijk huiswerk en vraagt "Ontbreekt er iets?" als het af is.

Diagnostische criteria voor angststoornis (volgens DSM-5-TR)

Gegeneraliseerde angststoornis

- Overmatige angst die minstens 6 maanden duurt bij meer dan één onderwerp (schoolsucces, gezinsgezondheid, enz.).
- Minstens 3 van de volgende symptomen:
 - Rusteloosheid/snel moe worden,
 - Concentratieproblemen,
 - Spierspanning,
 - Slaapproblemen,
 - Snel schrikken.

Verlatingsangststoornis

- Angst om het huis of de ouders te verlaten (zoals weigeren naar school te gaan).
- 3 van de volgende symptomen die minstens 4 weken duren:
 - Overmatige stress wanneer afscheid van ouders moet worden genomen,
 - Niet naar school willen,
 - Niet alleen kunnen slapen,
 - Nachtmerries over afscheiding,
 - Fysieke klachten (buikpijn, duizeligheid).

Sociale angststoornis

- Angst om op te treden voor medestudenten of leraren.
- Een van de volgende gedragingen:
 - Sociale situaties vermijden,
 - Intense stress (hullen, driftbuien),
 - Duurt minimaal 6 maanden.

Selectief mutisme

- Niet spreken in specifieke omgevingen (bijvoorbeeld op school),
 - Normaal spreken in andere omgevingen (thuis),
 - Duur van minstens 1 maand (met uitzondering van de eerste maand van school).

Specifieke fobie

- Overmatige angst voor een specifiek object/situatie (onderzoek, dier, naald, enz.),
 - Directe angstreactie (trillen, schreeuwen),
 - Vermijdingsgedrag (bijvoorbeeld angst om experimenten te doen in de natuurkundeles).

Belangrijke opmerkingen:

- Voor diagnose moeten symptomen de functionaliteit van het kind aantasten (zoals schoolverzuim, daling van cijfers).

- **Differentiële diagnose:** Moet niet worden verward met aandachtsdeficiëntie, depressie of autisme.

Diagnoseproces van angststoornissen in de deelgenomen landen

Diagnoseproces van angststoornissen in Turkije

Eerste signalen (in de schoolomgeving)

- **Angstsymptomen worden vastgesteld door de leraar/decaan:**
 - Schoolweigering, frequente lichamelijke klachten, sociale terugtrekking.
 - Gesignaleerd met gedragsobservatieformulieren en lerareninterviews.

Familie-interview

- De schoolcounselingdienst neemt contact op met de familie:
 - Symptomen in de thuissituatie (slaapproblemen, verlatingsangst, enz.) worden geëvalueerd.
 - De familiegeschiedenis (aanwezigheid van angststoornis in de familie) wordt ter discussie gesteld.

Toepassing bij het Guidance and Research Center (RAM)

- De familie wordt RAM genoemd. Proces:
 - Psycho-educatieve beoordeling (WISC-R intelligentietest, projectieve tests).
 - Angstschaal (Angstschaal voor kinderen, Conners Schaal).
 - Klinisch interview (apart met het kind en de familie).

Verwijzing naar kinderpsychiater

- RAM verwijst naar een kinderpsychiater voor klinische diagnose:
 - De criteria van de DSM-5 zijn gevalideerd.
 - Differentiële diagnose (ADHD, depressie, autismespectrum zijn uitgesloten).
 - Indien nodig, medische onderzoeken (schildklierhormoontest, EEG, enz.).

Diagnose en rapportage

- **Nadat een definitieve diagnose is gesteld:**
 - RAM-rapport is opgesteld (geldig voor inclusie-onderwijs).
 - Het Individueel Onderwijsprogramma (IEP) wordt opgesteld.

Behandelplan

- Schoolondersteuning:
 - Studies over angstmanagement bij de begeleidingsdienst.
 - Aanpassingen in de klas voor de docent (extra tijd toestaan, kleine groepswerk).
- Klinische ondersteuning:
 - Cognitieve gedragstherapie (CGT) (wekelijkse sessies).
 - Medicamenteuze behandeling (alleen in ernstige gevallen en onder psychiatrisch toezicht).

Belangrijke informatie:

- RAM-rapporten zijn gratis en goedgekeurd door MEB.
- Het diagnoseproces kan 4-6 weken duren.

- Diagnose/behandeling kan niet worden gestart zonder toestemming van de familie.

Diagnoseproces van angststoornissen in Kroatië

Eerste signalen (in de schoolomgeving)

- Angstsymptomen worden gedetecteerd door de leraar/decaan:
 - Schoolweigering, frequente lichamelijke klachten, sociale terugtrekking.
 - Het wordt vastgelegd met gedragsobservatieformulieren en lerareninterviews.

Familie-interview

- De schoolcounselingdienst neemt contact op met de familie:
 - Symptomen in de thuissituatie (slaapproblemen, verlatingsangst, enz.) worden geëvalueerd.

De familie wordt doorverwezen naar de arts en het medisch team die de evaluatie uitvoeren.

Als de leerling/kind ernstige angstprobleem heeft, kunnen ze contact opnemen met het ziekenhuis (de schoolarts neemt contact op).

Diagnose en rapportage

- Nadat een definitieve diagnose is gesteld:
 - Als er een beslissing is over de juiste vorm van onderwijs, maken we het IEP of IK (geïndividualiseerd curriculum).

Behandelplan

- Schoolondersteuning:
 - Aanpassingen in de klas voor de docent (extra tijd toestaan, kleine groepswork).

Diagnostisch proces voor angststoornissen in Nederland

- Tekenen worden vaak opgemerkt door de school, ouders of huisarts.
- De diagnose wordt uitgevoerd door jeugdgeestelijke gezondheidszorg, door psychologen of remediërende onderwijskundigen.
- De beoordeling omvat interviews, gedragsobservaties en vragenlijsten (bijv. SCARED, SDQ)
- De impact op functioneren en eventuele comorbiditeit (bijv. depressie, ADHD) wordt onderzocht.

Toepassing via SWV

- De school stelt een leerlingendossier samen met observaties, interventies en evaluaties.
- Ouders en school dienen samen een aanvraag in bij de SWV voor passend onderwijs.
- Documenten: actieplannen, evaluatierapporten, eventuele medische/psychologische rapporten.

Evaluatieproces SWV

- De SWV beoordeelt het verzoek om ondersteuning en adviseert over passende educatie of aanvullende richtlijnen.
- Experts zijn betrokken om het advies te onderbouwen.

Diagnose beslissing

- De diagnose wordt gesteld door een gekwalificeerde diagnosticus in de jeugdpsychiatrie.

- Ouders krijgen behandeladvies (bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, ouderlijke begeleiding, medicatie indien nodig).

Plaatsing en monitoring

- In principe volgen leerlingen regulier onderwijs, met aanpassingen zoals extra begeleiding, rustige werkplekken of flexibele planning.
- Bij ernstige problemen kan speciaal onderwijs (cluster 4) noodzakelijk zijn.
- De monitoring vindt plaats via gezamenlijke evaluaties door de school, ouders, beoefenaars en de SWV.

Diagnostisch proces van angststoornissen in Noord-Macedonië

Eerste signalen in de schoolomgeving

Angstgerelateerd gedrag wordt meestal voor het eerst opgemerkt door:

- Onderwijsgeevenden
- Schoolcounselors of psychologen

Veelvoorkomende symptomen zijn onder andere:

- Schoolweigering of frequente afwezigheid
- Klachten over hoofdpijn, buikpijn of andere lichamelijke symptomen zonder medische oorzaken
- Sociale terugtrekking of overmatige zorgen

Deze waarnemingen worden vastgelegd door:

- Gedragsobservatievormen
- Gesprekken met leraren en checklists

Familie-interview

- De schoolpsychologische dienst neemt contact op met de familie om:
- Waargenomen symptomen thuis te bespreken (bijv. slaapstoornissen, verlatingsangst)
- Het verzamelen van de medische en psychiatrische familiegeschiedenis, met focus op angst of aanverwante stoornissen

Verwijzing naar educatieve-psychologische ondersteuningscentra

- Gezinnen worden doorverwezen naar Regionale Centra voor Educatieve-Psychologische Ondersteuning (CEPS) voor verdere beoordeling. Het evaluatieproces omvat:
 - Psycho-educatieve beoordeling, inclusief IQ-tests (bijv. WISC-IV of Raven's Progressive Matrices)
 - Toediening van angstspecifieke beoordelingsschalen zoals de Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) of Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)
 - Klinische interviews worden afzonderlijk afgenomen met het kind en de ouders

Verwijzing naar de kinderpsychiatrie

Wanneer klinische symptomen ernstig of complex zijn, wordt het kind doorverwezen naar een kinderpsychiater voor diagnostische bevestiging. De psychiater:

- Valideert de diagnose volgens de DSM-5- of ICD-10-criteria
- Voert differentiële diagnose uit om andere aandoeningen zoals ADHD, depressie of autismspectrumstoornis uit te sluiten
- Bestelt medische onderzoeken indien nodig (bijv. schildklierfunctietests, EEG)

Diagnose en rapportage

Na bevestiging wordt een formeel diagnostisch rapport opgesteld door het CEPS of de psychiatrische dienst, dat wordt gebruikt om het volgende te faciliteren:

- Inschrijving in inclusief onderwijs met noodzakelijke voorzieningen
- Voorbereiding van een Individueel Onderwijsplan (IEP) dat is afgestemd op de behoeften van de leerling

Behandel- en ondersteuningsplan

Schoolgebaseerde Ondersteuning:

- Interventies voor angstbeheersing aangeboden door schoolpsychologen of counselors
- Aanpassingen in de klas zoals extra tijd voor taken, voorkeurszitplaatsen of werk in kleine groepen

Klinische ondersteuning:

- Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de eerstelijnsbehandeling, meestal in wekelijkse sessies
- Medicamenteuze therapie is voorbehouden aan ernstige gevallen en wordt voorgeschreven door kinderpsychiaters

Belangrijke informatie:

- Als men verzekerd is via het Zorgverzekeringsfonds (HIF), worden openbare diagnostische en ondersteunende diensten gratis aangeboden via instellingen van het Ministerie van Onderwijs en Gezondheid.
- Het hele diagnoseproces duurt doorgaans 4–6 weken.
- Toestemming van de familie is verplicht voor alle evaluaties, diagnose en behandelplanning.

Diagnostisch proces van angststoornissen in Litouwen

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- **Observatie in de klas:** Leraren observeren leerlingen op tekenen van angst zoals rusteloosheid, vermijding, overmatige zorgen en concentratieproblemen. Als de symptomen aanhouden, verwijzen ze de leerling door naar het ondersteuningsteam van de school.
- **School Counseling Service:** Schoolpsychologen of sociaal pedagogen voeren eerste beoordelingen uit met behulp van instrumenten zoals de Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) en de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Aanvraag en documenten

Vereiste documenten:

- Verwijzing van een leraar of schoolpsycholoog.
- Ouderlijke toestemming.
- Academische- en gedragsgegevens.
- Medische of ontwikkelingsgeschiedenis indien relevant.

Evaluatieproces

Tests en toepassingen:

- Gevalideerde screeningstools zoals:
- GAD-7 (Schaal voor Gegeneraliseerde Angststoornis)

- PHQ-9 (voor comorbide depressie)
- Gestructureerde interviews met studenten en ouders.

Beoordelingsraad voor speciaal onderwijs:

- Een multidisciplinair team (psychologen, docenten, maatschappelijk werkers) beoordeelt de gegevens.
- Kan het kind doorverwijzen naar kinder- en adolescentenpsychiatrische diensten voor klinische diagnose.

Aanbevelingen voor leraren

Leg een veilige verbinding tot stand

Geef een "Ik ben er voor je"-boodschap: Gebruik ondersteunende zinnen zoals "Zullen we deze vraag samen oplossen?".

Begin met kleine stappen

Breek moeilijke taken op: Zeg: "Laten we eerst één vraag doen, dan gaan we door naar de andere."

Geef vooraf bericht

Meld wijzigingen van tevoren aan: Informatie zoals "Een gastdocent komt morgen in de derde les" vermindert de angst.

Gebruik concrete beloningen

Kleine motivatie-versterkers: "Als je deze taak voltooit, kun je een verhaal kiezen uit de klasbibliotheek" (Symbolische beloningen zoals stickers en badges werken ook).

Creëer een rustig startpunt

"Rustige Hoek"-toepassing: Wijs een gebied aan waar een kind met verhoogde angst een pauze van 5 minuten kan nemen (bijvoorbeeld een rustig leespunt).

Normaliseer lichamelijke sensaties

Leg lichamelijke reacties uit: Informeer door te zeggen: "Als je opgewonden raakt, klopt je hart snel, het is een tijdelijk gevoel."

Moedig Peer Support aan

Ontwikkel een "Mentor-systeem": Wijs een vertrekkende klas toe als "ondersteuningsmaatje" voor het angstige kind.

Geef schriftelijke instructies

Ondersteun mondelinge instructies met schrijven: Schrijf stapsgewijze instructies op het bord ("1. Lees de vraag, 2. Neem de pen, 3. Markeer de eerste optie").

Normaliseer fouten maken

Benadruk "Fouten horen bij het leren": "Zie je deze fout die ik heb gemaakt op het bord? Daar heb ik van geleerd!"

Geef ademhalingsoefeningen aan

Een eenvoudige techniek: "Adem 4 seconden in → houd 4 seconden vast → adem 6 seconden uit" (Je kunt met de hele klas oefenen voorafgaand aan een toets).

Bonus:

Definieer angst niet als een "vijand" maar als een "metgezel": "Je angst is als een vriend die je probeert te beschermen. Bedank het, maar geef er niet (teveel) aan toe!"

Samenvatting

Wat is het?

Angststoornis bij kinderen wordt gekenmerkt door angst in een mate die niet bij hun leeftijd past; Het belemmert academisch/sociaal functioneren.

Oorzaken

Genetische aanleg, onevenwichtigheden in de hersenchemie, houdingen van ouders/verzorgers (overbescherming), traumatische levensgebeurtenissen en academische druk kunnen het triggeren.

Prevalentie

Het komt voor bij 7-25% van de kinderen wereldwijd; de prevalentie bij schoolgaande kinderen in Turkije is 10-15%.

Valse Overtuigingen

Mythes als "Kinderen maken zich geen zorgen" en "Het gaat over als ze groot zijn" zorgen ervoor dat de kans op vroegtijdige interventie wordt gemist.

Hoe te herkennen?

Constant zoeken naar goedkeuring in de klas, prestatievermijding, perfectionisme, fysieke klachten en moeite met contact met leeftijdsgenoten zijn typische symptomen.

Diagnostische criteria

Volgens DSM-5 zijn symptomen die minstens 6 maanden duren vereist voor de diagnose van gegeneraliseerde angst, verlatingsangst of sociale angststoornis.

Aanbevelingen voor leraren

Geef geruststelling, ga in kleine stappen te werk, gebruik schriftelijke instructies, geef ademhalingsoefeningen en moedig ondersteuning van collega's aan.

Gouden Zin:

"Een angstig kind is een kind dat 'begrepen moet worden', niet 'gerepareerd moet worden.' Als leraar zijn jouw geduld en kennis het krachtigste licht in hun leven."

Disruptieve gedragsstoornissen

Wat is het?

Disruptief gedragsstoornis is een stoornis die wordt gekenmerkt door aanhoudende en repetitieve gedragspatronen bij kinderen en adolescenten die de fundamentele rechten van anderen schenden en niet voldoen aan sociale normen (DSM-5). Agressief gedrag (fysiek vechten, dieren of zwakke kinderen iets aandoen), destructieve handelingen tegen eigendommen (brandstichting, vandalisme), fraude/liegen en ernstige regelovertredingen (spijbelen, weglopen van huis) worden vaak bij deze kinderen waargenomen. De symptomen duren minstens 6 maanden en overschrijden de gedragsgrenzen die voor hun leeftijd worden verwacht. De stoornis leidt tot ernstige beperkingen in het sociale, academische en gezinsfunctioneren van het kind. Het is onderverdeeld in twee subtypen in DSM-5: beginnend in de kindertijd (voor de leeftijd van 10 jaar) en beginnend in adolescentie. Impulsiviteit, gebrek aan empathie en gebrek aan schuldgevoel behoren tot de kernkenmerken ervan. ADHD, oppositionele opdagende stoornis (ODD) en posttraumatische stressstoornis moeten worden meegenomen in de differentiële diagnose.

Wat zijn de oorzaken?

Biologische factoren

- **Genetische aanleg:** Het risico neemt 4-5 keer toe bij kinderen met een familiegeschiedenis van antisociale persoonlijkheidsstoornis of middelengebruik (Viding et al., 2008).
- **Neurochemische disbalansen:** Lage serotoninespiegels worden geassocieerd met impulsiviteit, en hoge testosteronspiegels met agressief gedrag.
- **Verschillen in hersenstructuur:** Functionele stoornissen van de prefrontale cortex (impulscontrolecentrum) en amygdala (emotieverwerking) worden waargenomen.

Psychologische factoren

- Lage Empathische vaardigheid: Moeite om de gevoelens van anderen te begrijpen, geen schuldgevoel hebben.
- Cognitieve vervormingen: Denkpatronen zoals "ik word oneerlijk behandeld" veroorzaken agressie.

Familiale en Milieufactoren

- Ouderlijke Houding:
 - Extreem nalatige of strenge discipline ("Ik ben opgegroeid met mishandelingen en er is niets met me gebeurd"-benadering).
 - Inconsistente regels (straf vandaag, beloning morgen).
- Vroege jeugdtrauma's: Fysiek/seksueel misbruik, verwaarlozing, blootstelling aan geweld.
- Socio-economische factoren: Armoede, blootstelling aan bendecultuur, gebrek aan onderwijs.

Sociaal Leren

- Rolmodel: Gewelddadige media, relaties met asociale leeftijdsgenoten.
- Beloning van negatief gedrag: Versterking van het geloof "Ik kreeg respect toen ik vocht".

Schoolomgeving

- Pesten onder leeftijdsgenoten: Vergroot het risico zowel slachtoffer als dader.
- Leerproblemen: Academische mislukking → cyclus van woede → gedragsproblemen.

Prevalentie in de wereld en deelnemende landen

Prevalentie wereldwijd

- Algemene prevalentie: Varieert tussen 2-10% bij kinderen en adolescenten (DSM-5, 2013).
 - Vaker bij jongens (3-12%), 2-7% bij meisjes (Rutter et al., 2010).

- **Aanvangsleeftijd:**
 - Aanvang in de kindertijd (voor 10 jaar): ernstiger en dominant bij mannen.
 - Adolescentieaanvang: Toont een toename bij vrouwen, heeft een betere prognose.

Prevalentie in Turkije

- Schoolgaande kinderen (7-15 jaar): 3-8% (Turkse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2020).
 - 5-10% onder jongens, 2-5% onder meisjes.
- Verschil tussen stad en platteland:
 - 7-12% in metropolen (Istanbul, Ankara) (gerelateerd aan sociale stress en migratie).
 - 2-4% in landelijke gebieden (sterkere familiebanden kunnen beschermend zijn).
- Diagnosepercentage:
 - Gevallen die in RAM worden weergegeven, registreert 1-2% (men denkt dat het aantal gereflecteerde gevallen veel lager is vanwege angst voor stigmatisering en de neiging van families om geen psychiatrische hulp te zoeken).

Belangrijke opmerkingen:

- De meest gediagnosticeerde groep in Turkije: jongens van 12 tot 18 jaar (vooral als ze gepaard gaan met academisch falen en middelengebruik).
- Toenemende trend: In de afgelopen 10 jaar is de diagnose van disruptief gedragsstoornis bij adolescentenmeisjes met 50% toegenomen (TÇGPD, 2022).

Prevalentie in Nederland

Oppositieele opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) komen samen voor bij 2-5% van de jongeren. De diagnose wordt gesteld door gedragsobservaties, interviews en vragenlijsten door onderwijspsychologen of jeugdpsychiaters. De behandeling omvat gezinsbegeleiding, gedragstherapie en soms jeugdzorginterventies. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het toewijzen van zorg via de Jeugdwet

Prevalentie in Noord-Macedonië

- De geschatte prevalentie bij schoolgaande kinderen (7–15 jaar) varieert van 3–7%, met hogere percentages bij jongens (5–9%) dan bij meisjes (2–4%).
- Stedelijke centra zoals Skopje en Tetovo rapporteren hogere percentages (~7–12%) die verband houden met sociale stressfactoren, migratie en gezinsontwrichting.
- Landelijke gebieden vertonen een lagere prevalentie (~2–4%), mogelijk door een sterkere samenhang tussen gezin en gemeenschap.
- De officiële diagnosepercentages in onderwijs- en gezondheidsinstellingen blijven laag (~1–2%), waarschijnlijk vanwege stigma en beperkte toegang tot geestelijke gezondheidszorg.

Prevalentie in Litouwen

Volgens een landelijke epidemiologische studie onder 3.309 kinderen van 7–16 jaar in Litouwen was de prevalentie van gedragsstoornissen in totaal 6,6%:

- 7,1% van kinderen van 7–10 jaar
- 6,0% van adolescenten van 11–16 jaar

Geslachtsverschillen waren significant: jongens kregen vaker de diagnose disruptief gedrag dan meisjes, wat overeenkomt met wereldwijde trends.

Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)

- Dit kind is verwend, onbeleefd!

Feit: Disruptieve gedragsstoornis is een neurobiologische aandoening. Er zijn functionele verschillen in hersengebieden die verantwoordelijk zijn voor empathie en impulscontrole (Fairchild et al., 2019).

- Het verdwijnt vanzelf na de puberteit.

Feit: Als het niet behandeld blijft, kan het leiden tot een antisociale persoonlijkheidsstoornis, middelenafhankelijkheid of een neiging tot het plegen van misdrijven (Moffitt, 2018).

- Het gebeurt alleen bij kinderen uit slechte gezinnen.

Feit: Genetische aanleg, trauma en omgevingsfactoren ontstaan door complexe interacties. Familiekekenmerken op zichzelf, zijn geen oorzaak.

- Het is met een pak slaag te verhelpen!

Feit: Zware straffen versterken agressie. Consistente grenzen + positieve bekrachtiging zijn nodig voor gedragsverandering (Patterson, 2002).

- Hij doet het expres, vernietigt materiaal voor de lol!

Feit: Deze kinderen hebben moeite met impulscontrole en het voorspellen van gevolgen. Het is geen "bewust kwaad," maar een neuroontwikkelingsprobleem.

- Het wordt beter als de school verandert.

Feit: Het probleem is intern, alleen de omgeving veranderen lost het niet op. Samenwerking tussen school en therapeut is essentieel.

- Medicatie sedert het kind, ze mogen niet worden gebruikt.

Feit: Medicatie (bijvoorbeeld voor impulsiviteit) wordt alleen gebruikt onder toezicht van een psychiater en in combinatie met therapieën.

- Het komt alleen voor bij mannelijke kinderen.

Feit: Het kan zich indirecter manifesteren bij meisjes (liegen, sociale manipulatie).

- Het heeft te maken met verstandelijke beperking

Feit: Het heeft niet direct te maken met intelligentieniveau. Sommige kinderen hebben zelfs een hoog IQ.

- Deze kinderen verdienen geen liefde.

Feit: Onvoorwaardelijke acceptatie is de hoeksteen van de behandeling van disruptieve gedragsstoornissen. "Moeilijke kinderen zijn degenen die het meest liefde nodig hebben."

- Gouden Regel voor leraren:

"Dit kind is niet 'probleem', maar een kind 'heeft een probleem.' Focus op het gedrag in plaats van hem te labelen."

Hoe je een disruptieve gedragsstoornis herkent

Opzettelijke en voortdurende oppositie tegen regels

- Openlijk verzet zoals "Ik maak geen huiswerk!",
- Bewust klasregels overtreden (praten zonder toestemming, opstaan van stoel zonder toestemming).

Fysieke agressie

- Ze slaan, duwen of hun spullen gooien,
- Opzettelijk fysiek contact met de leraar opzoeken (schouders stoten, bureaus duwen).

Schade aan eigendommen

- Schoolspullen breken/beschadigen, op muren schrijven,
- Het nemen of verstoppen van andermans spullen zonder toestemming.

Liegen en manipulatie

- Overdreven leugens zoals "De hond heeft mijn huiswerk opgegeten,"
- Leeftijdsgenoten dwingen de schuld op zich te nemen ("Verraad me niet, jij hebt het ook gedaan!").

Wrede Houdingen

- Constant bijnamen geven aan een zwakke leerling,
- Geen spijt voelen over het martelen van dieren/vrienden.

Spijbelen of afwezigheid

- Het lokaal zonder toestemming verlaten tijdens de pauze,
- Spijbelen van school zonder ouderlijke toestemming (zich verstoppen in de badkamer, weggrennen uit de tuin).

Ernstige regelovertradingen

- Bewust het brandalarm af laten gaan,
- Verboden spullen meenemen naar school (zakmes, sigaretten).

Kritische waarschuwingen voor leraren:

- Denk niet aan "verwend gedrag" of "aandacht zoeken"! Als dit gedrag al minstens 6 maanden aanhoudt, kan dit een teken zijn van een disruptieve gedragsstoornis.

Opmerking: Het verschil met ADHD is dat het opzettelijk is en bedoeld is om schade te veroorzaken.

Diagnostische criteria voor disruptief gedragsstoornis (volgens DSM-5-TR)

Een herhalend en aanhoudend gedragspatroon waarbij de basisrechten van anderen of belangrijke sociale waarden of regels die passen bij de leeftijd worden genegeerd, zoals blijkt uit de aanwezigheid van ten minste drie van de volgende 15 diagnostische criteria uit een van de volgende categorieën in de afgelopen twaalf maanden, met ten minste één criterium aanwezig in de afgelopen zes maanden:

Agressie tegenover mensen en dieren

- Vaak pest, bedreigt of intimideert hij anderen.
- Ze begint vaak ruzies.
- Heeft een wapen gebruikt dat ernstig lichamelijk letsel kan toebrengen aan anderen (bijvoorbeeld een knuppel, baksteen, gebroken fles, mes, vuurwapen).
- Is fysiek wreed geweest voor mensen.
- Is fysiek wreed geweest tegen dieren.
- Heeft gestolen terwijl hij een slachtoffer confronteerde (bijvoorbeeld beroving, tasdiefstal, afpersing, gewapende overval).
- Heeft iemand tot seksuele activiteit gedwongen.

Vernietiging van eigendommen

- Heeft opzettelijk brand aangestoken met de bedoeling ernstige schade aan te richten.
- Heeft opzettelijk andermans eigendommen verwoest (op andere wijze dan brandstichten).

Bedrog of diefstal

- Heeft ingebroken in het huis, gebouw of auto van iemand anders.
- Vaak liegt hij om goederen of gunsten te verkrijgen of om verplichtingen te ontwijken (d.w.z. anderen te "bedriegen").
- Heeft voorwerpen van niet-onbeduidende waarde gestolen zonder het slachtoffer te confronteren (bijv. winkeldiefstal, vervalsing).

Ernstige overtredingen van de regels

- Blijft vaak 's nachts buiten ondanks ouderlijke verboden, beginnend vóór zijn dertiende levensjaar.
- Is minstens twee keer 's nachts van huis weggelopen terwijl hij in het ouderlijk huis woonde, of één keer zonder langere tijd terug te keren.
- Is vaak spijbelend van school, beginnend vóór zijn dertiende levensjaar.

De gedragsverstoring veroorzaakt klinisch significante beperkingen in sociaal, academisch of beroepsmatig functioneren.

De persoon is 18 jaar of ouder, en aan de criteria voor antisociale persoonlijkheidsstoornis wordt niet voldaan.

Diagnoseproces voor disruptieve gedragsstoornissen in de deelnemende landen

Diagnoseproces voor disruptieve gedragsstoornissen in Turkije

Eerste detectie op school

- Teacher/Guidance Service observeert de volgende symptomen:
- Constant vechten, spijbelen, vandalisme
- Pesten van leeftijdsgenoten of opzettelijke niet-naleving van regels
- Gedragsobservatieformulieren worden ingevuld.

Familie-interview

- De studieadviseur neemt contact op met het gezin:
- Gedrag thuis (liegen, eigendommen beschadigen)
- De geschiedenis van huiselijk geweld/verwaarlozing wordt onderzocht.

Toepassing op RAM (Guidance and Research Center)

- Er wordt een afspraak gemaakt voor een gratis beoordeling.
- Procedures uitgevoerd bij RAM:
- WISC-R Intelligentietest (Gedragingen die niet verenigbaar zijn met academische vaardigheden?)
- Projectieve Tests (tekeningen maken, verhalen vertellen)
- Conners Beoordelingsschaal (Niveau van impulsiviteit/agressie)

Verwijzing naar kinderpsychiater

- RAM verwijst de patiënt door naar een kinderpsychiatrische kliniek (staats-/universitair ziekenhuis) voor een definitieve diagnose.

Psychiater:

- Controleert de DSM-5 criteria,
- Maakt differentiële diagnose (ADHD, ODD, posttraumatische stress?),

- Bestelt bloedtest/EEG indien nodig (neurologische redenen?).

Diagnose en rapportage

- Als er een definitieve diagnose wordt gesteld:
- RAM-rapport wordt uitgegeven (het recht op inclusief onderwijs ontstaat),
- IEP (Individueel Onderwijsplan) wordt opgesteld.

Behandelplan

- Op school: Training in sociale vaardigheden bij de begeleidingsdienst,
 - Training van de leraar in gedragsmodificatietechnieken.
- In de kliniek:
 - Cognitieve gedragstherapie (CGT),
 - Medicatie in ernstige gevallen (antipsychotica alleen onder toezicht van een psychiater).

Belangrijke informatie

- RAM-rapporten zijn gratis en goedgekeurd door het Ministerie van Nationaal Onderwijs.
- Het diagnoseproces kan 4-8 weken duren.
- Goedkeuring van de familie is vereist (jonger dan 18 jaar).

Proces van diagnose van disruptieve gedragsstoornissen in Kroatië

Eerste detectie op school

- Teacher/Guidance Service observeert de volgende symptomen:
- Constant vechten, spijbelen, vandalisme
- Pesten of opzettelijke niet-naleving van regels
- Gedragsobservatieformulieren worden ingevuld.

Familie-interview

- De studieadviseur neemt contact op met het gezin:
- Gedrag thuis (liegen, eigendommen beschadigen)
- De geschiedenis van huiselijk geweld/verwaarlozing wordt onderzocht.

Toepassing van de diagnose

- Een schoolgeneeskunde, arts, psychiater, psycholoog en maatschappelijk pedagoog zijn opgenomen in de beoordeling
- WISC-R Intelligentietest (Gedragingen die niet verenigbaar zijn met academische vaardigheden?)
- Projectieve Tests (tekeningen maken, verhalen vertellen)
- Connors Beoordelingsschaal (Niveau van impulsiviteit/agressie)

Verwijzing naar kinderpsychiater

Psychiater:

- Controleert de DSM-5 criteria,
- Stelt een differentiële diagnose (ADHD, ODD, posttraumatische stress?),
- Bestelt bloedtest/EEG indien nodig (neurologische redenen?).

Diagnose en rapportage

- Als er een definitieve diagnose wordt gesteld, maken we op school IK (geïndividualiseerd curriculum)

Behandelplan

- Op school:
 - Training in sociale vaardigheden met de psycholoog tot gedragsmodificatietechnieken
- In de kliniek (als ze verplicht zijn)
 - Cognitieve gedragstherapie (CGT),
 - Medicatie in ernstige gevallen (antipsychotica alleen onder toezicht van een psychiater).

Diagnostisch proces voor disruptieve gedragsstoornissen in Nederland

- Tekenen worden vaak opgemerkt op school of thuis wanneer een kind consequent transgressief, agressief of rebels gedrag vertoont.
- De diagnose wordt gesteld door onderwijskundigen of kinder- en jeugdpsychiaters binnen het jeugdpsychiatrisch systeem.
- De beoordeling omvat interviews met ouders, leraren en het kind zelf, gedragsobservaties en vragenlijsten (bijv. CBCL, TRF).
- De bredere context (familie, school, omgeving) en eventuele comorbiditeit (bijv. ADHD) worden ook meegenomen.

Toepassing via SWV

- De school stelt een leerlingendossier samen met gedragsobservaties, actieplannen en eerdere interventies.
- Ouders en school dienen gezamenlijk een aanvraag in bij het juiste onderwijs-SWV.
- Documenten: rapporten over onderwijs en gedrag, evaluaties van richtlijnen, psychologische rapporten.

Evaluatieproces SWV

- De SWV beoordeelt het niveau van benodigde ondersteuning.
- Experts (remedial pedagoog, gedragswetenschappers) geven advies over aanvullende begeleiding of plaatsing.

Diagnose beslissing

- De officiële diagnose wordt gesteld door een gekwalificeerde diagnosticus (remedial pedagoog-generalist, geestelijk gezondheidspsycholoog of kinderpsychiater).
- Ouders ontvangen een diagnoserapport en behandeladvies (bijv. ouderlijke begeleiding, gedragstherapie, systemische therapie).

Plaatsing en monitoring

- Het kind blijft vaak in het reguliere onderwijs met extra ondersteuning (bijvoorbeeld gedragspecialist, onderwijsassistent).
- In ernstige gevallen kan speciaal onderwijs (cluster 4) noodzakelijk zijn.

Monitoring wordt uitgevoerd via ontwikkelingsperspectieve plannen (OPP), regelmatige evaluaties met de school, ouders, beoefenaars en de SWV.

Diagnostisch proces van disruptieve gedragsstoornissen in Noord-Macedonië

Eerste detectie op school

Leraren en schoolpsychologen observeren gedragingen, zoals:

- Veelvuldig vechten, agressie en het trotseren van regels
- Spijbelen, vandalisme, pesten
- Dit gedrag wordt vastgelegd met behulp van gestandaardiseerde Gedragsobservatieformulieren en lerareninterviews.

Familie-interview

- De schoolcounseling of psychologische dienst neemt contact op met de familie om het volgende te bespreken:
- Gedrag patronen thuis (liegen, agressie, vernieling van eigendommen)
- Familieachtergrond inclusief geschiedenis van huiselijk geweld, verwaarlozing of trauma.

Verwijzing naar het Regionaal Educatief-Psychologisch Ondersteuningscentrum (CEPS)

- Gezinnen worden doorverwezen naar CEPS voor een uitgebreide evaluatie. De beoordeling omvat:
- WISC-IV of gelijkwaardige intelligentietests om cognitieve vaardigheden te beoordelen en intellectuele beperkingen uit te sluiten.
- Projectieve tests (bijv. tekenen, verhalen vertellen) om emotionele en gedragskwesties te onderzoeken.
- Gebruik van de Conners Rating Scale of Oppositional Defiant Disorder (ODD) Rating Scales om impulsiviteit, agressie en oppositioneel gedrag te evalueren.

Verwijzing naar de kinderpsychiatrie kliniek

Indien geïndiceerd, verwijst CEPS het kind door naar een kinderpsychiater in een universitair ziekenhuis of een openbare geestelijke gezondheidskliniek voor een definitieve diagnose. Psychiater voert uit:

- Diagnostische evaluatie met behulp van DSM-5 of ICD-10 criteria.
- Differentiële diagnose om DBD te onderscheiden van ADHD, ODD, posttraumatische stressstoornis of neurologische aandoeningen
- Medische tests (bloedonderzoek, EEG) als neurologische of medische oorzaken worden vermoed.

Diagnose en rapportage

- Zodra een diagnose is bevestigd, wordt er een formeel CEPS-rapport uitgegeven om onderwijsvoorzieningen en ondersteuning te autoriseren.
- Er wordt een Individueel Onderwijsplan (IEP) of BEP opgesteld met op maat gemaakte interventies.

Behandel- en ondersteuningsplan

Interventies op school:

- Training in sociale vaardigheden en gedragsmanagement met schoolcounselors en psychologen.
- Lerarentraining in gedragsmodificatie en klasmanagementtechnieken.

Klinische interventies:

- Cognitieve gedragstherapie (CGT) richtte zich op impulscontrole en emotionele regulatie.
- Medicatie (bijv. antipsychotica of stimulerende middelen) alleen in ernstige gevallen, voorgeschreven en gecontroleerd door psychiaters.

Belangrijke opmerkingen:

- Als u verzekerd bent via het Health Insurance Fund (HIF), zijn diagnostische en ondersteunende diensten via CEPS en kinderpsychiatrieklinieken gratis onder het volksgezondheids- en onderwijssysteem.
- Het beoordelings- en diagnoseproces duurt doorgaans 4 tot 8 weken.
- Voor alle evaluaties en interventies is toestemming van de familie vereist voor kinderen jonger dan 18 jaar.

Diagnoseproces voor disruptieve gedragsstoornissen in Litouwen

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- **Observatie in de klas:** Leraren observeren leerlingen op aanhoudende patronen van verzet, agressie, regelovertreding of vijandigheid tegenover autoriteitsfiguren.
- **School Counseling Service:** Schoolpsychologen of pedagogisch-psychologische diensten (PPS) voeren eerste gedragsbeoordelingen uit en overleggen met ouders en leraren. Als DBD wordt vermoed, wordt een formele evaluatie gestart.

Aanvraag en documenten

Vereiste documenten:

- Verwijzing van een leraar of schoolpsycholoog.
- Ouderlijke toestemming.
- Academische en gedragsgegevens.
- Familie- en ontwikkelingsgeschiedenis.

Evaluatieproces

Tests en toepassingen:

- Er wordt een uitgebreide psychiatrische beoordeling uitgevoerd, waaronder:
- Interviews met het kind, ouders en leraren.
- Vragenlijsten die gedrag in verschillende omgevingen beoordelen (bijvoorbeeld school, thuis).
- Herziening van medische, sociale en academische geschiedenis[2].

Beoordelingsraad voor speciaal onderwijs:

- Een multidisciplinair team (psychologen, docenten, maatschappelijk werkers) beoordeelt de gegevens.
- Kan het kind doorverwijzen naar kinder- en adolescentenpsychiatrische diensten voor klinische diagnose.

Diagnosebeslissing en voorbereiding van het IEP

Criteria:

- Aanhoudend gedragspatroon dat sociale normen of de rechten van anderen schendt (voor CD).
- Frequent verzet, prikkelbaarheid of wraakzucht (voor ODD).
- Symptomen moeten aanzienlijke functiebeperkingen veroorzaken.

Individueel Onderwijsplan (IEP):

- Ontwikkeld in samenwerking met ouders, leraren en specialisten.
- Omvat gedragsdoelen, ondersteuningsstrategieën en interventies (bijv. gedragsmodificatieplannen, training in sociale vaardigheden).

Plaatsing en monitoring

Onderwijsomgeving:

- De meeste leerlingen blijven in reguliere klassen met gedragsondersteuning.

- In ernstige gevallen kan plaatsing in gespecialiseerde programma's of therapeutische klaslokalen worden overwogen.

Monitoring:

- Regelmatige controles door schoolpsychologen en leraren.
- IEP's worden beoordeeld en aangepast op basis van gedragsvorderingen en feedback.

Aanbevelingen voor leraren

Stel duidelijke en consistente grenzen

- Definieer korte, concrete regels zoals "Geen fysiek contact in het klaslokaal".
- Geef onmiddellijke, consistente reacties op regelovertradingen (bijvoorbeeld time-out).

Beloon positief gedrag direct

- Gebruik specifieke lof zoals "Dank je dat je vandaag je pen aan je vriend hebt gegeven".
- Symbolische beloningen: Stickerkaart, die klasverantwoordelijkheid geeft.

"Time Out"-techniek voor impulsief gedrag

- Zeg: "Neem nu 5 diepe ademhalingen, dan praten we."
- Gebruik een time-out hoek (als kalmeringsplek, niet als straf).

Ga niet mee in machtsstrijd

- Stel het uit door te zeggen: "We zullen het nu niet bespreken, laten we tijdens de pauze praten."
- Vermijd oogcontact (kan uitdagende gevoelens veroorzaken).

Vorm destructieve energie om:

- Geef lichamelijke activiteitstaken:
- *"Kun je het bord uitwissen? Kun je een boek uit de bibliotheek meenemen?"*

Gebruik groepsdruk positief

- Beloningen van de groep:
- *"Als jullie vandaag niet als klas vechten, verdienen jullie 10 minuten vrije tijd."*

Leer woedebeheersingsvaardigheden aan

- Laat ze een "woedethermometer" tekenen:
- *"Hoe boos ben je nu? Als het vijf zijn, wat kunnen we dan doen?"*

Werk samen met de familie

- Stuur wekelijks een gedragsschema:
- Groene (goede), gele (matige), rode (slechte) dagen.

Gebruik geen beschuldigende taal

- In plaats van "Waarom doe je dit?":
- *"Wat zou je anders kunnen doen dan dit gedrag?"*

Bescherm jezelf ook

- Fysieke veiligheidsmaatregel in het klaslokaal:
 - Houd je bureau dicht bij de deur.
 - Bel de schoolleiding in zeer agressieve situaties.

Onthoud: "Deze kinderen zijn degenen die het meest grenzen nodig hebben, maar die ze het minst waarschijnlijk krijgen."

Samenvatting

Wat is het?

- Een continu gedragspatroon dat de rechten van anderen schendt en opzettelijk regels schendt. Gebrek aan empathie en impulsiviteit zijn belangrijke kenmerken.

Oorzaken

- **Biologisch:** Genetica, disfunctie van de prefrontale cortex
- **Omgeving:** Huiselijk geweld, pesten door leeftijdsgenoten, trauma

Prevalentie

- In de wereld: %2-10
- In Turkije: 3-8 % (2 keer vaker bij mannen)

Valse Overtuigingen

- "Het gaat voorbij met bederven" → ✗ Als het niet behandeld wordt, kan het uitmonden in een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Hoe herken je het in de klas?

- Vechten, vandalisme, liegen
- Spijbelen, opzettelijk regels overtreden

DSM-5 Diagnostische Criteria

- 4 hoofdcategorieën (agressie, materiële schade, fraude, ernstige regelschending van de regels)
- Moet 6 maanden meegaan

4 Gouden Suggesties voor Leraren

- Stel duidelijke grenzen
- Geef direct positieve feedback
- Gebruik een "woedethermometer"
- Werk samen met de familie

Visuele beperking

Wat is het?

Kinderen met een slecht zicht dat niet volledig kan worden gecorrigeerd met een medische ingreep of een standaardbril. Zij kunnen wel hun opleiding voortzetten met hun resterende visuele functie. Hun gezichtsscherpte varieert van 20/70 tot 20/400 (normaal zicht is 20/20). Deze kinderen kunnen zich aanpassen aan de klasomgeving met grote letters, materialen met hoog contrast of speciale optische hulpmiddelen (vergroetglazen, telescoopbrillen). Zichtverlies kan aangeboren ontstaan (retinitis pigmentosa, glaucoom) of later in het leven (trauma, diabetische retinopathie). Ze kunnen problemen ervaren zoals het niet duidelijk kunnen zien van het bord in de klas, lichtgevoeligheid of dieptezichtproblemen. Met vroege interventie (visietherapie, aangepast onderwijs) kunnen ze echter inclusief onderwijs krijgen samen met leeftijdsgenoten.

Wat zijn de oorzaken?

Biologische en milieufactoren

Genetische en aangeboren oorzaken

- Retinitis pigmentosa: Geleidelijk verlies van gezichtsvelden (veroorzaakt tunnelvisie).
- Albinisme: Gebrek aan melanine in het oog (lichtgevoeligheid en weinig contrast).
- Congenitale glaucoom/cataract: Intra-oculaire druk of lensopaciteit.

Retinopathie van prematuriteit (ROP)

- Onvolledige ontwikkeling van netvliesvaten bij premature baby's (vooral bij geboorten onder 1500 gram).

Mogelijke oorzaken:

- Trauma: Een klap op het oog, chemische brandwond (bijvoorbeeld als gevolg van een ongeluk).
- Diabetische retinopathie: Netvliesbeschadiging door diabetes (kan zelfs bij adolescenten worden opgemerkt).
- Infecties: Oogdruk (uveitis) of hoornvliesinfecties.

Neurologische factoren

- Schade aan het Brain Visual Center: Cerebrale parese of als gevolg van geboortetrauma ("hersenaafgeleide visuele stoornis").

Milieu- en sociaal economische factoren

- Vitamine A-tekort: Nachtblindheid en hoornvliesbeschadiging (ondervoeding).
- Onvoldoende oog zorg: Gebrek aan routinematige oogscreening bij gezinnen met een laag inkomen.

Prevalentie in de wereld en deelnemende landen

Wereldwijd

- 0,5-1,2% van de kinderen en adolescenten van 5-19 jaar (WHO, 2023)
- Licht tot matig gezichtsverlies (20/70-20/400): 18 miljoen kinderen
- Regionale verspreiding:
 - 0,3-0,8% in ontwikkelde landen (met vroege diagnose/behandeling)
 - 1,5-2% in lage-inkomenslanden (vitamine A-tekort, infecties)

Prevalentie in Turkije

- Bij schoolgaande kinderen (6-18 jaar):
 - 0,7% volgens officiële gegevens (MEB, 2023)
 - De werkelijke prevalentie wordt geschat op 1,2% (niet gediagnosticeerde gevallen)
- Volgens risicofactoren:

- 10 keer meer bij vroeggeboorten (7%)
- 2 keer meer in regio's met bloedverwanten (1,5%)

Diagnose percentages

- Degenen die bij schoolscreenings werden gedetecteerd: 35% (vooral groep 3 en 7)
- Bewustwordingsprobleem van gezinnen:
 - Valse overtuigingen zoals "Hun ogen zijn gekruist, maar ze zullen na verloop van tijd verbeteren"
 - **Percentage gezinnen die een visuele screening ondergaan: 55%**

Prevalentie in Nederland

Ongeveer 2% van de kinderen heeft een visuele beperking, variërend van slechtziend tot blindheid. De diagnose wordt uitgevoerd door oogartsen en gespecialiseerde instellingen (Bartiméus, Koninklijke Visio). Scholen werken samen met deze instellingen om passende onderwijs en hulpmiddelen te bieden.

Prevalentie in Noord-Macedonië

- Officiële gegevens schatten dat ongeveer 0,8% van de schoolgaande kinderen (6–18 jaar) een gediagnosticeerde visuele beperking heeft.
- De werkelijke prevalentie is waarschijnlijk hoger (ongeveer 1,1–1,3%) vanwege niet-gediagnosticeerde gevallen, vooral in landelijke gebieden en onder bevolkingen met beperkte toegang tot gezondheidszorg.
- Risicofactoren die de prevalentie verhogen zijn onder andere vroeggeboorten (geschat 6–8%) en regio's met hoge percentages bloedverwanten huwelijken

Prevalentie in Litouwen

Een studie uitgevoerd in het ziekenhuis van de Litouwse Universiteit voor Gezondheidswetenschappen Kauno Klinikos (2019–2020) identificeerde 179 kinderen met visuele beperkingen:

- 18,4% was blind
- 81,6% had slecht zicht

Genderspecifieke gegevens worden niet expliciet gepubliceerd, maar wereldwijde trends suggereren een iets hogere prevalentie onder jongens in de vroege kindertijd, terwijl meisjes mogelijk onder gediagnosticeerd zijn door subtielere symptomen.

De meest voorkomende oorzaken van visuele beperking waren:

- **Onvermijdelijk:** atrofie van de oogzenuw, retinale dystrofie
- **Te vermijden:** Retinopathie door vroeggeboorte, aangeboren glaucoom, aangeboren staar

Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)

- Het wordt volledig gecorrigeerd als je een bril draagt!

Feit: Bril biedt alleen gedeeltelijke correctie bij mensen met een slecht zicht. Extra middelen zoals vergrootglazen en licht aanpassing kunnen nodig zijn.

- Als hij zijn ogen samenknijpt, betekent dat dat zijn aantal is toegenomen!

Feit: Dichtknijpen kan een symptoom zijn van netvlies- of oogzenuwziekten (bijv. glaucoom).

- Zijn zicht verslechterde omdat hij te veel naar het scherm keek!

Feit: Digitale schermen veroorzaken tijdelijke vermoeidheid, maar geen blijvend slecht zicht. De onderliggende pathologie moet worden onderzocht.

- Als we het licht aandoen, ziet hij beter!

Feit: Sommige mensen met een slecht zicht zijn fotofoob (albinisme, retinitis pigmentosa). Donker gekleurde gefilterde brillen kunnen nodig zijn.

- "Het gaat weg als je groot bent!"

Feit: Slecht zicht van genetische of neurologische oorsprong kan progressief zijn (bijvoorbeeld retinale dystrofie).

- Hij kan niet zien, maar zijn andere zintuigen zijn super ontwikkeld!"

Feit: Andere zintuigen verbeteren niet automatisch. Ze kunnen worden verbeterd met speciale training.

- Hij is niet slechtziend, hij is gewoon lui!"

Feit: Het kind dat de les niet kan volgen omdat hij het bord niet kan zien, wordt als "lui" beschouwd.

- Hij is kleurenblind, kleuren zijn toch niet belangrijk!"

Feit: 80% van de mensen met een slecht zicht ziet kleur. Materialen met hoog contrast (zwart-wit) werken.

- Als hij Braille leert, worden zijn ogen lui!"

Feit: Braille is een redder in nood voor kinderen met progressief gezichtsverlies.

- Hij kan niet sporten!"

Feit: Ze kunnen aangepaste sporten doen zoals goalball, zwemmen en atletiek.

Hoe je visuele beperking herkent

7 typische gedragingen van slechtziende leerlingen in de klas

De leerling:

Moet de docent benaderen

- Wil tijdens de les vaak naar voren lopen naar het schoolbord
- Het schrift op het bord plakken bij het overschrijven van het bord

Inzoomen op leesmateriaal

- Boeken heel dicht bij hun ogen houden (5-10 cm afstand)
- Moet het tablet/telefoonscherm vergroten (frequent gebruik van pinch-to-zoom)

Licht gevoeligheid

- Fel zonlicht vermijden (verzoek om het gordijn dicht te trekken)
- Ogen samenknijpen of beschermen tegen tl-verlichting

Moeilijkheden in sociale interactie

- Gezichtsuitdrukkingen missen (glimlachen niet kunnen zien)
- Op de achtergrond blijven in groepsactiviteiten in de klas

Coördinatie problemen

- Struikelen terwijl hij de trap op en af ging
- Moeite met balvangen/goeien (dieptezichtprobleem)

Ontbrekende visuele details

- Niet in staat zijn de vage letters op het schoolbord te lezen
- Het niet kunnen opmerken van de fijne details op de foto's (moeite met het lezen van kaarten)

Symptomen van vermoeidheid

- Verlies van concentratie aan het einde van de dag

- Klachten over oogwrijving en hoofdpijn

Proces voor de diagnose van visuele beperking in de deelnemende landen

Proces van de diagnose van visuele stoornis in Turkije

Eerste signalen en verwijzing

- **Op school:** Als de leraar merkt dat het kind het bord niet kan aflezen of boeken van heel dichtbij leest, meldt hij dit aan de decaan.
- **Huisarts:** Voert basisscreening uit en verwijst naar een oogarts bij vermoeden van een visuele beperking.

Klinische evaluatie (oogarts)

- Tests:
 - Meting van de gezichtsscherpte (met Snellen-kaart)
 - Kleurenzichttest (Ishihara-test)
 - Fundusonderzoek (netvlies en controle van de oogzenuw)
 - Zichtveldtest (voor verlies van perifeer zicht)

Medisch diagnose en rapport

- **Diagnose:** "Slecht zicht" (gezichtsscherpte tussen 20/70 - 20/400)
- **Rapport:** Een rapport van de gezondheidsraad voor mensen met een beperking wordt uitgegeven bij een verlies van 40% of meer gezichtsvermogen.

RAM (Guidance and Research Center) applicatie

- Eisen:
 - Oogarts rapport
 - Kopie van identiteitskaart
 - Verwijsbrief van school
- Dingen die bij RAM worden gedaan:
 - Onderwijsbeoordeling (vermogen om residueel zicht te gebruiken)
 - Voorbereiding van IEP (Individueel Onderwijsprogramma)

Follow-up en herwaardering

- Een oogonderzoek één keer per jaar
- Evaluatie van de voortgang door RAM elke 6 maanden

Belangrijke informatie:

- **Gratis diensten:** RAM-beoordelingen en -onderzoeken in staatsziekenhuizen zijn gratis.
- **Proces:** Het duurt gemiddeld 2-4 weken.
- **Rechten:** Leerlingen met een slecht zicht hebben het recht om te profiteren van inclusief onderwijs.

Proces van diagnose van visuele beperking in Kroatië

- In Kroatië is een beoordeling van het zicht en de visuele functies verplicht op vierjarige leeftijd. De kinderarts van het kind stuurt automatisch door voor een gezichtsbeoordeling via het gezondheidssysteem.

- **Degenen die in schoolscreenings zijn geïdentificeerd** - helaas worden op school zeer weinig kinderen herkend als ze een lichte visuele beperking hebben, omdat zelden een school een speciaal onderwijspecialist heeft die getraind is om met kinderen met visuele beperkingen te werken.

Eerste signalen en verwijzing

- **Op school:** Als de leraar merkt dat het kind het bord niet kan zien of boeken van heel dichtbij leest, meldt hij dit bij de begeleidingsdienst.
- **Huisarts:** Voert basisscreening uit voor het zicht, verwijst bij verdenking naar een oogarts.

Klinische evaluatie (oogarts)

- **Tests:**
 - Meting van de gezichtsscherpte (met Snellen-kaart)
 - Kleurenzichttest (Ishihara-test)
 - Fundusonderzoek (netvlies en controle van de oogzenuw)
 - Zichtveldtest (voor verlies van perifeer zicht)

Medisch diagnose en rapport

- **Diagnose:** "Slecht zicht" (gezichtsscherpte tussen 20/70 - 20/400)
- **Rapport:** Een rapport van de gezondheidszorg voor een handicap wordt uitgebracht bij verlies van 40% of meer gezichtsvermogen.

Aanvraag voor "Beslissing over de juiste vorm van onderwijs"

- Oogartsrapport, het oordeel van de schoolarts, het advies en de bevindingen van de psycholoog, het advies en de bevindingen van de onderwijskundige
- Procedures die worden uitgevoerd wanneer het kind "Beslissing krijgt over de juiste vorm van onderwijs"
 - Onderwijsbeoordeling (vermogen om residueel zicht te gebruiken)
 - Voorbereiding op IEP (Individueel Onderwijsprogramma)
 - Als de school een speciaal onderwijspecialist heeft, werkt deze minstens één keer per week met de leerling samen

Follow-up en herwaardering

- Een oogonderzoek eenmaal per jaar bij de schoolarts en oogarts

Rechten: Leerlingen met een slecht zicht hebben het recht om te profiteren van inclusief onderwijs, vooral als ze ernstige visuele beperkingen hebben en niet naar een gewone school kunnen; daarna worden ze opgeleid in centra voor blinden en slechtzienden.

Diagnostisch proces voor visuele beperking in Nederland

- Identificatie vindt meestal kort na de geboorte plaats via neonatale oogscreening of op jonge leeftijd door de gezondheidskliniek en de ouders.
- De diagnose wordt gesteld door een oogarts, vaak aangevuld met onderzoeken aan gespecialiseerde instellingen zoals Bartiméus of Koninklijke Visio.
- Het onderzoek richt zich op de mate van visuele beperking en de gevolgen daarvan voor ontwikkeling en leren.

Toepassing via SWV

- **De school stelt een leerlingendossier samen met observaties, leerdoelen en ondersteuningsbehoeften.**
- **Samen met ouders kan een aanvraag voor ondersteuning worden ingediend bij het betreffende SamenwerkingsVerband (SWV)**
- **Documenten: medisch rapport van de oogarts, rapport van een expertisecentrum (Bartiméus/Visio), onderwijsrapporten.**

SWV-evaluatieproces

- **Het SWV beoordeelt of er aanvullende middelen of begeleiding nodig zijn voor passende educatie.**
- **Advies wordt vaak gegeven in samenwerking met de betrokken expertisecentra.**

Diagnose bepaling

- **De medische diagnose wordt gesteld door een oogarts.**
- **Voor educatieve doeleinden wordt de ondersteuningsindicatie bevestigd door het SWV, met input van een expertisecentrum.**

Plaatsing en monitoring

- **Veel kinderen volgen regulier onderwijs met ondersteuning van ambulante begeleiders van Bartiméus of Visio.**
- **In ernstigere gevallen kan plaatsing plaatsvinden in speciaal onderwijs cluster 1 (voor kinderen met een visuele beperking).**
- **Monitoring vindt plaats via periodieke evaluaties tussen de school, ouders, begeleiders en expertisecentra.**

Diagnostisch proces voor visuele beperking in Noord-Macedonië

Eerste signalering en verwijzing

- **Observatie op school:** Leraren melden signalen zoals moeite met het zien van het bord, boeken heel dichtbij houden om te lezen of knippen met de ogen.
- **Eerstelijnszorg:** Huisartsen voeren tijdens routinecontroles eerste gezichtsonderzoeken uit en verwijzen vermoedelijke gevallen door naar oogartsen.

Klinische evaluatie door oogarts

- Uitgebreid oogonderzoek waaronder:
- Visuele scherptetest met behulp van Snellen-kaart
- Kleurenzichtbeoordeling met Ishihara-platen
- Fundusonderzoek om de gezondheid van het netvlies en de oogzenuw te evalueren
- Visuele veldtesten om verlies van perifere zichten te detecteren

Medische diagnose en rapportage van handicap

- De diagnose van slechtziendheid of andere visuele beperkingen is gebaseerd op klinische bevindingen (bijv. gezichtsscherpte tussen 20/70 en 20/400).
- Een formeel invaliditeitscertificaat kan worden afgegeven door de Health Disability Board wanneer het gezichtsverlies 40% of meer bereikt, waardoor toegang tot speciale onderwijsondersteuning mogelijk wordt.

Verwijzing naar Regionale Educatieve-Psychologische Ondersteuningscentra (CEPS)

Vereiste documenten zijn onder andere:

- Rapport van de oogarts met diagnose en visuele mogelijkheden

- Kopie van het identiteitsbewijs van de leerling
- Verwijsbrief van schoolpsycholoog of directeur

CEPS voert een educatieve beoordeling uit die zich richt op:

- Het functionele zicht van de leerling en het vermogen om restzicht te gebruiken bij het leren
- Voorbereiding van een Individueel Onderwijsprogramma (IEP) dat is afgestemd op visuele behoeften

Follow-up en monitoring

- Jaarlijkse oogheelkundige onderzoeken om de ooggezondheid en veranderingen in het zicht te monitoren.
- Evaluaties van de educatieve voortgang en IEP-implementatie door CEPS minstens elke 6 maanden.

Belangrijke opmerkingen

- Openbare oogheelkundige beoordelingen en CEPS-evaluaties zijn gratis onder het Ministerie van Volksgezondheid en Onderwijs.
- Het diagnostische en ondersteunende proces duurt doorgaans 2–4 weken.
- Studenten met een slecht zicht hebben het wettelijke recht op inclusief onderwijs en gespecialiseerde ondersteuningsdiensten in Noord-Macedonië.

Proces van de diagnose van visuele beperking in Litouwen

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- **Observatie in de klas:** Leraren letten op signalen zoals leesproblemen, samenknijpen, slechte hand-oogcoördinatie of frequente hoofdpijn.
- **School Counseling Service:** Schoolpsychologen of speciaal onderwijs verwijzen leerlingen door naar visuele screeningsprogramma's of oogartsen als er vermoed wordt dat er een beperking is.

Aanvraag en documenten

Vereiste documenten:

- Aanbeveling van schoolpersoneel
- Ouderlijke toestemming
- Medische dossiers (vooral oogheelkundige rapporten)
- Academische en gedragsmatige observaties

Evaluatieproces

Tests en toepassingen:

- Visuele scherptetests (bijv. Snellen-kaart)
- Beoordelingen van functioneel gezichtsvermogen
- Oogheelkundige diagnose bevestigt visuele beperking

Beoordelingsraad voor speciaal onderwijs:

- Een multidisciplinair team (waaronder oogartsen, psychologen en docenten) beoordeelt de diagnose en bepaalt de geschiktheid voor speciale onderwijsvoorzieningen.

Diagnosebeslissing en voorbereiding van het IEP

Criteria:

- Een gezichtsscherpte van 0,3 of minder in het betere oog (met correctie)
- Significante impact op leren en dagelijks functioneren

Individueel Onderwijsplan (IEP):

- Omvat voorzieningen zoals grootdrukmetaal, hulpmiddelen, zitplaatsen en mobiliteitstraining
- Ontwikkeld in samenwerking met ouders, leraren en specialisten

Plaatsing en monitoring

Onderwijsomgeving:

- De meeste kinderen krijgen onderwijs op reguliere scholen met ondersteuning
- Gespecialiseerde scholen of hulpcentra zijn beschikbaar voor ernstige gevallen

Monitoring:

- Regelmatige controles door schoolpersoneel en oogspecialisten
- IEP's worden herzien en bijgewerkt op basis van de voortgang en veranderende behoeften

Aanbevelingen voor leraren

Voorste rij en geschikte zitplaatsindeling

- Zet de leerling niet meer dan 2 meter van het bord af, voor de lichtbron.
- Vaste zitplaatsing (verander niet vaak de locatie van items)

Gebruik contrasterende materialen

- Gele/witte letters op een zwarte achtergrond (op het bord en in fotokopieën)
- Markeer belangrijke informatie met gekleurde plakbriefjes.

Software- en technologische ondersteuning

- Geef een tablet een vergrootglasapplicatie (zoals ZoomText).
- Deel de aantekeningen digitaal (de student kan ze zelf vergroten).

Verhoog verbale uitleg

- Druk tegelijk uit wat je op het bord schrijft.
- Definieer altijd mondeling visuele materialen (zoals: "In deze grafiek de blauwe balken...")

Maak aanpassingen in de verlichting

- Vermijd fel licht
- Sta het gebruik van individuele bureaulampen toe.

Voeg tastbare materialen toe

- Gebruik geperste kaarten, driedimensionale modellen.
- Laat belangrijke formules opvallen met textuur tapes.

Maak examen aanpassingen

- Vergroot de lettergroottes (minstens 14 punten).
- Geef extra tijd (30% van de standaardtijd).

Bied peerondersteuning

- Stel een "Study Buddy System" in (voor het delen van aantekeningen).
- Moedig hen aan om actief deel te nemen aan groepsstudies.

Zorg voor bewegingsveiligheid

- Houd de indeling van het klaslokaal constant (verander niet vaak de positie van de tafels).
- Markeer gevaarlijke gebieden (bovenaan de trap) met duidelijke borden.

Leer jezelf vaardigheden aan

- Probeer eenvoudige visuele simulatietoepassingen (zoals de VIA App).
- Neem deel aan de seminars "Low Vision Education" van het Ministerie van Onderwijs.

Noodplan:

- Bij brandoefeningen moet je een medestudent aanwijzen om de leerling te begeleiden.

Samenvatting

Wat is het ?

- Een visuele scherppte tussen 20/70 en 20/400
- Kinderen die niet volledig gecorrigeerd kunnen worden met een bril, maar wel hun resterende zicht kunnen gebruiken

Oorzaken

- Genetica (albinisme, retinitis pigmentosa)
- Vroegtijdige retinopathie
- Verworven (trauma, diabetische retinopathie)

Prevalentie

- Wereldwijd: 0,5%-1,2%
- In Turkije: 0,7% (officieel) - 1,2% (geschat)

Valse Overtuigingen

- Het wordt beter met een bril.
- Het gebeurde door naar het scherm te kijken.
- Ze zijn kleurenblind, kleuren zijn onbelangrijk.

Hoe herken je het in de klas?

- Te dicht bij het bord komen
- Lichtgevoeligheid
- Materialen dicht bij hun ogen houden

Diagnoseproces (Turkije)

- Onderzoek van de oogarts
- RAM-beoordeling
- IEP-voorbereiding
- Apparaatondersteuning (vergrootglas, tablet)

Aanbevelingen voor leraren

- Plaats op de eerste rij
- Gebruik contrasterende materialen
- Verhoog het aantal verbale verklaringen
- Voeg tastbare materialen toe

Opmerking: "Onthoud: leerlingen met een slecht zicht zien anders, niet het onvermogen om te zien. Je kunt grote verschillen maken met kleine aanpassingen. Wees hun licht!"

Gehoorbeperving

Wat is het?

Kinderen met milde (20-40 dB) tot matige (41-70 dB) gehoorverlies zijn personen die spraakgeluiden gedeeltelijk kunnen horen en moeite hebben met communiceren, vooral in lawaaierige omgevingen (klaslokaal, speeltuin). Deze kinderen kunnen het reguliere onderwijs voortzetten met ondersteuning zoals hoortoestellen of FM-systemen. Ze combineren liplezen en auditieve signalen om spraak te begrijpen. Gehoorverlies kan zich aangeboren ontwikkelen (genetische, prenatale infecties) of later in het leven (chronische oorontstekingen, trauma). Academisch gezien kunnen ze fonologische bewustzijnsproblemen vertonen (letters door elkaar halen) en een beperkte woordenschat hebben. Met vroege interventie (audiologische ondersteuning, logopedie) kunnen ze echter onderwijs krijgen dat parallel aan hun leeftijdsgenoten loopt.

Wat zijn de oorzaken?

Genetische factoren (50-60%)

- Erfelijke gehoor gen mutaties (zoals GJB2, SLC26A4)
- Het risico neemt 3-5 keer toe als er sprake is van gehoorverlies in de familiegeschiedenis.

Prenatale Oorzaken

- Infecties opgelopen in de baarmoeder:
 - Rodehond
 - Cytomegalovirus (CMV),
 - Toxoplasma.
 - Het alcohol- en sigarettengebruik van moeder.

Perinatale complicaties

- Vroeggeboorte (prematuur),
- Geboortetrauma (zuurstof tekort),
- Pasgeboren geelzucht (hoge bilirubin).

Postnatale factoren

- Terugkerende middenoor ontstekingen (otitis media),
- Infecties zoals de bof, meningitis,
- Blootstelling aan geluid (luid speelgoed, hoog volume met koptelefoon).

Anatomische factoren

- Gat in het trommelvlies,
- Aangeboren afwijkingen van het gehoorbeentje

Prevalentie in de wereld en deelnemende landen

Wereldwijd

- Prevalentie:
 - Mild (20-40 dB): 1,5-2% van de kinderen
 - Matig (41-70 dB): 0,5-1% van de kinderen (WHO, 2023)

Prevalentie in Turkije

- Bij schoolgaande kinderen (6-18 jaar):
 - Licht tot matig gehoorverlies: 1,8% (Ministerie van Volksgezondheid, 2023)
 - 2,5-3% in regio's met bloedverwanten (Zuidoost-Anatolië)
- Diagnosepercentage:

- Degenen die door pasgeboren screening worden gedetecteerd: 70% (gratis in staatsziekenhuizen),
- Degenen die werden ontdekt tijdens schoolcontroles: 30% (vooral controles van groep 3 en 7).

"Onzichtbaar obstakel in het onderwijs": 40% van de kinderen met licht verlies zou op de basisschool een "aandachtstekort" hebben (Turkse Audiologievereniging, 2022).

Prevalentie in Nederland

Ongeveer 1 op de 1.000 kinderen wordt doof geboren; 2 op de 1.000 kinderen ontwikkelen op jonge leeftijd een ernstige gehoorbeperking. De diagnose wordt gesteld via neonatale gehoorscreening en vervolgonderzoeken door KNO-specialisten en audiologiecentra. Onderwijs en ondersteuning worden verzorgd door instellingen zoals Kentalis en Auris.

Prevalentie in Noord-Macedonië

Onder schoolgaande kinderen (6–18 jaar) wordt mild tot matig gehoorverlies geschat op 1,5%–2% op basis van recente gegevens van het Ministerie van Volksgezondheid.

- Regio's met hogere percentages bloedverwanten melden een licht verhoogde prevalentie (~2,5%).
- Gehoorscreeningsprogramma's voor pasgeborenen detecteren ongeveer 65–70% van de geboorten in openbare ziekenhuizen.
- Gehoorscreening op scholen detecteren ongeveer 25–30% van de gevallen, vooral in de vroege basisschooljaren (groep 1 en 5).
- Licht gehoorverlies wordt vaak niet gediagnosticeerd en kan in de klaslokalen worden aangezien voor aandachtsproblemen.

Prevalentie in Litouwen

Volgens de Global Burden of Disease Study 2021 treft gehoorverlies wereldwijd een aanzienlijk aantal kinderen en adolescenten, waaronder in Litouwen. In 2021 was het wereldwijde prevalentiepercentage onder kinderen onder de 20 ongeveer 3.711 per 100.000. Hoewel de specifieke geslachtsgegevens voor Litouwen beperkt zijn, tonen wereldwijde trends aan dat jongens iets meer getroffen zijn dan meisjes, vooral in de vroege kindertijd. Licht gehoorverlies is verantwoordelijk voor 62,1% van de gevallen, en otitis media is de belangrijkste te voorkomen oorzaak.

Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)

- Hij hoort slecht maar draagt een gehoorapparaat, geen probleem!

Feit: Apparaten bieden geen volledig herstel. Ze hebben nog steeds moeite in lawaaierige omgevingen (klaslokaal, kantine).

- Hij kan spreken, dus hij kan horen!

Feit: spraak ontwikkelt zich bij liplezen en restgehoor. Als hij "fu" zegt in plaats van "su", is er verlies.

- Hij hoort alleen als je hard praat!

Feit: Een harde stem belemmert (vervormt) de spraak. Het is noodzakelijk om duidelijk en in een normale toon te spreken.

- Dit kind heeft last van aandachtstoornissen!

Feit: gehoorverlies kan worden verward met ADHD. Eerst moet er een audiologische test worden uitgevoerd.

- Alles keert terug naar normaal wanneer een hoortoestel wordt geplaatst!

Feit: Het apparaat vereist aanpassing en therapie.

- Laat hem maar achterin zitten, het maakt niet uit!

Feit: Eerste rij en dicht bij de leraar zitten zijn essentieel. Hij moet lippen zien.

- Het maakt niet uit als er verlies in één oor is!

Feit: Zelfs gehoorverlies aan één oor belemmert het vermogen om de richting te bepalen en maakt het moeilijk om spraak in ruis te begrijpen.

- Als hij gebarentaal leert, stopt hij met praten!

Feit: Gebarentaal ondersteunt spraak! Het vermindert communicatiestress.

- Hij heeft een intelligentieprobleem omdat hij laat leert!

Feit: Gehoorverlies heeft niets te maken met intelligentie. Laat spreken komt door een gebrek aan auditieve input.

- Het wordt beter als hij groot is!

Feit: Zelfs een mild verlies leidt tot academische en sociale achterstand als het niet wordt behandeld.

"Als je geen gehoorverlies hebt, kun je nooit raden 'hoe hij hoort'. Leer in plaats daarvan HOE JE MOET COMMUNICEREN."

Hoe je gehoorbeperking kunt begrijpen

1. Frequentie van het zeggen van "wat?"

- De wens van de leraar of vrienden zichzelf voortdurend te laten herhalen,
- Het neemt vooral toe in de achterste rijen en in lawaaiige omgevingen (na de pauze).

2. Gebruik van verkeerde / onvolledige woorden

- **Verwarrende vergelijkbare klanken: "tapi" in plaats van "kapi", "fari" in plaats van "Sari".**

3. Liplezen inspanning

- Met de focus op de mond van de persoon die spreekt,
- Zitten met het gezicht naar de lichtbron (om de lippen beter te zien).

4. Verkeerd begrijpen van instructies

- **Meerstapsinstructies door elkaar halen: "Pak je notitieboekje, open pagina 35, doe vraag 2." Ik doe alleen het laatste deel.**

5. Sociale isolatie

- Niet deelnemen aan groepsdiscussies,
- Boos worden in games omdat "ik verkeerd begrepen werd."

6. Overmatige reactie op plotselinge geluiden

- Schrikken van hoge frequentiegeluiden zoals dichtslaande deuren en ringtonen (gehoorverlies beïnvloedt meestal subtiele geluiden).

7. Vermoeidheid/Onwil

- Verlies van concentratie aan het einde van de dag (het brein wordt moe van het steeds "voltooien"),

- Minder succesvol zijn in verbale lessen (Taal, levenswetenschappen) en beter in beeldende lessen (kunst, wiskunde).

Lerarentest:

Probeer dit: sluit voorzichtig je oren en simuleer wat de leerling hoort. Zeg een zin als: "Neem je tas, schrijf de vierde vraag op pagina 3 in je notitieboekje." Kijk hoeveel je begrijpt!

Diagnoseproces van gehoorstoornissen in de deelgenomen landen

Diagnoseproces van gehoorbeperking in Turkije

1. Eerste signalen en verwijzing

- **Op school:** Als de leraar of studieadviseur symptomen opmerkt zoals spraakachterstand of het niet begrijpen van instructies bij het kind, informeert hij het gezin.
- **Huisarts:** Het kind wordt doorverwezen voor gratis gehoorscreening bij 6 maanden, 1 jaar en tijdens de kleutertijd.

2. Audiologische evaluatie

- Deze wordt uitgevoerd in staats- of universitaire ziekenhuizen of particuliere audiologiecentra.
- **Tests:**
 - **Audiometrie:** De mate van verlies wordt bepaald als mild (20-40 dB), matig (41-70 dB) en ernstig (71-90 dB).
 - **Tympanometrie:** De druk in het middenoor wordt gemeten (oorontsteking wordt vastgesteld indien aanwezig).
 - **ABR (Auditieve hersenstamrespons):** Objectieve meting bij zuigelingen en kinderen die niet kunnen communiceren.

3. Medische diagnose (KNO-specialist)

- **Keel-Neus-Oorarts (KNO):**
 - Lichamelijk onderzoek (trommelvliesperforatie, oorsmeer?),
 - MRI/CT indien nodig (binnenoorafwijkingen?).

4. RAM-rapport en Onderwijsbeoordeling

- **Centrum voor Guidance and Research (RAM):**
 - Stelt een rapport voor "speciale onderwijsbehoefte" op,

- Keurt onderwijs met medestudenten goed als inclusiestudent.

5. Ondersteuningsapparaten en trainingsplan

- **Hoortoestel:** SSI/de overheid verstrekt het gratis (eenmaal per jaar per kind).
- **FM-systeem:** Zendt geluid rechtstreeks uit van de microfoon van de leraar naar het apparaat van het kind in de klas (verkregen met een RAM-rapport).
- **Logopedie:** 1-2 sessies per week (gratis in staatsziekenhuizen).

Diagnoseproces van gehoorbeperking in Kroatië

1. Eerste signalen en verwijzing

- **Op school:** Als de leraar of de begeleidingsdienst symptomen opmerkt zoals spraakachterstand of het niet begrijpen van instructies bij het kind, informeren zij het gezin.
- **Huisarts:** Het kind wordt doorverwezen voor gratis gehoorscreening bij 6 maanden, 1 jaar en de kleutertijd, en opnieuw in groep 3 en wanneer het 13 jaar oud is.

2. Audiologische evaluatie

- **Uitgevoerd in staats- of universiteitsziekenhuizen of particuliere audiologiecentra.**
- **Tests:**
 - **Audiometrie:** De mate van verlies wordt bepaald als mild (20-40 dB), matig (41-70 dB) en ernstig (71-90 dB).

De school stelt een rapport voor "speciale onderwijsvereiste" op, en daarna krijgt het kind een 'beslissing over de juiste vorm van onderwijs' en een professionele communicatiemediator.

Diagnostisch proces van gehoorbeperking in Nederland

- Detectie vindt meestal kort na de geboorte plaats via neonatale gehoorscreening (georganiseerd door de gezondheidskliniek).
- In geval van afwijkingen worden vervolgonderzoeken uitgevoerd door een KNO-specialist en/of een audiologiecentrum.
- Diagnostiek richt zich op de mate van gehoorverlies en de impact daarvan op spraak en taalontwikkeling.

Toepassing via SWV

- De school verzamelt observaties, leerresultaten en het medisch dossier.
- Ouders en school dienen samen een aanvraag in bij het betrokken SWV.
- Documenten: medische verklaring (KNO-specialist/audiologisch centrum), logopedierapporten, educatierapporten.

Evaluatieproces SWV

- Het SWV beoordeelt de behoefte aan ondersteuning en schakelt vaak expertise in van instellingen zoals Kentalis of Auris.
- Experts adviseren over extra ondersteuning of faciliteiten.

Diagnose bepaling

- **De officiële medische diagnose wordt gesteld door een KNO-specialist of audiologiecentrum.**
- **Voor educatie wordt de ondersteuningsindicatie bepaald door het SWV, vaak met advies van een gespecialiseerd centrum.**

Plaatsing en monitoring

- **Veel kinderen volgen regulier onderwijs met ambulante ondersteuning en hulpmiddelen (bijv. gehoortoestel, CI, FM-systeem).**
- **In ernstigere gevallen kan plaatsing in speciaal onderwijs cluster 2 (voor kinderen met gehoor- en/of spraak-taalproblemen) noodzakelijk zijn.**
- **Monitoring wordt uitgevoerd via regelmatige evaluaties tussen de school, ouders, ondersteunend personeel en het expertisecentrum.**

Diagnostisch proces voor gehoorbeperking in Noord-Macedonië

Eerste signalen en verwijzing

- Leraren of schoolpsychologen melden zorgen zoals spraakachterstand en moeite met het volgen van mondelinge instructies
- Huisartsen voeren routinematige gehoorscreenings uit bij 6 maanden, 1 jaar en op de peuterleeftijd tijdens gezondheidsbezoeken, waarbij vermoedelijke gevallen worden doorverwezen voor audiologisch onderzoek.

Audiologische evaluatie

Uitgevoerd in openbare of universitaire ziekenhuizen uitgerust met audiologie-eenheden, evenals in gecertificeerde particuliere centra. Tests omvatten:

- Pure toonaudiometrie om gehoorverlies te classificeren als mild (20–40 dB), matig (41–70 dB) en ernstig (71–90 dB)
- Tympanometrie om de functie van het middenoor te beoordelen en infecties op te sporen.
- Auditieve hersenstamrespons (ABR) testen voor zuigelingen en kinderen die niet kunnen meewerken aan gedragsonderzoeken.

Medische diagnose door KNO-specialist

- Keel-Neus-Oor artsen (KNO) voeren uit:
- Gedetailleerd gehooronderzoek (controleren op oorsmeerblokkade, trommelvliesstatus)
- Beeldvormende studies (MRI of CT) wanneer structurele afwijkingen van het binnenoer worden vermoed.

Onderwijsbeoordeling en Ondersteuningsautorisatie

- Regionale Educatieve-Psychologische Ondersteuningscentra (CEPS) stellen een officieel rapport over Speciale Onderwijsbehoeften op, op basis van audiologische en medische bevindingen.
- Dit rapport geeft toestemming voor toegang tot inclusieve onderwijsdiensten en specifieke aanpassingen.

Hulpmiddelen en therapie

- Hoortoestellen en luisterhulpmiddelen (bijv. FM-systemen) worden gratis verstrekt door het Ministerie van Volksgezondheid of aanverwante sociale diensten, met jaarlijkse vervanging of upgrades.
- Logopediesessies zijn beschikbaar in staatsklinieken of gespecialiseerde centra, meestal 1–2 keer per week, en worden gedekt door het volksgezondheidssysteem.

Belangrijke opmerkingen

- Als u verzekerd bent via het Health Insurance Fund (HIF), zijn audiologische beoordelingen en CEPS-evaluaties gratis in het volksgezondheids- en onderwijssysteem.
- Het volledige diagnostische en ondersteunende proces duurt meestal 3–6 weken.
- Ouderlijke toestemming is vereist voor alle beoordelingen en interventies bij minderjarigen.
- Leerlingen met gehoorbeperkingen hebben recht op aangepaste onderwijsdiensten volgens de inclusieve onderwijswetten van Noord-Macedonië.

Diagnostisch proces voor gehoorbeperkingen in Litouwen

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- **Observatie in de klas:** Leraren monitoren leerlingen op signalen zoals moeite met het volgen van mondelinge instructies, onoplettendheid of vertraagde spraakontwikkeling.
- **School Counseling Service:** Als er gehoorproblemen worden vermoed, verwijst de schoolpsycholoog of speciaal onderwijzer het kind door voor een gehoorscreening. Litouwen volgt de WHO-richtlijnen voor sensorische screening op schoolleeftijd.

Aanvraag en documenten

Vereiste documenten:

- Aanbeveling van schoolpersoneel
- Ouderlijke toestemming
- Medische voorgeschiedenis (vooral KNO-artsen of audiologische rapporten)
- Academische en gedragsmatige observaties

Evaluatieproces

Tests en toepassingen:

- Uitgevoerd door een erkend audioloog en kan omvatten:
- Pure-tone audiometrie
- Spraakaudiometrie
- Tympanometrie
- Oto-akoestische emissies (OAE)
- Auditieve hersenstamrespons (ABR) voor jongere of niet-verbale kinderen

Beoordelingsraad voor speciaal onderwijs:

- Een multidisciplinair team (audioloog, psycholoog, speciaal onderwijzer) beoordeelt de diagnose en bepaalt of ze in aanmerking komen voor speciale onderwijszorg.

Diagnosebeslissing en voorbereiding van het IEP

Criteria:

- Gehoordrempel ≥ 20 dB in één of beide oren
- Impact op communicatie, leren en sociale ontwikkeling

Individueel Onderwijsplan (IEP):

- Omvat voorzieningen zoals:
- Voorkeurszitplaatsen
- FM-systemen of geluidsversterking
- Ondersteuning van een surdopedagog (specialist voor slechthorende kinderen)

Plaatsing en monitoring

Onderwijsomgeving:

- De meeste kinderen krijgen onderwijs op reguliere scholen met ondersteuning.
- Gespecialiseerde scholen of lessen zijn beschikbaar voor ernstige gevallen.

Monitoring:

- Regelmatige audiologische evaluaties
- IEP-beoordelingen en aanpassingen
- Samenwerking tussen schoolpersoneel, audiologen en families

Aanbevelingen voor leraren

Stoel op de eerste rij

- Plaats op een maximale afstand van 2 meter + op een plek waar geen direct licht wordt ontvangen.
- Laat je gezicht duidelijk zien voor liplezen.

Laat je gezicht zien tijdens het praten

- Draai je niet om, kauw geen kauwgom (belemmert lipbewegingen).
- Geef de voorkeur aan een korte baard/snor (mondgebied moet zichtbaar zijn).

Bied schriftelijke/visuele ondersteuning

- Schrijf de instructies op het bord (bijv. "1. Open je wiskundenotitieboek, 2. Pagina 25"),
- Gebruik fotokaartjes of emoji's ("Nu is het luistertijd 🗣️").

Verminder achtergrondruis

- Sluit de deur van het klaslokaal,
- Gebruik stoelen met rubberen doppen (voorkomt piepen).

Pas je spraaksnelheid aan

- 3-4 woorden per seconde is ideaal (iets langzamer dan normaal),
- Merk trefwoorden ("Dit is belangrijk: het examen is op dinsdag").

Ontwikkel leerlingsspecifieke communicatiestrategieën

- Om het begrip te controleren, zeg je: "Kun je herhalen wat ik zei in jouw eigen woorden?",
- Stel geen "Ja/Nee"-vragen (in plaats van "Begrijp je dit onderwerp?" vraagt je "Wat heb je geleerd over dit onderwerp?").

Moedig Peer Support aan

- Stel een "Study Buddy System" op (een partner die helpt met het maken van aantekeningen),
- Zorg voor face-to-face zitten tijdens groepswerk.

Gebruik verschillende beoordelingsmethoden

- Schriftelijke/meerkeuzetoetsen in plaats van mondeling examen,
- Prestatieopdracht (project, geïllustreerde uitleg).

Leer jezelf vaardigheden aan

- Leer basisgebarentaal (zoals "Dank je", "Heb je hulp nodig?"),
- Woon de seminars "Inclusief Onderwijs" van de MEB bij.

Samenvatting

Wat is het?

Kinderen met milde (20-40 dB) en matige (41-70 dB) gehoorverlies die inclusief onderwijs kunnen krijgen met een hoortoestel/FM-systeem. Ze communiceren via liplezen en restgehoor.

Oorzaken

- Genetisch (50%)
- Prenatale infecties (rubella, CMV)
- Terugkerende oorontstekingen
- Blootstelling aan ruis

Prevalentie

- Wereldwijd: 1,5-2,5%
- In Turkije: 1,8% (stijgt tot 3% in regio's met bloedverwantenhuwelijken)

Misvattingen

- "Hooft perfect als je een apparaat draagt"
- "Geen probleem als ze kunnen praten"
- "Kan achterin zitten"

Hoe begrijp je het in de klas?

- Vaak vragen: "Wat?"
- Verwarde vergelijkbare woorden/ klanken
- Moeite om lippen te observeren

5 Gouden Aanbevelingen voor Leraren

- Plaats op de eerste rij
- Laat je gezicht zien als je praat
- Gebruik het FM-systeem correct
- Geef schriftelijke instructies
- Verminder ruis

Regel:

"Gehoortverlies is een communicatiebelemmering, geen leerstoornis. We kunnen deze barrière samen overwinnen met de juiste strategieën."

Expressieve taalstoornis

Wat is het?

Expressieve taalstoornis (spraak- en taalstoornis) is het falen van een kind om communicatieve vaardigheden te ontwikkelen die geschikt zijn voor hun leeftijd. Taalstoornis uit zich als een gebrek aan woordenschat (bijvoorbeeld minder dan 50 woorden op 3-jarige leeftijd) of moeite met het vormen van zinnen (bijv. onvolledige uitdrukkingen zoals "Ik... water... geven"). Spraakstoornissen omvatten articulatieproblemen (het zeggen van "wice" in plaats van "rice"), stotteren of problemen met de stemkwaliteit (nasale spraak). Bij een pragmatische stoornis heeft het kind moeite met het initiëren, het onderhouden van gesprekken of het begrijpen van lichaamstaal. Deze problemen kunnen ontstaan door neurologische (cerebrale parese, autisme), structurele (gespleten lippen) of omgevingsfactoren (verwaarlozing, meertalige omgeving). Academische en sociale ontwikkeling kan worden ondersteund met vroege interventie (logopedie).

Opmerking: Spraakachterstanden die na de leeftijd van 3 jaar aanhouden, vereisen absoluut specialistische behandeling en evaluatie.

Wat zijn de oorzaken?

Neurologische factoren

- **Cerebrale parese:** Een tekort aan motorische controle beïnvloedt de spraakspieren
- **Autismespectrumstoornis:** Moeilijkheden met sociale communicatie en taalgebruik
- **Epilepsie (Landau-Kleffner-syndroom):** Oorzaken van verworven taalverlies

Structurele Anomalieën

- **Gespleten lip:** Verstoorde luchtstroom die nodig is voor spraak
- **Tongriem (ankyloglossie):** Beperkt tongbewegingen (de klanken "l, r" zijn vervormd)
- **Gehoerverlies:** Onvermogen om klanken correct te leren ("fu" in plaats van "su")

Genetische syndromen

- **Syndroom van Down:** Spierhypotonie en tonggrootte maken articulatie moeilijk
- **Fragiele X:** Snelle spraak- en woordherhalingen worden waargenomen

Ontwikkelingsfactoren

- **Specifieke taalstoornis:** Taalontwikkeling is vertraagd ondanks normale intelligentie en gehoor
- **Vroeggeboorte:** Neurologische ontwikkelingsvertraging

Milieufactoren

- **Verwaarlozing/geen stimulerende omgeving:** Niet voldoende met het kind praten
- **Meertalige omgeving:** Verwarring over meer dan één taal vóór de leeftijd van 3 jaar
- **Schermblootstelling:** Passieve communicatie vertraagt taalontwikkeling

Prevalentie in de wereld en deelnemende landen

Wereldwijd:

- Bij kleuters (2-5 jaar): 5%-8% (ASHA, 2023)
 - Meest voorkomende types:
 - Articulatiestoornis (4%)
 - Stotteren (1%)
 - Taalvertraging (3%)
- Het komt twee keer vaker voor bij jongens dan bij meisjes

Prevalentie in Turkije:

- Volgens MEB 2023-gegevens:

- 7% van schoolgaande kinderen (6-12 jaar)
- Meest voorkomende problemen:
 - Articulatiestoornissen (bijv. het onvermogen om de "r"-klank uit te spreken) → 3,5%
 - Stotteren → 1,2%
 - Specifieke taalstoornis → 2,3%

Diagnosepercentages:

- Degenen die bij schoolscreenings werden gedetecteerd: 35%
- Percentage gezinnen die vroege interventie aanvragen:
 - Jonger dan 3 jaar: 15% (vanwege de overtuiging dat "het vanzelf zal verdwijnen als ze groot zijn")
 - Ouder dan 6 jaar: 60% (in het voorbereidingsproces voor de kleuterschool)

Belangrijke opmerkingen:

- **"Verborgen crisis"**: 40% van de kinderen met taalstoornissen wordt op school beschouwd als iemand die "leerproblemen" heeft.
- **Pandemie-effect**: Articulatieproblemen namen tussen 2020-2022 met 30% toe door het dragen van mondkapjes.

Prevalentie in Nederland

Specifieke taalstoornis (SLI/ontwikkelingsstoornis) komt voor bij ongeveer 5-7% van de kinderen. De diagnose wordt gesteld door logopedisten en remedial teachers, vaak na verwijzing door de school of gezondheidskliniek. De behandeling bestaat uit logopedie, soms in combinatie met ondersteuning in de klas. Er zijn gespecialiseerde scholen en instellingen (bijv. Auris, Kentalis).

Prevalentie in Noord-Macedonië

Op basis van gegevens van het Ministerie van Volksgezondheid en Onderwijs vertoont ongeveer 6,5–7% van de schoolgaande kinderen (6–12 jaar) spraak- en taalproblemen. De meest voorkomende problemen zijn:

- Articulatiestoornissen (moeite met het uitspreken van bepaalde klanken) – ongeveer 3,2%
- Stotteren – ongeveer 1,1%
- Specifieke taalstoornis – ongeveer 2,2%

De percentages vroegtijdige interventies blijven laag, vooral bij kinderen jonger dan 3 jaar (~15%) vanwege misvattingen dat spraakproblemen spontaan zullen verdwijnen.

Prevalentie in Litouwen

Volgens de Litouwse Logopedistenvereniging behoren spraak- en taalstoornissen tot de meest voorkomende ontwikkelingsproblemen bij Litouwse kinderen. Hoewel exacte nationale statistieken per geslacht beperkt zijn, suggereren internationale gegevens dat jongens vaker getroffen worden dan meisjes.

De meest voorkomende soorten stoornissen zijn:

- Articulatiestoornissen
- Ontwikkelingsstoornissen in taal (DLD)
- Vloeiendheidsstoornissen (bijv. stotteren)
- Stemstoornissen

Misvattingen (Wetenschappelijke Feiten)

- Jongens praten laat, dat is normaal!"

Feit: Hoewel het 2:1 vaker voorkomt bij jongens, is het gebruik van minder dan 50 woorden op 3-jarige leeftijd pathologisch.

- Stotteren gebeurt in een stressvolle omgeving, het verdwijnt!

Feit: Stotteren is neurologisch, 80% genetisch. Stress triggert, maar veroorzaakt het niet.

- Ze zullen leren praten als we ze tv of tablets laten kijken!

Feit: Passieve blootstelling vertraagt de taalontwikkeling. Interactieve communicatie is essentieel.

- Het wordt meteen opgelost als de tongriem (ankyloglossie) wordt doorgesneden!

Feit: 6-12 maanden logopedie is vereist na de operatie.

- We zouden stotterende kinderen moeten vertellen om 'langzaam te spreken' om ze te corrigeren!

Feit: Dergelijke waarschuwingen vergroten de angst. Modelleren is effectiever.

- Ze praten niet omdat ze een broer of zus hebben!

Feit: aanwezigheid van broers en zussen kan tijdelijke regressie veroorzaken, maar 12 maanden+ vertragingen zijn pathologisch.

- Ze praten niet omdat ze verwend zijn!

Feit: Een kind dat niet kan spreken toont moeite om te communiceren (wijzen, enz.). Volledige stilte is alarmerend.

- Het gebruik van babyflesjes/spenen belemmert de spraak niet!

Feit: Langdurig gebruik na 3 jaar kan leiden tot een verminderde invloed op "t, d, n" klanken.

- Logopedie is alleen voor stotteren!

Feit: Therapie is ook effectief bij taalachterstand, articulatie en sociale communicatiestoornissen.

Hoe je expressieve taalstoornis kunt begrijpen

Spraak die niet geschikt is voor leeftijd

- Nog steeds gebruik van uitdrukkingen met één woord zoals "geef water" op 4-jarige leeftijd
- Onvermogen om simpele zinnen te vormen op 5-jarige leeftijd
- Uitspraakfouten (articulatiefouten)
- "R→y" ("car→cay"), "k→t" ("dog→top") substituties
- Doorgaan met babytaal na 4 jaar

Stottersymptomen

- Herhalingen van klanken/lettergrepen ("b-b-b-l")
- Fysieke begeleidingen zoals oogknipperen/voet tikken

Woordenschat

- Vaak gebruikmakend van algemene uitdrukkingen zoals "ding, dit, dat"
- Onvermogen om concrete objecten te beschrijven (met "iets om mee te schrijven" in plaats van "pen")

Sociale communicatieproblemen

- Onvermogen om een gesprek te beginnen/onderhouden
- Oogcontact vermijden

Luister- en begripsproblemen

- Verwarrende meerstapsrichtingen
- Frequentie van het zeggen van "Wat?", "Ik begrijp het niet"

Academische moeilijkheden

- Vertraging in het leren lezen en schrijven

- Verwarrende letters (b-d, m-n)

Diagnostische criteria voor expressieve taalstoornis

In DSM 5 worden taal- en spraakgeluidsstoornissen afzonderlijk gedefinieerd onder de kop "Neurodevelopmentele stoornissen".

Taalafwijking

Voortdurende moeilijkheden bij het leren en gebruiken van taal in verschillende vormen (gesproken, schriftelijk, gebarentaal of andere) door specifieke tekorten in het begrijpen of gebruiken van taal, zoals:

- Verminderde woordenschat (kennis en gebruik van woorden).
- Beperkte zinsstructuur (mogelijkheid om woorden en woorduitgangen samen te voegen om zinnen te vormen op basis van grammaticale regels).
- Beperkingen in het discours (vermogen om woordenschat te gebruiken en zinnen te verbinden bij het beschrijven van een onderwerp of reeks gebeurtenissen of tijdens een gesprek).

Taalvaardigheden liggen aanzienlijk en kwantitatief onder de verwachte prestaties voor de leeftijd, wat leidt tot functionele beperkingen in effectieve communicatie, sociale participatie, academische of beroepsmatige prestaties, individueel of in combinatie.

Symptomen beginnen in de vroege ontwikkelingsfase.

Deze moeilijkheden zijn niet toe te schrijven aan gehoor of andere sensorische beperkingen, motorische stoornissen of een andere algemene medische of neurologische aandoening en worden niet beter verklaard door een verstandelijke beperking (verstandelijke ontwikkelingsstoornis) of globale ontwikkelingsachterstand.

Spraakgeluidstoornis

Een voortdurende moeilijkheid bij het produceren van spraakklanken die de verstaanbaarheid van spraak belemmeren of de verbale communicatie van berichten belemmeren.

Deze stoornis beperkt effectieve communicatie, waardoor sociale participatie, school- of werksucces, zowel individueel als collectief belemmerd wordt.

De symptomen beginnen in de vroege ontwikkelingsstadia.

Deze problemen kunnen niet worden toegeschreven aan aangeboren of verworven aandoeningen zoals cerebrale parese, gespleten gehemelte, doofheid of gehoorverlies, traumatisch hersenletsel, een andere algemene medische aandoening of een neurologische aandoening.

Diagnostisch proces van expressieve taalstoornis in de deelnemende landen

Diagnostisch proces van expressieve taalstoornis in Turkije

Eerste signalen en verwijzing

- **Op school:** Als de leraar problemen opmerkt met de spraakverstaanbaarheid, woordenschat of vloeiendheid van het kind, meldt hij dit bij de begeleidingsdienst.
- **Huisarts:** Voert een taalontwikkelingsscreening uit tussen de leeftijd van 2 en 3 jaar (met formulieren aanbevolen door TÇSB).

Toepassing van RAM (Guidance and Research Center)

- Eisen:
 - Gezins- en lerarenobservatieformulieren
 - Communicatiemonsters van het kind (video-/audio-opname)
- Tests uitgevoerd bij RAM:
 - Peabody Picture-Vocabulary Test (vocabulaire)
 - Ankara Ontwikkelingsscreeningsinventaris (AGTE)
 - Articulatietests (Turkse uitspraakbeoordeling)

Logopediebeoordeling

- In staatsziekenhuizen/universiteiten of particuliere centra:
 - Specifieke tests:
 - TİFALDİ (Turkse Expressieve en Receptieve Taaltest)
 - Stotterende ernst schaal
 - Lichamelijk onderzoek: Tongriem, controle van gespleten gehemelte

Diagnose en rapportage

- Het RAM-rapport wordt opgesteld:
 - Goedkeuring voor "speciale onderwijsvereiste" wordt verleend.
 - Het recht op onderwijs als inclusie leerling wordt erkend.
- BEP (Individualized Education Program) wordt opgesteld.

Ondersteunings- en therapieproces

- Op school:
 - 2 uur speciale onderwijsondersteuning per week (door RAM)
 - Extra tijd en de mogelijkheid om zich uit te drukken tijdens examens
- In zorginstellingen:
 - 4-8 sessies logopedie per maand (binnen SGY)

Follow-up en herwaardering

- Voortgangsevaluatie bij RAM elke 6 maanden
- Jaarlijkse medische controles (KNO, neurologie)

Belangrijke informatie

- **Het is gratis:** RAM-evaluaties en therapiesessies in staatsziekenhuizen.
- **Vroege interventie is cruciaal:** therapie tussen het 3e en 6e jaar levert de meest effectieve resultaten op.
- **Gezinsvoorlichting is verplicht:** Gezinnen krijgen wekelijks een thuistrainingsprogramma.

Diagnostisch proces van expressieve taalstoornis in Kroatië

1 . Eerste signalen en verwijzing

- **Op school:** Als de leraar problemen opmerkt met de spraakverstaanbaarheid, woordenschat of vloeiendheid van het kind, meldt hij dit bij de begeleidingsdienst.
- **Huisarts:** Voert taalontwikkelingsscreening uit tussen de leeftijd van 2 en 3 jaar (met formulieren aanbevolen door TÇSB), waarna de arts de aanbeveling geeft voor logopedist
- **Kleuterpersoneel:** als ze iets opmerken.

2 Als het kind naar school gaat en ernstige spraak- en taalstoornis heeft, kunnen we een aanvraag indienen voor "Beslissing over de juiste vorm van onderwijs"

- Eisen:

De mening van een logopedist, de mening van een schoolgeneeskunde, de mening van een psycholoog en de mening van een speciaal onderwijsspecialist.

4.Diagnose

Wanneer de leerling "Beslissing krijgt over de juiste vorm van onderwijs", stelt de onderwijspecialist een geïndividualiseerd curriculum op en krijgt het kind individuele procedures in de klassen.

5 . Ondersteunings- en therapieproces

- Op school:
 - 1 of 2 uur speciale onderwijsondersteuning per week wanneer de school een logopedist heeft
 - Extra tijd en de mogelijkheid om zich uit te drukken tijdens examens
- In zorginstellingen:
 - 4 sessies logopedie per maand als het ziekenhuis een logopedist heeft

Diagnostisch proces van expressieve taalstoornis in Nederland

- De identificatie vindt meestal plaats in de gezondheidskliniek, in de kleuterschool of in de lagere klassen van de basisschool.
- De diagnose wordt gesteld door een logopedist en, bij een vermoede van TOS (TaalOntwikkelingsStoornis) wordt vermoed, door een gespecialiseerd team (bijv. Auris, Kentalis).
- Het examen bestaat uit taal- en spraaktoetsen, observaties en ouderinterviews.
- In het geval van bredere ontwikkelingsproblemen kunnen aanvullende psychologische tests nodig zijn.

Toepassing via SWV

- De school stelt een leerlingendossier samen met observaties, leerresultaten en eerdere logopedierapporten.
- Samen met de ouders kan een aanvraag voor ondersteuning worden ingediend bij het juiste SamenwerkingsVerband
- Documenten: logopedie-examenrapporten, onderwijsrapporten, evaluatie van aangeboden interventies.

Evaluatieproces SWV

- Het SWV beoordeelt het ondersteuningsverzoek en schakelt vaak expertise in van een cluster 2-instelling (Kentalis/Auris).
- Experts adviseren over begeleiding, hulpmiddelen en mogelijke plaatsing met betrekking tot soort onderwijs.

Diagnose beslissing

- De medische/therapeutische diagnose wordt gesteld door logopedisten of gespecialiseerde diagnostische teams.
- Voor onderwijs bepaalt het SWV of een leerling in aanmerking komt voor ondersteuning of plaatsing in cluster 2.

Plaatsing en monitoring

- Veel kinderen blijven in regulier onderwijs met ambulante ondersteuning van een cluster 2-instelling.
- Bij ernstige SLI of spraakstoornissen kan plaatsing in cluster 2 speciaal onderwijs noodzakelijk zijn.
- Monitoring wordt uitgevoerd via ontwikkelingsperspectiefplannen (OPP) en periodieke evaluaties door de school, ouders, logopedisten en het expertisecentrum.

Diagnostisch proces van expressieve taalstoornis in Noord-Macedonië

Eerste signalen en verwijzing

- Leraren melden zorgen over spraakhelderheid, beperkte woordenschat of vloeiendheidsproblemen aan schoolpsychologen of begeleiders.
- Huisartsen voeren routinematige taalontwikkelingsscreening uit op 2–3-jarige leeftijd tijdens gezondheidsbezoeken, met behulp van gestandaardiseerde ontwikkelingschecklists.

Aanvraag bij Regionale Educatieve-Psychologische Ondersteuningscentra (CEPS)

Inzending van:

- Gezin- en lerarenobservatieformulieren
- Communicatievoorbeelden zoals audio- of video-opnamen van het sprekende kind
- CEPS voert gestandaardiseerde beoordelingen uit, waaronder:
- Woordenschattests aangepast voor Macedonië (vergelijkbaar met de Peabody Picture Vocabulary Test)
- Ontwikkelingsinventarissen
- Articulatiebeoordelingen

Evaluatie van logopedist

Uitgevoerd in openbare ziekenhuizen, universiteitsklinieken of gecertificeerde particuliere centra. Gespecialiseerde evaluaties omvatten:

- Expressieve en receptieve taaltests aangepast aan de Macedonische taal
- Vloeiendheids- en stotterintensiteitsschalen
- Lichamelijk onderzoek om te controleren op anatomische problemen (bijv. tongriem, gespleten gehemelte)

Diagnose en rapportage

CEPS stelt een rapport op over de behoeften van speciaal onderwijs waarin het volgende wordt vastgelegd:

- Diagnose van spraak- en/of taalstoornis
- Mate van benodigde inclusieve onderwijs ondersteuning

Een Individueel Onderwijsplan (IEP) wordt ontwikkeld. Deze is afgestemd op de specifieke spraakbehoeften van het kind.

Ondersteuning en therapie

School gebaseerde ondersteuning:

- 1,5 tot 2 uur per week gespecialiseerde spraak- en taalondersteuning via CEPS.
- Aanpassingen tijdens examens, zoals extra tijd of mondelinge antwoorden.

Klinische therapie:

- 4–8 logopediesessies per maand worden aangeboden in staatsgezondheidsinstellingen onder publieke gezondheidszorg.
- Gezinstraining wordt gegeven met een gestructureerd oefenprogramma thuis om de therapie resultaten te verbeteren.

Follow-up en herwaardering

- CEPS voert elke 6 maanden voortgangsevaluaties uit om het IEP aan te passen.
- Jaarlijkse medische controles bij KNO-specialisten en neurologen indien nodig.

Belangrijke opmerkingen

- Voor verzekerden van het Zorgverzekeringsfonds (HIF), worden evaluaties en therapiesessies gratis aangeboden via publieke gezondheids- en educatiediensten
- Vroege interventie, vooral tussen de leeftijd van 3 en 6 jaar, is cruciaal voor de meest effectieve resultaten.
- Betrokkenheid van de familie en training zijn essentiële onderdelen van het interventieproces.

Diagnostisch proces van expressieve taalstoornis in Litouwen

Voorlopige selectie en doorverwijzing

- **Observatie in de klas:** Leraren houden leerlingen in de gaten op signalen zoals onduidelijke spraak, beperkte woordenschat, moeite met het vormen van zinnen of uitdagingen bij het begrijpen van gesproken taal.
- **School Counseling Service:** Aan school gebonden logopedisten (in het Litouws: logopedai) of psychologen voeren eerste screenings uit. Deze kunnen informele beoordelingen en observaties van communicatie in klaslokalen omvatten.

Aanvraag en documenten

Vereiste documenten:

- Verwijzing van een leraar of schoolpsycholoog
- Ouderlijke toestemming
- Voorbeelden uit de praktijk (bijvoorbeeld schrijven, spraakopnames)
- Medische en ontwikkelingsgeschiedenis

Evaluatieproces

Tests en toepassingen:

- Gestandaardiseerde en niet-gestandaardiseerde instrumenten worden gebruikt om het volgende te beoordelen:
- Spraakklanken
- Receptieve en expressieve taal
- Vloeiendheid en stemkwaliteit
- Sociale communicatieve vaardigheden
- Hulpmiddelen kunnen taalbemonstering, articulatie-tests en dynamische beoordelingen omvatten.

Beoordelingsraad voor speciaal onderwijs:

- Een multidisciplinair team (logopedist, psycholoog, speciaal docent) beoordeelt de resultaten.
- Het team bepaalt of het in aanmerking komt voor speciale onderwijsdiensten en beveelt interventies aan.

Diagnosebeslissing en voorbereiding van het IEP

Criteria:

- Aanhoudende problemen met spraak of taal die de academische prestaties of sociale interactie belemmeren.
- Mag niet uitsluitend worden toegeschreven aan andere aandoeningen (bijv. gehoorverlies, verstandelijke beperking).

Individueel Onderwijsplan (IEP):

- Ontwikkeld in samenwerking met ouders, leraren en specialisten.

- Bevat specifieke doelen, therapieschema's en aanpassingen in de klas (bijv. vereenvoudigde instructies, visuele hulpmiddelen).

Plaatsing en monitoring

Onderwijsomgeving:

- De meeste kinderen met spraak- en taalstoornissen worden onderwezen in reguliere klassen.
- Ze krijgen ondersteuning via uittreksessies of interventies in de klas door logopedisten.

Monitoring:

- De voortgang wordt bijgehouden via regelmatige therapiesessies en IEP-beoordelingen.
- Aanpassingen worden gedaan op basis van ontwikkelingsveranderingen en academische behoeften.

Aanbevelingen voor leraren

Luister geduldig, onderbreek je niet.

- "Wacht tot ze hun gedachten afmaken" (regel van 5-10 seconden)
- Maak oogcontact en geef de boodschap "Ik luister naar je"

Wees een model, corrigeer niet

- Herhaal de verkeerde uitdrukking met het juiste model door te zeggen: "Ja, je zei bij!"
- Vermijd te zeggen: "Je zei het verkeerd"

Vorm eenvoudige en korte zinnen

- In plaats van "Pak je pen, open pagina 25, doe vraag 3"
- Stap voor stap: 1) Open je boek → 2) Zoek pagina 25 → 3) Bekijk vraag 3

Gebruik visuele ondersteuning

- Prentkaarten (bijv. actiekaarten: "rennen", "lezen")
- Gebruik overdreven gebaren en gezichtsuitdrukkingen (open je armen terwijl je "groot" zegt)

Bied peerondersteuning

- "Conversation Buddy"-systeem (wijs een vrijwillige leerling aan in de klas)
- Geef kleine rollen in groepswork (voorbeeld: "Je zegt de titel van het verhaal")

Bied alternatieven voor mondelinge presentaties

- Opties voor schriftelijke opdracht, tekeningen of video-opname
- Versoepel de verplichting om voor de klas te spreken

In geval van stotteren...

- Negeer secundaire bewegingen zoals knipogen of lipbijten
- In plaats van "rustig aan" of "haal diep adem" te zeggen tijdens het spreken, geef je het voorbeeld door zelf langzaam te spreken

Stel klaslokaalroutines vast

- Antwoorden van één woord (blij/verdrietig) op de vraag "Hoe voel je je vandaag?" in de ochtendcirkel
- Oefen geluidsherhaling met liedjes en rijmpjes ("Een kapper, een muts...")

Werk samen met familie

- Houd een wekelijks communicatiedagboek bij ("Deze week hebben we aan de 'r'-klank gewerkt, herhaal thuis het woord 'auto'")

- Stel oefeningen van 5 minuten voor die je thuis kunt doen (bijvoorbeeld: "Laat je tong in de spiegel zien terwijl je 'ooievaar' zegt").

Leer jezelf goed

- Leer basisoefeningen voor articulatie
- Neem deel aan de seminars "Sprak- en taalstoornissen" van het Ministerie van Onderwijs

Samenvatting

Wat is het?

- Taalstoornis: Moeilijkheden met woordenschat/zinsopbouw (bijv. <50 woorden op 3-jarige leeftijd)
- Spraakstoornis: Articulatiefouten ("door→toor") of stotteren

Oorzaken

- Neurologisch (autisme, cerebrale parese)
- Structureel (gespleten lipgehemelte)
- Milieu (verwaarlozing, meerdere talen)

Prevalentie

- 7% van de schoolgaande leeftijd in Turkije
- 2 keer vaker bij jongens

Valse Overtuigingen

- Het gaat over als hij groot is
- Hij leert door tv te kijken

Hoe herken je het in de klas?

- Spraakvertraging vergeleken met leeftijdsgenoten
- Letters vervangen of niet uitspreken
- Onvermogen om een gesprek vol te houden

Suggesties voor leraren

- Wees een rolmodel (niet corrigeren)
- Gebruik visuele ondersteuning
- Werk samen met de familie
- Vier kleine prestaties

"Elk kind heeft het recht om te communiceren. Onze missie is om een brug te zijn voor die stem om de wereld te bereiken."