Richtlijn casusbeschrijving diagnostiek*

Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen
Masterprogramma Clinical Child Family and Education Studies

2023-2024

Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen
Departement Educatie & Pedagogiek

Samengesteld door:
Dr. Mariken Spuij
Dr. Chiel Volman
Dr. Saskia Wijsbroek

Prof. dr. Susan Branje

* Deze versie kan in de loop van het studiejaar nog worden bijgesteld en/of aangevuld.

Inhoud richtlijn casusbeschrijving diagnostiek

1. Inleiding
2. Algemene uitgangspunten
3. NVO Basisaantekening Diagnostiek
4. Richtlijn voor casusbeschrijving Diagnostiek
5. Referenties

1. Inleiding

Er bestaan veel verschillende richtlijnen voor casusbeschrijvingen en aan elke richtlijn zitten voordelen en nadelen. De richtlijnen die binnen het masterprogramma Clinical Child Family and Education Studies van de Universiteit Utrecht gebruikt worden sluiten aan bij die van de beroepsvereniging de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), en zijn gebaseerd op de Diagnostische Cyclus (De Bruyn et al., 2008) en de daar weer op gebaseerde Handelingsgerichte Diagnostiek (HGD; Pameijer & van Beukering, 2015; Pameijer & Draaisma, 2011). In paragraaf 2 worden een aantal algemene uitgangspunten voor de casusbeschrijvingen geformuleerd en toegelicht.

Nadat je bent afgestudeerd kun je lid worden van de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundige (NVO) en kun je je laten registreren als Basis Orthopedagoog. Voor de *aanvullende* registratie NVO Basisaantekening diagnostiek moet worden voldaan aan de eisen van de NVO Basisaantekening diagnostiek. Deze kan worden afgetekend door jouw stagedocent. Je ontvangt een formulier dat door jouw docent is ondertekend en waarmee je de basisaantekening aanvragen bij de NVO. We willen benadrukken dat het door jouw docent ondertekende formulier niet de diagnostische aantekening is. De aantekening wordt door de NVO afgegeven en is gekoppeld is aan het lidmaatschap van de NVO. In paragraaf 3 wordt beschreven aan welke voorwaarden de casuïstiek moet voldoen om het formulier te ontvangen waarmee je de aantekening kunt aanvragen bij de NVO.

Daarna volgt in paragraaf 4 een uitleg van de richtlijn voor casusbeschrijvingen Diagnostiek zoals gehanteerd binnen het masterprogramma Clinical Child Family and Education Studies. De richtlijn voor casusbeschrijvingen Behandeling en Project zijn in aparte documenten te vinden.

2. Algemene uitgangspunten

Het uitgangspunt voor de casusbeschrijving is de klinische cyclus. Zowel diagnostische als behandelingsvraagstukken zijn hierin onder te brengen. *Het doel van orthopedagogische hulpverlening is verklaring en verandering van de probleemsituatie van* de *cliënt en het cliëntsysteem volgens wetenschappelijk geaccepteerde en beproefde methodologische regels*.

Orthopedagogische diagnostiek betreft de diagnostiek bij opvoedingsvragen en includeert psychodiagnostiek, maar valt daarmee niet samen. Orthopedagogische hulpverlening heeft betrekking op het kind, de opvoeders of het systeem en kan meer of minder direct zijn. Minder direct is bijvoorbeeld het begeleiden van opvoeders of hulpverleners in het kader van opvoedingsvragen. Bij directe behandeling kan gedacht worden aan specifieke interventies zoals dyslexiebehandeling, gedragsprogramma's, sociale vaardigheidstrainingen, hometraining of video-interactiebegeleiding. Er is sprake van behandeling als de interventies systematisch, methodisch en verantwoord worden uitgevoerd.

De richtlijnen voor de casusbeschrijving diagnostiek en behandeling van de NVO gaan uit van een dynamische probleembenadering en transactionele visie op de ontwikkeling van kinderen. Dit sluit aan bij de uitgangspunten

van de handelingsgerichte visie op diagnostiek van Pameijer en Draaisma (2011), waarin samenwerking met de cliënt en zijn/haar systeem, en aandacht voor positieve en beschermende factoren nadrukkelijk aandacht krijgen.

Methodologische eisen

Van een orthopedagoog mag een systematische en planmatige werkwijze worden verwacht. Het is belangrijk dat de orthopedagoog in het proces van diagnostiek en behandeling aandacht besteedt aan het cyclische karakter van het hulpverleningsproces en de daarin te onderscheiden stappen. Daarnaast mag van een orthopedagoog verwacht worden dat zij [1]op de hoogte is van het wetenschappelijk kennisbestand op het terrein van diagnostiek en behandeling.

Cyclische werkwijze

Vaak is zowel tijdens het diagnostisch proces als tijdens de uitvoering van een behandeling of begeleiding bijsturing noodzakelijk. Daarnaast vormen de bevindingen het fundament van de behandeling zoals de uitkomsten van behandeling de ultieme toets zijn voor de conclusies van de diagnostiek. Dit betekent dat diagnostiek en behandeling in principe in een voortdurende cyclus plaatsvinden. In de klinische cyclus zoals beschreven door de Bruyn en collega's (2008) kunnen zowel diagnostische als behandeling vraagstukken ondergebracht worden.

Stapsgewijze werkwijze

Om de kwaliteit van diagnostiek en behandeling of begeleiding te kunnen beoordelen, moeten de verschillende stappen in het proces getoetst kunnen worden aan kwaliteitscriteria. Dat is mogelijk als de beschrijving een helder format volgt. Daarom is de richtlijn voor casusbeschrijvingen geordend in een aantal stappen. De richtlijn Diagnostiek bestaat uit 9 stappen, de richtlijn voor Behandeling uit 7 stappen. *Een casusbeschrijving is geen chronologisch verslag maar een verslag waarin de stappen het verantwoordingskader zijn voor de genomen beslissingen en de keuzes in het hulpverleningsproces*. In de laatste stap wordt een kritische reflectie gegeven op het proces van oordeelsvorming en op het eigen leerproces.

Theoretisch consistent

De casusbeschrijving dient theoretisch consistent te zijn. Dat wil zeggen dat theoretische denkkaders in de juiste context gebruikt worden en dat redeneringen op basis van de gekozen theorie voortgezet worden tijdens de hele hulpverleningscyclus.

Methodologisch verantwoord

De casusbeschrijving dient methodologisch en psychometrisch verantwoord te zijn. Dat betekent dat geargumenteerd en geoordeeld wordt volgens geaccepteerde methodologische regels en duidelijk aangegeven wordt in de casusbeschrijving van welke methoden en instrumenten gebruik gemaakt is. In de diagnostische fase kan de orthopedagoog gebruik maken van vragenlijsten, tests, toetsen, projectieve technieken, observatiemethoden, interviewtechnieken, anamnestische gespreksvoering en dossieranalyse. Soms is de orthopedagoog genoodzaakt zelf een middel of werkwijze te construeren, mogelijk in de vorm van een experiment. De COTAN[2] (Egberink et al., 2009-2021) geeft informatie over de psychometrische kwaliteiten van onderzoeksmiddelen. Dat behandeling methodologisch verantwoord is houdt in dat, waar mogelijk, gebruik gemaakt wordt van theoretische en empirische evidentie en dat de behandeling wordt uitgevoerd conform de methodische voorschriften.

[1] Voor de leesbaarheid gebruiken we zij, maar hier kan vanzelfsprekend ook hij, hen of hun worden gelezen.

[2] De COTAN is via de Universiteitsbibliotheek online in te zien: Bibliotheek > literatuur zoeken > zoeksystemen per vakgebied > Pedagogiek > COTAN-documentatie. http://www.cotandocumentatie.nl

Eisen met betrekking tot variatie, complexheid van de zorgvraag en privacy

Variatie
Als masterstudent orthopedagoog sta je aan het begin van je carrière. Je kunt nog alle kanten op. De casuïstiek die je inlevert moet daarom voldoende gevarieerd zijn, denk daarbij aan variatie in (ontwikkelings)leeftijd, centrale en comorbide problematiek, gebruikte theoretische kaders en methode van onderzoek.

Complexiteit
De casusbeschrijvingen voor de NVO Basisaantekening Diagnostiek blijven niet beperkt tot het onderkennen van problemen in de zin van beschrijving, niveaubepaling of classificatie. Het gaat om vraagstellingen waarbij verklaring en veranderingsmogelijkheden aan de orde zijn. Dat wil zeggen dat je verbanden aangeeft tussen de problemen en de factoren die met deze problemen samenhangen, tussen de problemen en de (voorgestelde) interventies en tussen de geboden hulpverlening en de effecten daarvan.

Privacy
De anonimiteit en privacy van de cliënt/cliëntsysteem en de instelling dient gewaarborgd te zijn. Daarom worden gegevens zo algemeen mogelijk en geanonimiseerd weergegeven. Dat betekent dat er **nooit** namen van personen, instellingen, plaatsen e.d. vermeld worden in de casusbeschrijving. Ook ben je zo terughoudend mogelijk met het vermelden van unieke persoonsgegevens (geboortedata, heel specifieke omstandigheden). Casuïstiek die niet geanonimiseerd is wordt zonder feedback teruggegeven aan de student. Gebeurt het een tweede keer dan is het niet meer mogelijk om je diagnostische aantekening te halen. Bij een derde keer dan wordt de cursus als onvoldoende beoordeeld.

3. NVO Basisaantekening diagnostiek

Indien je de NVO Basisaantekening diagnostiek wilt behalen dan moet dit aan het begin van de stage in overleg tussen de student, stagebegeleider en stagedocent worden besloten en moet jouw stageplaats hiertoe de mogelijkheid bieden. De stageplaats en werkzaamheden moeten aan een aantal voorwaarden. Deze staan hieronder in beknopt versie weergegeven, zie voor de volledige uitwerking de cursushandleiding ‘Diagnostic Registration’:

- Tenminste 200 stage uren worden besteed aan psychodiagnostische werkzaamheden.
- Diagnostiek is gericht op (de opvoedingssituatie van) het individuele kind en kan niet beperkt blijven tot onderkennende diagnostiek dan wel het afnemen van standaardbatterijen. Diagnostiek moet altijd ook verklarend zijn en klinisch specifiek (integrerend en reflecterend op de individuele casus).
- Er is in de drie casussen sprake van voldoende variatie in problematiek en hulpvragen.
- Je moet (het overgrote deel van) de diagnostische werkzaamheden *zelfstandig* (onder supervisie van je stagebegeleider) uitvoeren. Dit betekent enerzijds dat je een significant aandeel in de gesprekken hebt, tests en onderzoeksmethoden zelfstandig selecteert, afneemt, scoort en interpreteert en alle verzamelde informatie kunt integreren. Het betekent tevens dat je in staat bent om in een overleg met collega’s (zoals bijvoorbeeld een vergadering met inhoudelijke casusbespreking of MDO) je bevindingen te delen met collega’s en hun input kritisch af te wegen en op basis van die analyse je plan of bevindingen eventueel bij te stellen.
- De laatste casus dient **altijd** direct in orde te zijn. Pas na de derde casus kan worden besloten of de student in aanmerking komt voor de basisaantekening. Er worden *geen* deelcertificaten verstrekt.

Als de drie casusbeschrijvingen zijn goedgekeurd door de docent en ze voldoen aan de eisen dan kan de stagedocent een formulier tekenen waarmee de NVO Basisaantekening diagnostiek bij de NVO kan worden aangevraagd. Het formulier maakt ***geen*** onderdeel uit van de stagebeoordeling. De NVO Basisaantekening diagnostiek staat los van de stagebeoordeling. Indien je wel een diagnostiekcasus uitvoert, maar deze niet wilt laten toetsen voor de NVO Basisaantekening diagnostiek volg je de richtlijn zoveel mogelijk, maar kun je (in overleg

met je stagedocent) ook aanpassingen doen. Veelal zal je casusbeschrijving veel beperkter zijn en alleen classificerende (onderkennende) diagnostiek omvatten.

Indien diagnostiek een onderdeel uitmaakt van je stage dan zullen die vaardigheden (ook) beoordeeld worden bij je stage aan de hand van de competentieformulieren.

Let op:

- De NVO Basisaantekening diagnostiek kun je eventueel ook nog na afstuderen behalen. De NVO kan je informeren ver de eisen aan je werkplek en supervisie (denk aan de omvang, erkende supervisoren).
- Verder is het goed om te weten dat je na afronding van je master ook zonder NVO Basisaantekening Diagnostiek je kunt registreren als basis-orthopedagoog bij de NVO.
- Voor toelating tot de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog), Orthopedagoog Generalist en Psychotherapeut moet je beschikken over een LOGO-verklaring (deze kun je aanvragen met de NVO-basisaantekening diagnostiek) bij de vereniging LOGO (https://www.vlogo.nl/categorie/logo-verklaring)

4. Richtlijn voor casusbeschrijving Diagnostiek

4.1 Vormvereisten: algemeen[3]

- Maximaal 6500 woorden per casus (excl. voorblad, bijlagen, literatuurlijst). NB: Het aantal woorden is vrijwel altijd toereikend, maar heel soms is casuïstiek zo complex dat het kan zijn dat 6500 woorden echt te weinig is. Overleg in dat geval met je docent of het redelijk is om iets meer woorden te gebruiken. De docent zal hierover dan een besluit nemen. Op de voorpagina wordt genoteerd dat de overschrijding van het aantal woorden toegestaan is door de docent.
- De bijlagen hebben een maximale omvang van 2500 woorden
- Lettertype Times New Roman, 12 punts, regelafstand 1.5
- Geanonimiseerd, d.w.z. ontdaan van **alle** herkenbare privacygevoelige gegevens (namen van cliënten en naasten, namen van scholen, instellingen etcetera).
- Geschreven in correct Nederlands en correct toepassen van de APA-richtlijnen (7e editie)
- Het pijlenschema mag als jpg-plaatje zijn ingevoegd (aantal woorden telt dan niet mee). Overige tabellen en dergelijke mogen *niet* als figuur ingevoegd worden!

4.2 Vormvereisten: onderdelen

- **Titelpagina**
- **A: Personalia**
  A.1: Persoonsgegevens
  A.2: Situatiegegevens
  A.3: Bijzonderheden
- **B: Aanmelding en intake**
  B.1: Aanmeldingsreden
  B.2a: Problemen en zorgen van de cliënt/cliëntsysteem
  B.2b: Positieve en beschermende factoren
  B.3a: Relevante voorgeschiedenis (ontwikkelingsanamnese)
  B.3b: Eerdere informele en formele hulp en effecten van deze maatregelen en hulp
  B.4: Attributies, verwachtingen, doelen en gewenste oplossingen
  B.5: Inschatten van de veiligheid
  B.6: Bepaling van de hulpvragen op basis van de aanmeld en intakefase
- **C: Probleemanalyse**
  C.1: Beschrijving en ordening van problemen in orthopedagogisch kader
  C.2: Clustering aspecten van de probleemsituatie
  C.3: Ernsttaxatie
  C.4: Inrichting van het diagnostisch onderzoek
- **D: Voorlopig pijlenschema**
- **E: Hypothesevorming en –toetsing**
  E.1. Drie soorten hypothesen
  E.2. Theorie (inclusief wetenschappelijke referenties)
  E.3 Operationaliseren in onderzoekshypothesen en –middelen
  E.4. Toetsing van de onderzoekshypothesen
- **F: Diagnostische conclusie / integratief beeld**
  F.1: Samenvatting en integratie van de onderzoeksresultaten
  F.2: Definitief pijlenschema
- **G: Advies en strekking van de interventie**
  G.1: Welke doelen worden geformuleerd

[3] Opdrachten die niet voldoen aan de vormvereisten zijn altijd onvoldoende

G.2: Wat zijn de opvoed- en onderwijsbehoeften
G.3: Welke interventies worden geadviseerd
G.4: Welke interventies zijn gekozen
G.5: Hoe is het advies tot stand gekomen

- **H: Reflectie op de casus en het diagnostisch proces**
  H.1: Reflectie op de casus
  H.2: Reflectie op de gevolgde werkwijze
  H.3: Reflectie op het eigen leerproces
- **Referenties**
- **Bijlagen**

4.3 Toelichting bij de casusbeschrijving Diagnostiek

Titelpagina

Neem de volgende tekst *letterlijk* over op de titelpagina:

Casusbeschrijving t.b.v. "diagnostic registration"
Masterprogramma Clinical Child Family and Education Studies
Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen
Universiteit Utrecht
Collegejaar 2023-2024

Naam:	……
Studentnummer:	……
Naam stagedocent UU:	……
Datum:	……
Casusnummer:	……
Versienummer:	……
Aantal woorden:[4]	……

A: Personalia

A.1 Persoonsgegevens en A.2 Situatiegegevens

Noteer de persoonsgegevens (A.1) en relevante situatiegegevens (A.2) om aan te geven welke persoon, in welke opvoedingssituatie het betreft. Ga na bij wie het ouderlijk gezag (c.q. mentorschap bij wilsonbekwame volwassen cliënten zoals mogelijk in het geval van mensen met een verstandelijke beperking) ligt. Je geeft ook aan wat de hulpverleningssetting is en of het om vrijwillige of gedwongen hulpverlening gaat.

A.3 Bijzonderheden

Geef hier die gezins- en omgevingsfactoren aan die een beeld geven van de context waarin de cliënt/cliëntsysteem opgroeit c.q. wordt opgevoed. Bijvoorbeeld, 'ouders zijn gescheiden', 'het gezin verkeert in financiële problemen', 'de relatie tussen ouders en de leerkracht is verstoord', 'ouders zijn in relatietherapie', maar ook 'oma is als belangrijke opvoeder bij het gezin betrokken'. Beschrijf hierbij vooral die factoren die relevant (kunnen) zijn voor verdere hulpverlening.

[4] In principe mag je het aantal woorden niet overschrijden. Als je denkt dat het voor jouw casus wel nodig is om dit maximum te overschrijden dan moet je daar eerst toestemming voor krijgen van je stagedocent.

VOORBEELD CASUS X

Let op: *Casus X wordt in deze richtlijn gebruikt om de stappen te illustreren. Het betreft geen volledig uitgewerkte casus! Het kan ook zijn dat in de voorbeeldcasus 'opeens' gegevens gepresenteerd worden die je nog niet eerder bent tegengekomen.*

A. Personalia

A.1: Persoonsgegevens

Naam:	X (jongen)
Geboortedatum:	17-4-2005
Leeftijd:	14j;11m

A.2: Situatiegegevens

Schooltype:	HAVO
Schoolverloop:	Bao 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; vwo 1; havo 1, 2
Gezinssamenstelling:	moeder (51 jaar, leerkracht basisonderwijs), zus (Y, 16 jaar), X, zusje (Z, 11 jaar); vader (50 jaar, loodgieter, woont in Turkije)
Woonomstandigheden:	thuis bij moeder en zussen
Culturele achtergrond:	Nederlands/Turks.
Ouderlijk gezag:	moeder
Aanvrager onderzoek:	moeder
Verwijzer:	huisarts
Eerdere hulp:	in 2011 heeft psychologisch onderzoek plaatsgevonden, in 2013 kreeg X fysiotherapie
Hulpverleningssetting:	Specialistische GGZ-instelling (vrijwillig)

A.3: Bijzonderheden

Vader en moeder zijn 10 jaar geleden gescheiden. Sindsdien is er geen contact meer met vader. *[verderop in de casusbeschrijving kan dan uitgewerkt worden wat de reden is dat er geen contact meer is met vader en hoe dit door het kind wordt beleefd]*

B: Aanmelding en Intake

De hulpverlening start altijd met de aanmeld en intakefase. Dit is ook de eerste stap als een kind al in zorg is (bijvoorbeeld als het opgroeit in een gezinshuis of als het op het speciaal basisonderwijs zit). Ouders kunnen de aanmelding doen, maar als je op een school werkt zal het misschien vaker een docent zijn die jou een vraag stelt. Ondanks dat er in sommige gevallen al een diagnose is vastgesteld, er is bijvoorbeeld eerder ASS of ADHD onderkend, start je met een intake. Immers, ook dan is er een reden waarom men jou als orthopedagoog op dit moment inschakelt[5]. Je verzamelt tijdens de intake informatie over wie het gaat. Stel jezelf de vraag: "Wie heeft er een probleem?" Dit kan het kind zelf zijn, maar vaak zijn het ook de ouders of de leerkrachten die handelingsverlegen zijn. Je probeert in de intake helder te krijgen welke problemen er allemaal zijn en zoekt naar indicaties die je hoort voor instandhoudende of verklarende factoren. Ook kijk je nadrukkelijk naar de beschermende factoren en de sterke kanten bij de cliënt en zijn/haar systeem.

Let op: Soms kan informatie onder meerdere kopjes inhoudelijk relevant zijn. Pas in dat geval op dat je informatie niet (onnodig) herhaalt, maar maak keuzes in waar je informatie (beknopter of uitgebreider) opneemt. Dit geldt voor alle onderdelen van de casusbeschrijving.

B.1: Aanmeldingsreden

Eerst wordt (kort) vermeld wie er aanmeldt (zijn dat beide ouders of is dat een docent of nog iemand anders) en *waarom* het cliëntsysteem op dit moment wordt aangemeld bij de betreffende hulpverleningsinstelling. *Eventueel* wordt geëxpliciteerd waarom *deze* cliënt met *deze* hulpvraag binnen *deze* hulpverleningsinstelling op zijn plek is (zie ook punt B.6). Geef aan wie er voor welk moment in de intakefase wordt uitgenodigd. Zo kan er in de intake met ouders, het kind zelf en met bijvoorbeeld docenten worden gesproken.

B.2.a: Problemen en zorgen van de cliënt/cliëntsysteem

Tijdens de intakefase wordt helder welke zorgen de cliënt/cliëntsysteem heeft. De zorgen worden geïnventariseerd, waarbij het gaat om de subjectieve beleving van de problemen door de cliënt/cliëntsysteem over het eigen gedrag en de beleving van de omgeving van het probleemgedrag. Daarbij kan het voorkomen dat betrokkenen, zoals ouders of leerkrachten, elkaar aanvullende of tegenstrijdige problemen ervaren. Het gaat immers om hun eigen waarneming en informatie.

Het beschrijven van de zorgen en problemen wordt zo goed mogelijk uitgevraagd tijdens het intakegesprek. Er wordt zo concreet mogelijk geïnventariseerd welke gedragingen zorgen baren en deze worden zo concreet mogelijk beschreven zonder verdere interpretatie. Geef duidelijk aan sinds wanneer de probleemgedragingen worden ervaren en in welke situaties en onder welke condities de gedragingen en interacties zich voordoen en wie daarbij betrokken zijn. Geef aan hoe de omgeving reageert op de situatie.

In sommige gevallen is het overzichtelijk om per informant te ordenen, terwijl het in andere gevallen juist handiger is de informatie thematisch te ordenen in je verslaglegging.

B.2.b: Positieve en beschermende factoren

Er wordt expliciet aandacht besteed aan positieve gedragingen en interacties en/of aan situaties en condities waarin de problematiek zich niet voordoet. Het is niet alleen voor de inhoud van het diagnostiektraject belangrijk om (juist) de positieve gedragingen en situaties te beschrijven, het doorvragen op deze aspecten heeft vaak ook een positief effect op de werkrelatie tussen diagnosticus en de cliënt en/of diens systeem. Soms zijn het zaken die

[5] Dit onderdeel sluit aan bij de fases van *aanmelding* en *klachtanalyse* in de Diagnostische Cyclus (De Bruyn et al., 2008; NVO richtlijn voor de casusbeschrijving), en bij de fases van *aanmelding* en *intake* in Handelingsgerichte Diagnostiek (Pameijer & Draaisma, 2011).

verteld worden, maar soms zijn het ook zaken die je observeert tijdens de intake. Bijvoorbeeld over hoe ouders en kind op elkaar reageren. De observatiegegevens zijn vanzelfsprekend ook van belang naast wat verteld is.

B.3.a: Relevante voorgeschiedenis (ontwikkelingsanamnese)

Geef een kort chronologisch overzicht van de ontwikkeling van de cliënt binnen de context van opvoeding, onderwijs en zorg weer (denk bij onderwijsleerproblemen ook aan een overzicht van de leerlingvolgsysteemgegevens). Uit de anamnese worden alleen die gegevens gebruikt die relevant worden geacht voor de probleemanalyse of de hypothesevorming in relatie tot de huidige problematiek en de daaruit voortvloeiende hulpvragen.

B.3.b: Eerdere informele en formele hulp en effecten van deze maatregelen en hulp

Geef kort aan wat ouders/verzorgers/begeleiders en/of de jeugdige zelf al hebben geprobeerd (informele hulp aan het kind) en wat daarvan het effect is geweest.
Beschrijf hier ook als er al eerder formele hulp is gezocht. Geef bijvoorbeeld een korte beschrijving van diagnostisch onderzoek en/of welke formele en informele hulp geboden is. Benoem hierbij wat de aard van de formele hulp was, waar deze op gericht was (bijvoorbeeld vaardigheidstraining of ouderbegeleiding), door wie ze werd aangeboden en met welk effect (wat werkt wel en niet?). Geef aan wanneer deze hulp plaatsvond en de cliënt en zijn/haar systeem de eerdere hulp heeft ervaren en hoe dat hun visie op de huidige hulpvraag beïnvloedt.

B.4: Attributies, verwachtingen, doelen en gewenste oplossingen

Om de hulpverlening daadwerkelijk af te kunnen stemmen op de hulpvragen en de problemen van de cliënt/cliëntsysteem is het van belang dat de orthopedagoog kennis heeft van de visie(s) van de cliënt/cliëntsysteem op de problematiek. Hiertoe moet expliciet naar de wensen, verwachtingen en attributies (wat ziet het cliëntsysteem als mogelijke verklaringen voor de problemen) gevraagd worden.

Verder vraag je in dit stadium naar wat het cliëntsysteem (niet) als mogelijke oplossingsrichtingen zodat je hier in het onderzoek en eindgesprek rekening mee houden en bij aan kan sluiten.

Let op: regelmatig hebben cliënten (bijvoorbeeld jongere, ouders en docent) een verschillende visie op de mogelijke verklaringen of ervaringen met eerdere hulp. Als hiervan sprake is, moet je dit expliciet aangeven. Geef het ook aan als dit invloed heeft op de verwachtingen ten aanzien van hulp.

B.5 Inschatten van de veiligheid

In sommige gevallen is de veiligheid van het kind niet gewaarborgd. Je moet daarom altijd aandacht aan dit thema besteden. Om te bepalen welke vervolgstappen noodzakelijk zijn kan er gebruik gemaakt worden van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

B.6: Bepaling van de hulpvragen op basis van de aanmeld en intakefase.

Beschrijf hier de hulpvragen die samen met de cliënt geformuleerd zijn in de aanmeld en intakefase. We spreken nadrukkelijk van samen met de cliënt. Zo kan het zijn dat een cliënt binnenkomt met de vraag: 'is er sprake van dyslexie', maar de orthopedagoog op basis van de intake ook denkt aan problemen in de taalontwikkeling en aan een negatief zelfbeeld als versterkende factor. In afstemming met de cliënt wordt de initiële hulpvraag die gesteld is bij de aanmelding dan verbreed. Het is wenselijk dat je de hulpvragen per betrokkene[6] ordent in een van de volgende drie categorieën (zie ook de Bruyn et al., 2008), omdat alle categorieën uitgewerkt moeten worden in de casusbeschrijving.

- *Onderkennende vragen (ODK)*: Hoe zijn de problemen te benoemen? Om welke type probleem en/of stoornis gaat het? Bij veel cliënten is er al eerder vastgesteld dat er bijvoorbeeld sprake is van een verstandelijke beperking, Autisme Spectrum Stoornis (ASS) of ADHD. Tenzij er twijfels over dat beeld zijn, hoef je dat niet opnieuw te onderzoeken. In dat geval benoem je het probleem waar nu hulp voor gezocht wordt.
- *Verklarende vragen (VKR)*: Waardoor worden de problemen veroorzaakt dan wel in stand gehouden? Welke factoren van de cliënt/cliëntsysteem *en* zijn sociale omgeving beïnvloeden deze problemen?
- *Indicerende vragen (IDC)*: hoe kunnen we deze cliënt/cliëntsysteem zo goed mogelijk ondersteunen? Welke vorm van begeleiding of behandeling is gewenst?

Let op: dit zijn nog niet (perse) de hulpvragen waar je je onderzoek op gaat richten in de casus. Dit bepaal je nadat je de probleemanalyse hebt doorlopen. In de probleemanalyse reflecteer je op op de hulpvragen en bepaal je welke hulpvragen wel en welke niet betrokken worden in het verdere onderzoek en waarom dit zo is.

VERVOLG VOORBEELD CASUS X

B: Aanmelding en intake

B.1: Aanmeldingsreden

X wordt aangemeld door de huisarts, omdat hij slechte studieresultaten behaalt, snel boos wordt en sombere gedachten heeft. Moeder wil graag weten wat er met X aan de hand is en hoe hij geholpen kan worden. Ook de mentor wil graag weten wat er aan de hand is en hoe ze X op school kunnen helpen. Voor het intakegesprek worden moeder en X samen uitgenodigd, vervolgens vindt telefonisch contact met de mentor plaats.

B.2a: Problemen en zorgen van de cliënt/cliëntsysteem[7]

Intake gesprek met moeder en X

Moeder maakt zich zorgen over […] *[et cetera; zorg dat de informatie hier volledig is maar beschrijf het beknopt en zonder verdere interpretatie]*. X geeft aan dat hij niet meer weet hoe hij zijn problemen moet aanpakken, dit geeft hem het idee dat hij de grip verliest, om zichzelf te reguleren gaat hij gamen. Dat helpt, omdat het nare gevoel dan weggaat. *[et cetera; weer volledig maar beknopt en zonder verdere interpretatie uitwerken]*.

Gesprek met de mentor

De mentor merkt op dat X erg chaotisch is en slordig werkt aan zijn schooltaken. Zo heeft hij […]. Daarnaast maakt ze zich zorgen over […].

[6] Soms hebben cliënten verschillende hulpvragen (bijvoorbeeld moeder heeft een hulpvraag die het kind of de mentor niet heeft): zorg in dat geval dat helder is van wie welke hulpvraag is.

[7] In sommige gevallen is het overzichtelijk om per informant te ordenen, terwijl het in andere gevallen juist handiger is de informatie thematisch te ordenen in je verslaglegging.

B.2b Positieve en beschermende factoren

Zowel moeder als X zelf geven aan dat hij minder last heeft van […] wanneer […]. Verder *[geef hier relevante positieve en/of beschermende factoren weer]*

B.3a en B.3b. Relevante voorgeschiedenis, genomen maatregelen en effecten

Uit de ontwikkelingsanamnese blijkt dat […] Moeder heeft eerder hulp gezocht bij […] en dat leidde tot […]

B.4: Attributies, verwachtingen, doelen en gewenste oplossingen

Moeder is bang dat […] en denkt dat hij misschien ADHD heeft. Moeder hoopt dat het huidige diagnostisch onderzoek (in tegenstelling tot eerder onderzoek toen X nog wat jonger was) nu wel […]

X wil meewerken aan het diagnostisch onderzoek en wil graag dat het weer beter met hem gaat (thuis en op school).

De mentor verwacht dat […] als er eenmaal […] als interventie is ingezet.

B.5: Inschatten van de veiligheid

Er lijken geen zorgen met betrekking tot de veiligheid.

B.6 : **Bepaling van de hulpvragen op basis van de aanmeld en intakefase.**

Uit de gesprekken met moeder, X en de mentor blijken de volgende hulpvragen:[8]

- Is er sprake van een leerachterstand? [ODK]
- Zo ja, hoe zijn de achterstanden ontstaan en waardoor worden ze in stand gehouden? [VKR]
- Welke aanpak op school en thuis is geïndiceerd om de leerachterstanden niet groter te laten worden of liever nog om ze te verminderen [IDC]
- Is er sprake van een concentratie en aandachtsprobleem dat eventueel benoemd kan worden als ADHD? [ODK]
- Zo ja, hoe kunnen dit probleem verklaard worden en waardoor worden ze versterkt? [VKR]
- Welke aanpak vraagt X thuis en op school
- Is er sprake van een stemmingsstoornis [ODK]
- Zo ja, hoe zijn deze stemmingsproblemen ontstaan? En hoe worden ze in stand gehouden?
- Welke aanpak op school en thuis is geïndiceerd om de stemmingsproblemen te verminderen? [INC]
- Hebben de leerachterstanden, de aandacht en concentratieproblemen en stemmingsproblemen een of meerdere onderliggende gemeenschappelijke factor die de problemen verklaard? En/of versterken de verschillende problemen elkaar? [VKR]
- Wat betekent de samenhang voor de aanpak van de verschillende problemen? [IDC]

Omdat binnen de instelling onvoldoende expertise is op het terrein van leerproblemen wordt nauw samengewerkt met de orthopedagoog van de school om de aard en de ernst van de leerproblemen vast te kunnen stellen.

[8] Soms hebben cliënten verschillende hulpvragen (bijvoorbeeld moeder heeft een hulpvraag die het kind of de mentor niet heeft), zorg in dat geval dat helder is van wie welke hulpvraag is.

C: Probleemanalyse

In de probleemanalyse worden de problemen die in de aanmelding en intake naar voren zijn gekomen geclusterd volgens de visie van de orthopedagoog. Het is een belangrijke stap voor de **inrichting van het daadwerkelijke diagnostisch onderzoek**.

Alle inhoudelijke informatie is dus binnen het hulpverleningsproces in de aanmeld en intakefase verzameld (onderdeel A, B1 tm B5 en sluit aan bij de vragen die bij B6 geformuleerd zijn) **die informatie hoef je dus niet of slechts heel beperkt te herhalen. In de fase van de probleemanalyse gaat het primair om het onderbouwen van de keuzes die je maakt in het inrichten van jouw diagnostisch onderzoek.** Je weegt op basis van literatuur af wat de aard en de ernst van de problemen zou kunnen zijn, aan welke verklaringen er gedacht wordt en welke aanknopingspunten voor handelen verder onderzocht moeten worden. Je stelt jezelf steeds de vraag: wat levert het de client op als ik deze informatie heb? Je gaat ook expliciet na of deze vragen binnen de huidige hulpverleningssetting kunnen worden beantwoord. Daarnaast overweeg je of de hulpvragen passend zijn voor de expertise van de discipline die het onderzoek uitvoert (dit is jouw stagebegeleider) of dat er expertise van een andere discipline noodzakelijk is. Zo kan het zijn dat je begeleider een Orthopedagoog Generalist is, maar dat er diagnostiek door een andere discipline gewenst is (bijvoorbeeld een psychiater, GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut, logopedist, fysiotherapeut). Indien er wordt samengewerkt met andere instellingen of binnen de setting met andere disciplines geef je expliciet aan hoe er samengewerkt wordt.

De stappen C1, C2 en C3 vormen de basis voor het komen tot een realistisch onderzoeksplan (C4), met andere woorden welke hypothesen worden wel (of juist niet) onderzocht en op basis van welke argumenten gebeurt dit?

De inhoud van de Probleemanalyse sluit aan bij de fase van *probleemanalyse* in de Diagnostische Cyclus (De Bruyn et al., 2008; NVO-richtlijn voor de casusbeschrijving), en bij de *strategiefase* in Handelingsgerichte Diagnostiek (Pameijer & Draaisma, 2011).

C.1:. Beschrijving en ordening van problemen in orthopedagogisch kader

Geef aan vanuit je rol als hulpverlener welke klachten (op basis van de intake en eventuele verkennende observatie), je als professional ziet als problemen waarvoor orthopedagogische zorg geïndiceerd is. Zo zullen ouders van een driejarige die soms driftbuien krijgt in de supermarkt dit misschien als problematisch zien, terwijl jij als professional concludeert dat dit gedrag nog binnen de normale ontwikkeling past. In een ander geval zal je driftbuien bij een driejarige misschien wel als problematisch inschatten en er wel verdere diagnostiek naar willen doen. Bijvoorbeeld omdat het erg frequent en in verschillende contexten voorkomt, je op basis van de intake de indruk hebt gekregen dat ouders zodanig op het gedrag reageren dat het erg bekrachtigd wordt en omdat je daarnaast tijdens de verkennende observatie ook gezien hebt dat het kind soms wel heel sterk reageert op prikkels uit de omgeving.

Let op: het is niet nodig dat in dit onderdeel een uitgebreide herhaling of samenvatting van de informatie uit het vorige onderdeel wordt gegeven. Zorg dus dat je hier beknopt en op meer overstijgend niveau (dan de concreter weergegeven klachten in de aanmelding en intake) de problemen weergeeft.

C.2: Clustering probleemgedragingen en risicofactoren

De beschrijving (C.1) wordt gevolgd door een clustering van de probleemgedragingen en positieve of beschermende factoren. Gedacht kan worden aan vrij globale clusters, bijvoorbeeld op basis van classificaties van stoornissen (zoals ADHD, depressie, sociale angststoornis), CBCL-categorieën (zoals somatische problemen, aandachtsproblemen, agressief gedrag) of andere clusters (zoals cognitief, motorisch, schools presteren, relationeel functioneren, emotioneel functioneren). Per cluster kun je relevante positieve of beschermende factoren opnemen. Zorg dat je duidelijk onderscheid maakt, bijvoorbeeld met een ‘+’ bij de positieve of beschermende factoren.

Let op: de clustering in de voorbeeldcasus is slechts **één** mogelijkheid om deze clustering te maken. Neem deze kopjes uit de clustering niet 'automatisch' over maar ga zelf na hoe specifiek je deze clustering het best weer kunt geven bij déze/dit cliënt/cliëntsysteem met déze probleemgedragingen. Voor de ene casus kunnen de CBCL-categorieën handig zijn voor de andere casus is dit niet passend en maak je andere clusters.

Naast de clustering van de probleemgedragingen geef je in een aparte tabel ook een clustering van risicofactoren. Voor zowel de clustering van probleem-gedragingen als risicofactoren geldt dat deze logisch moeten volgen uit de eerdere beschrijving van gedragingen. Er mag geen nieuwe, nog niet eerder in het verslag besproken, informatie in staan!

C.3: Ernsttaxatie

Schrijf een korte conclusie waarin je aangeeft wat de aard van de problematiek is en of het om een licht, matig of ernstig probleem gaat. Voor jeugdigen die in zorg komen is het wenselijk om standaard een algemene screeningslijst, zoals de CBCL/TRF/YSR[9], of bijvoorbeeld een SEV[10] of VOG[11], te laten invullen. Al deze lijsten geven aan wat de aard van het probleemgedrag is en of de problemen zich in het klinische bereik bevinden. De resultaten op de screeningslijsten zijn richtinggevend voor verdere hypothesevorming. De criteria van Rutter (1975; zoals vermeld in De Bruyn et al., 2008) gebruik je om een inschatting te maken van de ernst van de probleemsituatie.
De genoemde screeningslijsten kunnen eventueel ook als ROM-meting (Routine Outcome Montoring, meten van de voortgang) gebruikt worden, maar soms is een specifiekere maat beter. Dezelfde kanttekening kan gemaakt worden bij het gebruik van brede screeners als een cliënt al lang in zorg is (bijvoorbeeld al lang op een school voor speciaal onderwijs zit of als hij/zij bijvoorbeeld woont in gezinsvervangend tehuis omdat er sprake is van een ernstige verstandelijke beperking). De screener geeft dan misschien weinig nieuwe informatie over de ernst en de aard van de problemen. Een meer specifiek instrument of systematische observatie levert dan misschien wel meer informatie op. Niet onbelangrijk in deze discussie is of welke informatie het instrument oplevert (de baten) en wat het kost (het invullen van bijvoorbeeld een screeninglijst vraagt van de cliënt (of diens systeem) kan als heel veel worden ervaren door cliënten). Kortom, denk dus goed na over met welk doel je iets wil afnemen en of het middel antwoord geeft op die vraag.

C.4: Inrichting van het diagnostisch onderzoek

Weeg af welke hypothesen die onderzocht gaan worden binnen het huidige onderzoek, welke hypothesen 'on hold' worden gezet en welke hypothesen die door anderen onderzocht moeten worden. Maak helder hoe je tot je besluiten bent gekomen.

Onderbouw het volgende

1) Welke hulpvragen en bijbehorende hypothesen ga je **onderzoeken** in deze casus en wat kan deze informatie opleveren voor de planning van verdere hulpverlening (bijvoorbeeld, als we weten dat er sprake is van ADHD dan kan er op basis van xxx overwogen worden of medicatie een reële optie is).
2) Geef ook beargumenteerd aan welke hypothesen je ***niet* gaat onderzoeken,** bijvoorbeeld omdat er te weinig indicaties zijn, het weinig relevant lijkt voor de klachten die de cliënt verwoordt of omdat er geen expertise is om het te onderzoeken
3) **Hoe** verhouden jouw keuzes zich tot de zorgen die de cliënt/ het cliëntsysteem hebben aangegeven bij de aanmelding en de intake?

[9] Child Behavior Checklist [CBCL], Youth Self Report [YSR] en Teacher Report Form [TRF] (Verhulst & van der Ende, 2013)
[10] Sociaal-Emotionele Vragenlijst ([SEV]; Scholte & van der Ploeg, 2018)
[11] Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag ([VOG]; Koot & Dekker, 2001)

Vergeet daarom niet: de orthopedagoog stelt vast in hoeverre de resultaten van de probleemanalyse corresponderen met de klachten zoals beleefd door de cliënt/cliëntsysteem. In het geval dat de probleemanalyse resulteert in een nog **niet** eerder met de cliënt/cliëntsysteem besproken hypothese dan moet je hierover in overleg gaan met de cliënt/cliëntsysteem en tot consensus komen alvorens de hypothese daadwerkelijk te gaan onderzoeken.

VERVOLG VAN VOORBEELD CASUS X:

C. Probleemanalyse

C.1: Beschrijving en ordening van problemen in orthopedagogisch kader

In het intakegesprek komt naar voren dat X thuis en op school last heeft van […]. Ook tijdens het intakegesprek en een observatie in de klas wordt gezien dat hij […]. Deze problemen zijn volgens X begonnen sinds de start op de middelbare school. Moeder probeert hem vaak te helpen met huiswerk, maar dit werkt averechts. Tijdens een observatie thuis blijkt dat het probleemgedrag door moeder bekrachtigd wordt, […] (zie ook de Functie Analyse in de bijlagen). *[et cetera, volledig maar beknopt weergeven van de problemen]*

C.2: Clustering van probleemgedragingen en risicofactoren

Probleemgedragingen, inclusief positieve/beschermende factoren (+)		
aandacht en werkhouding	schools functioneren	relationeel en emotioneel functioneren
- Snel afgeleid - Moeite taken te starten - Moeite taken zelfstandig af te maken - Traag werktempo - Vergeet (school)spullen - Veel wiebelen - (+) geconcentreerd bij gamen en sport (Kempo)	- Ernstig schoolverzuim (min. 1 dag per week) - Leidt klasgenoten af, verstoort de les - Slechte fijne motoriek en handschrift - slechte schoolresultaten	- Roept thuis negatieve reacties op door chaotische gedrag - Veel conflicten met moeder over schoolwerk - Teruggetrokken - Snel boos - Snel gespannen - (+) heeft 2 vrienden in de klas

risicofactoren	
medisch functioneren	genetisch
- Ernstige hooikoorts - Snel en vaak vermoeid	- Neefjes (m.z.) en tante (m.z.) van X hebben ADHD

C.3: Ernsttaxatie

In onderstaande tabel zijn de relevante resultaten op de afgenomen screeningslijsten beknopt weergegeven (zie de bijlagen voor volledige resultaten).

Instrument	Moeder	X	Mentor
CBCL, YSR, TRF	- Totaal: klinisch - Ext.: klinisch - Int.: klinisch - Aand.probl.: klinisch	- Totaal: klinisch - Ext.: subklinisch - Int.: klinisch - Aand.probl.: klinisch	- Totaal: klinisch - Ext.: klinisch - Int.: subklinisch - Aand.probl.: klinisch
SEV	- Aand.tekort: klinisch hoog - Angst alg.: subklinisch - Sociale angst: klinisch		- Aand.tekort: klinisch - Sociale angst: normaal-hoog

Aan de hand van de criteria van Rutter (1975, zoals vermeld in De Bruyn et al., 2008) is een inschatting van de ernst van de problemen gemaakt. Het blijkt dat *[loop de criteria systematisch één voor één na]*. Op basis van zowel de screeninglijsten als de criteria van Rutter kan geconcludeerd worden dat er sprake is van ernstige problematiek.

C.4: Inrichting van het diagnostisch onderzoek

[Geef van alle hulpvragen (zoals opgesteld bij B.7 en afgewogen in C 1,2 en 3) beargumenteerd aan of je deze verder gaat onderzoeken of niet. Formuleer bij verder te onderzoeken hulpvragen ook de bijbehorende hypothesen]

D: Voorlopig pijlenschema

Het pijlenschema geeft zicht op de onderlinge samenhang tussen de verschillende probleemgedragingen en de verklaringen. Onder andere het model van Morton (2004) is hiervoor geschikt, maar er zijn ook andere modellen die je kunt toepassen. Bespreek met je stagebegeleider of stagedocent of een ander model misschien ook mogelijk is. Het pijlenschema is primair bedoeld om alle informatie die er ligt te ordenen en verklaringen (in de persoon en in diens omgeving) voor probleemgedrag te identificeren. Het blijft (ook voor ervaren orthopedagogen) vaak een hele puzzel om helder te krijgen hoe problemen zouden kunnen samenhangen.

Het model van Morton is besproken in het vak Diagnostiek in de Bachelor Pedagogische Wetenschappen (UU). Bekijk je aantekeningen van destijds nog eens door. In het model wordt een onderscheid gemaakt tussen drie verschillende verklaringsniveaus: **biologisch**, **cognitief-affectief** en **omgeving**. Wat je probeert te verklaren is het probleem**gedrag**. Met *verklaren* bedoelen we dat je inzicht wilt krijgen in de factoren die het probleemgedrag beïnvloeden, in die zin dat je wilt weten welke factoren het (probleem)gedrag verergeren of in stand houden. Echte verklaringen in termen van causaliteit zijn meestal moeilijk te onderzoeken. Voor het diagnostisch onderzoek is het relevant of deze factoren zelf eventueel te beïnvloeden zijn door ze weg te nemen, te veranderen, of te verminderen (zie ook punt E over de veranderingsgerichte hypothesen).

Je begint met het definiëren van het probleemgedrag. Met **gedrag** kunnen bijvoorbeeld de probleemgedragingen zoals waargenomen of genoemd worden tijdens de intake in de klacht- en probleemanalyse. Hierbij kunnen probleemgedragingen die een bepaalde samenhang vertonen en/of doen denken aan een bepaalde stoornis geclusterd worden weergegeven.

Vervolgens zet je de verklaringen waar je indicaties voor hebt in het schema. Deze kunnen binnen de persoon op twee niveaus liggen: Het **cognitief-affectieve niveau** verwijst naar cognitieve functies, zoals geheugen, aandacht, snelheid van informatieverwerking, planning, het onderdrukken van impulsen, enzovoorts. Maar ook naar cognitief-affectieve processen, zoals kern-opvattingen (oa. over jezelf, de ander, wereld en toekomst), onhandige gedachten, competentiebeleving, verwachtingen of persoonlijkheidskenmerken. Met andere woorden op het cognitief-affectieve niveau zitten die factoren die je vaak moet testen of expliciet moet uitvragen. Het biologisch niveau en het cognitief-affectieve niveau. Het **biologische niveau** verwijst naar aanlegfactoren en naar fysiologische processen. Het biologisch niveau kan niet worden onderzocht door een orthopedagoog. Je kunt wel hypotheses genereren over bijvoorbeeld temperament of aanleg, maar je kunt bijvoorbeeld geen genetisch onderzoek doen.

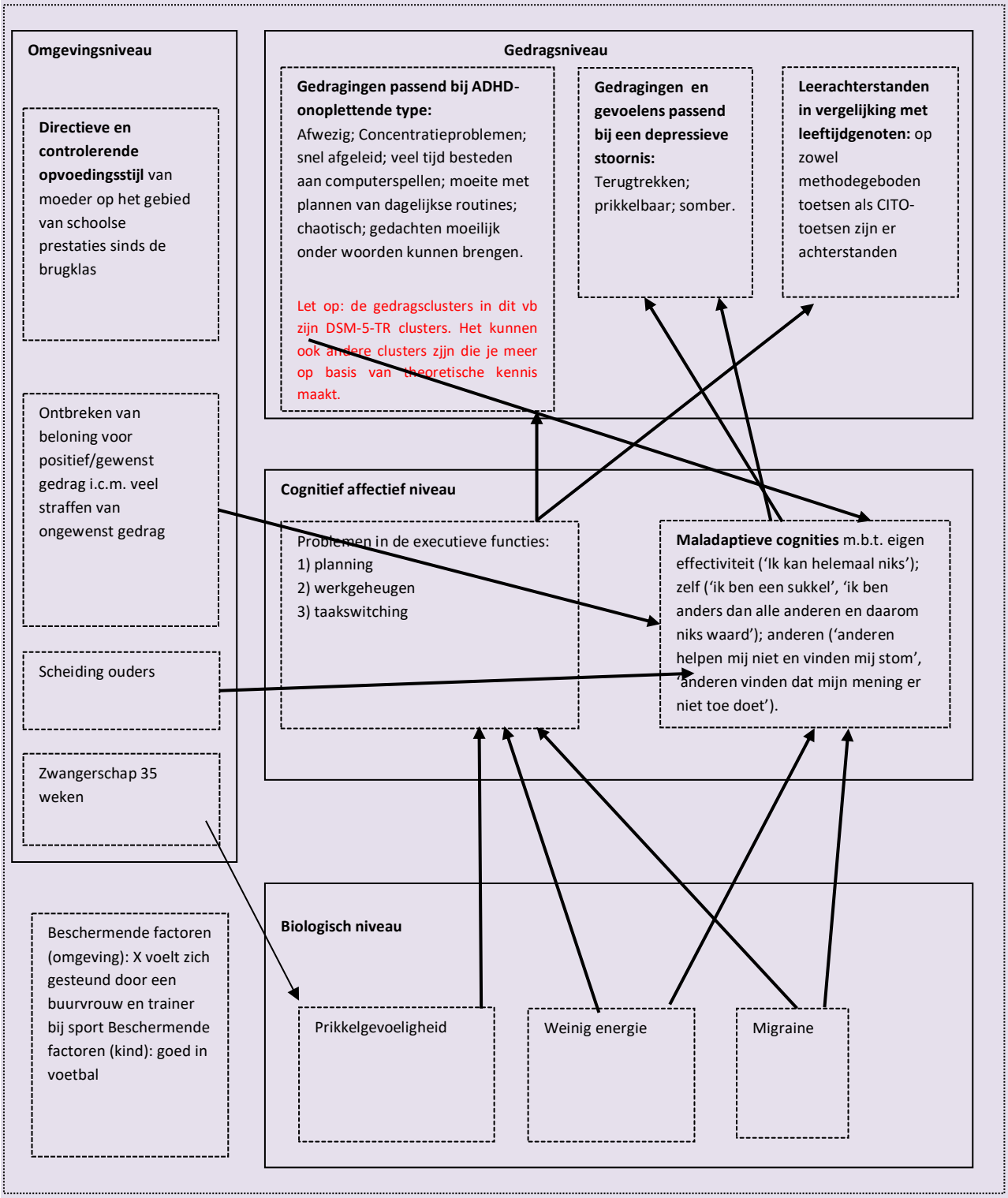
Het derde verklaringsniveau, de **omgeving** heeft in principe geen directe invloed op het gedrag. Omstandigheden in het nu of in de levensloop van het kind kunnen de basisbehoeften van een kind frustreren of hebben gefrustreerd. Het kind kan hierdoor (impliciet) irreële ideeën (maladaptieve cognities of anders gezegd onhandige gedachten) over zichzelf, anderen, de wereld en toekomst hebben ontwikkeld. Deze ideeën kunnen ten grondslag liggen aan bepaald probleemgedrag. Als je denkt dat je een sukkel bent dan zul je je waarschijnlijk somber voelen en je terugtrekken. Onhandige gedachten en inadequate coping hangen vaak samen. Onhandige coping is vaak een manier waarmee het kind zich probeert staande te houden. Inadequate coping kan gedrag zijn wat tegengesteld is aan het idee over zichzelf, we noemen dit overcompensatie (bazig doen omdat je nauwelijks grip ervaart), vermijdingsgedrag om pijnlijke confrontatie met het impliciete idee over zichzelf uit de weg te gaan, of overgavegedrag waarbij het kind zich gedraagt conform het impliciete idee van zichzelf (passief hulpeloos gedrag bij het idee zelf niks te kunnen beïnvloeden). De pijl van omgeving verloopt dus **altijd** via het cognitief-affectieve niveau naar gedrag. Zowel operante als klassieke conditionering verlopen immers via het principe dat je iets verwacht en daarom bepaald gedrag laat zien.

Biologische processen, cognitief-affectieve processen en gedrag beïnvloeden elkaar en beïnvloeden ook de omgeving. Het model maakt ook duidelijk dat onderkennende hypothesen en classificaties (slechts) uitspraken zijn over hoe we gedrag benoemen. Of anders gezegd: we hebben met elkaar afgesproken dat bepaalde gedragingen die samen voorkomen te benoemen als ADHD, of ASS of een persoonlijkheidsstoornis. Deze afspraken liggen vast in classificatiesystemen zoals de DSM-5-TR en zijn aan voortdurende updates onderhevig. **Classificaties zijn nooit verklaringen zijn voor het gedrag.** Dus de uitspraak ‘dit kind praat nauwelijks omdat het autisme heeft’ of ‘dit kind is snel afgeleid omdat hij ADHD heeft’ is een nietszeggende uitspraak.

Indien gewenst kan het voorlopig pijlenschema kort worden toegelicht (in woorden en/of met referenties). De onderlinge verhouding tussen diverse hypothesen kan hiermee verder worden verduidelijkt.

VERVOLG VOORBEELD CASUS X [12]:

D: Voorlopig pijlenschema



[12] Let op: de gedragsclusters in dit voorbeeld zijn DSM-5-TR clusters. Het kunnen ook clusters zijn die je meer op basis van theoretische kennis maak.

E: Hypothesevorming en toetsing

a. Drie soorten hypothesen

Er zijn drie soorten hypothesen:

- Onderkennende hypothesen (classificatie; OND)
- Verklaringsgerichte hypothesen (VKL)
- Veranderingsgerichte hypothesen (VER)

Indien je wilt dat je casusbeschrijving in aanmerking komt voor de basisaantekening diagnostiek van de NVO moeten er **meerdere verklarende en/of veranderingsgerichte hypothesen** worden opgesteld. Dit betekent dat er niet alleen op gedragsniveau onderzoek kan worden gedaan.

Voordat een hypothese geformuleerd en onderzocht wordt, ga je na wat de indicaties en contra-indicaties zijn voor de door jou op basis van theorie opgevoerde conditie. Bij elke hypothese wordt expliciet aangegeven wat er voor en tegen de hypothese spreekt (de indicaties en contra-indicaties). Indicaties zijn alle gedragingen, symptomen, factoren en condities die de hypothese ondersteunen, contra-indicaties zijn strijdig met de hypothese. Indicaties en contra-indicaties worden apart benoemd en gewogen. Dit leidt tot de beslissing of een hypothese daadwerkelijk onderzocht zal worden. De indicaties en contra-indicaties zijn gebaseerd op de informatie uit de fasen van aanmelding, intake en probleemanalyse.

Met een **onderkennende hypothese** (‘er is sprake van classificatie a’) cluster je problemen volgens algemeen aanvaarde classificatiesystemen (DSM-5-TR, ICD-10[13], DC 0-3R[14], DM-ID[15], CAP-J[16]). Met de clustering geef je aan dat je een samenhang ziet in een cluster van symptomen, bijvoorbeeld passend binnen ADHD of een depressieve stoornis. Problemen die je eerder al hebt benoemd worden dus samengenomen in één of meer clusters. Zo kan boosheid een symptoom zijn van een depressie, maar ook van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Het benoemen van de clusters, ofwel voorlopige diagnoses, is dus de eerste stap in deze fase. Toetsing van de hypothese moet bevestigen welke voorlopige classificaties standhouden en welke er afvallen. Zie de tabel in het vervolg van de voorbeeldcasus voor een voorbeeld hoe de clustering weergegeven kan worden in de casusbeschrijving.

Niet elk probleemgedrag hoeft te duiden op een DSM-5 classificatie. Het moet wel duidelijk zijn of er sprake is van een probleem. Indien hier twijfels over zijn, omdat betrokkenen een verschil in perceptie hebben (bijvoorbeeld leerkracht vindt het kind niet faalangstig, ouders wel, scores op CBCL, YSR en TRF lopen erg uiteen) moet er wel een onderkennende hypothese geformuleerd worden (bijvoorbeeld ‘er is sprake van faalangst’).

Het classificeren van gedrag is niet genoeg. Cliënten willen immers niet alleen weten hoe een probleem benoemd kan worden en wat de prognose is, maar juist ook hoe problemen kunnen afnemen. Om antwoord te kunnen geven op deze vraag is het noodzakelijk verklarings- en veranderingsgerichte hypothesen op te stellen. Ook de aspecifieke problemen dienen zoveel mogelijk te worden verklaard. Sommige kinderen met autisme kunnen bijvoorbeeld zeer angstig zijn of erg agressief. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de agressie voortkomt uit de angsten van het kind. Deze problemen kunnen ook uitgelokt worden door prikkels in de omgeving.

Een **verklaringsgerichte hypothese** onderzoekt een potentiële verklaring van het probleem (‘gedrag x wordt verklaard door conditie a’). Dat betekent dat een hypothese een probleem (gedrag) beschrijft inclusief de verklarende factoren of condities en de richting van de verklaring of de samenhang. Een verklaringsgerichte

[13] Classificatiesysteem voor ziekten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

[14] Gebruikt bij jonge kinderen.

[15] Gebruikt in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

[16] Door NJI ontwikkeld classificatiesysteem voor opvoed- en opgroeiproblemen (Classificatiesysteem voor de Aard van de Problematiek van Jeugd)

hypothese geeft antwoord op de vraag: *is er een verklaring voor het ontstaan van het probleemgedrag en/of hoe wordt het probleemgedrag in stand gehouden?* Condities kunnen in het kind zelf liggen, maar ook vaak in de omgeving waarin het probleemgedrag zich voordoet (let op, dat is nooit rechtstreeks van omgeving naar gedrag, zie hierboven). Gezien het transactionele kader waarin de casus moet zijn ingebed, wordt verwacht dat je altijd minimaal één verklarende conditie opvoert vanuit de opvoedings-, onderwijs- en/of groepscontext. Richt je bij het zoeken naar verklaringen in eerste instantie op beïnvloedbare factoren in de opvoedings-, onderwijs-, of leef/groepscontext. Je kunt bij het verklaren van gedrag bijvoorbeeld ook gebruik maken van analysemodellen uit de leertheorie (functieanalyse, betekenisanalyse[17]).

Een **veranderingsgerichte hypothese** onderzoekt de potentiële veranderbaarheid, het groeipotentieel, de invloed van externe condities en de mogelijkheid om gebruik te maken van protectieve factoren, bepaalde interventietechnieken of werkzame principes (‘als interventie a wordt ingezet dan zal gedrag x verminderen/veranderen’). Door externe condities te manipuleren en vervolgens de reactie van het cliëntsysteem te observeren binnen een van tevoren vastgestelde tijdslimiet kan de invloed van externe condities worden bepaald. Een veranderingsgerichte hypothese is vooral prospectief en geeft aanwijzingen voor interventie: *hoe wordt het probleem beïnvloed en hoe wordt veranderbaarheid benut*? Door vooraf goed na te gaan onder welke condities het probleemgedrag zich voordoet of juist niet voordoet en welke gevolgen bekrachtigend zijn voor instandhouding van dit gedrag kan een veranderingsgerichte hypothese opgesteld worden. Hierbij kun je bijvoorbeeld ook gebruik maken van functieanalyses en van de wondervragen uit het oplossingsgericht werken. Het toetsen van een veranderingsgerichte hypothese zal niet binnen alle stages even gemakkelijk zijn, omdat niet binnen elke setting mogelijkheid is om externe condities te manipuleren en reacties te observeren.

Het onderscheid tussen verklarings- en veranderingsgerichte hypotheses is niet altijd even duidelijk. Een veranderingsgerichte hypothese is namelijk ook altijd verklarend, maar een verklaringsgerichte hypothese is niet altijd veranderingsgericht. In de voorbeeldcasus is een verklaringsgerichte hypothese opgenomen, namelijk of de somberheid van X in stand wordt gehouden door negatieve cognities (verklarende conditie). De hypothese is niet veranderingsgericht, omdat niet getoetst wordt in hoeverre de somberheid afneemt door het *veranderen* van zijn cognities (manipuleren van de conditie). Een voorbeeld van een veranderingsgerichte hypothese zou hier kunnen zijn “na behandelsessie(s) gericht op het veranderen van de negatieve cognities over zichzelf en zijn eigen effectiviteit zijn de sombere gevoelens van X verminderd”. Deze veranderingsgerichte hypothese is *ook* verklaringsgericht, want als de sombere gevoelens inderdaad verminderen zijn de negatieve cognities waarschijnlijk een verklarende conditie geweest. Andere voorbeelden van veranderingsgerichte hypotheses zijn bijvoorbeeld het inzetten van een bepaalde aanpak op school of thuis, het bieden van meer structuur (nader specificeren), het aanbieden van visuele ondersteuning et cetera. Het gaat erom dat een interventie of (klein) ‘experiment’ wordt ingezet en vervolgens wordt geobserveerd wat het effect ervan op het (probleem)gedrag is. Dat kunnen grotere interventies voor langere periode zijn, maar ook hele kleine interventies die zelf binnen één onderzoeksmoment uitgevoerd kunnen worden.

Omdat het toetsen van een veranderingsgerichte hypothese niet binnen alle stages even gemakkelijk zal zijn volstaat in dat geval het opnemen van enkel verklaringsgerichte, en geen veranderingsgerichte, hypotheses. Een vereiste is dan wel dat ten minste één verklaringsgerichte hypothese wel handvatten oplevert voor advisering en/of interventie(s) en dus wel *handelings*gericht is (zoals bij de verklaringsgerichte hypothese in de voorbeeldcasus het geval is).

[17] Zie voor meer informatie over o.a. functie- en betekenisanalyse bijvoorbeeld de boeken van Prins, Bosch en Braet (2018) en Korrelboom en Ten Broeke (2014).

De functie-analyse als veranderingsgerichte hypothese?
Het opstellen van een functie-analyse (FA) is een veel gevallen een bruikbare manier om duidelijk te maken in welke situatie het problematische gedrag zich voordoet (de Sd) en welke verwachte positieve en daadwerkelijke negatieve consequenties het gedrag heeft. De FA geeft daarmee richting aan interventies.
In de (voorlopige) FA kan worden aangegeven hoe de bekrachtiging van probleemgedrag werkt (gebruik hiervoor de notering die vanuit de leertheorie gebruikelijk is: +S+, +S-, -S+, -S-, 0S+ en 0S-). De voorlopige FA kan worden gebaseerd op informatie die is verzameld tijdens een intakegesprek. Tijdens een systematische observatie (bijvoorbeeld in het gezin, in de klas of op de leefgroep) door de diagnosticus of door de client zelf op basis van een observatieopdracht kan de FA worden verfijnd en verder worden getoetst. De definitieve FA geeft daarmee concrete handvatten voor het handelen. In de zorg voor mensen met een ernstige verstandelijke beperking zal de FA een belangrijke onderzoekmethode zijn, omdat het zicht kan geven welke bekrachtigende factoren er zijn.

Neem in je casusbeschrijving bij voorkeur minimaal 1 FA op of onderbouw waarom in dit geval het opstellen van een FA niet mogelijk is.

b. Theorie (inclusief wetenschappelijke referenties)

Geef bij iedere *onderkennende hypothese* aan welk classificatiesysteem wordt gebruikt (bijvoorbeeld DSM-5). Geef voor *verklarings- en veranderingsgerichte hypothesen* de theoretische onderbouwing (richtlijn is tenminste 2 wetenschappelijke referenties). Je benoemt kort het wetenschappelijk kader en de kernconcepten. Je legt de link tussen de specifieke klinische informatie, het wetenschappelijke kennisbestand en de verklarende factoren.

c. Operationaliseren in onderzoekshypothesen en -middelen

De onderkennende, verklarings- en veranderingsgerichte hypothesen zijn niet altijd direct te onderzoeken. De hypothesen moeten geformuleerd worden als empirisch onderzoekbare stellingen; *onderzoekshypothesen*.

Bij iedere onderzoekshypothese wordt aangegeven welke instrumenten en/of middelen worden gebruikt om de onderzoekshypothese te toetsen. Soms kun je de onderzoekshypothese met één onderzoeksmiddel onderzoeken, maar vaak heb je meerdere middelen nodig. Bij de keuze voor een onderzoeksmiddel wordt in de eerste plaats gelet op de psychometrische kwaliteiten (denk aan COTAN; zie eerder). De psychometrische kwaliteiten hoeven niet expliciet beschreven te worden in de casusbeschrijving maar zorg dat je goed geïnformeerd bent over o.a. de betrouwbaarheid en validiteit van onderzoeksmiddelen. Let daarbij wel altijd goed op of de instrumenten ook bruikbaar zijn bij *deze* cliënt. Dit geldt in het bijzonder voor cliënten met een verstandelijke beperking, waarvoor maar weinig instrumenten zijn ontwikkeld en genormeerd. Geef in dergelijke gevallen altijd een onderbouwing, waarin je niet alleen aangeeft waarom je (toch) voor dit instrument en deze normtabel hebt gekozen, maar ook wat dit betekent voor de interpretatie en waarde van de resultaten.

In sommige gevallen (zie ook reflectie gevolgde werkwijze verderop) moet je wellicht terugkomen op (achteraf gezien) de geschiktheid van de onderzoeksmiddelen voor de onderzochte onderzoekshypothesen. Er mag ook -mits onderbouwd- voor alternatieve onderzoeksmiddelen worden gekozen. Denk bijvoorbeeld aan systematische gedragsobservatie, een aanvullend gesprek of interview, speldiagnostiek, projectief materiaal of tekeningen.

Tot slot wordt voor ieder onderzoeksmiddel dat gebruikt wordt om een onderzoekshypothese te toetsen het toetsingscriterium genoemd. Dit zijn de te verwachten waarden, scores en/of beschrijvingen (bijv. scores op tests en vragenlijsten, gedragsbeschrijvingen bij observaties en antwoorden bij interviews) waarbij de hypothese wordt **aangenomen**.

De bedoeling is dat het onderzoek een meerwaarde heeft. Je kunt dit checken door jezelf de vraag te stellen “als ik A weet, dan helpt dat mijn cliënt door…”. Richt het onderzoek zo in dat je onderzoekshypothesen kunt verwerpen of aannemen. Slechts in uitzonderlijke gevallen houd je een onderzoekshypothese aan. Als een

onderzoekshypothese toch moet worden aangehouden geef je aan wat er nog verder moet gebeuren om *wel* tot een keuze te komen.
Bij tegenstrijdige resultaten moet je:

- óf beargumenteren hoe je wel tot een keuze komt (bijvoorbeeld, je blijkt door omstandigheden iets anders te hebben gemeten dan je van plan was; namelijk de conditie en je laat 1 van de testmiddelen zwaarder wegen).
- óf aangeven wat je nog zou moeten doen om wel tot een keuze te komen.

d. Toetsing van de onderzoekshypothesen

Per onderzoekshypothese worden resultaten beknopt gepresenteerd. In de bijlagen kun je e.e.a. eventueel gedetailleerder weergeven. In de samenvatting van de resultaten worden in ieder geval die gegevens opgenomen die van belang zijn voor het aannemen, aanhouden, dan wel verwerpen van de onderzoekshypothese. Je vermeldt steeds of de betreffende onderzoekshypothese aangenomen, dan wel verworpen is en alleen als het *echt niet anders* kan aangehouden wordt.

VERVOLG VOORBEELD CASUS X:

Let op: *de hypothesevorming is in dit voorbeeld beperkt gehouden en niet volledig. Er wordt één voorbeeld gegeven van een onderkennende en één van een verklaringsgerichte hypothese terwijl meer hypothesen passend zijn.*

E: Hypothesevorming en toetsing

Hypothese 1 (onderkennend): Er is sprake van een Depressieve stoornis (classificatiesysteem: DSM-5).

Gedragingen zoals aangegeven door diverse informanten (zie Tabel 2).

Tabel 2 DSM-5 criteria Depressieve stoornis [18]

DSM-5 criteria	Gedragingen (indicaties)	Informant	Bron
Depressieve stemming of prikkelbare stemming, grootste deel v/d dag, bijna elke dag	Somber, trekt zich terug, heeft dagelijks conflicten met moeder, concrete gedachten aan zelfdoding	Moeder, X	Intakegesprek, SEV, Gesprek mentor
Duidelijke vermindering van interesse of plezier *	Sombere houding, trekt zich terug op slaapkamer, veel tijd besteden aan computerspellen, vindt het thuis en op school niet leuk	Moeder, X, Mentor	Intakegesprek, SEV
Gewichtsvermindering of achterblijvende gewichtstoename bij groei **			
Slaapproblemen (te veel of te weinig slapen)	Inslaapproblemen, dagelijkse gevoelens van vermoeidheid	Moeder, X	Intakegesprek
Rusteloosheid of remming/vertraagdheid	Traag werktempo, te laat komen op school door traag fietsen, traag reageren op vragen in gesprek	Moeder, X, Mentor	Intakegesprek, Gesprek mentor
Concentratieproblemen ***	Kan zich niet op taak concentreren, droomt weg, vergeetachtig	Moeder, X, Mentor	Intakegesprek, SEV, Gesprek mentor

Contra-indicaties: * lijkt te genieten van bepaalde dingen (bijvoorbeeld met vrienden); ** eet goed; *** kan zich in sommige situaties wel goed concentreren.

Onderzoekshypothese: Er is sprake van een Depressieve stoornis.
Onderzoeksmiddelen: CDI-2[19], SCID-5 Junior[20], observatie tijdens onderzoek.
Toetsingscriterium: Indicatiecriteria (zie bijlage 2) volgens de DSM-5 (APA, 2013), zoals blijkt uit de SCID-5 Junior en observatie tijdens onderzoek. Score van minimaal xx punten op de CDI-2.
Resultaten: Op de CDI-2 scoort X 20 punten. Tijdens het onderzoek gedraagt X zich teruggetrokken en timide. Hij moet lang nadenken voordat hij een antwoord geeft en is geneigd om te zeggen dat hij iets niet weet. X oogt

[18] **LET OP**: in dit voorbeeld zijn niet alle criteria uitgewerkt. Zorg ervoor dat, als je de criteria in de DSM-5 (of een ander classificatiesysteem) gebruikt, je goed op de hoogte bent van alle geldende criteria.
[19] Children's Depression Inventory-2 ([CDI-2] Bodden, Braet & Stikkelbroek, 2016)
[20] Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 stoornissen ([SCID-5 Junior] Braet, Wante, Bögels, & Roelofs, 2015)

somber, heeft een witte gelaatskleur met wallen onder zijn ogen. Hij gaapt regelmatig tijdens het onderzoek en vertelt dat hij altijd erg moe is. Uit het semigestructureerd interview blijkt dat […]
Conclusie: De onderzoekshypothese wordt op grond van deze resultaten aangenomen. Er is sprake van een depressieve stoornis.

Hypothese 2 (verklaringsgericht): De sombere gevoelens en de problemen van X met het uitvoeren van (schoolse) taken worden in stand gehouden door negatieve cognities over zichzelf en zijn eigen effectiviteit.

Theoretisch kader: Uit onderzoek blijkt dat depressieve jongeren meer niet-helpende (negatieve) gedachten hebben over onder meer zichzelf en dat deze maladaptieve cognities een rol spelen in het blijven voortbestaan van de problemen (auteurs; jaartal). Ook een negatieve competentiebeleving blijkt gerelateerd aan meer depressie gerelateerde symptomen, en daarnaast aan concentratieproblemen en verminderde schoolprestaties (auteurs, jaartal). Indien deze negatieve cognities aanwezig zijn, is dit een belangrijk aangrijppunt voor handelen (auteurs, jaartal; auteurs, jaartal).
Wat spreekt er voor (indicaties):

- X klaagt dat niks lukt en dat hij er helemaal alleen voor staat
- X geeft aan dat al zijn inspanningen niks opleveren
- X geeft aan niet te weten waarom het vroeger wel beter ging met studeren

Wat spreekt er tegen (contra-indicaties):

- X geeft aan een aantal goede vrienden te hebben, die hem waarderen om zijn betrouwbaarheid
- X geeft aan dat hij met geschiedenistoetsen wel weet hoe hij het moet aanpakken
- X geeft aan dat de mentrix hem wel vaker helpt

Onderzoekshypothese 2.1: Er is sprake van lage competentiebeleving op het gebied van schoolvaardigheden.
Onderzoeksmiddelen: CBSA [21], SVL [22], het gespreksgedeelte van het SCICA [23] over o.a. de beleving van de eigen competenties.
Toetsingscriteria: Er is sprake van aantoonbare lage beleving van eigen competenties als de score op de schaal schoolvaardigheden van de CBSA lager is dan het 15^{e} percentiel. Op de SVL moeten de scores op de schaal Motivatie en Welbevinden in het klinisch gebied liggen. Aanvullend wordt gebruik gemaakt van kwalitatieve beoordeling van de antwoorden op de vragen van de SCICA waarbij sprake moet zijn van antwoorden waaruit overwegend negatief over het eigen functioneren gesproken wordt.
Resultaten: Score op de schaal schoolvaardigheden van de CBSA ligt op gemiddeld niveau, aan de ondergrens (percentiel 19). Uit de SVL komt naar voren dat X de schoolse situatie niet als plezierig ervaart. Hij scoort op alle schalen, waaronder de schalen Motivatie en Welbevinden, in het klinisch gebied. Op de vragen van de SCICA werden antwoorden gegeven door X waaruit een overwegend negatieve beoordeling van het eigen functioneren spreekt.
Conclusie: Onderzoekshypothese 2.1 wordt aangenomen. Hoewel niet voldaan is aan het toetsingscriterium op de CBSA (percentielscore < 15), ligt de behaalde score wel aan de ondergrens van het gemiddelde gebied. Bovendien zijn de normen van de CBSA volgens de COTAN verouderd, waardoor deze met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Op basis van de overige onderzoeksinstrumenten blijkt wel een opvallend lage competentiebeleving. Er wordt daarom geconcludeerd dat bij X sprake is van een lage competentiebeleving op het gebied van schoolvaardigheden.

Onderzoekshypothese 2.2: X denkt negatief over zichzelf

[21] Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten ([CBSA], Treffers, Goedhart, Veerman, Van den Bergh, Ackaert, & De Rycke, 2002)
[22] de Schoolvragenlijst ([SVL], Smits & Vorst, 2008)
[23] Semi-gestructureerd klinisch interview ([SCICA], McConaughy & Achenbach, 2001, vertaald door Kasius & Verhulst, 2000).

Onderzoeksmiddelen: *[geef aan welke onderzoeksmiddelen gebruikt zullen worden; denk hiervoor bijvoorbeeld aan een interview/gesprek en projectief materiaal]*
Toetsingscriteria: X laat zich overwegend negatief uit over zichzelf, blijkend uit uitspraken als 'ik ben dom', 'niemand mag mij', 'mij zal nooit iets lukken' […] *[geef aan wat nodig is om de hypothese aan te kunnen nemen]*
Resultaten: [beknopte samenvatting van de resultaten]
Conclusie: Onderzoekshypothese 2.2 wordt aangenomen. […]

Onderzoekshypothese 2.3: X heeft negatieve cognities met betrekking tot zijn eigen effectiviteit.
Onderzoeksmiddelen: *[geef aan welke onderzoeksmiddelen gebruikt zullen worden]*
Toetsingscriteria: *[geef aan welke scores nodig zijn om de hypothese aan te kunnen nemen]*
Resultaten: *[beknopte samenvatting van de resultaten]*
Conclusie: Op basis van de resultaten wordt onderzoekshypothese 2.3 aangenomen.

Conclusie: *[geef hier een algemene conclusie over hypothese 2]*

F: Diagnostische conclusie / integratief beeld

F.1: Integratie van de onderzoeksresultaten

De diagnostische conclusie omvat integratie van de onderzoeksresultaten. Er wordt een antwoord gegeven op de vragen van de cliënt/cliëntsysteem. De verbinding met de hulpvragen die ten grondslag lagen aan het onderzoek moet duidelijk terug te vinden zijn in de integratie van de onderzoeksresultaten. Je vermeldt welke probleemgedragingen door welke condities wel of niet worden verklaard. Ook vermeld je hoe de samenhang is tussen deze verklaringen en probleemgedragingen. Denk aan het transactionele kader! Deze elementen vormen samen een *'integratief beeld':* een geheel van consistente en samenhangende uitspraken over de aard, ernst, verklaring en veranderbaarheid van de probleemsituatie.

Je kunt gebruikmaken van je pijlenschema om de samenhang tussen de problemen en de verschillende verklaringen helder te verwoorden. Afhankelijk van de hulpvragen en het type diagnostiek bevat de conclusie getoetste uitspraken over: de aard van het probleem(gedrag), de oorzaak ervan, en de geschiktheid voor een bepaalde interventie om het probleem op te heffen of over een verandering die is opgetreden.

De diagnostische conclusie moet worden opgevat als de afronding van het psychodiagnostisch onderzoek, waarbij de aan het begin geformuleerde verwachtingen of voorspellingen ten aanzien van de problematische opvoedingssituatie geverifieerd zijn en positieve factoren besproken worden. De orthopedagoog gaat voor zichzelf na of de geformuleerde conclusie ook daadwerkelijk aansluit bij de klachten en hulpvragen van de cliënt/cliëntsysteem en of in de conclusie voldoende aandacht is besteed aan het systeem- en opvoedingsperspectief. Kom expliciet terug op de visie van de cliënt/cliëntsysteem op de problematiek die je in de intakefase bent nagegaan (sluit het aan bij wensen en verwachtingen).

F.2: Definitief pijlenschema

In het definitieve pijlenschema wordt de diagnostische conclusie schematisch weergegeven. Het schema zal in veel gevallen voor een belangrijk deel overeenkomen met het voorlopige schema, maar omdat er ook onderzoekshypothesen worden verworpen (of soms zelfs bijkomen) zal het nooit helemaal hetzelfde zijn.

VERVOLG VOORBEELDCASUS X:

F.1: Diagnostische conclusie / integratief beeld

X is aangemeld vanwege problemen thuis en op school met […]. *[Je kunt kort het probleemgedrag benoemen, om dit vervolgens (direct) te koppelen aan de gevonden verklaringen of veranderingsmogelijkheden. Kijk uit dat je niet een uitgebreide herhalende samenvatting geeft van de intakefase en probleemanalyse, dat staat al in de betreffende onderdelen]* Ook uit psychodiagnostisch onderzoek blijkt dat X een jongen is die moeite heeft met het richten van zijn aandacht op een taak. Hierdoor verliest hij de motivatie om aan taken te beginnen en/of te volbrengen. In het contact met hem valt op dat […]. *[geef een beschrijving van het gedrag en de resultaten van X tijdens het diagnostisch onderzoek en hoe dit samenhangt met de klachten uit de intakefase.]*

Geconcludeerd wordt dat de problemen van X benoemd of omschreven kunnen worden als […]. *[benoem de classificatie indien deze gesteld kan worden[24]]* De problemen met […] kunnen verklaard worden door […]. Ook speelt […] een belangrijke rol in het voortbestaan van de problemen. *[geef de belangrijkste resultaten uit de verklaringsanalyse. Zorg dat je voldoende duidelijk maakt hoe de ervaren problemen, onderkenning en verklarende factoren onderling samenhangen. Op basis van het integratief beeld moet duidelijk worden wat er nodig is of moet veranderen om de problemen te doen verdwijnen of afnemen. besteed ook aandacht aan (relevante) positieve omschrijvingen of gedragingen van het cliëntsysteem]*

F.3: Definitief pijlenschema:

[geef het definitief pijlenschema]

[24] Zoals vastgesteld aan de hand van de DSM-5 of andere classificatiesystemen.

G: Advies en strekking van de interventie

G.1: Welke doelen worden geformuleerd?

Formuleer de doelstelling(en) van de cliënt/cliëntsysteem. Wat wil de cliënt graag veranderen? En wat willen zijn/haar ouders, leraren of jeugdzorgmedewerker graag veranderen? Let op, de doelen (bijvoorbeeld 'de extreme driftbuien van X verdwijnen') zijn niet hetzelfde als de hulpvragen.

G.2: Wat zijn de opvoed- en onderwijsbehoeften?

Formuleer wie wat nodig heeft om de doelen te behalen. Formuleer eerst de opvoedings- en onderwijsbehoeften van het kind (wat heeft het kind nodig van zijn ouders, leerkrachten of omgeving, wat helpt het kind om minder last te hebben van de ervaren problemen). Besteed ook aandacht aan wat andere leden van het cliëntsysteem (zoals ouders, leerkrachten, begeleiders) nodig hebben om de doelen te behalen. Onderbouw je uitspraken met theorie.

G3. Welke interventies worden geadviseerd?

Om de opvoed- en onderwijsbehoeften invulling te kunnen geven, zullen (waarschijnlijk) ook interventies worden aangeboden. Verdiep je eerst in alle mogelijke interventies en gebruik hiervoor wetenschappelijke literatuur. Als je via een andere bron, bijvoorbeeld het NJI, aanwijzingen vindt voor interventies ga dan de (wetenschappelijke) bron na waarop het oordeel over wel/niet geschiktheid van een interventie gebaseerd is. Of beschrijf, indien deze bestaat, de richtlijn voor behandeling van vastgestelde problematiek. Geef ook aan als er sprake is van contra-indicaties voor het inzetten van de beoogde interventiemogelijkheden.

Aangegeven wordt, inclusief theoretische onderbouwing, welke interventies geadviseerd zouden kunnen worden. Dit is de fase van het *wenselijk* advies (de fase waarin de orthopedagoog het advies formuleert, maar het nog niet afgestemd heeft met de cliënt/cliëntsysteem). In het wenselijk advies wordt **eerst** geformuleerd wat de opvoeder/groepsleider/leerkracht anders zou kunnen doen in de situatie waarin het probleemgedrag zich voordoet, teneinde het probleemgedrag positief te beïnvloeden. M.a.w. richt je in eerste instantie op beïnvloedbare factoren in de context waarin het probleem zich voordoet en probeer deze theoretisch te verantwoorden (bijv. bekrachtigende en ontlokkende condities manipuleren). **Vervolgens** formuleer je welke wenselijke interventies er zijn die specifiek op het kind gericht zijn.

G.4: Welke interventies zijn gekozen?

Aangegeven wordt welke van de voorgestelde interventiemogelijkheden gekozen wordt om voor te stellen aan betrokken cliënt/cliëntsysteem. Dit is de fase van het *haalbare* advies: wat sluit het beste aan bij de wensen en mogelijkheden van **deze** cliënt in/en **deze** context (de fase van samenwerking met de cliënt/cliëntsysteem).

G.5: Hoe is het advies tot stand gekomen?

In de casusbeschrijving wordt ook beschreven *hoe* het advies tot stand gekomen is. Een belangrijk uitgangspunt van HGD is dat er sprake is van gezamenlijke besluitvorming (*shared decision making),* waarvoor met name het tweede en derde punt van belang zijn:

1. Bespreek of je het advies zelf hebt geformuleerd of dat het een teambeslissing is geweest.
2. Beschrijf de dialoog met de cliënt/cliëntsysteem over het advies. Aan de orde komt:
    - of het cliëntsysteem zelf daadwerkelijk bij de totstandkoming van het advies betrokken is.
    - in hoeverre de cliënt de conclusies onderschrijft (op welke punten wel/niet).
    - in hoeverre het advies al dan niet verenigbaar is met de waarden en normen van de cliënt/cliëntsysteem.
3. In de adviesfase worden de waarden en normen van het cliëntsysteem opnieuw nadrukkelijk betrokken. Dit impliceert niet dat de cliënt/cliëntsysteem het met alles eens moet zijn, maar wel dat duidelijk wordt over welke punten verschil van mening bestaat.

Samen beslissen

Samenwerking tussen orthopedagoog en cliënt/cliëntsysteem vereist erkenning van elkaars verantwoordelijkheden. Het vereist ook een zodanig gemeenschappelijk referentiekader dat de orthopedagoog op de hoogte is van de 'theorie' van de cliënt/cliëntsysteem, en dat deze op de hoogte is van de 'theorie' van de orthopedagoog. De orthopedagoog zorgt ervoor dat dit proces optimaal verloopt gedurende het hele proces. Zo zal de orthopedagoog bij het schrijven van het integratief beeld zich opnieuw bedenken hoe dit integratief beeld zich verhoudt tot de theorie van de cliënt.

Vanuit de orthopedagoog is er openheid over het feit dat zij duidelijk en oprecht is geweest naar de cliënt/cliëntsysteem waardoor de besluitvorming -tot nu toe- transparant is verlopen. Dit zijn de voorwaarden voor een adviesgesprek in dialoog. Wanneer de orthopedagoog de conclusie heeft getrokken en besloten heeft hoe de hulpverlening er uit moet zien, gaat zij na hoe de cliënt/cliëntsysteem hier tegenover staat. In het adviesgesprek wordt daarom aandacht besteed aan:

- de reacties van de cliënt op de conclusies van de orthopedagoog en of hij zich hierin al dan niet kan vinden
- overleg met de cliënt over de aanbevelingen van de orthopedagoog en of hij deze al dan niet accepteert
- inventarisatie van de mogelijkheden en wensen van de cliënt, wat deze wil veranderen en hoe dit te bereiken

Vervolgens beantwoordt de orthopedagoog in overleg met de cliënt (het kind, de hulpvrager en/of de uitvoerder van het advies) de volgende drie vragen:

1. Wat willen we veranderen, met welk doel en op welke termijn?
2. Welke maatregelen of interventies zijn daarvoor gewenst?
3. Welke van deze maatregelen zijn het meest haalbaar?

Hier geeft de orthopedagoog aan of de overeengekomen globale doelen en interventies realiseerbaar zijn binnen de opvoedingscontext van het cliëntsysteem en de professionele context van de orthopedagoog.

VERVOLG VOORBEELD CASUS X:

G.1: Welke doelen worden geformuleerd?

De cliënt/het cliëntsysteem wil graag dat […]. X heeft het doel om […]. Ouders hebben het doel om […].

G.2: Wat zijn de opvoed- en onderwijsbehoeften?

Om de problemen met […] te verminderen kan gesteld worden dat X gebaat is bij een pedagogisch klimaat waarin veel structuur is en heldere grenzen. Het is belangrijk dat er niet veel prikkels tegelijkertijd zijn, om te voorkomen dat […] *[omschrijf opvoed- en onderwijsbehoeften en onderbouw deze aan de hand van wetenschappelijke literatuur]*. X heeft verder behoefte aan een pedagogische relatie met volwassenen waarin hij niet te snel gecorrigeerd wordt, maar juist aangemoedigd wordt om nieuwe dingen te ondernemen […]. *[omschrijf adviezen en onderbouw deze aan de hand van wetenschappelijke literatuur]*

Om de gestelde doelen te bereiken kan het moeder helpen om […]. De leerkracht zou gebaat kunnen zijn bij […].

G.3: Welke interventie worden geadviseerd[25]

Theoretische onderbouwing van de interventies die bij X geadviseerd zijn:

- Psycho-educatie over de psychopathologie aan X, ouders en leerkracht:
  [geef aan waaruit deze moet bestaan en onderbouw dit]
- Ouderbegeleiding:
  [geef aan waaruit deze moet bestaan en onderbouw dit]
- Ondersteuning/coaching van de leerkracht:
  [geef aan waaruit deze moet bestaan en onderbouw dit]
- Medicamenteuze behandeling:
  Op basis van de onderzoeksresultaten lijkt medicamenteuze behandeling gewenst. *[onderbouw waarom medicamenteuze behandeling gewenst is]*. Contra-indicaties zijn […] *[geef de contra-indicaties. Aangezien er bij X sprake is van zowel ADD als een depressieve stoornis is een zorgvuldige afweging zeer gewenst]*.
- Individuele interventies voor X:
  Om de stemmingsproblematiek te verminderen wordt individuele behandeling met het VRIENDEN protocol geadviseerd. Zowel in de multidisciplinaire richtlijn depressie (bron) als in de richtlijn Stemmingsproblemen (bron) wordt aangegeven dat […]. Onderzoek heeft aangetoond dat […]
  [onderbouw de (keuze voor) interventies]

G.4: Welke interventies gekozen

[geef aan welke interventies gekozen zijn]

G.5: Totstandkoming advies

De keuze voor de geadviseerde interventies is tot stand gekomen in overleg met het diagnostiekteam van de instelling. Het verslag van het onderzoek, de diagnostische conclusie, handelingsadviezen en geadviseerde interventies zijn besproken met zowel moeder als X. X heeft een verkort verslag ontvangen dat afgestemd is op zijn niveau. Ze kunnen zich beiden vinden in de verslaglegging en conclusies. Moeder wil met een psychiater overleggen over de voor- en nadelen van een medicamenteuze behandeling.

[25] **Let op**: in de voorbeeldcasus is een beperkt aantal hypotheses opgenomen (bijvoorbeeld geen hypothese over ADHD). In de volledige casusbeschrijving moet een duidelijke relatie bestaan tussen de onderzoekshypothesen, diagnostische conclusie en het advies.

H. reflectie

In de reflectie blik je terug op het doorlopen proces op onderstaande 3 onderdelen.

H.1: reflectie op de casus

Wat vind je zelf sterke en zwakke kanten aan je casusbeschrijving? Denk hierbij bijvoorbeeld aan of je wel of niet: de klachten goed hebt weten te concretiseren, oog hebt gehad voor attributies van cliënt en hierop hebt afgestemd, goed hebt gedacht in transactionele termen, de meest waarschijnlijke hypothesen hebt onderzocht als je kijkt naar je indicaties en contra-indicaties, de samenhang tussen probleemgedrag en conditie goed hebt verklaard met literatuur, in je integratief beeld het niveau van onderzoeksresultaten hebt kunnen overstijgen, een advies hebt geformuleerd waarbij je goed hebt afgestemd op de specifieke context, bij de advisering vooral gericht hebt op beïnvloedbare factoren in de context.

H.2: reflectie op de gevolgde werkwijze en de samenwerking met de cliënt

Hoe verliep het proces? Waar ben je zelf tevreden en minder tevreden over? Ga nadrukkelijk in op de samenwerking met cliënt/cliëntsysteem (was er sprake van *shared decision making?*) en/of de collega's die betrokken waren bij de casus. Heb je goed gebruik gemaakt van analysemodellen uit de leertheorie, heb je gebruik gemaakt van goede wetenschappelijke literatuur of maak je vooral gebruik van populair wetenschappelijke bronnen, heb je (achteraf gezien) nog bedenkingen bij de gekozen onderzoeksmiddelen?

H.3: reflectie op het eigen leerproces (samenwerkingspartner en expert)

Ga in je reflectie nadrukkelijk in op je rol als expert én als samenwerkingspartner. Geef aan wat je hebt geleerd (ook van de feedback die je op eerdere versies van je casus hebt gekregen[26]) en wat zou je in een vergelijkbaar volgend geval anders doen als expert (bijv. een bepaald onderzoeksinstrument afnemen) en als samenwerkingspartner (bijv. hoe je de samenwerkingsrelatie in dit geval beter had kunnen bewerkstelligen).

Reflecteer bovendien op je leerstijl (bijv. eerder feedback vragen, wat heb je geleerd over je jezelf, eigen coping gedrag, en welke zaken zou je gezien je professionele ontwikkeling willen veranderen). Geef dit in beknopte termen weer, en laat het later terugkomen in het reflectiegedeelte van het eindverslag van je totale stage.

Referenties

Referenties (zowel in de literatuurlijst als de tekst) opgemaakt zoals omschreven in APA 7th edition^{e} (2020).

Bijlagen (maximaal 2500 woorden)

- Per gebruikt onderzoeksmiddel worden de ruwe en (genormeerde) onderzoeksgegevens weergegeven (inclusief benoemen van de gebruikte normtabel).
- Indien er gebruik gemaakt is van andere onderzoeksmiddelen (denk aan gesprek, observatie, speldiagnostiek, projectief materiaal) wordt een kort verslag per middel toegevoegd.
- Iedere bijlage is voorzien van een nummer en titel/beschrijving.

[26] Geldt alleen nadat je feedback hebt gekregen in het geval van casus 1 en 2.

5. Referenties

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). https://doi.org/10.1037/0000165-000

Wante, L., Braet, C., Bögels, S. M., & Roelofs, J. (2021). *SCID-5 Junior: Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 stoornissene bij kinderen en adolescenten.* Boom uitgevers.

Bruyn, E. E. J. de, Ruijssenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K., & Aarle, E. J. M. van (2008). *De diagnostische cyclus. Een praktijkleer*. Acco.

Egberink, I. J. L., Leng, W. E. de, & Vermeulen, C. S. M. (2009-2021). COTAN Documentatie (www.cotandocumentatie.nl). Boom uitgevers

Koot, H. M., & Dekker, M. C. (2001). *Handleiding voor de VOG. Ouder- en leerkrachtversie.* Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, Sophia Kinderziekenhuis/ Erasmus Universiteit Rotterdam.

Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Coutinho.

McConaughy, A. H., & Whitcomb, S. (2022). *Clinical interviews for Children & Adolescents. Assessment to intervention* (3rd ed.). University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Morton, J. (2004). *Understanding developmental disorders: A causal modelling approach*. John Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9780470773307

Pameijer, N., & Beukering, T. van (2015). *Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering.* Acco

Pameijer, N., & Draaisma, N. (2011). *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg*. *Een kader voor besluitvorming.* Acco.

Pameijer, N., & Laar-Bijman, E. van (2007). *Handelingsgerichte diagnostiek. Een handreiking voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.* . Boom Lemma uitgevers BV.

Prins, P. J. M., Bosch, J. D., & Braet, C. (2018). *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen.* BohnStafleu Van Loghum.

Scholte, E. M., & Ploeg, J. D. van der (2018). *Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV).* Bohn Stafleu Van Loghum.

Smits, J. A. E., & Vorst, H. C. M. (2008). *SchoolVragenLijst, voor basisonderwijs en voortgezet onderwijs. Handleiding en verantwoording.* Pearson.

Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). *Handleiding CDI-2: Screeningsvragenlijsten voor depressie bij kinderen en jongeren.* Hogrefe.

Treffers, Ph. D. A., Goedhart, A. W., Veerman, J. W., Van den Bergh, B. R. H., Ackaert, L., & De Rycke, L. (2002). *Competentiebelevingsschaal voor Adolescenten (CBSA).* Pearson.

Verhulst, F., & Van der Ende, J. (2013). *Handleiding ASEBA: Vragenlijsten voor leeftijden 6 t/m 18 jaar. CBCL/6-18, YSR, TRF.* ASEBA Nederland.