

Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek

Leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk



KWALITEITSCENTRUM
DIAGNOSTIEK^{VZW}

Coördinerend adviseur

Julie De Ganck

Auteur

Nathalie Schouppe

Lay-out

Kristof Jakiela

Communicatieve ondersteuning

Veerle De Wilde

© 2020 Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw
Kortrijksesteenweg 405 - 9000 Gent
www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be
communicatie@kwaliteitscentrumdiagnostiek.be
+32 (0) 497 53 23 79

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw wordt gesubsidieerd door het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming van de Vlaamse Overheid.



KWALITEITSCENTRUM
DIAGNOSTIEK^{VZW}



Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Doelstelling	1
Beoogde gebruikers	2
Werkgroep	2
Diagnostiek: definitie en begrippen	5
Onderscheid diagnostiek – indicatiestelling – zorginschaling	5
Diagnostiek en assessment	8
Diagnostiek versus classificatie?	8
Handelingsgerichte diagnostiek	11
Dynamisch-interactief assessment	13
Visie op kwaliteitsvolle diagnostiek	16
Biopsychosociaal kader	16
Idiografisch kader	19
Integratief beeld	20
Participatie van cliënt en context	20
Gebruik van kwaliteitsvolle methodieken en instrumenten	21
Reflexiviteit van de diagnosticus en het diagnostisch team	22
Interdisciplinaire samenwerking	24
Deelfasen handelingsgerichte diagnostiek	28
Intakefase	28
Strategiefase	29
Onderzoeksfase	30
Integratie- en aanbevelingsfase	30
Adviesfase	30
Handelen en evalueren	31
Werken volgens richtlijnen	34
Doelstelling diagnostische richtlijnen	34
Kritische kanttekeningen	35
Referenties	37

**De richtlijn dient gelezen te worden
als een leidraad waarin dieper
wordt ingegaan op de essentiële
ingrediënten om een kwaliteitsvolle
diagnostische praktijk
te realiseren.**



Voorwoord

Doelstelling

In 2017-2018 finaliseerde het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw de herwerking van drie classificerende diagnostische protocollen, oorspronkelijk ontwikkeld door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap¹. Al van bij de start van de herwerking van deze protocollen werd de nood gevoeld om de visie op kwaliteitsvolle diagnostiek te expliciteren en een algemeen kwaliteitskader aan te reiken. De voorliggende algemene diagnostische richtlijn beoogt net dit te realiseren. Ze dient dan ook gelezen te worden als een leidraad waarin dieper wordt ingegaan op de essentiële ingrediënten om een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk te realiseren. Het was hierbij de bedoeling een algemene richtlijn te creëren die toepasbaar is in uiteenlopende sectoren en over verschillende diagnostische hulpvragen heen. De eerder ontwikkelde stoornisspecifieke protocollen kunnen gezien worden als verdere thematische uitwerkingen van dit algemene overkoepelende kwaliteitskader.

De algemene diagnostische richtlijn kwam tot stand na beschouwing van de beschikbare wetenschappelijke evidentie en wordt ondersteund door een werkgroep (cf. infra) bestaande uit experts inzake diagnostiek. Deze bundeling van wetenschappelijke en praktijkkennis wordt opgevat als een hulpmiddel om diagnostici in staat te stellen verantwoord te handelen. Er werd expliciet gekozen af te stappen van de term diagnostisch protocol, gezien deze term de indruk kan wekken dwingend te zijn. Er werd dan ook besloten om in lijn met nationale en internationale bewegingen te spreken over een richtlijn². De aanbevelingen zijn bedoeld om richting te geven aan de diagnostische praktijk en deze te ondersteunen. Het is evenwel niet verplicht deze toe te passen. Het blijft de verantwoordelijkheid van elke diagnosticus om de aanbevelingen uit de richtlijn in overeenstemming te brengen met de individuele noden en voorkeuren van de cliënt en/of zijn context.

1 Classificerend Diagnostisch Protocol Verstandelijke Beperking, Classificerend Diagnostisch Protocol Autismespectrumstoornis bij kinderen en jongeren, Classificerend Diagnostisch Protocol Autismespectrumstoornis bij volwassenen (beschikbaar via <https://www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/>).

2 Ook de reeds ontwikkelde classificerende diagnostische protocollen zullen in die zin een naamswijziging krijgen.

Beoogde gebruikers

De richtlijn is in eerste instantie ontwikkeld voor hulpverleners die in hun dagelijkse praktijk diagnostiek uitvoeren. Daarnaast is het ook bedoeld als informatiebundel voor cliënten en hun context.

Werkgroep

Deze richtlijn kwam tot stand op basis van discussie en feedback van een intersectorale werkgroep bestaande uit medewerkers en bestuursleden van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw.

Leden van de werkgroep

Jan Bachot	klinisch psycholoog, neuropsycholoog, psychotherapeut, CGG Andante
Laurent Bursens	klinisch psycholoog, orthopedagoog
Julie De Ganck	klinisch psycholoog, coördinerend adviseur, Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw
Veerle De Wilde	klinisch psycholoog, communicatief en administratief medewerker, Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw
Kathrine Goffart	orthopedagoog, teamleider, Oriëntatiecentrum (vzw OLO), RCA-Antwerpen, volwassenen
Stefaan Jonniaux	orthopedagoog, stafmedewerker Vrij CLB Netwerk, voorzitter stuurgroep Prodia
Ilse Noens	orthopedagoog, hoogleraar, Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven
Herbert Roeyers	klinisch psycholoog, gewoon hoogleraar, vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie, Universiteit Gent
Nathalie Schouppe	experimenteel psycholoog, wetenschappelijk medewerker, Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw
Jean Steyaert	kinder- en jeugdpsychiater, UPC KU Leuven, Expertisecentrum Autisme Leuven; hoogleraar departement neurowetenschappen, KU Leuven
Sophie Tessier	orthopedagoog, therapeutisch directeur, CAR Overleie
Pieter Vanvolsem	klinisch psycholoog, directeur CAR Buggenhout, voorzitter Comité CAR Vlaams Welzijnsverbond
Paul Verbiest	orthopedagoog, directeur, OOOO De Zandberg
Sarah Wouters	kinder- en jeugdpsychiater, UZ Brussel, Referentiecentrum Autisme UZ Brussel - Inkendaal



Diagnostiek: definitie en begrippen

Gemeenschappelijk aan de definities van diagnostiek is dat er sprake is van een hulp- of zorgvraag die in kaart gebracht en geanalyseerd wordt, met als finaliteit zorg te kunnen waarmaken.

Diagnostiek: definitie en begrippen

Onderscheid diagnostiek – indicatiestelling – zorginschaling

Diagnostiek, indicatiestelling en zorginschaling worden afhankelijk van beleids- en werkcontext als alleenstaande dan wel inwisselbare begrippen gehanteerd. Wanneer we de definities van deze concepten in beleidsteksten opzoeken, vinden we verschillende invullingen. Bijvoorbeeld, in het decreet van 21 juni 2013 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin worden de volgende drie omschrijvingen gehanteerd:

- **diagnostiek:** *het proces van de verzameling, ordening en verwerking van de beschikbare relevante gegevens vanuit de hulp- of zorgvraag van een natuurlijke persoon ten behoeve van de zorg;*
- **indicatiestelling:** *het proces dat op basis van de hulp- of zorgvraag van een natuurlijke persoon en de analyse van de beschikbare relevante gegevens betreffende die persoon de behoefte aan hulp- en zorgverlening van die persoon vaststelt;*
- **zorginschaling:** *het bepalen van de behoefte aan hulp- en zorgverlening van een natuurlijke persoon aan de hand van een daarvoor bestemd meetinstrument.*

Daartegenover spreekt het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming over indicatiestelling als:

- **indicatiestelling:** *de evaluatie van de zorgbehoefte van de gebruiker om de zorgdoelstellingen of financiering te bepalen of, wat de mobiliteitshulpmiddelen betreft, om de beperking van de mobiliteit van de gebruiker vast te stellen zodat passende mobiliteitshulpmiddelen en financiering bepaald kunnen worden.*

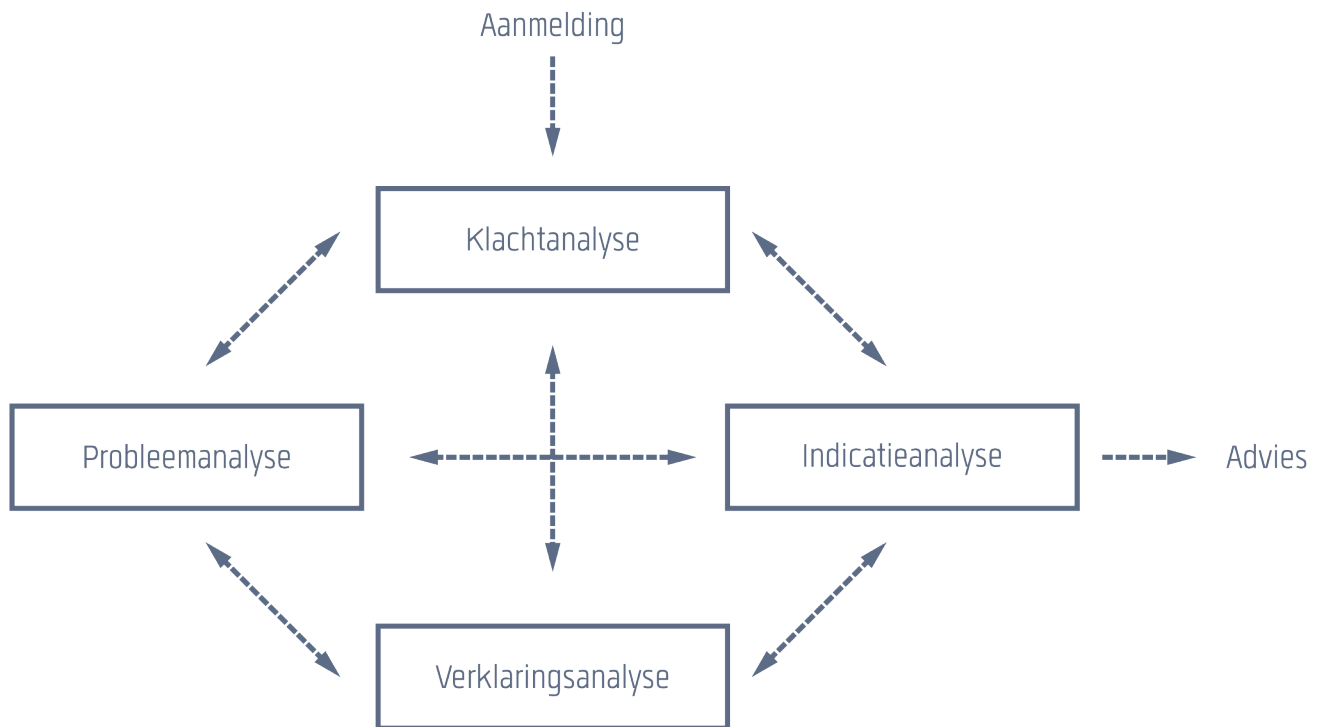
Het decreet van 27 april 2018 betreffende de leerlingenbegeleiding in het basisonderwijs, het secundair onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding gebruikt volgende definitie van (handelingsgerichte) diagnostiek:

- **handelingsgerichte diagnostiek:** *een cyclisch zoek- en beslissingsproces van het centrum waarbij informatie over het individu en zijn omgeving wordt verzameld, geïntegreerd en afgewogen met als doel de problemen, de onderwijsnoden of de hulpvragen te objectiveren, te analyseren en te verklaren met het oog op adequate advisering voor het handelen. Voor de analyse wordt gebruikgemaakt van wetenschappelijk verantwoorde methoden, en als die voorhanden zijn, van vastgelegde standaarden.*

Gemeenschappelijk aan deze definities is dat er (1) sprake is van een hulp- of zorgvraag die (2) in kaart gebracht en geanalyseerd wordt, (3) met als finaliteit zorg te kunnen waarmaken. Uit deze definities blijkt verder dat diagnostiek, indicatiestelling en zorginschaling nauw verweven zijn met elkaar. Ze duiden vooral op verschillende mogelijke stappen die na aanmelding met een hulp- of zorgvraag kunnen genomen worden. Dit is ook hoe het diagnostisch proces in het verleden reeds geconceptualiseerd werd (De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer, & van Aarle, 2003).

De Bruyn en collega's (De Bruyn & Ruijsenaars, 2015; De Bruyn et al., 2003) stellen het diagnostisch proces voor als een cyclisch gebeuren waarbij tussen aanmelding en advies verschillende stappen te onderscheiden zijn (Figuur 1). Bij een diagnostisch proces hoeven niet al deze stappen doorlopen te worden. Afhankelijk van de hulpvraag kunnen stappen binnen de cyclus overgeslagen worden.

**Diagnostiek kan
gezien worden als het
geheel van al deze
deelprocessen van de
diagnostische cyclus.**



Figuur 1. Diagnostische cyclus (De Bruyn & Ruysenaars, 2015, p. 21)

De verschillende componenten uit de diagnostische cyclus van De Bruyn en Ruijsenaars (2015) zijn de klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse en indicatieanalyse. De klachtanalyse wordt ook de fase van de verhelderende diagnostiek genoemd. In deze fase worden de klachten van de cliënt¹ verduidelijkt en de hulpvraag geëxpliciteerd. De probleemanalyse is de fase van de onderkende diagnostiek. Negatieve en positieve gedragingen (handelingen, gedachten, gevoelens) worden geïnventariseerd, beschreven en benoemd. De ernst van probleemgedrag wordt getaxeerd. De verklaringsanalyse, ook wel fase van verklarende diagnostiek, betreft het formuleren en opstellen van alternatieve verklaringen voor het probleemgedrag en het vormen van een integratief beeld. Binnen de indicatieanalyse of fase van indicerende diagnostiek wordt nagegaan wat de best passende aanpak is. Interventiedoelen worden geformuleerd en geprioriteerd en de inzetbaarheid van een bepaalde interventie² wordt beoordeeld.

Diagnostiek kan gezien worden als het geheel van al deze deelprocessen van de diagnostische cyclus. Dit is conform de visie van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw. Meer bepaald wordt reeds van bij de oprichting van het centrum

1 We hanteren in dit document om pragmatische redenen de term cliënt. Deze term kan afhankelijk van het toepassingsgebied een andere invulling krijgen (e.g., leerling, patiënt, persoon met zorgbehoefte, ...). Daarnaast wordt in de tekst bij een verwijzing naar cliënt steeds de cliënt en/of diens context bedoeld.

2 We hanteren in deze tekst de overkoepelende term interventie om elk soort handelen gericht op de zorg voor de cliënt aan te duiden. Dit omvat onder andere therapie, ondersteuning, begeleiding, behandeling, ...

gesteld dat diagnostiek, indicatiestelling en zorginschaling onder dezelfde noemer 'diagnostiek' kunnen geplaatst worden (Besluit van 7 februari 2014 van de Vlaamse regering betreffende het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, Beheersovereenkomst Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw).

Diagnostiek en assessment

Ook tussen de begrippen diagnostiek en assessment kan verwarring ontstaan door het wisselend gebruik van beide termen in verschillende contexten. Zo heeft men het bijvoorbeeld in de arbeids- en organisatiepsychologie eerder over een assessment wanneer de competenties van een sollicitant worden onderzocht (Smit, Verhoeven, & Driessen, 2006), dan over een diagnostisch onderzoek. Ook wordt er bij het inschalen van de zorgbehoefte van personen gesproken over assessmentinstrumenten (e.g., BelRAI: Belgian Resident Assessment Instrument), in plaats van over diagnostische instrumenten. Assessment uit het Engels vertaald betekent letterlijk taxatie of beoordeling. Met assessment wordt dan ook vaak bedoeld op een procedure om iets te beoordelen (e.g., of een sollicitant geschikt is voor een job). The European Federation of Psychologists' Associations (EFPA, 2018) houdt het op volgende algemene definitie voor 'psychological assessment':

"a systematic method or procedure for ascertaining the psychological characteristics of an individual or group of individuals, or the performance of an individual or group of individuals".

Een andere omschrijving voor 'psychological assessment' wordt gegeven in Witteman, van der Heijden, en Claes (2018). Deze auteurs definiëren het als een cyclisch besluitvormingsproces waarbij een diagnostische vraag gedefinieerd wordt en hypothesen geformuleerd en getest worden op basis van verzamelde informatie om zo te komen tot een integratief beeld en indicatiestelling. In se komt dit neer op de definiëring van de diagnostische cyclus volgens De Bruyn en Ruijsenaars (2015).

Het onderscheid tussen assessment en diagnostiek lijkt dus voornamelijk artificieel van aard. Het hangt af van de context of men de term assessment hanteert in een ruimere betekenis van het woord als het geheel van processen binnen de diagnostische cyclus, dan wel of men het beschouwt als een specifiek onderdeel van deze cyclus.

Diagnostiek versus classificatie?

Ondanks de brede invulling van de term diagnostiek, wordt het in de klinische praktijk nog steeds vaak (gedeeltelijk) gelijkgesteld met classificatie. Het is echter van belang beide begrippen gescheiden te houden (Ruissen, 2014; Rutter & Pine, 2015). Bij classificatie wordt er gezocht naar het algemene beeld en wordt een persoon op basis van overeenkomsten met anderen beoordeeld en ingedeeld aan de hand van een bepaald systeem. Deze indeling of classificatie is steeds louter beschrijvend, biedt geen verklaring voor de problemen en kan op groepsniveau iets zeggen over prognose of effectiviteit van een interventie. Diagnostiek daarentegen bestaat erin om aan de hand van de diagnostische cyclus een uniek, gedetailleerd

beeld te krijgen van een individuele probleemsituatie (probleemanalyse), waarbij kan gekomen worden tot een verklaring (verklaringsanalyse) en/of indicering (indicatieanalyse). De probleemanalyse (onderkennende diagnostiek) kan leiden tot een classificatie, maar dit is niet noodzakelijk het geval. Het valt hier geenszins mee samen. Men hanteert soms de term classificerende diagnostiek. Hier doelt men steeds op een deel van de onderkennende fase binnen de diagnostische cyclus, waarbij men als primair doel van de probleemanalyse het toekennen van een classificatie voor ogen stelt.

Categoriale classificatie

Bij classificatie kan er een onderscheid gemaakt worden tussen een categoriale en dimensionele benadering (Rutter & Pine, 2015; Witteman et al., 2018). De International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10de editie (ICD-10, World Health Organization, 1993³) en de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5de editie (DSM-5, American Psychiatric Association, 2014) zijn prototypische voorbeelden van categoriale classificatiesystemen. Stoornissen worden volgens deze classificatiesystemen beschreven aan de hand van verschillende criteria. Indien het functioneren van een persoon voldoet aan een bepaald aantal van deze criteria, dan wordt een categorie toegekend en dus een categoriale classificatie van een stoornis gesteld. Men stelt hierbij een alles-of-niets opvatting voorop. Er moet aan een minimum aantal criteria voldaan zijn, anders wordt de categorie niet toegekend. Categoriale classificatiesystemen gaan er verder van uit dat de categorieën inhoudelijk te onderscheiden zijn en niet overlappen, al wordt recent wel erkend dat de grenzen tussen verschillende categorieën minder strikt vastliggen dan vroeger werd aangenomen en vindt de dimensionele benadering ook meer en meer zijn intrede binnen categoriale classificatie⁴ (DSM-5, American Psychiatric Association, 2014).

Dimensionele classificatie

Onderzoek toont meer en meer aan dat de categoriale classificaties zoals gedefinieerd in de DSM en ICD in werkelijkheid geen afzonderlijke, duidelijk afgelijnde categorieën representeren, maar dat psychische stoornissen dimensioneel van aard zijn (Clark, Cuthbert, Lewis-Fernández, Narrow, & Reed, 2017; Hengartner & Lehmann, 2017). Bij een dimensionele benadering gaat men er in tegenstelling tot de categoriale benadering van uit dat stoornissen gekenmerkt worden door een bepaald functioneren dat kwalitatief niet anders is dan het normale functioneren. Het functioneren wordt beschreven aan de hand van dimensies die zowel in klinische als niet-klinische populaties bestaan. Er wordt van uitgegaan dat elke persoon een unieke positie inneemt op elk van deze dimensies en dat deze dimensies ook niet mutueel exclusief zijn (Grietens, 2014). De Research Domain Criteria (RDoC; Insel et al., 2010) van het National Institute of Mental Health en de Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP; Kotov et al., 2011) zijn voorbeelden van dimensionele kaders om psychische stoornissen in kaart te brengen. Beide zijn echter momenteel enkel onderzoeksprogramma's en worden niet als classificatiesystemen geïmplementeerd in de klinische praktijk (Hengartner & Lehmann, 2017). Wel werden reeds enkele instrumenten vanuit een dimensionele benadering ontwikkeld die bruikbaar zijn voor de klinische praktijk (Grietens, 2014).

3 De ICD-11 werd voorgesteld op de bijeenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in mei 2019, met als doel deze in de lidstaten te implementeren vanaf 1 januari 2022.

4 De erkenning dat psychische stoornissen dimensioneel van aard zijn, komt in de laatste versie van de DSM aan bod, onder meer door het toevoegen van een dimensionele beoordeling van de ernst van de symptomen bij een aantal categorieën.

De ASEBA-vragenlijsten (Achenbach, 2009) bijvoorbeeld beschrijven het gedrag van een kind, jongere of volwassene aan de hand van empirisch bepaalde dimensies of 'syndromen'^{5,6}. Per dimensie zijn normen voorzien zodat afgeleid kan worden hoe een persoon zich ten opzichte van een normgroep verhoudt. De empirische bottom-up benadering houdt in dat er bij de ontwikkeling van de vragenlijsten gestart wordt met talrijke items (in geval van ASEBA items met betrekking tot gedrag, emotionele problemen en somatische klachten) die van een grote groep personen afgenomen worden. Nadien wordt er aan de hand van statistische analyses bekeken welke items samen voorkomen. Items die samen voorkomen vormen een dimensie. Deze dimensie draagt een bepaald label (e.g., agressief gedrag) en beschrijft met deze naam de items waaruit de dimensie bestaat (McConaughy, 2001).

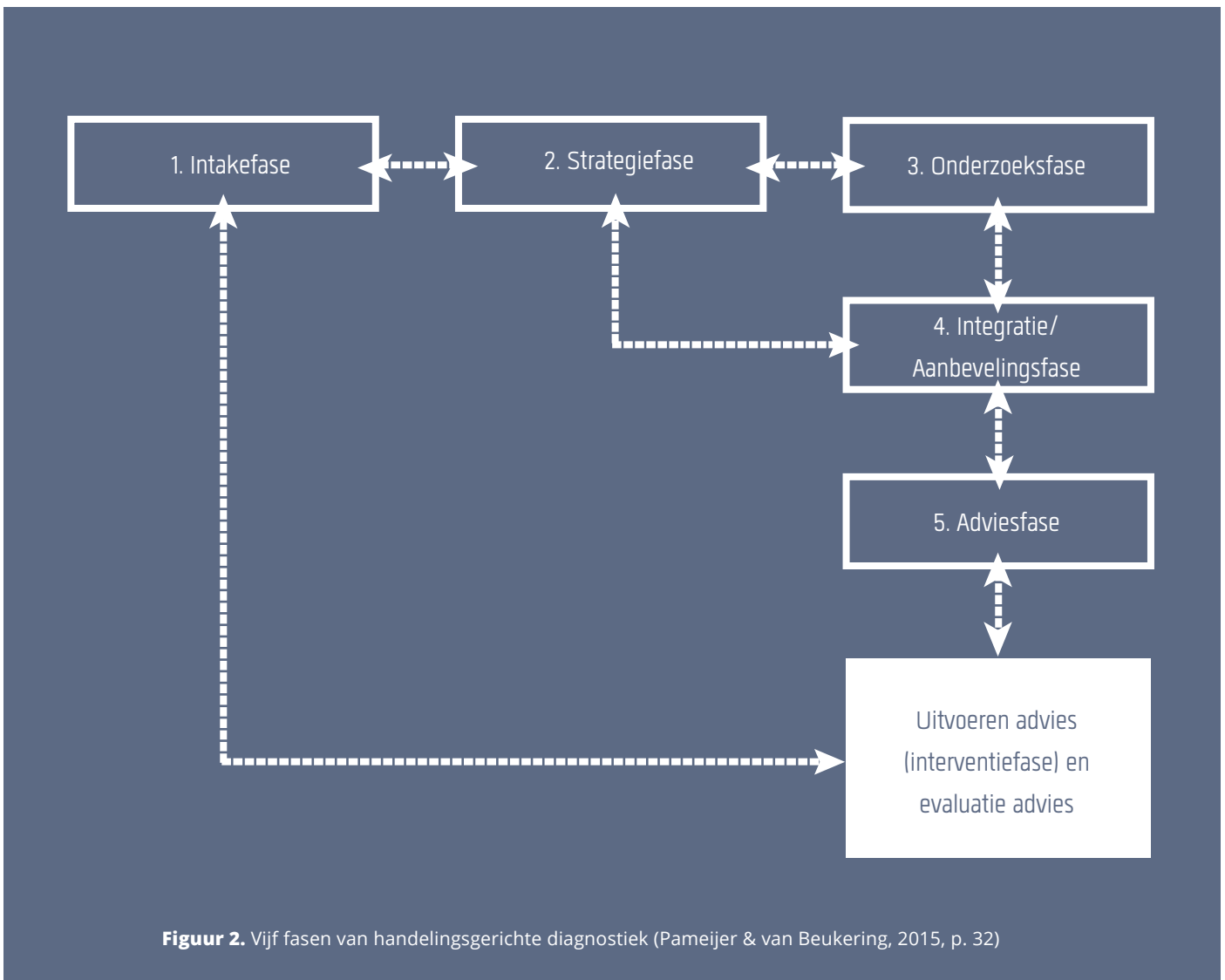


5 Letterlijk betekent syndroom een reeks dingen die samengaan (McConaughy, 2001).

6 Naast de empirische schalen bevatten de ASEBA-vragenlijsten ook DSM-georiënteerde schalen. Ze zijn dus niet louter dimensioneel van aard en kunnen ook vanuit de categoriaal classificerende benadering ingezet worden.

Handelingsgerichte diagnostiek

Handelingsgerichte diagnostiek is een kwaliteitskader waarin verschillende principes centraal staan en een planmatige werkwijze uitgewerkt is (Pameijer & Draaisma, 2011; Pameijer, & van Beukering, 2015; Prodia, 2015; Van Vlierberghe, Hamers, & Braet, 2014; Verbiest & Verheyen, 2016). Het is een praktijkmodel en kan beschouwd worden als een pragmatische uitwerking van de diagnostische cyclus (Pameijer & van Beukering, 2015). Handelingsgerichte diagnostiek is erop gericht om een geïndividualiseerd advies naar toekomstige hulpverlening uit te brengen en vertrekt dan ook steeds vanuit de indicerende vraagstelling. 'Hoe kan deze persoon het beste geholpen worden' is het uitgangspunt van het diagnostisch proces. Onderkende en verklarende diagnostiek kunnen aangewend worden in functie van de indicatieanalyse, maar vormen geen doelstelling op zich (Verbiest & Verheyen, 2016).



De zeven principes van handelingsgerichte diagnostiek kunnen als volgt geformuleerd worden⁷:

1. Handelingsgerichte diagnostiek is doelgericht;
2. Handelingsgerichte diagnostiek richt zich op de behoeften van de cliënt en de opvoeders/hulpverleners;
3. Handelingsgerichte diagnostiek betreft de omgeving van de cliënt, en heeft aandacht voor hun ondersteuningsbehoeften;
4. Handelingsgerichte diagnostiek hanteert een transactioneel⁸ referentiekader;
5. Handelingsgerichte diagnostiek acht samenwerken met cliënten en hun context cruciaal;
6. Handelingsgerichte diagnostiek besteedt aandacht aan positieve factoren;
7. Handelingsgerichte diagnostiek verloopt systematisch en transparant.

Handelingsgerichte diagnostiek stelt als werkwijze het doorlopen van vijf fasen voorop (zie Figuur 2): (1) intakefase, (2) strategiefase, (3) onderzoeksfase, (4) integratie- en aanbevelingsfase, en (5) adviesfase. Hierna wordt het advies uitgevoerd en volgt een evaluatie van het advies. De fasen worden sequentieel doorlopen. Wel is het mogelijk dat de onderzoeksfase overgeslagen wordt en er na de strategiefase onmiddellijk overgegaan wordt naar de integratie- en aanbevelingsfase. Ook kan er een wisselwerking ontstaan tussen de verschillende fasen: informatie en inzichten in de ene fase hebben invloed op beslissingen in een andere fase. Verder stelt de handelingsgerichte werkwijze een cyclisch proces voorop. Na de adviesfase en evaluatiefase volgt een interventie waarna er (indien nodig) kan teruggekeerd worden naar de intakefase. Hulpvragen, behoeften en doelen kunnen doorheen het proces bijgesteld worden. Bij elke fase moet er nagegaan worden of het diagnostisch traject nauw aansluit bij de hulpvragen van de cliënt, het advies van de hulpverlener en de keuzes van de cliënt.

De focus op indicatie en het cyclisch karakter van het handelingsgericht diagnostisch traject impliceert dat diagnostiek en interventies binnen dit denkkader verknoopt zijn met elkaar. Handelingsgerichte diagnostiek hoeft daarom echter niet noodzakelijk ingebed te zijn in een interventiecontext, zolang een link met deze context wel aanwezig is. Om een handelingsgericht advies uit te brengen moeten diagnostici namelijk wel enige kennis hebben van de mogelijke interventies. Van belang is tevens de afstemming tussen diagnostiek en interventies binnen het hulpverleningstraject van een cliënt. Diagnostiek is gericht op het adviseren van de juiste interventie, en de interventie kan input zijn voor het diagnostische proces.

Op basis van bovenstaande bespreking is duidelijk dat handelingsgerichte en classificerende diagnostiek geen tegenstrijdige begrippen zijn, maar beide deel uitmaken van de diagnostische cyclus van de Bruyn en Ruijsenaars (2015). Het stellen van een classificerende diagnose is één van de mogelijke uitkomsten van onderkende diagnostiek. Classificerende diagnostiek situeert zich dus in de

7 De uitgangspunten geformuleerd in Pameijer en Draaisma (2011) en Pameijer en van Beukering (2015) zijn toegespitst op jeugdzorg en onderwijs. De verwoording werd hier (waar nodig) aangepast om breed toepasbaar te zijn op elk doelpubliek.

8 Binnen het handelingsgericht diagnostisch kader wordt met transactioneel wisselwerking en afstemming tussen de persoon en zijn of haar omgeving bedoeld (Pameijer & Draaisma, 2011).

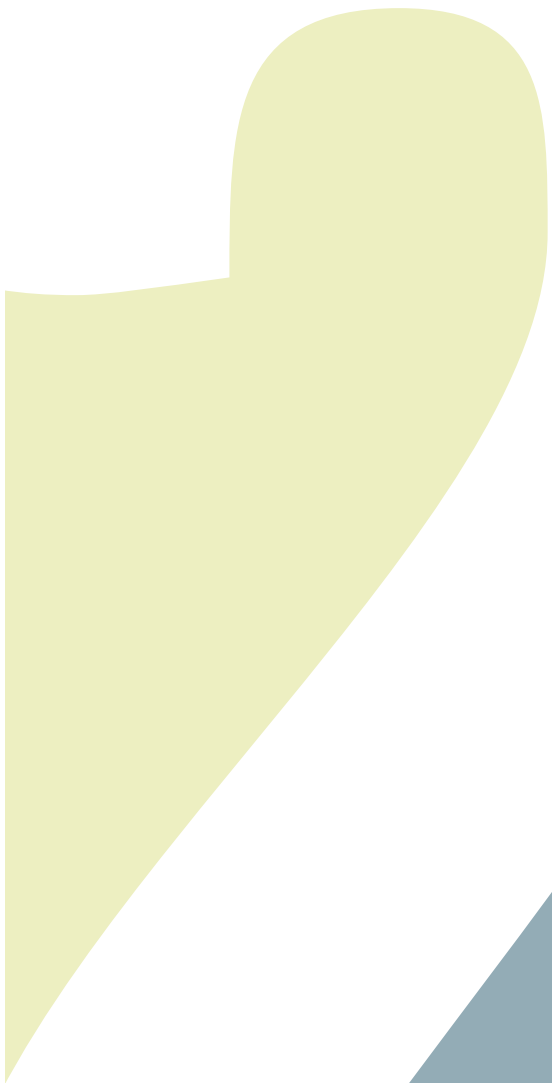
onderkende fase, of de fase van de probleemanalyse, binnen de diagnostische cyclus. De focus van handelingsgerichte diagnostiek ligt op het onderzoeken van de meest geschikte aanpak. Hiervoor is het nodig de ganse diagnostische cyclus te doorlopen. Het is hierbij dus mogelijk dat naast de indicerende vraagstelling, ook onderkende en verklarende diagnostiek aan bod komen. Deze zijn hierbij echter geen doel op zich, maar een middel om te adviseren. Daarnaast is het belangrijk op te merken dat classificerende diagnostiek vaak geïnterpreteerd wordt in termen van categoriale classificatie, terwijl een dimensionele classificatie meer handvaten biedt voor handelingsgerichte diagnostiek (De Jonghe, 2016; Pameijer, 2014). Bij handelingsgerichte diagnostiek is het namelijk van belang een sterkte-zwakteprofiel op te stellen en zicht te krijgen op het adaptief functioneren, participatieproblemen, ondersteunings- en leerbehoeften om zo tot een geïndividualiseerd advies te komen (Taskforce Autisme, 2016). Het onderzoeken van deze aspecten kan aan de hand van een dimensioneel systeem waarbij per dimensie gradaties van ernst kunnen toegewezen worden. Een dimensioneel systeem capteert op deze manier ook het periodieke en cyclische karakter van handelingsgerichte diagnostiek. Het is mogelijk dat er het ene tijdstip sprake is van een lagere of hogere score op een dimensie ten opzichte van een andere periode⁹.

Dynamisch-interactief assessment

Een benadering die aansluit bij handelingsgerichte diagnostiek is het dynamisch-interactief assessment (Haywood, 2012; Haywood & Lidz, 2007; Lebeer, Candeias, & Grácio, 2011). Het dynamisch-interactief assessment focust op het in kaart brengen van veranderbaarheid, van leerpotentieel. Het kan gezien worden als een specifieke onderzoeksmethodiek, die naast andere onderzoeksmiddelen ingezet kan worden binnen een handelingsgericht diagnostisch traject. Centraal bij een dynamisch-interactief assessment staat het nagaan van iemands mogelijkheid om te leren of zich aan te passen op basis van een interventie of instructie ('response to intervention'; Ardoin, Witt, Connell, & Koenig, 2005). Er zal steeds een voormeting plaatsvinden waarin het huidige functioneren op een bepaald domein wordt vastgesteld. Daarna volgt er een interventie (e.g., in het kader van een intelligentieonderzoek het geven van feedback, hints, extra tijd, aanmoediging, ...), om vervolgens in een nameting het effect van deze interventie na te gaan. De resultaten van de nameting kunnen enkel op individueel niveau vergeleken worden met de voormeting. Er zal niet vergeleken worden met een normgroep, aangezien de testomstandigheden bij de nameting gewijzigd werden en er dus niet op een gestandaardiseerde manier getest werd. Een vergelijking met een normgroep doet hier dus niet ter zake. Van belang is de mate waarin iemand op individueel niveau reageert op de interventie, gezien dit een idee geeft van het leerpotentieel, of de mogelijkheid tot verandering, van die persoon. Het dynamisch-interactief assessment onderzoekt dus de ondersteuning die nodig is door tijdens een diagnostisch traject de testomstandigheden aan te passen en het effect van deze aanpassing in kaart te brengen.

⁹ Hierbij dient opgemerkt te worden dat ook een categoriale classificatie temporeel kan veranderen.

Visie op kwaliteitsvolle diagnostiek



idiografisch karakter

reflexiviteit

interdisciplinaire samenwerking

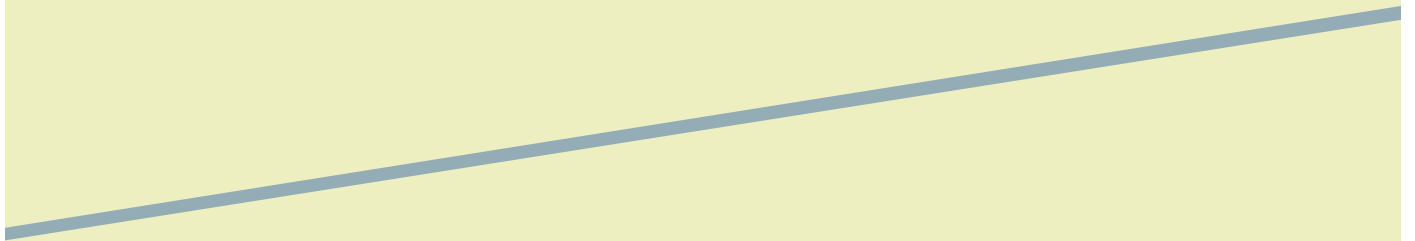
participatie

integratief beeld

biopsychosociale visie

kwaliteitsvolle methodieken en instrumenten

Kwaliteitsvolle diagnostiek



Visie op kwaliteitsvolle diagnostiek

Vanuit het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek benaderen we de kwaliteit van diagnostiek aan de hand van zeven pijlers. Kwaliteitsvolle diagnostiek (1) is ingebed in een biopsychosociale visie op het menselijk functioneren, (2) kenmerkt zich door haar idiografisch karakter, (3) leidt tot het vormen van een integratief beeld over een cliënt, (4) stelt participatie van een cliënt en zijn/haar context voorop, (5) is gebaseerd op het gebruik van kwaliteitsvolle methodieken en instrumenten, (6) wordt gekenmerkt door reflexiviteit van de diagnosticus en het diagnostisch team en (7) heeft aandacht voor interdisciplinaire samenwerking¹.

Verder onderschrijven we het uitgangspunt, de werkprincipes en methodiek van handelingsgerichte diagnostiek, zoals geformuleerd door Pameijer en van Beukering (2015). Het primaire doel van kwaliteitsvolle diagnostiek is steeds het geven van advies op maat van de cliënt over welke zorg het meest geschikt is. Een aantal principes van Pameijer en van Beukering komen ook aan bod binnen de bespreking van de zeven pijlers die we vanuit het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vooropstellen. De werkwijze van handelingsgerichte diagnostiek volgens de verschillende deelfasen zoals geformuleerd door Pameijer en van Beukering wordt in het volgende hoofdstuk besproken.

In wat volgt gaan we eerst dieper in op de zeven pijlers van kwaliteitsvolle diagnostiek. Elke diagnostische richtlijn dient dan ook vanuit deze visie gelezen te worden.

Biopsychosociaal kader

In de gezondheidszorg wordt vaak verwezen naar het biopsychosociaal model als conceptueel raamwerk ten aanzien van ziekte en gezondheid. Dit model werd initieel door Georges Engel – een arts interne geneeskunde – geformuleerd in 1977 (Engel, 1977, 1981). Met het biopsychosociaal model gaf Engel in die tijd een kritisch

¹ De termen multi- en interdisciplinariteit worden vaak door elkaar gebruikt. Hoewel multidisciplinariteit de meer gangbare term is, opteerden we - in lijn met de definities die in de literatuur terug te vinden zijn - voor het gebruik van de term interdisciplinariteit.

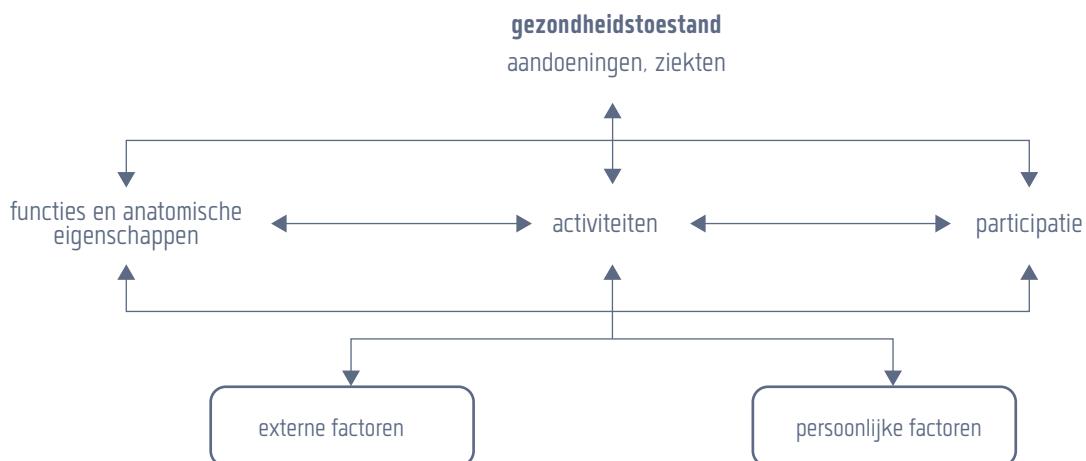
antwoord op de toen heersende biomedische benadering van ziekte binnen het domein van de psychosomatische geneeskunde, en de geneeskunde in het algemeen. Het biopsychosociaal model gaat uit van een complexe interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren om ziekte en gezondheid te verklaren. Het benadert de persoon als een systeem, opgebouwd uit verschillende subsystemen (e.g., zenuwstelsel, organen, weefsel, cellen) dat zelf ook deel uitmaakt van hogere-orde systemen zoals onder andere relaties, cultuur en maatschappij. Er wordt vanuit gegaan dat al deze systemen elkaar wederzijds beïnvloeden. In het biopsychosociaal model van Engel wordt het in kaart brengen van de psychosociale dimensies bij diagnose en behandeling dan ook op hetzelfde niveau geplaatst als de 'puur medische' onderzoeken. In de loop van een diagnostisch proces moet men steeds voor ogen houden dat het gedrag en de ervaringen van een persoon onlosmakelijk verbonden zijn met zowel biologische processen, als psychologische factoren en de sociale context waarin de persoon zich bevindt.

Verschillende auteurs beschouwen het biopsychosociale model als een in wezen holistische² visie op het menselijk functioneren (Van Oudenhove & Cuypers, 2014). Toch werd het biopsychosociaal model van Engel ook bekritiseerd, voornamelijk omdat het generiek, te vaag gedefinieerd en niet testbaar zou zijn, noch bruikbaar om in de praktijk te brengen (zie voor een bespreking Farre & Rapley, 2017; Van Oudenhove & Cuypers, 2014). Daarnaast is het belangrijk op te merken dat bij de originele biopsychosociale visie van Engel ziekte en gezondheid nog steeds binnen een individu geplaatst worden. Alternatieve theorieën zien een stoornis niet als een natuurlijke conditie die noodzakelijkerwijze 'genezen' moet worden, maar als een sociaal of cultureel construct (O'Reilly & Lester, 2017). Men moet de biopsychosociale visie vooral beschouwen als een metatheorie en een 'werk in uitvoering', waarbij de concrete invulling over onder andere de aard van de interacties tussen biologische, psychologische en sociale factoren nog verder moet gespecificeerd worden op basis van wetenschappelijk onderzoek (Suls & Rothman, 2004).

Een mogelijk raamwerk om het biopsychosociaal model in de diagnostische praktijk om te zetten is het International Classification of Functioning, Disability and Health model van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2002, 2008). ICF is een classificatiesysteem waarin de gezondheidstoestand van iemand beschreven wordt aan de hand van verschillende met elkaar in interactie tredende componenten. Binnen de ICF wordt de mens enerzijds benaderd als een biologisch organisme met 'Functies en Anatomische eigenschappen'. Anderzijds wordt het menselijke functioneren ook beschreven aan de hand van 'Activiteiten' (i.e., het menselijk handelen) en 'Participatie' (i.e., de deelname aan de samenleving). Verder wijst de ICF op twee componenten die ondersteunend of belemmerend kunnen zijn ten aanzien van het functioneren van personen. Dit zijn de 'Externe factoren' en 'Persoonlijke factoren'. Externe factoren hebben betrekking op de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven. Voorbeelden hiervan zijn de houding van de samenleving ten aanzien van mensen met een beperking, vormen van ondersteuning door personen of hulpmiddelen of het gevoerde beleid. Persoonlijke factoren zijn kenmerken van een individu die geen deel uitmaken van de gezondheidstoestand, zoals bijvoorbeeld opleiding, levensstijl en sociale achtergrond.

2 The Oxford Living Dictionary definieert het holisme als de theorie waarbij (a) de delen van een geheel nauw met elkaar en met het geheel verbonden zijn, waardoor de delen niet begrepen kunnen worden zonder naar het geheel te kijken, of de delen niet zonder het geheel kunnen bestaan; en (b) het geheel groter is dan de som van zijn delen (The Oxford Living Dictionary, geraadpleegd op 24 januari 2019).

Figuur 3 geeft de vijf componenten van het ICF-model weer in relatie tot de gezondheidstoestand (aandoeningen, ziekten) van een persoon. Het functioneren is het resultaat van een complexe wisselwerking tussen deze vijf componenten. De mogelijkheden en de beperkingen die een persoon ervaart in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en in het participeren in allerlei leefsituaties worden niet alleen beïnvloed door de component 'Functies en Anatomische Eigenschappen', maar evengoed door zowel persoonlijke als externe factoren (WHO, 2002). Deze factoren kunnen een positieve of een negatieve invloed uitoefenen op de lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, op het uitvoeren van activiteiten door het individu of op de participatie van het individu in de samenleving.



Figuur 3. Het ICF-model (WHO, 2002, 2008)

De ICF stelt de interactie tussen een persoon en zijn omgeving centraal en hanteert dus een biopsychosociaal perspectief op functioneren. Het is een begripssysteem dat toelaat tot in detail het functioneren op een éénduidige manier te beschrijven, te structureren, te classificeren en te coderen. Aan de hand van dit model kunnen bij de diagnostische besluitvorming alle componenten goed in beeld gebracht worden. Het interactionele biopsychosociale aspect van de ICF maakt duidelijk dat voor kinderen, jongeren en volwassenen met een bepaalde ziekte of aandoening het functioneren sterk kan verschillen omdat dit functioneren juist van het samenspel van alle componenten afhangt. Of mensen meer of minder ondersteuning nodig hebben, hangt dan niet enkel af van de aard en de graad van hun ziekte of aandoening. Het hangt vooral af van aanwezige afwijkingen in functies en anatomische eigenschappen, welke beperkingen ze ervaren in het uitvoeren van activiteiten en in het participeren in de samenleving en van persoonlijke en externe factoren die het functioneren beïnvloeden.

De ICF is een uitgebreid classificatiesysteem met meer dan 1400 categorieën. Om de toepasbaarheid in de klinische praktijk te faciliteren werd er ingezet op de ontwikkeling van ICF-core sets. Een ICF-core set is een selectie van categorieën van het ganse ICF-classificatiesysteem waarvan op basis van

consensusoordeel tussen internationale experts besloten is dat dit de meest relevante en essentiële categorieën zijn om het functioneren van een persoon met een bepaalde gezondheidstoestand te beschrijven (Selb et al., 2015). Momenteel zijn er reeds voor verschillende gezondheidscondities ICF-core sets ontwikkeld (voor een overzicht, zie Bickenbach, Cieza, Rauch, & Stucki, 2012; ICF Research Branch, 2017), waaronder bijvoorbeeld voor autismespectrumstoornis (Bölte et al., 2018), ADHD (Bölte et al., 2018), depressie (Cieza et al., 2004) en schizofrenie (Gómez-Benito et al., 2018). De ICF-core sets kunnen gehanteerd worden om vast te stellen wat het functioneren van iemand ondersteunt en/of belemmert gegeven een reeds vastgestelde categoriale classificatie. Daarnaast blijft het echter belangrijk het functioneren breed in kaart te brengen, ruimer dan enkel uit te gaan van de categoriale classificatie.

Idiografisch kader

Idiografisch onderzoek kent veel verschillende definities en invullingen. In de literatuur wordt idiografisch vaak tegenover nomothetisch geplaatst. Idiografisch onderzoek betreft het beschrijven en begrijpen van individuele casussen, terwijl nomothetisch onderzoek als doel heeft om algemeenheden te vinden en fenomenen te trachten te vatten in wetmatigheden en theorieën (Robinson, 2011). In het kader van diagnostiek wordt ook wel eens gesteld dat de nomothetische component gericht is op het indelen van mensen in diagnostische categorieën en de idiografische component vooral betrekking heeft op informatie die de cliënt uniek maakt ten opzichte van anderen (Van Os, 2014).

In lijn hiermee definieerden Haynes, Mumma, en Pinson (2009) idiografische diagnostiek als volgt:

“Idiographic assessment is the measurement of variables and functional relations that have been individually selected, or derived from assessment stimuli or contexts that have been individually tailored, to maximize their relevance for the particular individual.”

Het gaat hier om het gebruik van geïndividualiseerde methodieken, instrumenten of metingen om informatie te bekomen die uniek is en relevant voor de specifieke cliënt.

In de internationale richtlijnen voor diagnostisch onderzoek (International Guidelines for Diagnostic Assessment) van de World Psychiatric Association (WPA) neemt de idiografische component een prominente plaats in naast de gestandaardiseerde multiaxiale diagnostische beschrijving en wordt gesteld dat het deze gestandaardiseerde beschrijving complementeert met een erkenning van wat uniek, belangrijk en betekenisvol is over en voor de cliënt (IGDA Workgroup, WPA, 2003). De idiografische beschrijving dient volgens de richtlijnen het perspectief van de diagnosticus, de cliënt en zijn/haar omgeving te bevatten op de ervaren problemen en relevante biopsychosociale factoren, op de positieve kenmerken van de cliënt en op de verwachtingen over herstel en gezondheidsbevordering. De idiografische component vormt op deze manier de link tussen de diagnostiek van de hulpverlener en het verhaal van de cliënt. Cliënten worden hierdoor niet gereduceerd tot de oplossingen van de diagnosticus, maar construeren samen met de diagnosticus een persoonlijke formulering van hun lijden, hoe dit hun leven beïnvloedt en hoe geholpen kan worden (Van Os, 2014).

Integratief beeld

Het doorlopen van een kwaliteitsvol diagnostisch proces dient steeds aanleiding te geven tot het vormen van een integratief beeld over een cliënt. Het integratief beeld is een overkoepelend beeld of theorie over een cliënt waarin alle verzamelde diagnostische gegevens een plaats krijgen en in relatie tot elkaar worden gebracht. Het houdt onder meer in dat hypothesen worden afgetoetst, dat eventueel contradictorische elementen tegenover elkaar geplaatst worden en dat aan de verschillende belemmerende en versterkende factoren gewichten worden toegekend. Vanuit de biopsychosociale visie die eerder is beschreven, is het belangrijk in het integratief beeld oog te hebben voor de complexe en uiterst individuele wisselwerking tussen de geïdentificeerde biologische, psychologische en sociale factoren. Het functioneren van de betrokken persoon dient dan ook zo breed mogelijk te worden belicht met niet enkel aandacht voor functioneringsproblemen, maar ook met oog voor de sterktes en de mogelijkheden, de persoonlijke en externe factoren. Het is de integratie van alle informatie, hetgeen essentieel is om een cliënt zijn of haar hulpvraag te begrijpen en te kaderen binnen zijn of haar persoonlijk 'biopsychosociaal verhaal'.

Het integratief beeld wordt dus steeds vanuit een biopsychosociaal perspectief opgesteld en biedt een idiografische theorie die toelicht hoe de kenmerken van de cliënt en van zijn of haar omgeving in interactie met elkaar de ervaren moeilijkheden hebben veroorzaakt of in stand houden.

Participatie van cliënt en context³

Een diagnostisch onderzoek dient steeds te vertrekken vanuit de vraag van de cliënt en/of diens context. Het moet aansluiten bij zijn wensen, behoeften en mogelijkheden. Om dit te realiseren wordt de diagnosticus uitgedaagd aandachtig het verhaal van de cliënt te beluisteren en te werken vanuit het perspectief van de cliënt die optreedt als medeonderzoeker en ervaringsdeskundige. De kennis, ervaringen en verwachtingen van de cliënt nemen binnen het diagnostisch proces dus een centrale plaats in. Het uitgangspunt hierbij is dat er niet gesproken wordt óver de cliënt, maar wel mét de cliënt. Dit dialogische karakter van de samenwerkingsrelatie is binnen het diagnostische traject heel belangrijk. Het samenwerken met en betrekken van cliënten vergroot de kans dat ze gemotiveerd zijn voor het advies (Pameijer & Draaisma, 2011) en het verbetert de tevredenheid en het gevoel van empowerment (Tambuyzer, 2012).

Volgens Van Os (2014) is het belangrijk als diagnosticus zich niet al te wetend op te stellen en te vertrekken vanuit een vragende diagnostiek. Vier basisvragen treden hierbij op de voorgrond volgens Van Os: 'Wat is er met je gebeurd? Wat is je kwetsbaarheid en weerbaarheid? Waar wil je naartoe? Wat heb je nodig?' Door deze vragen voorop te stellen, en niet uit te gaan van veronderstellingen over labels, kan de idiografische component van diagnostiek gemaximaliseerd worden. Enkel door op een niet-wetende, vragende wijze tegenover de cliënt te staan, komt het persoonlijke verhaal van de cliënt en zijn zorgbehoeften centraal te staan.

3 Bij een verwijzing naar cliënt wordt steeds de cliënt en/of diens context bedoeld.

Gebruik van kwaliteitsvolle methodieken en instrumenten

Methodisch te werk gaan is een essentiële voorwaarde voor kwaliteitsvolle diagnostiek. Het verwijst naar de manier waarop de informatieverzameling gebeurt ter verantwoording van een bepaalde beslissing (De Bruyn, 2002). In het kader van diagnostische besluitvorming wordt in de literatuur vaak verwezen naar een cyclisch proces van hypotheseformulering en -toetsing. Binnen dit proces kunnen een aantal specifieke stappen onderscheiden worden, gaande van de analyse van de aanmelding en hulpvraag, tot het formuleren van hypothesen en afleiden van toetsbare voorspellingen, tot het verzamelen van nieuwe gegevens en evalueren van de resultaten in het licht van de gestelde hypothese (De Bruyn, Claes, & Bijttebier, 2006, zie ook de vijf fasen van handelingsgerichte diagnostiek).



Dit hypothesetoetsend te werk gaan en handelen via een systematische methodiek zorgt ervoor dat diagnostici zich kunnen wapenen tegen oordeelsfouten (cf. infra reflexiviteit van de diagnosticus en het diagnostisch team; Schaubroeck, 2019; Witteman, van der Heijden, & Claes, 2014). Om valkuilen bij oordeelsvorming te vermijden dient de basishouding van een diagnosticus dan ook steeds te zijn om zich kritisch op te stellen, zowel ten opzichte van de gegenereerde hypothesen, als ten opzichte van de verzamelde data en de conclusies die hieruit getrokken worden. Om deze kritische ingesteldheid te realiseren en dus een kwaliteitsvolle diagnostische besluitvorming te waarborgen kunnen verschillende werkprincipes aangeraden worden (Schaubroeck, 2019; Vanheule, 2015; Witteman et al., 2014).

Multi-informant en multi-methodisch te werk gaan zijn hierbij belangrijke pijlers. Tracht een casus steeds te benaderen vanuit verschillende bronnen en aan de hand van verschillende methodes. Op deze manier kan een genuanceerd beeld bekomen worden. Daarnaast kunnen intercollegiaal overleg en discussie van het diagnostisch materiaal (zowel met het oog op het aannemen dan wel verwerpen van de werkhypothesen) bijdragen tot een gefundeerde en onbevooroordeelde diagnostische besluitvorming. Door middel van intervisie en supervisie kan feedback verkregen worden op het eigen handelen en kunnen kennis en praktijkervaring gedeeld worden.

Verder is het belangrijk dat de besluitvorming gebaseerd is op kwaliteitsvol diagnostisch materiaal. In het kader van vraagverheldering en hypothesetoetsing kan namelijk op verschillende manieren diagnostische informatie verzameld worden, gaande van dossieranalyse, (on)gestructureerde gesprekken en observaties, tot het gebruik van testen en vragenlijsten. Wat het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten betreft, werden er vanuit de European Federation of Psychologists' Associations (EFPA) twee kwaliteitscriteria geformuleerd. Ten eerste dienen instrumenten correct gehanteerd te worden in termen van de juiste keuze van het instrument in functie van de vraagstelling, alsook in termen van testafname, scoring en interpretatie van de test scores. Ten tweede moeten instrumenten beschikbaar zijn die wetenschappelijk onderbouwd zijn met goede psychometrische eigenschappen. Een instrument moet namelijk valide en betrouwbaar zijn en een goede normering hebben (Evers et al., 2011). Als diagnosticus is het belangrijk instrumenten te hanteren die voldoen aan de kwaliteitseisen, of indien dergelijke instrumenten niet voorhanden zijn, de beperkingen van het gebruik van instrumenten met minder goede psychometrische eigenschappen correct in te schatten en enkel te gebruiken om hypothesen te genereren. Ook mag men niet uit het oog verliezen dat scores die verkregen zijn aan de hand van instrumenten steeds schattingen zijn met een bepaald betrouwbaarheidsinterval. Men mag ze zowel bij de interpretatie als communicatie van de resultaten dan ook niet als waarheden poneren (Witteman et al., 2014).

Reflexiviteit van de diagnosticus en het diagnostisch team⁴

Onderzoek toont aan dat het klinisch oordeel feilbaar en minder optimaal is dan statistische voorspellingen (Ægisdóttir et al., 2006; Westen & Weinberger, 2004). Dit komt doordat de mens bij het verwerken van informatie gevoelig is voor verschillende valkuilen. In de literatuur worden verschillende fouten en vertekeningen (biases) beschreven die het klinisch oordeel kunnen beïnvloeden (voor een overzicht, zie onder andere Croskerry, 2003; Schaubroeck, 2019;

4 Doorheen de tekst wordt verwezen naar de diagnosticus als enkelvoudig persoon. Hiermee wordt echter evengoed het diagnostisch team bedoeld.

Witteman et al., 2014). Wij noemen hier slechts enkele voorbeelden (beschreven in Witteman et al., 2014). Zo weten we bijvoorbeeld uit onderzoek dat de mate waarin een gebeurtenis als waarschijnlijk wordt beoordeeld, afhangt van hoe gemakkelijk men zich een aantal voorbeelden van die gebeurtenis kan herinneren (beschikbaarheidsheuristiek). De waarschijnlijkheid van een bepaalde diagnose zal dan afhangen van hoe recent deze diagnose in het verleden gesteld is geweest. Verwant aan de beschikbaarheidsheuristiek zijn het primacy-effect en het recency-effect: informatie die respectievelijk het eerste en het laatste vernomen werd, zal het beste onthouden worden, hierdoor beter beschikbaar zijn en de beoordeling meer kleuren. Daarnaast zal de beoordeling over de waarschijnlijkheid van een gebeurtenis ook afhangen van hoe representatief men de gebeurtenis vindt ten opzichte van het prototype dat men gevormd heeft over dit soort gebeurtenissen (representativiteitsheuristiek). De vergelijking met een prototype wordt in de diagnostische praktijk vaak toegepast. Het prototype is het meest representatieve voorbeeld van een bepaalde klasse en wordt door ervaring verder opgebouwd en verrijkt. Eén van de nadelen hieraan is dat atypische verschijnselen, die niet passen binnen het prototype, sneller over het hoofd zullen worden gezien. Als laatste voorbeeld van een mogelijke valkuil halen we de confirmation bias aan. Mensen hebben de neiging informatie te verzamelen die overeenkomt met hun verwachtingen en hun eerste idee bevestigt. Er wordt hierdoor dus niet gezocht naar informatie die de hypothese kan weerleggen, hoewel deze informatie mogelijks meer overtuigend kan zijn.

In tegenstelling tot de literatuur die het bestaan van deze fouten en vertekeningen uitvoerig beschrijft, is er weinig onderzoek naar mogelijke debiasing technieken. Verschillende auteurs geven enkele algemene suggesties om dergelijke fouten en vertekeningen tegen te gaan (Lilienfeld, Ammirati, & Landfield, 2009; Spengler, Strohmmer, Dixon, & Shivy, 1995; Witteman et al., 2018). Zo wordt voorgesteld in te zetten op onderwijs rond algemeen logisch redeneren en het bestaan van cognitieve biases. Ook wordt gesteld dat diagnostici alle kansen moeten aangrijpen om feedback te krijgen over hun handelen en oordelen. Dit kan onder de vorm van supervisie of intervisie, of op basis van de ervaringen en feedback van cliënten. Daarnaast wordt het stelselmatig beschouwen van alternatieve of tegengestelde verklaringen ook voorgesteld als een strategie die biases kan tegenwerken (e.g., advocaat van de duivel spelen). Andere aanbevelingen zijn een multi-methode aanpak (cf. supra) met gebruik van externe hulpmiddelen die het systematisch werken bevorderen (e.g., gestructureerde interviews), het expliciteren van argumenten en het uitstellen van finale beslissingen. Bovendien wordt bij het stellen van een categoriale classificatie aanbevolen de prevalentie van de categoriale classificatie, alsook de sensitiviteit en specificiteit van de gehanteerde diagnostische testen in rekening te brengen.

Naast de oordeelsfouten en vertekeningen die eigen zijn aan het menselijke informatieverwerkingsvermogen oefent elke diagnosticus ook op andere manieren impliciet een invloed uit op de diagnostische besluitvorming. Vanheule (2015) situeert de invloed die men als diagnosticus heeft op het diagnostisch onderzoek op drie niveaus: persoonsgebonden, institutioneel en relationeel. Ten eerste zijn er persoonlijke voorkeuren en eerdere persoonlijke of professionele ervaringen die de blik van de diagnosticus zullen kleuren (en die onder andere ook kunnen leiden tot de oordeelsfouten en vertekeningen hierboven beschreven). Ten tweede spelen institutionele factoren zoals de visie van de organisatie, de scholing van de diagnosticus, het gehanteerde denkkader en de maatschappelijke tijdsgeest een rol. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat afhankelijk van de sector waarin men werkt, of de opleiding die men genoten heeft, de nadruk eerder ligt op het werken met de

context dan wel met de cliënt zelf. Als laatste is het relationele aspect van belang. Ondanks de toegenomen focus op een dialogisch gebeuren en een participatieve basishouding van de diagnosticus (cf. supra) kenmerkt een diagnostische relatie zich vaak door een asymmetrische machtsverhouding, waarbij de diagnosticus door de cliënt als expert wordt aanzien. Er dient dan ook ethisch correct en professioneel omgegaan te worden met deze machtsrelatie (zie ook Roose & Debie, 2010).

Een diagnostisch onderzoek blijft een sociaal gebeuren, waarbij zowel de diagnosticus als de cliënt met bepaalde ervaringen en achtergronden tegenover elkaar staan, en elkaar wederzijds beïnvloeden. Het is van belang bewust te zijn van deze invloeden en er op een (zelf)kritische wijze bij stil te staan. Enkel door een dergelijke reflexieve houding kan de kwaliteit van het diagnostisch onderzoek bewaakt worden.

Interdisciplinaire samenwerking

Om kwaliteitsvolle diagnostiek te realiseren wordt uitgegaan van interdisciplinaire samenwerking. Interdisciplinariteit overstijgt multidisciplinariteit in die zin dat de kennis en het perspectief van verschillende disciplines niet enkel naast elkaar worden geplaatst, maar dat er ook een interactie, synthese en integratie tussen de verschillende disciplines plaatsvindt. Binnen een interdisciplinair team opereren de teamleden niet louter als onafhankelijke experts, maar komt het team samen om het perspectief en de onderzoeksresultaten van elke discipline te bediscussiëren en te komen tot nieuwe inzichten en een gemeenschappelijk gedragen besluit (Choi & Pak, 2006; Vyt, 2017). Deze samenwerking tussen verschillende disciplines heeft verschillende voordelen. Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat een interdisciplinaire benadering de resultaten van een cliënt positief beïnvloedt, onder andere op het niveau van gerapporteerde kwaliteit van zorg, vastgestelde symptomen en testcores (Choi & Pak, 2006; Zwarenstein, Goldman, & Reeves, 2009). Ook is het samenwerken met collega's van verschillende disciplines essentieel om de biopsychosociale visie op functioneren zoals hierboven geschetst ten volle te implementeren binnen het diagnostisch proces. Er wordt vanuit gegaan dat elke diagnosticus zijn eigen specialisatie heeft en dus is toegespitst op het in kaart brengen van een beperkt onderdeel van het (biologisch, psychologisch of sociaal) functioneren van een persoon. Expertise vanuit verschillende disciplines is nodig om alle factoren die een rol spelen in het menselijk functioneren accuraat te onderzoeken. Verder kan interdisciplinaire samenwerking ervoor zorgen dat oordeelsfouten sneller gedetecteerd en vermeden worden (Witteman et al., 2018). Teamleden kunnen elkaar een spiegel voorhouden en zo kritisch nadenken en reflecteren stimuleren. Ook wordt elk diagnostisch team door het integreren van verschillende visies uitgedaagd breed te kijken en alternatieve hypotheses te overwegen.

Naast deze voordelen zijn er echter ook valkuilen verbonden aan interdisciplinaire samenwerking en overleg (Federatie OOC, 2013; Witteman et al., 2018). Het is dan ook belangrijk deze te erkennen en er bewust mee om te gaan. De valkuilen hebben betrekking op de sociale processen die heersen binnen een interdisciplinair overleg en die mogelijk kunnen interfereren met de besluitvorming. Zo kan er sprake zijn van een vrienden-effect waarbij het teamlid met veel vrienden meer bijstand krijgt en hierdoor de richting van de conclusie meer beïnvloedt. Een ander voorbeeld is dat in een interdisciplinair overleg soms alle (relevante én irrelevante) informatie evenveel gewicht krijgt, uit vrees het teamlid dat de irrelevante informatie aanbracht niet te kwetsen. Daarnaast kan er sprake zijn van conformisme om geaccepteerd te worden in het team. Dit kan leiden tot groepsdenken: individuele meningen en alternatieve gezichtspunten

gaan verloren en de focus ligt op het behoud van eensgezindheid. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van de groepsprocessen die een invloed kunnen hebben op de interdisciplinaire besluitvorming (voor een verdere bespreking zie onder andere Federatie OOC, 2013; Witteman et al., 2018).

Daarnaast dient men zich te realiseren dat alle individuele teamleden gevoelig zijn aan de biases en oordeelsfouten zoals hierboven besproken en de groepsdiscussie op deze manier ook beïnvloed kan worden. Naast de besproken strategieën om deze vertekeningen en fouten tegen te gaan (cf. supra) geven we hier nog enkele suggesties die bruikbaar kunnen zijn bij het organiseren van interdisciplinair overleg (gebaseerd op Witteman et al., 2018). Het lijkt aangewezen een voorzitter voor het interdisciplinair overleg aan te stellen. Deze voorzitter heeft de belangrijke functie om de focus van het overleg te behouden en om ervoor te zorgen dat iedereen met relevante informatie gehoord wordt. Het is dan ook niet de bedoeling dat deze voorzitter inhoudelijk participeert aan het overleg, maar aandacht heeft voor de verschillende rollen en bijdrages van de teamleden, maakt dat het overleg gericht blijft op het specifieke onderwerp, de tijd opvolgt en ervoor zorgt dat alle agendapunten behandeld worden. Ook wordt voorgesteld om het teamlid met de laagste status eerst te laten spreken om te voorkomen dat deze persoon niet durft in te gaan tegen de mening van een teamlid met een hogere status. Een andere tip is om gebruik te maken van een visualisatie- en/of organisatiemethodiek om de verzamelde data over een cliënt te structureren. Elk teamlid kan hiertoe bijdragen en zo kan gegarandeerd worden dat in de discussie alle informatie over de cliënt meegenomen wordt en eventuele 'informatiegaten' gedetecteerd worden.

Deelfasen
Handelingsgerichte
Diagnostiek



**Essentieel is dat er gericht wordt
gehandeld met het oog op het
bevorderen van het functioneren
en het welbevinden van de cliënt.**

Deelfasen handelingsgerichte diagnostiek

De diagnostische richtlijnen worden opgebouwd volgens de verschillende deelfasen van handelingsgerichte diagnostiek. Deze fasen volgen zoals hierboven besproken een cyclisch verloop. In dit hoofdstuk gaan we in op de specifieke invulling van elke fase. We beperken ons hier tot een bespreking van die zaken die gemeenschappelijk zijn over de verschillende diagnostische richtlijnen heen. Deze bespreking is gebaseerd op Pameijer en Draaisma (2011) en het hoofdstuk Handelingsgericht diagnosticeren van het Algemeen Diagnostisch Protocol ontwikkeld door Prodia (Prodia, 2015).

Doorheen het hele diagnostische proces dient men op een professionele en dialogische manier in relatie te staan tot de cliënt. Hierbij is het van belang steeds oog te hebben voor de eigenheden van de cliënt in kwestie. Zo zullen gesprekken op maat moeten gebeuren en zijn de gehanteerde taal en manier van gespreksvoering zeer belangrijk. Er moet attent gebleven worden op het begripsvermogen van de cliënt en waar nodig dienen verduidelijkingen en nuances aangebracht te worden. Verder dient men doorheen het hele diagnostische gebeuren steeds aandacht te hebben voor het naleven van de rechten van de cliënt (conform de wet van 22 augustus 2002).

Intakefase

Handelingsgerichte diagnostiek vertrekt van een vraag, een zorg, een nood, die het startpunt is van het traject. De taak van de diagnosticus is om de vraag te verduidelijken. Hij neemt de belevingen en percepties van de betrokkenen ernstig. Hij luistert, stelt gerichte vragen, hanteert de formuleringen van de betrokkenen en verwoordt de hulpvraag in termen van de cliënt. Concrete feiten worden bevraagd, maar dit beperkt zich tot wat relevant is om de situatie te begrijpen.

Er wordt getracht volgende aspecten in kaart te brengen:

- Reden van aanmelding, hulpvragen, wensen, verwachtingen en mate waarin cliënt iets wil veranderen;
- Problemen en zorgen;
- Positieve kenmerken;
- Relevante voorgeschiedenis, genomen maatregelen en effecten;
- Attributies, doelen en oplossingen van de cliënt;
- Beleving van de cliënt met betrekking tot de aanmelding en het te doorlopen diagnostisch proces.

Doorheen het gesprek zoekt de diagnosticus afstemming met de cliënt om constructief te kunnen samenwerken. Op het einde van de intakefase zal de diagnosticus de hulpvraag vertalen naar een type vraagstelling (onderkennend, verklarend, indicierend, evaluerend). Dit onderscheid is belangrijk omdat het type vraagstelling het doel van de diagnostiek en het mogelijke antwoord bepaalt. Zo kunnen de partners ook het eindproduct – antwoord op de vraag – evalueren.

Verder is het belangrijk de cliënt in te lichten over het concrete verloop en de kostprijs van het onderzoek. Er moet voldoende uitleg verschaft worden over de te doorlopen stappen zodat het voor iedereen duidelijk en transparant is wat hen te wachten staat bij de aanvang van het diagnostisch proces. Wanneer bestaande dossiergegevens worden opgevraagd, is de schriftelijke toestemming van de cliënt essentieel.

Strategiefase

Na de intake volgt een kritische reflectie om het vervolg van het traject uit te stippelen. De diagnosticus:

- clustert de geobjectiveerde gegevens volgens een biopsychosociaal referentiekader;
- taxeert de ernst van het probleem;
- gaat na of er voldoende informatie is om de hulpvragen te beantwoorden, de ondersteuningsbehoeften in kaart te brengen en advies te kunnen geven. Indien dit het geval is wordt de onderzoeksfase overgeslagen;
- formuleert hypothesen en eventuele onderzoeksvragen en is daarbij alert voor zowel positieve elementen, als beïnvloedende factoren en eventuele andere problemen in het functioneren dan die bij de intake aan bod kwamen;
- communiceert zijn bevindingen naar de cliënt en eventuele directe betrokkenen en zoekt afstemming omtrent het vervolgtraject. Daarbij is duidelijk verwoord welke onderzoeksvragen getoetst worden en op welke manier, wie de mogelijke (mede)onderzoekspartners zijn, wat de verdere stappen zijn en hoe de timing is.

Alvorens verder te gaan, stelt de diagnosticus zich de vraag of hij/zij over voldoende kennis en ervaring over de te toetsen hypothesen beschikt om het diagnostisch onderzoek verder te kunnen zetten. Indien de diagnosticus zich om eender welke

reden niet in staat acht het onderzoek op verantwoorde wijze uit te voeren, verwijst hij de cliënt door naar een collega. Binnen het gehele proces van reflectie wordt ook bewust omgegaan met de invloed die de diagnosticus, de cliënt, en/of de interactie tussen beide uitoefenen op het diagnostisch gebeuren (cf. kwaliteitspijler reflexiviteit van de diagnosticus en het diagnostisch team).

Onderzoeksfase

Het doel van de onderzoeksfase is de onderzoeksvragen beantwoorden. De diagnosticus heeft de regie over het diagnostisch traject, maar het is mogelijk dat hij niet alle onderzoeken zelf uitvoert. Zo nodig worden externe onderzoekspartners bij het onderzoek betrokken. Hoe deze onderzoeksfase concreet vorm krijgt, hangt af van de vraagstelling. Belangrijk is om de te onderzoeken factoren, de onderzoeksmiddelen en -methodes, de informanten en de criteria om een bepaalde hypothese aan te nemen te concretiseren. Er wordt steeds uitgegaan van betrouwbare en valide onderzoeksmiddelen. De onderzoeksmiddelen worden breed opgevat. Het kan niet alleen gaan om meting via testen of vragenlijsten, maar ook om gesprekken met de cliënt, observaties in verschillende situaties, analyse van gegevens (bijvoorbeeld bestaande dossiers), een algemeen klinisch of medisch onderzoek, een dynamisch-interactief assessment, enzovoort. Door de cliënt zo actief mogelijk te laten meewerken tijdens het diagnostisch proces, wordt zijn deskundigheid en ervaring benut, wat de handelingsgerichtheid en gedragenheid van het advies verhoogt.

Integratie- en aanbevelingsfase

De integratie- en aanbevelingsfase is een fase van reflectie en bereidt de adviesfase voor. Het doel van de integratie- en aanbevelingsfase is om, op basis van de resultaten van de onderzoeksfase, te komen tot een integratief beeld (cf. kwaliteitspijler integratief beeld). Dit omvat een antwoord op de diverse (soorten) onderzoeksvragen en vormt het uitgangspunt voor het bepalen van de doelen en de ondersteuningsbehoeften. Het betreft hier louter een 'formuleren van'. Er wordt niets beslist. De aanbevelingen worden in de adviesfase ten gronde besproken met alle betrokkenen.

Adviesfase

Adviesgesprek

De adviesfase vindt plaats in een gezamenlijk gesprek met de cliënt en/of diens omgeving. Tijdens het gesprek worden de onderzoeksresultaten geherformuleerd in een objectieve, verstaanbare taal met concrete voorbeelden ter illustratie. Het is van belang om in dit gesprek niet alleen aandacht te schenken aan kwetsbaarheden, maar ook kwaliteiten of talenten in de verf te zetten, en ondersteuningsnaden op concrete wijze te benoemen. Op basis van het geschetste integratief beeld worden de aanzetten uit de integratie- en aanbevelingsfase samen verder uitgewerkt. De cliënt komt actief op de voorgrond en kiest tussen de voorgestelde alternatieven. Om een keuze te maken uit de aanbevelingen en ze te 'vertalen'

naar een haalbaar advies, wordt aan de cliënt en/of diens omgeving gevraagd of de interventies hen aanspreken, waaraan ze prioriteit willen geven, wat zij wel en niet kunnen toepassen en eventueel waarom. Er dient ook duidelijk naar voor te komen hoe de sterke punten van de cliënt kunnen bijdragen tot het voorgestelde interventieplan. Wanneer er afstemming over de aanbevelingen is bereikt, krijgen deze aanbevelingen het statuut van advies. Er worden duidelijke afspraken gemaakt over de manier waarop het advies in praktijk wordt omgezet en welke interventies worden ingezet. Idealiter wordt hierbij bovendien een brugfiguur aangeduid die het traject van de cliënt verder opvolgt.

Verder is de emotionele impact van het adviesgesprek niet te onderschatten. Als diagnosticus is het belangrijk bewust te blijven van wat de verkregen informatie bij de cliënt en diens omgeving teweeg brengt en het gesprek hierop af te stemmen en bij te sturen.

Verslaggeving

Een belangrijk aspect van de adviesfase is bovendien de verslaggeving. Vooraleer te starten met de verslaggeving wordt aanbevolen de finaliteit van het op te stellen document te expliciteren. Met welke doelstelling wordt het verslag geschreven en wie heeft inzage? Zo zal een verslag qua inhoudelijke accenten die gelegd worden en qua vormgeving en taalgebruik anders zijn indien het geschreven is voor de cliënt zelf, dan wanneer het bijvoorbeeld bedoeld is als motiveringsverslag voor het bekomen van bepaalde zorg. Het is dan ook aan te raden deze finaliteit in het verslag zelf te kaderen zodat er naar de cliënt toe duidelijkheid geschept wordt over wat er met het verslag zal gebeuren en wie het zal kunnen lezen. Er dient hierbij gestreefd te worden naar het maximaal betrekken van de cliënt in het bepalen welke gegevens gedeeld kunnen worden en welke niet. Het is in het kader hiervan ook zeer belangrijk om zich steeds bewust te blijven van het statische karakter van een verslag. Wat geschreven staat en gedeeld werd, is vaak onuitwisbaar en dient dus weloverwogen te gebeuren.

Het is de bedoeling dat een verslag niet alleen een gedetailleerde weergave biedt van het diagnostisch onderzoek, maar dat er vooral ook een integratie van de onderzoeksresultaten plaatsvindt en een terugkoppeling van de conclusies van het diagnostisch onderzoek naar de klachten en vragen van de cliënt of het cliëntstelsel. Het verslag dient aandacht te hebben voor zowel de kwaliteiten als de kwetsbaarheden van de cliënt in samenhang met die van hun directe omgeving en biedt als dusdanig een basis voor de indicatiestelling en planning van interventies. De beschrijving en beargumentering van het handelingsplan in het verslag moet voldoende specifiek zijn, en aansluiten bij het functioneren en de ondersteuningsnoden van de cliënt.

Handelen en evalueren

Essentieel is dat er gericht wordt gehandeld met het oog op het bevorderen van het functioneren en het welbevinden van de cliënt. Het gericht handelen sluit aan bij vragen uit de integratie- en aanbevelingsfase en adviesfase:

- Welke doelen willen we bereiken?
- Wat zijn de ondersteuningsbehoeften?
- Welke aanpak is wenselijk, haalbaar, minimaal noodzakelijk?

Na een periode van interventie wordt deze volgens afspraak geëvalueerd. Dit kan uitmonden in het opnieuw doorlopen van (een deel van) de handelingsgerichte diagnostische cyclus, het doorgaan met de begeleiding of het afronden ervan.

The image features an abstract composition of geometric shapes. A large red circle is partially visible in the top-left corner. A dark blue-grey shape occupies the top-right and middle-left areas. A white shape with a curved top edge is positioned in the middle-right. A yellow triangle is located in the lower-middle section. At the bottom, a dark blue-grey rectangular area contains the text.

**Werken volgens
richtlijnen**

De richtlijnen maken de vertaalslag van wetenschappelijke evidentie naar praktijkaanbevelingen. Ze komen tot stand op basis van wetenschappelijke onderbouwing, praktijkervaring en consensus tussen experts.

Werken volgens richtlijnen

Doelstelling diagnostische richtlijnen

Het behoeft geen pleidooi dat de uitkomsten van een diagnostisch proces verregaande gevolgen kunnen hebben voor een individu. Zo kan een juiste indicatiestelling bepalen of iemand daadwerkelijk geholpen wordt en de ondersteuning en zorg krijgt die hij effectief nodig heeft. In dezelfde lijn kan een categoriale classificatie een label vormen dat iemand levenslang meedraagt en in belangrijke mate diens verdere functioneren bepaalt. Deze voorbeelden geven dan ook het belang weer van kwaliteitsvolle diagnostiek. In wezen kan diagnostiek beschouwd worden als fundament voor kwaliteitsvolle zorg en een startpunt voor elke verdere vorm van hulpverlening.

Met de ontwikkeling en implementatie van diagnostische richtlijnen beogen we het kwaliteitsvol diagnostisch werken te faciliteren (Schoupe & De Ganck, 2019). De richtlijnen maken de vertaalslag van wetenschappelijke evidentie naar praktijkaanbevelingen. Ze komen tot stand op basis van wetenschappelijke onderbouwing, praktijkervaring en consensus tussen experts. Een positief neveneffect van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen is dan ook dat bij de ontwikkeling ervan kritisch gekeken wordt naar het wetenschappelijke bewijs voor de aanbevelingen en hierdoor mogelijk ook beperkingen aan (of het gebrek aan) het wetenschappelijk onderzoek aan het licht komen (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles, & Grimshaw, 1999). Het onder de aandacht brengen van deze beperkingen kan leiden tot een boost aan wetenschappelijk onderzoek, hetgeen op lange termijn een positief effect heeft op de diagnostische praktijk.

Daarnaast wordt beargumenteerd dat het volgen van richtlijnen het systematisch en wetenschappelijk onderbouwd uitvoeren van diagnostiek bevordert, hetgeen kan leiden tot een accuratere, efficiëntere, betrouwbaardere en meer valide besluitvorming (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009, 2015). De systematisering kan ervoor zorgen dat een cliënt onafhankelijk van diagnosticus op dezelfde kwaliteitsvolle manier onderzocht wordt. Hierdoor hoeft de uitkomst van het diagnostisch proces niet meer in twijfel getrokken te worden door een ander diagnostisch team. Tevens kan het werken volgens richtlijnen, en de nadruk die gelegd wordt op het kritisch reflecteren op de eigen diagnostische

praktijk, ervoor zorgen dat diagnostici minder kwetsbaar zijn voor oordeelsfouten en vertekeningen (cf. supra).

Ten slotte kan werken aan de hand van richtlijnen de communicatie tussen hulpverleners bevorderen, zowel onderling binnen eenzelfde multi- of interdisciplinair diagnostisch team als met andere hulpverleners en diagnostici, wat de samenwerking ten goede kan komen. Ook kan een richtlijn ingezet worden als een hulpmiddel bij de communicatie naar cliënten toe. Een richtlijn – of een op maat van de cliënt vertaalde versie ervan – kan een waardevolle tool zijn om meer transparantie te bieden over het diagnostisch proces en kan ervoor zorgen dat cliënten een geïnformeerde keuze kunnen maken bij het intekenen op een diagnostisch traject, rekening houdend met hun noden en voorkeuren (Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw, 2018).

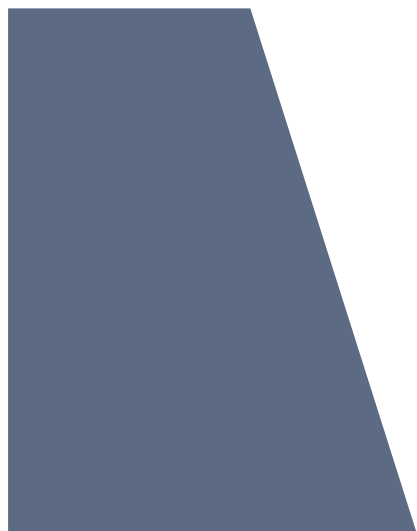
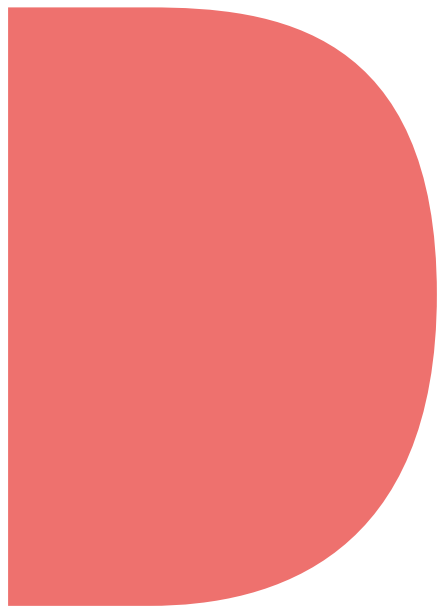
Kritische kanttekeningen

Een vaak gehoorde kritiek bij de implementatie van klinische praktijkrichtlijnen of protocollen is dat ze het autonoom klinisch handelen in de weg staan (Mazrou, 2013). We zijn van oordeel dat een richtlijn – hoe waardevol ook – geenszins een vervanging kan betekenen van een klinische en kritische blik. Het gebruik van een richtlijn mag niet herleid worden tot het standaard volgen van een soort heilige gids (De Smet, 2009). De richtlijnen zijn ontwikkeld om de diagnostische praktijk te ondersteunen. Het klinisch inzicht blijft nodig om het groter geheel te zien, om doordacht hypothesen te vormen en af te toetsen en om richting te geven aan welke diagnostische onderzoeksmiddelen moeten ingezet worden. Er kan dus zeker beredeneerd afgeweken worden van een richtlijn. Ook in de literatuur wordt gewezen op het gevaar van het star opvolgen van richtlijnen, aangezien er zo geen rekening gehouden wordt met de individuele situatie en voorkeuren van een cliënt. Wat over het algemeen geldt als aanbeveling, kan helemaal ongepast zijn voor een particuliere cliënt en geïndividualiseerde zorg in de weg staan (Woolf et al., 1999).

Daarnaast worden richtlijnen ook soms bekritiseerd omdat ze onrealistisch zouden zijn. Een gebrek aan tijd en financiële middelen wordt dan bijvoorbeeld als een struikelblok ervaren bij de implementatie (Mazrou, 2013). We zijn ons ervan bewust dat in de huidige diagnostische richtlijnen een ideaalscenario beschreven staat dat botst met de financiële grenzen die binnen het huidige diagnostische landschap van kracht zijn. In lijn met internationale bewegingen (Drummond, 2016) kan het een suggestie zijn om de ontwikkeling en implementatie van de diagnostische richtlijnen gepaard te laten gaan met economische analyses, die de kosteneffectiviteit ervan verder onderzoekt. Dergelijke analyses zouden overtuigend bewijs kunnen bieden voor de investering in de implementatie van de richtlijnen.

Het implementeren van de diagnostische richtlijnen is een complex gebeuren, met vele factoren die een invloed uitoefenen op het al dan niet bewerkstelligen van een verandering in het diagnostisch werken. Dit vergt niet enkel aanpassingen op het niveau van de individuele diagnosticus, maar ook op het niveau van de cliënt, het diagnostisch team, de organisatie en de overheid.

Referenties



Referenties

- Achenbach, T. M. (2009). *The Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA): Development, findings, theory, and applications*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center of Children, Youth and Families.
- Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., ... & Rush, J. D. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist, 34*(3), 341-382.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 – Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Ardoin, S., Witt, J., Connell, J., & Koenig, J. (2005). Application of a three-tiered response to intervention model for instructional planning, decision making, and the identification of children in need of services. *Journal of Psychoeducational Assessment, 23*, 362-380.
- Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., & Stucki, G. (2012.). *ICF core sets: Manual for Clinical Practice*. Göttingen: Hogrefe.
- Bölte, S., Mahdi, S., Coghill, D., Gau, S. S. F., Granlund, M., Holtmann, M., ... & de Vries, P. J. (2018). Standardised assessment of functioning in ADHD: consensus on the ICF Core Sets for ADHD. *European child & adolescent psychiatry, 27*(10), 1261-1281.
- Bölte, S., Mahdi, S., de Vries, P. J., Granlund, M., Robison, J. E., Shulman, C., ... & Selb, M. (2018). The Gestalt of functioning in autism spectrum disorder: Results of the international conference to develop final consensus International Classification of Functioning, Disability and Health core sets. *Autism, 1362361318755522*.
- Choi, B. C., & Pak, A. W. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and investigative medicine, 29*(6), 351-364.
- Cieza, A., Chatterji, S., Andersen, C., Cantista, P., Herceg, M., Melvin, J., ... & de Bie, R. (2004). ICF Core Sets for depression. *Journal of Rehabilitation Medicine, 36*, 128-134.
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest, 18*(2), 72-145.
- Croskerry, P. (2003). The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Academic medicine, 78*(8), 775-780.

- De Bruyn, E., Claes, L., & Bijttebier, P. (2006). Het psychodiagnostisch proces. In L. Claes, P. Bijttebier, T. Vercruyssen, L. Hamelinck, & E. De Bruyn (Eds.), *Tot de puzzel past. Psychodiagnostiek in methodiek en praktijk* (pp. 19-30). Leuven: Acco.
- De Bruyn, E. E. J., & Ruijsenaars, A. J. J. M. (2015). *De diagnostische cyclus in de praktijk. Casuïstiek, achtergronden, beschouwingen en context*. Leuven: Acco Uitgeverij.
- De Bruyn, E. E. J., Ruijsenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K., & van Aarle, E. J. M. (2003). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Leuven: Acco Uitgeverij.
- De Jonghe, E. (2016). IQ lager dan 50? Vastlopen op de ondergrens van intelligentietests is verleden tijd. *Caleidoscoop*, 28(5), 26-33.
- De Smet, S. (2009). Kennisdeling en protocollering in de welzijns- en gezondheidssectoren. *POW Alert*, 35, 42-49.
- Drummond, M. (2016). Clinical guidelines: a NICE way to introduce cost-effectiveness considerations?. *Value in Health*, 19(5), 525-530.
- EFPA (2018). Assessment. Geraadpleegd op 14 maart 2019 via <http://www.efpa.eu/professional-development/assessment>.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 6, 101-124.
- Evers, A., Muniz, J., Bartram, D., Boben, D., Egeland, J., Fernández-Hermida, J.R., ..., Iliescu, D. (2011). Testing practices in the 21st century. Developments and European Psychologists' opinions. *European Psychologist*, 17(4), 300-319.
- Farre, A., & Rapley, T. (2017). The new old (and old new) medical model: four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and illness. *Healthcare*, 5(88), 1-9.
- Federatie OOC (2013). Protocol Handelingsgerichte diagnostiek in de Onthaal-, Oriëntatie en Observatiecentra. Geraadpleegd op 27 maart 2019 via <http://www.demorgenster.be/web/wp-content/uploads/2015/09/Protocol-Handelingsgerichte-Diagnostiek-.pdf>.
- Gómez-Benito, J., Guilera, G., Barrios, M., Rojo, E., Pino, O., Gorostiaga, A., ... & Selb, M. (2018). Beyond diagnosis: the Core Sets for persons with schizophrenia based on the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Disability and rehabilitation*, 40(23), 2756-2766.
- Grietens, H. (2014). Assessment van psychopathologie: categorisch of dimensioneel? In P. Prins & C. Braet (Red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (p. 211-230). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haynes, S. N., Mumma, G. H., & Pinson, C. (2009). Idiographic assessment: Conceptual and psychometric foundations of individualized behavioral assessment. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 179-191.

- Haywood, H.C. (2012). Dynamic Assessment: a history of fundamental ideas. *Journal of Cognitive Education & Psychology*, 11(3), 217-229.
- Haywood, C.H., & Lidz, C. (2007). *Dynamic assessment in practice, clinical and educational applications*. New York: Cambridge University Press.
- Hengartner, M. P., & Lehmann, S. N. (2017). Why psychiatric research must abandon traditional diagnostic classification and adopt a fully dimensional scope: two solutions to a persistent problem. *Frontiers in psychiatry*, 8, 101.
- ICF Research Branch (2017). ICF Core Sets Projects. Geraadpleegd op 14 maart 2019 via <https://www.icf-research-branch.org/download/category/9-mentalhealth>.
- IGDA Workgroup, WPA. (2003). IGDA. 8: Idiographic (personalised) diagnostic formulation. *The British Journal of Psychiatry*, 182(S45), s55-s57.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167, 748-751.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Eaton, N. R. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454-477.
- Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw (2018). *Feedback Classificerende Diagnostische Protocollen Autismespectrumstoornis: Kwalitatief focusgroeponderzoek*. Geraadpleegd op 8 februari 2019 via <https://www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/publicatiesjeugdhulp>.
- Lebeer, J., Candeias, A.A., & Grácio, L. (2011). *With a different glance. Dynamic Assessment and Functioning of Children Oriented at Development & Inclusive Learning*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant
- Lilienfeld, S. O., Ammirati, R., & Landfield, K. (2009). Giving debiasing away: Can psychological research on correcting cognitive errors promote human welfare? *Perspectives on psychological science*, 4(4), 390-398.
- Mazrou, S. H. A. (2013). Expected benefits of clinical practice guidelines: Factors affecting their adherence and methods of implementation and dissemination. *Journal of Health Specialties*, 1(3), 141-147.
- McConaughy, S. H. (2001). The Achenbach system of empirically based assessment. *Handbook of psychoeducational assessment: Ability, achievement and behavior in children*, 289-324.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *Richtlijn diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij BV.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2015). *Richtlijn psychiatrische diagnostiek*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij BV.
- O'Reilly, M., & Lester, J. N. (2017). *Examining mental health through social constructionism: The language of mental health*. Springer.

- Pameijer, N. (2014). *Handelingsgericht classificeren in het onderwijs*. Geraadpleegd op 13 maart 2019 via <https://wij-leren.nl/hgw-classificeren.php>.
- Pameijer, N., & Draaisma, N. (2011). *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg. Een kader voor besluitvorming*. Leuven: Acco.
- Pameijer, N. & van Beukering, T. (2015). *Handelingsgerichte diagnostiek in onderwijs*. Leuven: Acco.
- Prodia (2015). *Algemeen Diagnostisch Protocol*. Geraadpleegd op 12 december 2018 via <http://www.prodiagnostiek.be/sites/default/files/ADP%20versie%202016.pdf>.
- Robinson, O. C. (2011). The idiographic/nomothetic dichotomy: Tracing historical origins of contemporary confusions. *History & Philosophy of Psychology*, 13(2), 32-39.
- Roose, R., & Bouverne-De Bie, M. (2010). Schriftelijk rapporteren. Een onderschatte kerntaak in de hulpverlening. *Alert*, 36(2), 54-59.
- Ruissen, A.M. (2014). Diagnostiek en classificatie scheiden in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 523-529.
- Rutter, M., & Pine, D. S. (2015). Diagnosis, diagnostic formulations, and classification. In A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling, E. Taylor (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry sixth edition* (pp. 17-30). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Schaubroeck, S. (2019). Klinisch oordeel: kritisch denken in de grijze zone. *Caleidoscoop*, 1, 10-19.
- Schoupe, N. & De Ganck, J. (2019). Het classificerend diagnostisch protocol autismespectrumstoornis bij kinderen en jongeren in de praktijk. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en kinderpsychologie*, 44(2), 77-88.
- Selb, M., Escorpizo, R., Kostanjsek, N., Stucki, G., ÜSTÜN, B., & Cieza, A. (2015). A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *Eur J Phys Rehabil Med*, 51(1), 105-117.
- Smit, G., Verhoeven, H., & Driessen, A. (2006). *Personeelsselectie en assessment. Wetenschap in de praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Spengler, P. M., Strohmer, D. C., Dixon, D. N., & Shivy, V. A. (1995). A scientist-practitioner model of psychological assessment: Implications for training, practice and research. *The Counseling Psychologist*, 23(3), 506-534.
- Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119.
- Tambuyzer, E. (2012). *Eén verhaal, drie visies. Patiënten, familieleden en hulpverleners over participatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Doctoraatsthesis, KU Leuven.

- Taskforce Autisme (2016). *Naar een autismevriendelijk Vlaanderen. Aanbevelingen van de Taskforce Autisme in opdracht van Minister Jo Vandeuren*. Brussel: Kabinet van Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vanheule, S. (2015). *Psychodiagnostiek anders bekeken: Kritieken op de DSM – Een pleidooi voor functiegerichte diagnostiek*. Leuven: Lannoo Campus.
- Van Os, J. (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Van Oudenhove, L., & Cuypers, S. (2014). The relevance of the philosophical 'mind-body problem' for the status of psychosomatic medicine: a conceptual analysis of the biopsychosocial model. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(2), 201-213.
- Van Vlierberghe, L., Hamers, P., & Braet, C. (2014). *Handelingsgerichte diagnostiek*. In C. Braet & S. Bögels (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 1* (geheel herz. druk., pp. 45-66). Amsterdam, Nederland: Boom.
- Verbiest, P., & Verheyen, M. (2016). De kracht van het Protocol Handelingsgerichte Diagnostiek OOC. *Agora*, 32(3), 20-25.
- Vyt, A. (2017). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en zorg*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Westen, D., & Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist*, 59(7), 595-613.
- Witteman, C., van der Heijden, P., Claes, L. (2018). *Clinical assessment: Psychodiagnostic decision making*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij BV.
- Witteman, C., van der Heijden, P., & Claes, L. (2014). Hoofdstuk 1: Proces, instrumenten, beoordeling en besluitvorming. In C. Witteman, P. van der Heijden, L. Claes (Eds.), *Psychodiagnostiek. Het onderzoeksproces in de praktijk* (pp. 11-36). Utrecht: De Tijdstroom.
- Wolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *Bmj*, 318(7182), 527-530.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002). *International Classification of Functioning, Disability and Health. Nederlandse vertaling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- World Health Organization (2008). *International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY). Nederlandse vertaling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).

