

Richtlijn voor de casusbeschrijving

NVO orthopedagoog generalist

Versie november 2017

Inhoud

Procedure casusbeschrijving in kader van Tijdelijke Wegingsregeling	2
1. Inleiding	3
1. Algemene uitgangspunten	3
1.1 Inhoudelijke eisen: de specifiek orthopedagogische invalshoek	3
Dialogisch	4
Systeemgericht en transactioneel	4
Veranderingsgericht	5
1.2. Methodologische eisen	5
Cyclische werkwijze	5
Stapsgewijze werkwijze	5
Theoretisch consistent	6
Methodologisch verantwoord	6
1.3. Registratiegebonden eisen	6
Variatie	6
Privacy	7
Echtheid	7
Supervisiegebonden eisen	7
Marginale toetsing	7
2. Richtlijn voor de casusbeschrijving	8
2.1. Doel en vormvereiste	8
2.2 Stappen in de casusbeschrijving	8
1. Vraagstelling en klachtanalyse	8
2. Probleemanalyse	8
3. Diagnostisch perspectief	8
4. Toetsing	8
5. Diagnostische conclusie	8
6. Interventieperspectief	8
7. Planning van interventies	9
8. Uitvoering van interventies en bijstelling	9
9. Evaluatie	9
10. Reflectie	9
2.3. Toelichting bij de stappen	9
Referenties	16

Procedure casusbeschrijving¹ in kader van Tijdelijke Wegingsregeling

Procedure casusbeschrijving in kader van Tijdelijke Wegingsregeling

Voor het opleidingstraject in het kader van de Tijdelijke Wegingsregeling stelt u één casusbeschrijving op waarbij diagnostiek en behandeling geïntegreerd zijn in één traject. Hierbij volgt u deze richtlijn.

Supervisor

De supervisor begeleidt u in het schrijven van deze casusbeschrijving. Als u en uw supervisor van mening zijn dat de casusbeschrijving voldoende is, ondertekent de supervisor de supervisieverklaring. Het format voor deze verklaring (formulier) vindt u in uw digitale SKJ-dossier.

Casusbeschrijving: proeve van bekwaamheid

Uw casusbeschrijving levert u vervolgens ter inhoudelijke en formele beoordeling in bij de onafhankelijke beoordelingscommissie van de NVO, vergezeld met de supervisieverklaring.

Deze commissie beoordeelt de casusbeschrijving aan het niveau waaraan een zelfstandig werkende professional op postmasterniveau moet voldoen. Na registratie wordt u namelijk geacht zelfstandig onderzoek en (complexe) behandeling / begeleiding te kunnen doen.

Keuze van de casus

Bij de keuze van de casus ten behoeve van het opleidingstraject TWR houdt u rekening met het volgende:

- De casus heeft betrekking op specifieke cliëntsystemen.
- Het diagnostiek gedeelte is verklarings- en veranderingsgericht en heeft betrekking op een reële situatie uit uw werkpraktijk.
- De casus bevat direct contact met cliënt en het (cliënt)systeem. De behandeling mag (deels) bestaan uit begeleiding van opvoeders/ professionals.
- Kies een recente casus vanuit uw werkervaring gedurende het opleidingstraject. Zo toont u aan welke kennis en ervaring u tijdens het traject heeft opgedaan.
- Kies een casus met meervoudige problematiek, waarbij sprake kan zijn van meerdere mogelijke oorzaken (meerdere verklarende hypothesen). De diagnostiek en behandeling zal daardoor ook meer complex zijn.
- Een casus waarin u alleen werkt volgens een standaard protocol bij behandeling/ begeleiding volstaat niet. Als u wel een bepaald protocol volgt, geef aan waarom u dat doet en hoe het is ingebed in het gehele onderzoek c.q. de gehele behandeling/begeleiding.

¹ Waar casusbeschrijving staat, wordt ook casusverslag of GGB (geïntegreerde gevalsbeschrijving) bedoeld.

1. Inleiding

Met het klinisch registratiesysteem borgt en bevordert de beroepsvereniging de kwaliteit van de orthopedagogische beroepsuitoefening. In dit registratiesysteem is gekozen voor de integratie van diagnostiek en behandeling in een traject. In deze richtlijn voor de casusbeschrijving komt de integratie van diagnostiek en behandeling in de beschrijving van het werk van orthopedagogen tot zijn recht.

Het eerste deel van dit document geeft verschillende uitgangspunten weer met de eisen die daaraan verbonden zijn. Het tweede deel bestaat uit een toelichting bij de fasen van het proces. De voorliggende richtlijn is bedoeld als handvat om het hele proces van hulpverlening voor een specifieke casus te beschrijven. De casusbeschrijving, en daarmee ook de richtlijn voor de casusbeschrijving, heeft als doel om keuzes, beslissingen en stappen tijdens het hulpverleningsproces te verantwoorden. In de casusbeschrijving wordt de theoretische basis inzichtelijk gemaakt en worden conclusies en bijbehorende gevolgtrekkingen voor het verloop van het hulpverleningsproces geëxpliciteerd.

1. Algemene uitgangspunten

Als uitgangspunten voor de richtlijn van de casusbeschrijving is gekozen voor drie typen eisen: inhoudelijke, methodologische en registratiegebonden eisen.

Onder *inhoudelijke eisen* wordt verstaan dat de richtlijn recht moet doen aan de inhoud van het werk van de orthopedagoog en aan de specifiek orthopedagogische invalshoek.

Met *methodologische eisen* wordt bedoeld dat het werk dient te worden verricht volgens verantwoorde en beproefde procedures. Tenslotte zijn er nog de *registratiegebonden eisen* die nauw verbonden zijn met het gegeven dat de casusbeschrijving gebruikt wordt voor de verantwoording tegenover het forum van beroepsgenoten en als proeve van bekwaamheid voor een bepaald opleidingsniveau.

De richtlijn is zo geformuleerd dat ze niet de keuze voor een bepaalde theorie voorschrijft. Ze is in die zin theorievrij. Centraal staat de verklarende en legitimerende reflectie op het gehele cyclische proces dat naar voren komt in de diagnostische en (be)handelende werkzaamheden van de orthopedagoog. De eigen keuze voor een theoretische basis heeft uiteraard wel invloed op de richting van de reflectie evenals op de keuzes in het cyclische proces.

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.

Diagnostiek en behandeling vormen een geïntegreerd geheel als niet alleen aandacht is besteed aan de aansluiting tussen diagnostiek en interventie maar ook aan de aansluiting tussen het perspectief van de cliënt en het perspectief van de orthopedagoog.

1.1 Inhoudelijke eisen: de specifiek orthopedagogische invalshoek

Het kader voor orthopedagogische hulpverlening (diagnostiek en behandeling) binnen deze richtlijn

wordt o.a. gevormd door de omschrijving zoals door Ruijsenaars e.a. gegeven in Knorth (2008, p.19): “een dimensionele probleembenadering doet recht aan dynamiek van ontwikkeling en opvoeding. Hoe problemen ontstaan en aan veranderingen onderhevig zijn voltrekt zich daarbij in een transactioneel proces. De dimensionele benadering en uitgangspunten van het transactionele ontwikkelingsmodel zijn in principe goed met elkaar verenigbaar. Binnen de wederzijdse beïnvloeding tussen individu en omgeving kunnen zich op verschillende manieren en in variabele gradaties (soms slechts tijdelijk) problemen ontwikkelen. Diverse condities bieden daarbij bescherming of leveren juist een groter risico op. Het aangrijpingspunt voor het voorkomen of terugdringen van problemen in de orthopedagogische hulpverlening is dan ook gelegen in dit complexe en dynamische proces. Orthopedagogische diagnostiek is niet alleen vaststellen dat iemand op een bepaalde manier handelt, maar waarom of met welke functie. Orthopedagogische interventie is handelen ten dienste van het vergroten van het keuzerepertoire binnen de context waarin individuen (dis)functioneren.”

De richtlijn voor de casusbeschrijving van orthopedagogische diagnostiek en behandeling van de NVO gaat uit van deze dynamische probleembenadering en een transactionele visie op de ontwikkeling van kinderen. Deze benadering heeft geleid tot de hieronder genoemde uitgangspunten bij de orthopedagogische hulpverlening. Deze uitgangspunten zijn gebaseerd op de handelingsgerichte visie op diagnostiek van Pameijer & Koomen (Verschuieren & Koomen (2007, p. 16):

1. systematische procedures toepassen in de verschillende fasen van diagnostiek- en interventie
2. gericht zijn op advisering en samenwerking met kind, ouders, (beroeps)opvoeders, sociale omgeving; taxatie van veranderbaarheid
3. hanteren van een transactioneel referentiekader, vaststellen van de bijdrage van contextfactoren bij het in stand houden, versterken dan wel verminderen van de problematiek
4. onderkennen en gebruik maken van positieve elementen in alle fasen van het diagnostisch- en behandelingsproces.

Genoemde vier uitgangspunten omvatten het specifiek orthopedagogisch karakter van de klinische werkzaamheden op het vlak van diagnostiek en behandeling. Algemene orthopedagogische typering als ‘*dialogisch*’, ‘*systeemgericht en transactioneel*’ en ‘*veranderingsgericht*’ worden hieronder toegelicht. Deze begrippen verwijzen overigens niet naar specifieke theoretische modellen en zijn ook niet exclusief voor het werk van orthopedagogen.

Dialogisch

Om diagnostiek en behandeling daadwerkelijk af te kunnen stemmen op de vraag van de cliënt dient de orthopedagoog voldoende inzicht te verwerven in de visie van de cliënt/cliëntstelsel. Het is van belang dat de orthopedagoog zich verdiept in de vraag van de cliënt en dat hij/zij deze in dialoog en samenwerking met de cliënt/cliëntstelsel probeert te verhelderen. Daarnaast is het belangrijk dat de aansluiting tussen de vraag van het cliëntstelsel en de bijdrage van de orthopedagoog voortdurend transparant zijn en dat het cliëntstelsel betrokken wordt bij de besluitvorming in de gehele hulpverleningscyclus. Dit betekent dat de orthopedagoog zijn visie en deskundigheid ten aanzien van de opvoedingsproblemen, en de daarbij behorende diagnostiek en behandeling, gedurende het hele proces afstemt op wat de cliënt nodig vindt en nodig heeft.

Systeemgericht en transactioneel

De orthopedagoog is gericht op het kind als ‘opvoeding’, dat wil zeggen in relatie tot zijn ouders, opvoeders en beroepsopvoeders, zoals leerkrachten en/of groepsleiding. Het gaat hier om een systeem dat gekenmerkt wordt door een pedagogische relatie en waarin het belang van het kind het uitgangspunt vormt. Dit opvoedingssysteem maakt op haar beurt weer deel uit van grotere systemen zoals het gezin, de klas, de leefgroep, de school of een instelling. Dit betekent dat de analyse en interventie van en door de orthopedagoog niet sec op het kind als individu is gericht. Het kind wordt

bezien en benaderd vanuit het perspectief van de omgeving: *het opvoedingssysteem al dan niet ingebed in een groter geheel*. Dit vraagt uitdrukkelijk aandacht voor de systemische aspecten en de werking daarvan binnen de pedagogische relatie en de interacties tussen betrokkenen. Het gaat met name om de wederzijdse, transactionele, beïnvloeding tussen het kind, de opvoeder en de omgeving.

Veranderingsgericht

De orthopedagoog is gericht op veranderen, het opheffen van stagnaties en het scheppen van kansen binnen de opvoedings- of onderwijsleersituatie. Gericht zijn op het kind als opvoeding betekent ook gericht zijn op het kind als een zich ontwikkelend persoon. Van belang hierbij zijn normatieve en regulatieve ideeën over wenselijke of adequate opvoedingssituaties. De orthopedagoog dient zijn normatieve ideeën te expliciteren waarmee, gegeven een bepaalde uitgangssituatie, vastgesteld kan worden wat een wenselijke ontwikkeling is. De diagnostische activiteiten van de orthopedagoog resulteren in beslissingen over de interventies, in de vorm van begeleiding of behandeling, ten einde de pedagogische situatie te optimaliseren. Deze interventies kunnen betrekking hebben op alle bij de pedagogische relatie/context betrokken personen zoals handelingssuggesties voor ouders en/of kinderen of richtlijnen voor pedagogische hulpverleners. De orthopedagoog denkt en werkt veranderingsgericht en heeft steeds oog voor de veranderbaarheid bij het cliëntsysteem en de omgeving. Van belang is verder het onderscheid tussen risicofactoren, beschermende en faciliterende factoren. Factoren zijn risicovol wanneer zij veranderingen negatief beïnvloeden, factoren zijn beschermend als ze veranderingen in negatieve zin voorkomen en faciliterend als ze verandering in positieve zin bevorderen.

1.2. 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 zij² op de hoogte is van het wetenschappelijk kennisbestand op het terrein van diagnostiek en behandeling.

Cyclische werkwijze

Het beschreven raamwerk van deze richtlijn is in overeenstemming met de theoretische oriëntaties van orthopedagogen in diverse werkelden. Naar de algemeen aanvaarde opvatting zal dit kader recht moeten doen aan een cyclische werkwijze. Immers, vaak is zowel tijdens het diagnostisch proces als tijdens de uitvoering van een behandeling of begeleiding bijsturing noodzakelijk. Daarnaast vormen de uitkomsten van diagnostiek 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 vervat zijn. In de klinische cyclus zoals beschreven door De Bruyn e.a. (2003) kunnen zowel diagnostische als behandelingsvraagstukken 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 tien stappen. Een casusbeschrijving is geen chronologisch verslag maar een verslag waarin stap 1 t/m 9 het verantwoordingskader is voor de genomen beslissingen en de keuzes in het hulpverleningsproces. In stap 10 wordt een kritische reflectie gegeven op het proces van oordeelsvorming en op het eigen leerproces.

² Waar zij staat kan ook hij worden gelezen.

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 geargumenteed en geoordeeld wordt volgens geaccepteerde methodologische regels en duidelijk aangegeven wordt van welke methoden en instrumenten gebruik gemaakt is en dat tevens is nagegaan wat de psychometrische kwaliteiten hiervan zijn. In de diagnostische fase kan de orthopedagoog gebruik maken van vragenlijsten, tests, toetsen, projectieve technieken, observatiemethoden, interviewtechnieken, anamnestiche gespreksvoering en dossieranalyse. Soms is de orthopedagoog genoodzaakt zelf een middel of werkwijze te construeren, mogelijk in de vorm van een experiment. Het COTAN-boek geeft informatie over de psychometrische kwaliteiten van onderzoeksmiddelen (De Bruyn, 2003). 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. Veerman en van Yperen (2008) spreken hierbij, in het kader van de verschillende niveaus van aantoonbare werkzaamheid, over de 'effectenladder'.

1.3. Registratiegebonden eisen

Deze eisen zijn deels afhankelijk van het opleidingstraject waarbinnen de richtlijn gebruikt wordt. De richtlijn is zo geformuleerd dat ze gebruikt kan worden om het klinische werk van orthopedagogen te beschrijven. Als de verslaglegging onderdeel is van een leerproces, moet een verslag aan bepaalde eisen voldoen die samenhangen met het gegeven dat een niet direct bij de diagnostiek of behandeling betrokken supervisor/opleider het leerproces moet optimaliseren maar het ook moet beoordelen. In het opleidingstraject Orthopedagoog-Generalist begeleiden en beoordelen de supervisoren het leerproces³. De supervisant doorloopt twee supervisietrajecten met tenminste één casusbeschrijving per traject. In andere opleidingstrajecten, zoals de universitaire orthopedagogiekopleiding of het traject voor de diagnostiekaantekening, wordt gebruik gemaakt van afgeleide eisen.

Variatie

Gezien het leerstadium waarin de supervisant verkeert, wordt aanbevolen te zoeken naar variëteit in problematiek, leeftijd of ontwikkelingsleeftijd en methode van onderzoek en behandeling. De supervisant levert minimaal twee casusbeschrijvingen in waarin verklaren en veranderingsgerichtheid centraal staan. Dat wil zeggen dat de supervisant 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. De casusbeschrijving voor de registratie NVO-Orthopedagoog-Generalist blijft niet beperkt tot het onderkennen van problemen in de zin van beschrijving, niveaubepaling of classificatie. Het gaat om open vraagstellingen waarbij verklaring en verandering aan de orde zijn.

³ In het opleidingstraject in het kader van de Tijdelijke Wegingsregeling (TWR) begeleiden de supervisoren het leerproces en het schrijven van casus- en reflectieverslag en beoordeelt een onafhankelijke beoordelingscommissie binnen de NVO uiteindelijk deze verslagen. In de TWR is slechts één casusverslag vereist. Zie voor meer informatie over de TWR het kader op de eerste pagina van deze richtlijn en de [themapagina](#) op de website van de NVO.

Privacy

De anonimiteit en privacy van de cliënt/cliëntsysteem dient gewaarborgd te zijn. Daarom worden gegevens zo algemeen mogelijk en geanonimiseerd weergegeven. Dit geldt voor zowel namen van personen als van instellingen.

Echtheid

Om de echtheid te kunnen garanderen en tegelijkertijd toch de relatie te laten bestaan met het dossier, wordt iedere casus van een kop- of voettekst voorzien met daarin het nummer van de casus, de naam van de supervisant en de naam van de supervisor, als waarborg ondertekend door zowel de supervisor als de supervisant.

Supervisiegebonden eisen

Deze richtlijn betreft de casusbeschrijving die een onderdeel vormt van het supervisie-traject als proeve van bekwaamheid bij de supervisor. Voor het gehele leerproces tijdens supervisie zijn de eisen, zoals die in de uitgangspunten verwoord zijn, van belang. Deze zijn van toepassing op al het klinisch werk van orthopedagogen. De casusbeschrijving wordt afgerond met een reflectie op de werkwijze, op de wetenschappelijke verantwoording en de gemaakte keuzes. Als afsluiting van het supervisie-traject wordt zowel het integraal reflectieverslag als de casusbeschrijving door de supervisor beoordeeld.

Marginale toetsing

Met het oog op het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de daarvoor beschikbare instrumenten en systemen binnen de NVO, wordt steekproefsgewijs de kwaliteit van de door supervisoren beoordeelde casusbeschrijvingen getoetst door de Commissie Orthopedagoog-Generalist. Deze toets is enerzijds gericht op de toepassing en herkenbaarheid van de richtlijn anderzijds op de bruikbaarheid van de richtlijn in de praktijk. De marginale toetsing heeft geen invloed op het oordeel van de betreffende supervisoren over de in de supervisie aangeleverde casusbeschrijvingen. De uitkomst van de marginale toetsing heeft dus geen consequenties voor de supervisant⁴. De toetsing is bedoeld om de kwaliteit van de supervisor te bevorderen alsmede voor eventuele bijstelling van de richtlijn voor toepassing in het supervisie-traject.

⁴ Deze marginale toetsing heeft in het reguliere opleidingstraject tot orthopedagoog-generalist betrekking op de supervisoren en niet op de supervisant. In het opleidingstraject in het kader van de Tijdelijke Wegingsregeling (TWR) begeleiden de supervisoren het leerproces en het schrijven van casus- en reflectieverslag en beoordeelt een onafhankelijke beoordelingscommissie binnen de NVO uiteindelijk deze verslagen. Dit kan consequenties hebben voor de supervisant als de casusbeschrijving niet in één keer wordt goed gekeurd, maar bijvoorbeeld een aanvulling vereist is. Zie voor meer informatie over de TWR het kader op de eerste pagina van deze richtlijn en de [themapagina](#) op de website van de NVO.

2. Richtlijn voor de casusbeschrijving

2.1. Doel en vormvereiste

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 het cliëntsysteem volgens wetenschappelijk geaccepteerde en beproefde methodologische regels. Voor de behandelingsvraagstukken gaat het om orthopedagogische interventies, die als methodische en systematische behandeling of begeleiding zijn uitgevoerd en geëvalueerd.

Het verslag dient als volgt te worden vormgegeven:

- duidelijk en bondig, maximaal 7500 woorden per casus (met een afwijking van 10%) op A4-formaat
- voorzien van een kop- of voettekst waarin aangegeven het casusnummer, de naam van de supervisant en van de supervisor, ondertekend door supervisant en supervisor
- geanonimiseerd, d.w.z. ontdaan van herkenbare privacygevoelige gegevens.

2.2 Stappen in de casusbeschrijving

1. Vraagstelling en klachtanalyse

- a) personalia
- b) klacht en hulpvraag zoals geformuleerd in dialoog met cliënt/cliëntsysteem
- c) afstemming van verwachtingen en diagnostisch scenario

2. Probleemanalyse

- a) beschrijving en clustering van problemen in een orthopedagogisch kader (betrekking hebbend op de individuele casus)
- b) risico- en protectieve factoren
- c) ernsttaxatie en aansluiting klacht- en probleemanalyse

3. Diagnostisch perspectief

- a) meerdere verklaringsgerichte- en/of veranderingsgerichte hypothesen vanuit verschillende invalshoeken (waarvan minimaal één verklaringsgerichte en één veranderingsgerichte)
- b) theoretische verantwoording met literatuurreferenties
- c) onderbouwing en uitleg naar de individuele casus

4. Toetsing

- a) onderzoeksinstrumenten
- b) onderzoekscriteria
- c) resultaten

5. Diagnostische conclusie

- a) samenvatting en integratie van de onderzoeksresultaten
- b) aansluiting van de conclusie bij de klacht en hulpvraag van cliënt/cliëntsysteem
- c) aansluiting van de conclusie bij de gewenste verandering

6. Interventieperspectief

- a) theoretische onderbouwing en literatuurreferentie per interventie

- b) onderbouwing en uitleg van keuzes per interventie
- c) gewenste doelen en verandering, betrokkenheid (individuele casus binnen) gehele cliëntsysteem

7. Planning van interventies

- a) doelen in termen van verbeterd functioneren cliënt/cliëntsysteem toetsbaar uitgewerkt
- b) hulpverleningswijze concreet op deze cliënt toegespitst: inhoud, werkwijze, organisatie
- c) planning van de evaluatie

8. Uitvoering van interventies en bijstelling

- a) het feitelijk verloop van de behandeling / interventie
- b) aanpassingen in de planning en bijbehorende argumenten
- c) veranderingen bij cliënt/cliëntsysteem

9. Evaluatie

- a) evaluatie van effecten en beoordeling van bereikte doelstelling (resultaten)
- b) verklaring van het (achterwege blijven van) het effect
- c) evaluatie tevredenheid van cliënt/systeem, planning eventueel vervolgtraject

10. Reflectie

- a) reflectie op de casus
- b) reflectie op de gevolgde werkwijze
- c) reflectie op het eigen leerproces

2.3. Toelichting bij de stappen

Voor de toelichting volgen we dezelfde nummering als de stappen in de casusbeschrijving.

1. Vraagstelling en klachtanalyse

a) *personalia*

De casusbeschrijving start met het noteren van persoonsgegevens en relevante achtergrondgegevens om aan te geven welke persoon in welke opvoedingssituatie het betreft: (gefingerde)naam, leeftijd, geslacht, huidige gezinssamenstelling, verblijf- en opvoedingssituatie, etnische achtergrond, belangrijke opvoeders en eventuele medicatie.

Vervolgens wordt kort beschreven wat de hulpverleningssetting is van waaruit de hulpverlening wordt verstrekt.

b) *klacht en hulpvraag in dialoog met kind/cliëntsysteem*

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 diens visie op de problematiek.

De klacht is het probleem zoals geformuleerd en ervaren door de aanmelder, het kind, de cliënt of het cliëntsysteem. Hierbij gaat het om de subjectieve beleving en interpretaties van de cliënt/cliëntsysteem over zijn gedrag en omgeving. Daarbij kan het voorkomen dat betrokkenen, zoals ouders of leerkrachten, elkaar aanvullende of tegenstrijdige vragen hebben. Als er verschillende opvoeders bij de aanmelding betrokken zijn, is het van belang hier in dit stadium al zicht op te krijgen.

Het is van belang dat de orthopedagoog de (deel)vragen van de aanmelder/cliënt verwoordt en verifieert of haar weergave van de vragen overeenkomt met wat de cliënt bedoelt.

c) *afstemming van verwachtingen en diagnostisch scenario*

Nadat een overzicht van de gestelde hulpvragen vastgesteld is door de cliënt/cliëntsysteem en de orthopedagoog, onderscheidt de orthopedagoog deze hulpvragen in:

- *onderkennende vragen*: wat is er aan de hand? Om welke type probleem en/of stoornis gaat het?
- *verklarende vragen*: waarom zijn deze problemen er? Welke factoren van de cliënt en zijn sociale omgeving beïnvloeden deze problemen?
- *indicerende vragen*: hoe kunnen we deze cliënt/cliëntsysteem zo goed mogelijk ondersteunen? Welke vorm van begeleiding of behandeling is gewenst?

Vervolgens overweegt de orthopedagoog of deze vragen binnen de hulpverleningssetting kunnen worden beantwoord.

2. Probleemanalyse

a) *beschrijving en clustering van problemen in een orthopedagogisch kader*

De probleemanalyse begint met een zo concreet mogelijke beschrijving en inventarisatie van actuele (probleem)gedragingen van het kind en de (probleem)interacties in de opvoedings- en/of onderwijssituatie. Daarbij wordt aangegeven in welke situaties en onder welke condities de gedragingen en interacties zich voordoen en wie daarbij betrokken zijn. Er wordt eveneens aandacht besteed aan positieve gedragingen en interacties en/of aan situaties en condities waarin de problematiek zich niet voordoet. Dit is een concrete beschrijving zonder verdere interpretatie waarbij, waar mogelijk, gebruik wordt gemaakt van (gestandaardiseerde) meetinstrumenten. Een kort chronologisch overzicht geeft de ontwikkeling van de cliënt binnen de context van opvoeding en onderwijs weer en of er al eerder hulpverlening is ingezet. Uit de anamnese worden 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) *risico- en protectieve factoren*

De beschrijving wordt gevolgd door een ordening van de gedrags-, ontwikkelings-, leer- en opvoedingsproblematiek en de elementen en factoren die de ontwikkeling belemmeren dan wel positief beïnvloeden.

c) *ernsttaxatie en aansluiting klacht- en probleemanalyse*

Vervolgens wordt er per cluster:

- een taxatie gegeven van de ernst en veranderbaarheid van de probleemsituatie
- afgewogen wat de risicofactoren, de protectieve (persoon) en promotore (omgeving)factoren zijn

De orthopedagoog stelt vast in hoeverre de resultaten van de probleembeschrijving corresponderen met de klachten zoals beleefd door de cliënt/cliëntsysteem. Hierop volgt, met instemming van het cliëntsysteem, de formulering van een diagnostische hulpvraag.

3. Diagnostisch perspectief

a. *Verklaringsgerichte- en veranderingsgerichte hypothesen*

Om recht te doen aan het uitgangspunt 'systeemgericht' dient bij de vorming van hypothesen aandacht besteed te worden aan de interactie tussen de opvoedingssituatie, de opvoeders en het kind. Dat betekent dat ook altijd gekeken wordt naar de omgevings- en opvoedersfactoren.

Om recht te doen aan het uitgangspunt ‘*dialogisch*’, is het van belang dat de orthopedagoog zich in de hypothesevormende fase rekenschap geeft van de visies, de interpretaties en belevingen van cliënten.

Om recht te doen aan het uitgangspunt ‘*veranderingsgericht*’ is het ook bij de hypothesevorming van belang te kijken naar mogelijke en wenselijke veranderbaarheid dus naar de naar de handelingsruimte bij cliënten en hun ontvankelijkheid voor bepaalde werkzame principes.

Hypothesen volgen logisch uit probleemanalyse.

- *Een verklaringsgerichte hypothese* onderzoekt een potentiële verklaring van het probleem. Dat betekent dat een hypothese een probleem beschrijft inclusief de verklarende factoren of condities vanuit verschillende invalshoeken en de richting van de verklaring of de samenhang. Een verklaringsgerichte hypothese is vooral retrospectief: *waarom is het probleem er gekomen en hoe wordt het in stand gehouden?*
- *Een veranderingsgerichte hypothese* onderzoekt vanuit verschillende invalshoeken 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. Door externe condities te manipuleren en vervolgens de reactie van het cliëntsysteem te observeren binnen een van te voren 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?*

b. Theoretische verantwoording met literatuurreferenties

Deze stap geeft de theoretische referentie: het benoemt het *wetenschappelijk* kader en de kernconcepten. Het legt de link tussen de specifieke klinische informatie, het wetenschappelijke kennisbestand en de verklarende factoren. Elke hypothese moet worden voorzien van een theoretische verantwoording, met literatuurreferenties, volgens APA-normen.

c. onderbouwing en uitleg

Het gaat hier om een verantwoording van de theoriekeuze waarvan de hypothesen, in de vorm van verwachtingen of voorspellingen, worden afgeleid. De orthopedagoog onderbouwt de keuze voor deze theorie voor de individuele casus en de voor de verklaring gegeven concepten. Elke hypothese heeft een onderbouwing en uitleg naar de individuele casus. Dit kan in de vorm van een korte toelichting of een kernachtig citaat. De orthopedagoog geeft in ieder geval een referentie die wetenschappelijk verantwoord is en past bij de huidige theoretische inzichten. Het gaat hier om de theoretische en empirische onderbouwing van het globale beeld, waarvan de hypothesen worden afgeleid. Elke hypothese is geoperationaliseerd in onderzoekshypothesen, met per onderzoekshypothese onderzoeksmiddelen en aannamecriteria. In de reflectie (stap 10) wordt de theoriekeuze verantwoord en kritisch besproken.

4. Toetsing

a) instrumenten

In deze stap verantwoordt de orthopedagoog de keuze van werkwijzen en middelen die zij hanteert voor het verzamelen van nieuwe informatie om de hypothesen te toetsen. Deze verwachtingen worden geoperationaliseerd in toetsbare (deel) veronderstellingen (onderzoekshypothesen) die de beeldvorming omvatten. Onderzoeksinstrumenten moeten passen bij de gekozen wetenschappelijke onderbouwing en er dient variatie te zijn in onderzoeksmiddelen.

b) criteria

Onderzoekshypothesen, in de geoperationaliseerde vorm van het onderzoeksmiddel, dienen het bijbehorende toetsingscriterium te noemen in termen van verwachte waarden, scores en beschrijvingen (bijv. scores op tests en vragenlijsten, gedragsbeschrijvingen bij observaties en antwoorden bij interviews).

c) resultaten

In deze stap gaat het om de resultaten per onderzoekshypothese die nodig zijn om de plausibiliteit van de hypothesen te beoordelen alsmede een samenvatting van de bijbehorende onderzoeksresultaten. In de samenvatting worden in ieder geval die gegevens opgenomen (bijvoorbeeld scores) die van belang zijn voor het aannemen dan wel verwerpen van de hypothese(n). Deze stap vermeldt of de betreffende hypothese(n) aangenomen dan wel verworpen is/zijn. De toetsing en resultaten dienen navolgbaar beschreven te worden.

5. Diagnostische conclusie

a) samenvatting en integratie van de onderzoeksresultaten

Het is van belang dat de diagnostische conclusie een antwoord geeft op de vragen van de cliënt/cliëntsysteem. De verbinding met de hulpvraag van de individuele cliënt/cliëntsysteem die ten grondslag lag aan het onderzoek moet duidelijk terug te vinden zijn in de samenvatting en integratie van de onderzoeksresultaten. De stap geeft dus een samenvatting van de probleemanalyse gevolgd door een samenvatting van de verklarende en veranderingsgerichte diagnostiek. Het kan gaan om aangenomen, verworpen en aangehouden hypothesen of eventuele nieuwe hypothesen. Deze elementen vormen samen een zogenaamde '*idiografische theorie*' of '*integratief beeld*' een geheel van consistente en samenhangende uitspraken over de aard, de ernst, de verklaring en de veranderbaarheid van de probleemsituatie. Afhankelijk van de vraagstelling en het type diagnostiek bevat de conclusie getoetste uitspraken over de aard van het probleem(gedrag), de oorzaak ervan, 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 toetsingsonderzoek, waarbij de aan het begin geformuleerde verwachtingen of voorspellingen ten aanzien van de problematische opvoedingssituatie geverifieerd zijn. De conclusie is overstijgend en integratief (maar wel specifiek voor de individuele casus) en dus meer dan alleen een samenvatting.

b) aansluiting van de conclusie bij de klacht en vraagstelling van cliënt/cliëntsysteem

De orthopedagoog gaat na of de geformuleerde conclusie ook daadwerkelijk aansluit bij de klacht en de vragen van de cliënt/cliëntsysteem en/of in de conclusie voldoende aandacht is besteed aan het systeem- en opvoedingsperspectief.

c) aansluiting van de conclusie bij de gewenste verandering

Op grond van het integratieve beeld is het doorgaans niet direct mogelijk een wenselijk én tegelijkertijd haalbaar advies te formuleren. Het integratieve beeld geeft wel aan wat er moet veranderen om de problemen te doen verdwijnen of afnemen (de doelstelling van de behandeling), maar het geeft niet per se aan hoe de gewenste verandering het beste kan worden gerealiseerd.

6. Interventieperspectief

a) theorie en referentie

Vanuit de specifieke diagnostische conclusie wordt nu de relatie gelegd met het algemeen wetenschappelijk kennisbestand. De keuzes voor de specifieke interventies aansluitend bij de

hulpvraag voor de betreffende cliënt en het cliëntsysteem genoemd, deze stap vermeldt per interventie de gekozen theorie met literatuurreferenties. Dit onderdeel dient gericht te zijn op de reële situatie (de individuele casus), er moeten geen algemene pedagogische vraagstukken beschreven te worden.

b) onderbouwing en uitleg

Het gaat hierbij om de theoretische en empirische onderbouwing van het globale beeld van de gewenste interventies waarvan de uiteindelijke doelen worden afgeleid. In de reflectie wordt de theoriekeuze verantwoord en kritisch besproken.

c) gewenste doelen en verandering, betrokkenheid cliëntsysteem

De globale doelstellingen afgeleid vanuit de hulpvraag en de diagnostische conclusie geven aan op wie en wat de interventie wordt gericht (cliënt/opvoeder/systeem) en waaraan zal worden gewerkt (gedrags- en/of omgevingsgericht) en of er sprake is van duidelijke (contra)-indicaties.

In deze stap wordt verantwoord hoe het advies tot stand is gekomen: hoe het aansluit bij de conclusies en of de orthopedagoog zelf het advies heeft geformuleerd of dat het een multidisciplinaire (team)beslissing is geweest. Ook komt aan de orde 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) en in hoeverre het advies al dan niet verenigbaar is met de waarden en normen van de cliënt/cliëntsysteem. De betrokkenheid van de cliënt bij de advisering vraagt een moment van dialoog waarin de waarden en normen van het cliëntsysteem opnieuw tot uitdrukking kunnen komen. Dit impliceert niet dat de cliënt het met alles eens moet zijn, maar wel dat duidelijk wordt over welke punten verschil van mening bestaat.

Samenwerking tussen orthopedagoog en cliënt(systeem) 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. 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?
1. welke maatregelen of interventies zijn daarvoor gewenst?
2. 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. Kort wordt beschreven hoe de dialoog is verlopen.

7. Planning van interventies

a) doelen in termen van verbeterd functioneren van het cliëntsysteem

Het uiteindelijke gezamenlijk opgestelde advies wordt uitgewerkt. Dat betekent dat een concretisering van de hulpverleningswijzen ter realisatie van de doelstellingen in termen van verbeterd functioneren van de cliënt/cliëntsysteem wordt opgesteld waarbij de doelen en de uitwerking zoveel mogelijk 'SMARTIES' worden geformuleerd. Dat wil zeggen: Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch, Tijdsgebonden, Inspirerend, Eigen inbreng en gericht op Samenwerking.

b) hulpverleningswijze: inhoud, werkwijze, organisatie

Per doelstelling volgt een omschrijving van het resultaat dat men volgens, 'SMARTIES'-criteria, verwacht te bereiken na de interventie alsmede welke stappen daarvoor nodig zijn. Het gewenste resultaat kan worden onderscheiden in een *productdoel* (het uiteindelijke resultaat) en in *procesdoelen* (de te onderscheiden stappen leidend naar het resultaat). Bij elk procesdoel wordt omschreven met wie, wat, wanneer, waar en op welke wijze het bijbehorende productdoel zal worden behaald:

- 'met wie': wat is het doel bij welke interventie eenheid (cliënt, opvoeder/verzorger/leerkracht/groepsleider, omgeving?)
- 'wat': wat is de opbouw van de geplande interventies?
- 'wanneer': dit betreft de tijdsduur en frequentie van geplande interventies?
- 'waar': waar vindt het plaats?
- 'op welke wijze': hoe ziet de organisatie eruit, wie zijn er op welk moment bij betrokken?

c) planning van de evaluatie

Bij elk beschreven product- en procesdoel wordt een evaluatiemoment vastgesteld, dus hoe, met wie en wanneer vindt er evaluatie plaats van de effecten van de ingezette interventie.

8. Uitvoering van interventies en bijstelling

a) het feitelijk verloop van de uitvoering van 7b en 7c

Beschreven wordt het uiteindelijke verloop van de ingezette interventies aan de hand van de resultaten. Een feitelijke beschrijving is van belang om na te kunnen gaan of de uitgevoerde behandeling overeenkomt met de geplande behandeling. Per product- en bijbehorende procesdoelen wordt beschreven hoe tijdens de interventie de transacties tussen de orthopedagoog en de interventie-eenheid zijn verlopen.

b) aanpassingen in de planning en bijbehorende argumenten

Het is van belang om voortdurend (per sessie of groep van sessies) te evalueren of de uitgevoerde behandeling beantwoordt aan haar doelstellingen. Het is heel goed mogelijk dat op grond van tussentijdse evaluaties de oorspronkelijke planning wordt bijgesteld. Juist het cyclische karakter van het procesmodel verschaft daar ruimte toe. In deze stap worden die bijstellingen beschreven en beargumenteerd. Om het effect van een behandeling te kunnen beoordelen is in ieder geval nodig om te weten welke behandeling is uitgevoerd. Uitgaande van de gedachte dat er sprake is van een opvoedingssysteem moet in de beschrijving van de uitvoering duidelijk blijken dat de orthopedagoog voortdurend de beoogde en onbedoelde effecten van de behandeling op het systeem in het oog houdt en zo nodig bijstelt.

c) veranderingen bij cliënt/cliëntsysteem

Tijdens de uitvoering van de behandeling is het van belang te registreren welke veranderingen bij de cliënt/cliëntsysteem optreden en na te gaan of er een relatie is met de geboden hulpverlening.

9. Evaluatie

a) evaluatie van effecten en beoordeling van bereikte doelstellingen

In deze stap wordt beschreven hoe de behandeling geëvalueerd wordt en wat de effecten van de hulpverlening zijn en in het licht van de uitgevoerde behandeling. Per product- en procesdoel wordt aangegeven of en volgens wiens oordeel de beoogde concrete doelstellingen bereikt zijn.

b) verklaring van het (achterwege blijven van) het effect

Dit deel geeft een verklaring van het effect of het achterwege blijven daarvan, welke samenhang er is met de diagnostische conclusie, de gestelde doelen, de werkwijze, de organisatie en evaluatie van de hulpverlening.

c) evaluatie tevredenheid van cliënt/systeem, planning eventueel vervolgtraject

Hier gaat de orthopedagoog na of de cliënt/cliëntsysteem tevreden is en wat de relatie is tussen de tevredenheid en het effect van de behandeling. De orthopedagoog bepaalt ook of de (on)tevredenheid van de cliënt/cliëntsysteem consequenties heeft/moet hebben. Samen beslissen de orthopedagoog en de cliënt/systeem of er nog een eventuele verwijzing volgt voor verdere diagnostiek en/of interventie.

10. Reflectie

De casusbeschrijving wordt afgesloten met een reflectie op de werkwijzen, de wetenschappelijk-theoretische verantwoording en de gemaakte keuzes.

a) reflectie op de casus

De orthopedagoog reflecteert op de betrokkenheid, de dialoog en de relatie met de cliënt/cliëntsysteem en de mate waarin recht is gedaan aan de eigenheid van de cliënt.

b) reflectie op gevolgde werkwijze

Hier reflecteert de orthopedagoog op de keuze van wetenschappelijk-theoretische referentiekaders en de toepassing daarvan wordt geëvalueerd.

c) reflectie op het eigen leerproces

Hier gaat de orthopedagoog na wat volgens haar in haar handelen de sterke en zwakke punten zijn geweest in het gehele proces van diagnostiek en interventie. Verder wordt uitgewerkt of dit kan leiden tot aanpassingen en/of veranderingen in het eigen professioneel functioneren en/of het functioneren van de organisatie. Richtinggevend hierbij zijn:

- de beroepscode (ethiek en identiteit)
- de maatschappelijke realiteit

Referenties

- Bruijn, E.E.J. de, Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K. & Aarle, E.J.M. van (2003). *De diagnostische cyclus. Een praktijkleer*. Leuven: Acco.
- Knorth, E.J., Nakken, H., Oenema-Moster, C.E., Ruijsenaars, A.J.J.M., Strijker, J. (Red.)(2008). *De ontwikkeling van kinderen met problemen: gewoon anders*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- 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*. Den Haag: LEMMA.
- Veerman, J.W. en Yperen T.A. van (Red.), (2008). *Zicht op Effectiviteit, Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*, Eburon, Delft.
- Verschueren, K. & Koomen, H. (Red.). *Handboek Diagnostiek in de Leerlingbegeleiding*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.