



Shutterstock

In 't kort

Wat is een klinisch oordeel precies? Waarop baseer je je best bij het vormen van een klinisch oordeel? In dit artikel krijg je een antwoord op deze twee vragen. De auteur legt uit dat je als CLB-medewerker tijdens een diagnostisch traject samen met je CLB-team een klinisch oordeel vormt na het opstellen van het integratief beeld. Het vormen van een klinisch oordeel vergt diagnostische expertise, het opbouwen van diagnostische ervaring binnen een multidisciplinair team, kennis over en vertrouwdheid met de leerling en zijn omgeving. Kwaliteitsvolle diagnostiek zorgt ervoor dat je op basis van je onderzoek een klinisch oordeel kan vormen. Als je het diagnostisch traject op een doelgerichte en systematische manier doorloopt, vermindert de kans op denkfouten in je besluitvorming. Ontbreekt belangrijke informatie om tot een besluitvorming te komen? Keer dan terug naar de strategiefase en plan bijkomend onderzoek. Kies bij voorkeur een ander onderzoeksinstrument om je beeldvorming verder aan te vullen. Bij het vormen van een klinisch oordeel zijn kritisch denken en reflecteren essentieel.

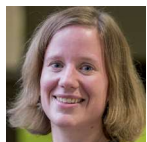
Klinisch oordeel: **kritisch denken in de grijze zone**

DOOR SARAH SCHAUBROECK

W

Wie aan diagnostiek doet, wordt er vaak mee geconfronteerd: de grijze zone. Je onderzoeksresultaten geven

je onvoldoende duidelijkheid om vragen te beantwoorden als: 'Is er voldaan aan de criteria?' of: 'Kunnen we de hypothese weerleggen of aanvaarden?' Er zijn vaak situaties waarin het als CLB-team niet zo eenvoudig is om dit uit te maken. Dat komt doordat de onderzoeksresultaten elkaar tegenspreken, de beschikbare normgroepen onvoldoende representatief zijn voor de leerling, functioneringsproblemen een gestandaardiseerde afname verhinderen, er informatie ontbreekt over de voorgeschiedenis van de leerling ... Wanneer het antwoord op de onderzoeksvraag noodzakelijk is om beslissingen te kunnen nemen over de aanpak van de leerling, doen we in die situaties best een beroep op een klinisch oordeel.



Sarah Schaubroeck psychologe, werkt voor CLB GO! in het netoverstijgend project Prodia, waar ze momenteel meeschrijft aan het vernieuwde Protocol Verstandelijke beperking. Hiernaast coördineert zij de implementatie van de protocollen. Sarah is lid van de redactie van Caleidoscoop.
contact: info@prodiagnostiek.be

Wat is zo'n klinisch oordeel? Waarop baseren we ons best bij het vormen van een klinisch oordeel? Dit artikel helpt CLB-teams om kritisch te denken in de grijze zone.

WIE OORDELT? EEN KLINISCH OORDEEL MAAK JE IN TEAMVERBAND

Een klinisch oordeel is niet gebonden aan een bepaalde discipline. Iedereen die bijdraagt aan de diagnostiek van een leerling, is best betrokken bij het klinisch beoordelen van die leerling. We verzamelen zo veel mogelijk informatie om op een professionele manier een afweging te maken. Om een klinisch oordeel te kunnen vormen, moet je dus aan goede diagnostiek doen. Hierbij zijn drie elementen essentieel. Ten eerste hebben CLB-medewerkers hiervoor nood aan diagnostische expertise, zowel vanuit hun opleiding als via doorgaande professionalisering. Ten tweede is 'training on the job' belangrijk. Zo

Het klinisch oordeel van onder het stof!

Het woord 'klinisch oordeel' wekt bij sommige collega's wat weerzin op omdat het vaak aanzien wordt als het tegenovergestelde van een statistisch oordeel. Met klinisch oordeel bedoelen we hier zeker niet 'je buikgevoel volgen' of 'op eigen oordelen afgaan'. Het is niet de bedoeling om vanuit een vaag gevoel te komen tot een klinisch oordeel. Onderzoek heeft uitvoerig aangetoond dat dit niet tot een degelijke diagnostiek leidt (3). Hoe ervaren een diagnost ook is in zijn job, puur op basis van zijn expertise en ervaring is hij niet in staat om een kwaliteitsvol oordeel te vormen. Diagnosten lopen het risico om keer op keer (dezelfde) beoordelingsfouten of denkfouten te maken (4). Een systematische, multidisciplinaire werkwijze die gebruikmaakt van wetenschappelijke inzichten is aan te raden.

We kennen de theorie, maar hoe gebruiken we HGD nog meer in de praktijk?

Het vertrekpunt voor de besluitvorming van dit artikel is de handelingsgerichte diagnostiek (HGD,1), zoals beschreven in fase 2 van de protocollen van Prodia. De meeste CLB-medewerkers weten goed waarvoor handelingsgericht werken (HGW) en handelingsgerichte diagnostiek (HGD) staan. Het blijkt echter niet altijd gemakkelijk om dit in de praktijk toe te passen¹. Op de Prodia-website vind je onder 'Aan de slag' (<http://prodiagnostiek.be/?q=aandeslag>) materialen die je hierbij kunnen helpen:

De basis: oefenformulieren

De eenvoudige maar cruciale denkstappen binnen het HGD-traject staan opgelijst op 1 A4. Vul het oefenformulier in tijdens de HGD-fase of gebruik het als checklist vooraleer naar de volgende fase over te stappen.

Verdieping: de leeswijzer Uitbreiding van zorg

Het Algemeen Diagnostisch Protocol (ADP) heeft een algemene leeswijzer voor Fase 2 Uitbreiding van zorg. Vanuit die leeswijzer kan je de fases inhoudelijk beter leren kennen en doorklikken naar interessante illustraties uit de Specifieke Diagnostische Protocollen.

Tips van collega's

CLB-medewerkers zijn fan van de Prodia-inspiratielijsten voor onderwijsbehoeften, overzichten diagnostisch materiaal en checklists. Ze gebruiken vaak visuele reminders om de diagnostiek in hun centrum te verbeteren.

It takes a village ...

Wil je ook je collega's meenemen naar een betere handelingsgerichte CLB-werking? Bekijk dan zeker de succesfactoren implementatie of neem contact op met info@prodiagnostiek.be voor modules waarmee jullie zelfstandig of samen met Prodia aan de slag kunnen.

Volg Prodia!

Op basis van jullie suggesties werkt het Prodia-team de Prodia-website en de materialen bij. Schrijf je in op de Prodiabrief of bezoek regelmatig de website om op de hoogte te zijn. Bespreek interessante nieuwtjes ook met je collega's!

1. Intakefase

1. Vraag verhelderen
2. Wensen en verwachtingen bevragen
3. Overzicht krijgen
 - 3.1 Probleem analyseren en positieve aspecten bevragen
 - 3.2 Functioneren van het kind/de jongere binnen zijn context verkennen
 - 3.3 Attributies bevragen
 - 3.4 Relevante voorgeschiedenis en ondernomen activiteiten en effecten beschrijven
4. Afstemmen

2. Strategiefase

1. Clusteren
2. Diagnostisch traject kiezen
3. Hypothese en onderzoeksvragen formuleren
 - 3.1 Hypotheses formuleren
 - 3.2 Onderzoeksvragen formuleren
4. Betrokkenen informeren

3. Onderzoeksfase

1. Wat onderzoeken?
2. Hoe onderzoeken?
 - 2.1 Gesprek
 - 2.2 Observatie
 - 2.3 Analyse van de beschikbare gegevens
 - 2.4 Aanpak uitproberen en het effect ervan nagaan
 - 2.5 Meting
 - 2.6 Medisch onderzoek / klinisch neurologisch onderzoek
3. Onderzoek uitvoeren
4. Onderzoekresultaten verwerken

4. Integratie- en aanbevelingsfase

1. Integratief beeld schetsen
2. Formuleren van doelen
3. Formuleren van onderwijs-, opvoedings en ondersteuningsbehoeften en komen tot een overzicht van aanbevelingen
4. Aanbevelingen beoordelen

5. Adviesfase

1. Informeren, overleggen en afspreken omtrent interventies
2. Verslaggeving

6. Handelen en evalueren na de adviesfase

1. Betrokkenen: rol en samenwerking
 - 1.1 School
 - 1.2 Leerling en medeleerlingen
 - 1.3 Ouders
 - 1.4 Samenwerken met externe partners
2. Globale evaluatie en cyclisch verloop

¹ Zie Prodiabrief 12 Implementatie van Prodia: ons rapport

▲ bouwen ze diagnostische ervaring op binnen een multidisciplinair team. Ten derde zijn directe ervaring met de leerling die wordt beoordeeld en kennis over die leerling en zijn omgeving cruciaal (2).

Een klinisch oordeel is vaak nodig wanneer onderzoeksresultaten niet eenduidig zijn. Als het aannemen of verwerpen van een hypothese belangrijk is voor aanbevelingen, rust er bij die onduidelijkheid een grote professionele verantwoordelijkheid op je schouders. Draag deze verantwoordelijkheid niet alleen. Ga in overleg met collega's, coördinator, vestigingsverantwoordelijken of directie. Zo neem je verschillende professionele standpunten mee en maak je gebruik van de kennis en vaardigheden van je collega's. Door je besluitvormingsproces met hen te delen, hoeden zij jou ook voor mogelijke denkfouten.

WANNEER MAAK JE EEN KLINISCH OORDEEL? VANUIT EEN INTEGRATIEF BEELD

De bedoeling van een klinisch oordeel is de kwaliteit, de validiteit en de nauwkeurigheid van de beslissingen of aanbevelingen van een CLB-team in een specifieke casus te verbeteren. Een klinisch oordeel maak je tijdens je integratie- en aanbevelingsfase, nadat je het integratief beeld van het functioneren van een leerling binnen zijn context hebt opgemaakt. Wanneer je dus bij een onderzoeksvraag op het einde van je onderzoeksfase geen eenduidig antwoord kan vinden, maak je eerst een integratief beeld op om van daaruit een klinisch oordeel te vormen. Het inbouwen van een reflectiemoment waarop je de beschikbare informatie clustert en systematisch nadenkt vooraleer een klinisch oordeel te vormen, zorgt voor een meer professionele diagnostiek.

KWALITEITSVOLLE DIAGNOSTIEK ZORGT VOOR EEN GEDEGEN BESLUITVORMING

Kwaliteitsvolle diagnostiek zorgt ervoor dat je op basis van je onderzoek een klinisch oordeel kan vormen. Het toekennen van een classificerende diagnose en de afweging of een leerling voldoet aan de voorwaarden voor een verslag of de indicaties voor doorverwijzing, zijn belangrijke beslissingen voor de leerling en zijn omgeving. Om die verantwoordelijkheid te kunnen dragen, gaan CLB-teams systematisch en transparant te werk in hun besluitvorming. Ze denken kritisch na over het diagnostisch traject en sturen het traject bij wanneer nodig. Als CLB's dragen we kwaliteit hoog in het vaandel.

Hoe zorg je voor kwaliteitsvolle diagnostiek? Om onze diagnostiek kwaliteitsvol te houden (1), gebruiken we volgende evidence-based² aspecten:

- **Wetenschappelijk gefundeerde kennis:** dit is kennis over de ontwikkeling en het leren van leerlingen, effectief onderwijs³ en 'goede'



Sarah: 'Kwaliteitsvolle diagnostiek zorgt ervoor dat je een klinisch oordeel kan vormen.'

Willem Rosiers

opvoeding. Op basis van deze kennis bepaal je wat relevant is om te onderzoeken met het oog op het kiezen van een geschikte interventie.

Bijvoorbeeld: om een leerling met sombere gedachten een veilig gevoel te geven in de klas, is het belangrijk dat medeleerlingen acceptatie en begrip tonen en als 'maatje' willen fungeren (5). Het inzetten van het VRIENDEN-programma op school kan helpen bij een goede brede basiszorg voor welbevinden (6).

- **Psychometrisch sterke onderzoeksmiddelen:** dit zijn instrumenten met een goede betrouwbaarheid en validiteit, degelijke⁴ normen én klinische relevantie. Indien dit voor je onderzoeksvraag niet beschikbaar is, ga dan voor het best mogelijke alternatief.⁵ Gevalideerde onderzoeksinstrumenten⁶ geven een meer objectieve inschatting van het functioneren. Resultaten van een test of vragenlijst worden zo veel mogelijk weergegeven als een betrouwbaarheidsinterval⁷, eerder dan als één cijfer. Hou bij de interpretatie altijd rekening met dit betrouwbaarheidsinterval.

Een klinisch oordeel is bijvoorbeeld vaak aangewezenen als de cut-off binnen het betrouwbaarheidsinterval van de score valt. Het is dan onduidelijk of iemand wel of niet voldoet aan het criterium.

- **Gedegen besluitvorming:** door diagnostiek – overeenkomstig de principes van handelingsgericht werken – op een doelgerichte, systematische en transparante manier aan te pakken, versterk je de gedegen besluitvorming. Het gaat hierbij ook om de nauwkeurigheid van diagnostische beslissingen, fouten en kosten hiervan in de besluitvorming en de impact van diagnostiek op interventie. Gedegen besluitvorming is zowel belangrijk bij het formuleren en toetsen van hypothesen, het integreren van (meestal onvolledige of inconsistente) informatie tot een beeld als bij het vertalen van dit beeld naar doelen en passende en effectieve interventies.

Bijvoorbeeld: je bouwt reflectiemomenten in bij teamoverleg en stemt af met leerling, ouders en school. Zowel voor jezelf en je collega's als voor de leerling, ouders en school is het zo duidelijk

² Over evidence-based interventies wordt veel geschreven, maar ook evidence-based diagnostiek is essentieel. Zie Pameijer N., & van Beukering T. (2015). *Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering*. Leuven: Acco.

³ Zie voor meta-analyses over effectief onderwijs: Marzano, R. (2009) *Wat werkt op school? Research in actie*. Vlossingen: Bazalt Educatieve uitgaven; Hattie, J. (2013). *Leren zichtbaar maken*. Vlossingen: Bazalt Educatieve uitgaven en Mitchell, D. (2015). *Wat écht werkt: 27 evidence based strategieën voor het onderwijs*. Huizen: Pica.

⁴ Kwaliteitsvol, voldoende recent, leerling sluit voldoende aan bij normgroep.

⁵ Zie overzicht diagnostisch materiaal en de diagnostische fiches van Prodia, www.cap-vademecum.be, <http://www.vclb-koepel.be/professionals/kansenbevordering3/faire-diagnostiek> en www.cotandocumentatie.nl, geraadpleegd op 24 augustus 2018.

⁶ 'Gevalideerde instrumenten zijn instrumenten waarbij er onderzoek is gedaan naar de validiteit en betrouwbaarheid. De instrumenten moeten daadwerkelijk wat ze moeten meten, ook als ze gebruikt worden in verschillende situaties door verschillende personen.' Zie Nederlands Jeugdinstituut (z.d.) *Het belang van gevalideerde en gestandaardiseerde instrumenten*, geraadpleegd op 10 september 2018 van <https://www.nji.nl/ml/Databank/Databank-Instrumenten/Het-belang-van-gevalideerde-en-gestandaardiseerde-instrumenten.html>.

⁷ Het betrouwbaarheidsinterval is de zone tussen twee punten die aangeeft hoe groot de marge is waarbinnen bijvoorbeeld 95 % of 99 % van hetzelfde soort metingen valt. Magez, W. (2008). *Het IQ van Marjolein. IQ voor Dummies. Caleidoscoop*, 20(5), 6-8.

Een klinisch oordeel is vaak nodig wanneer onderzoeksresultaten niet eenduidig zijn.

hoe je te werk gaat. Gelijgerichte afspraken over het verloop van een teamoverleg kunnen ervoor zorgen dat de tijd voor teamoverleg optimaal wordt benut om elkaar verder te helpen binnen de diagnostische trajecten.

DENKFOUTEN VERMIJDEN? BOUW SYSTEMATISCH REFLECTIEMOMENTEN IN!

Ondanks wetenschappelijk gefundeerde kennis en psychometrisch sterke onderzoeksmiddelen, is het niet evident om tot een gedegen besluitvorming en een goed klinisch oordeel te komen. De werkelijkheid is veelal veel complexer dan de theorie. Scores zijn immers steeds een schatting die kan variëren bij een eventuele volgende meting. In het dagelijkse leven helpen cognitieve vuistregels ons om informatie te ordenen en ons denken te structureren. In de diagnostische praktijk kunnen die vuistregels voor een foute beoordeling zorgen. De vuistregels kunnen denkfouten veroorzaken, niet enkel bij de besluitvorming, maar al van bij de start van het handelingsgericht diagnostisch traject.

VAAK VOORKOMENDE DENKFOUTEN

We overlopen enkele denkfouten waarvoor je best alert bent bij het vormen van een klinisch oordeel. Deze kunnen zowel op zich als in combinatie voorkomen⁸.

- **Beschikbaarheidsfout:** je besluitvorming wordt beïnvloed door de mate waarin je voorbeelden van zo'n besluit kunt voor de geest halen. Wat het recentst gebeurde of het meest dramatische, krijgt zo het meest gewicht in je oordeel.
Bijvoorbeeld: je las net een boek, volgde een vorming of zag een documentaire over posttraumatische stressstoornis. Daardoor ben je eerder geneigd om deze hypothese te bevestigen, terwijl je een alternatieve hypothese zoals psychoserisico niet in overweging neemt omdat je hier zelden mee wordt geconfronteerd.
- **Representativiteitsfout:** je laat je oordeel afhangen van hoe vergelijkbaar het functioneren van een leerling is met het prototype van een bepaald functioneringsprobleem. 'Als iets eruitziet als een eend, zwemt als een eend en snatert als een eend, dan is het waarschijnlijk een eend.' Zo heb je minder oog voor mogelijke atypische presentaties of combinaties van klachten.
Bijvoorbeeld: aannemen dat de aandachtsproblemen te kaderen zijn binnen ADHD en niet denken aan de mogelijkheid van absences, gehoorproblemen, te veel prikkels in de omgeving ...
- **Blinde volgzzaamheid:** wat de autoriteiten zeggen, bepaalt (mee) je advies.
Bijvoorbeeld: omdat een leerling – volgens de regelgeving – niet in aanmerking komt voor bijko-

mende ondersteuning, ga je ervan uit dat hij deze ook niet nodig heeft.

- **Affectieve fout:** je gevoelens, zoals meevoelen met de leerling, sympathie voor een bepaalde ouder of wat je graag zou hebben dat waar is, vertroebelen je besluitvorming.
Bijvoorbeeld: je schat de beperkingen en participatieproblemen van een leerling of de opvoedings situatie zwaarder in omdat je graag zou hebben dat hij in aanmerking komt voor extra ondersteuning van het schoolteam.
- **Verankeringsfout:** de informatie die je eerst binnenkrijgt, raakt verankerd en zorgt voor onjuiste beslissingen of aanbevelingen.
Bijvoorbeeld: de school geeft bij aanmelding aan dat een jongen onhandelbaar is. Je focust in je oordeel op zijn regelovertrekend gedrag en minder op de interacties met de leerkracht.
- **Volharding in overtuiging:** je blijft vasthouden aan de juistheid van je eigen mening, zelfs wanneer er informatie is die deze ontkracht of weerlegt. Strijdige informatie zie je toch als een positieve bevestiging en niet als reden om nieuwe hypotheses te formuleren.
Bijvoorbeeld: je bent ervan overtuigd dat mama niet wil werken aan haar verslaving. Als ze het tegendeel beweert, denk je: dat zeggen ze allemaal, en zie je het als een bevestiging van haar onwil.
- **Mandaatsbias:** je wil iets doen, om het even wat. Je voelt je verplicht om aanbevelingen te geven, terwijl je geen duidelijkheid hebt over wat het probleem kan verhelpen.
Bijvoorbeeld: je raadt het volgen van een sociale vaardigheidscursus aan terwijl je geen beeld hebt op welke sociale vaardigheden de leerling mist en of het beter leren van die sociale vaardigheden een antwoord kan bieden op de hulpvraag.
- **Stuwkracht van een diagnose:** je denkt verder binnen een reeds gestelde diagnose, in plaats van ook alternatieve diagnoses in overweging te nemen.
Bijvoorbeeld: je kadert de gedragsproblemen van een leerling binnen zijn verstandelijke beperking en denkt niet na over de mogelijke rol van bijvoorbeeld medicatie, veranderingen in dagverloop, gedrag van andere leerlingen, pijn ... die hiertoe kunnen leiden.
- **Omgevingseffect:** je laat je inschatting van het functioneren van de leerling beïnvloeden door de wijze waarop zijn omgeving ernaar kijkt of ermee omgaat.
Bijvoorbeeld: je schat de zelfverzorging van een leerling hoger in door geen rekening te houden met geboden ondersteuning, terwijl een leerling weinig voor zichzelf zorgt zonder die ondersteuning.

Door deze en andere denkfouten tijdens ons diagnostisch traject zijn we als diagnosten over-

⁸ Er zijn meer denkfouten die kunnen voorkomen binnen het diagnostisch traject. In dit artikel beperken we ons tot denkfouten die kunnen voorkomen in de integratie- en aanbevelingsfase. Voor meer informatie verwijzen we naar referenties (1) en (4); Ruijsse-naars, A., van den Bergh, P. & Schoorl, P. (2008). *Orthopedagogiek. Ontwikkelingen, theorieën en modellen: een inleiding*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant; De Bruyn, E.,

Ruijsse-naars, A., Pameijer, N. & Van Aarle, E. (2003). *De diagnostische cyclus. Een praktijkleer*. Leuven-Heusden: Acco

moedig (overconfidence in own capability, 4). We overschatten de kwaliteit van ons eigen oordeelsvermogen. Hoe ervaren een diagnost ook is, hij heeft nood aan een systematische en transparante besluitvorming om tot kwaliteitsvolle diagnostiek te komen. Om fouten in de besluitvorming te voorkomen, moeten we ons bewust zijn van mogelijke denkfouten en ons denken bijsturen. Cognitieve vuistregels kunnen efficiënt en nuttig zijn, maar kunnen enkel leiden tot voorlopige conclusies.

De systematiek van een handelingsgericht diagnostisch traject en meer bepaald de reflectie in teamverband tijdens de strategiefase en de integratie- en aanbevelingsfase, hoeden ons voor denkfouten. Het gebruik van toetsingscriteria, onderzoeken of je ongelijk zou kunnen hebben en het vermijden van schijnantwoorden zijn drie manieren om niet in bovenstaande valkuilen te trappen.

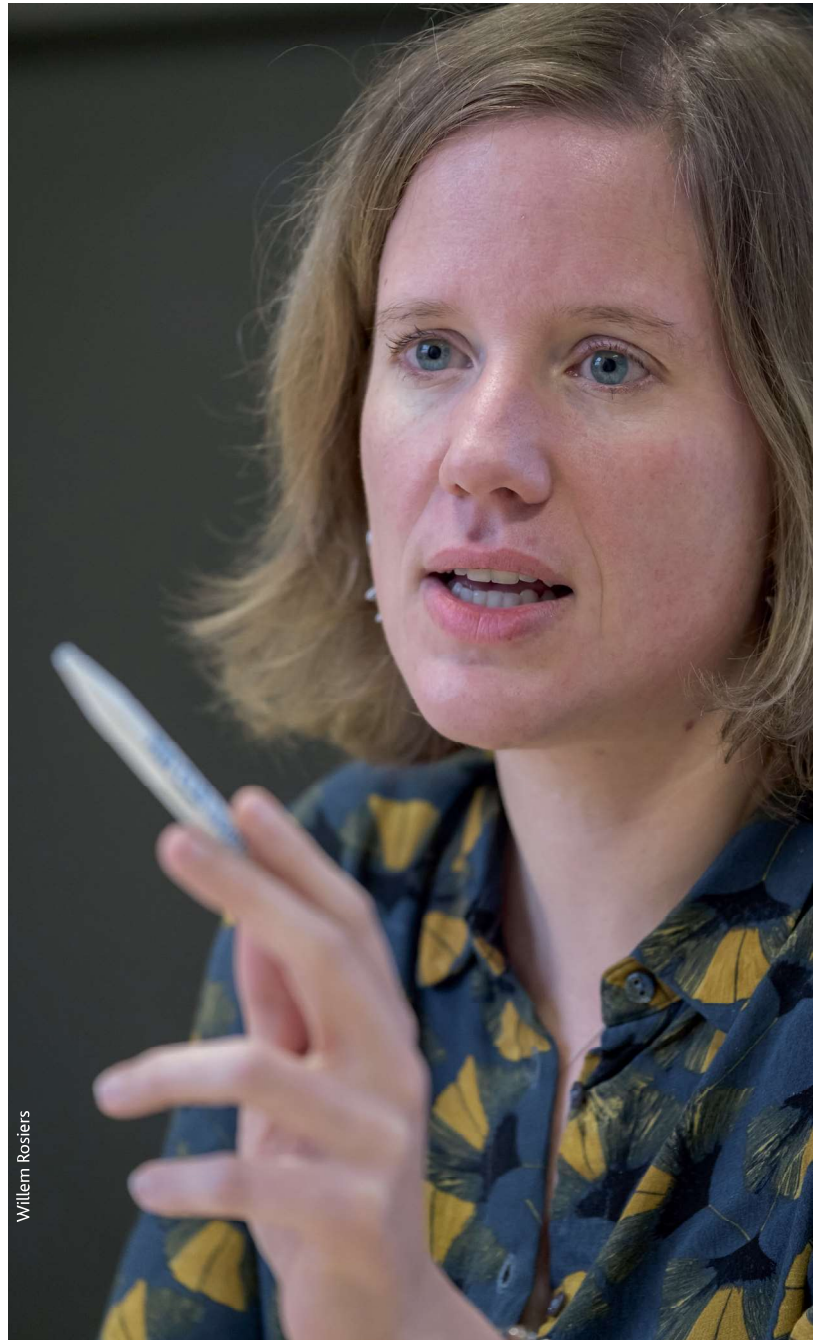
GEBRUIK TOETSINGSCRITERIA

Je verkleint de kans dat denkfouten of andere subjectieve en onbewuste processen je besluitvorming overheersen door toetsingscriteria te bepalen voorafgaand aan het onderzoek (1). Bepaal dus op voorhand bij welke resultaten je de hypothese aanneemt of verwierpt. De toetsingscriteria neem je er terug bij wanneer je de onderzoeksresultaten interpreteert en opneemt in het integratief beeld. Goede toetsingscriteria vind je in de handleiding van het onderzoeksinstrument of vanuit het theoretisch kader achter je hypothese. Soms haal je toetsingscriteria ook uit praktijkkennis en persoonlijke opvattingen. Denk bijvoorbeeld aan 'op gepaste wijze interacties aangaan met personen'. Het hangt van je eigen referentiekader af wat jij voor deze leerling binnen deze context een gepaste wijze vindt om interacties aan te gaan.

Bijvoorbeeld: ouders en leerkrachten vermoeden ASS bij Jihane. Je maakt op voorhand uit wanneer een doorverwijzing naar een kinderpsychiater voor verdere uitklaring aangewezen is. We nemen de hypothese 'vermoeden ASS' aan als twee van de drie informanten op de gestandaardiseerde vragenlijst een klinische score halen én tijdens observatie en gesprek met Jihane, haar ouders en de leerkrachten aanwijzingen zijn voor DSM-5-criteria A, B, C en D van autismespectrumstoornis (7).

ONDERZOEK OF JE ONGELIJK ZOU KUNNEN HEBBEN

Vanuit je achtergrond en ervaring heb je snel een voorkeurshypothese. Je ziet de oorzaak van een gedragsprobleem eerder biologisch, psychologisch of sociaal. Onderzoek of het ook iets anders zou kunnen zijn dan waar je in eerste instantie aan denkt. Dit kan door het gebruik van alternatieve hypothesen of het op zoek gaan naar elementen die je hypothese weerleggen. Vind je evidentie die



Willem Rosiers

tegen jouw hypothese pleit? Ben je zeker dat er geen andere verklaring kan zijn voor het gedrag? Wat zouden je collega's als mogelijke verklaringen aanbrenge? Neem voor jezelf of voor je teamgenoten ook eens de rol van de advocaat van de duivel op. Daag hen uit om breder te kijken.

Bijvoorbeeld: een lage studiemotivatie kan te maken hebben met studiekeuze of interacties met leerkrachten en medeleerlingen, maar kan evengoed wijzen op een depressieve stemming.

Bijvoorbeeld: nood aan voorspelbaarheid en structuur doet snel een belletje 'vermoeden ASS' rinkelen. Een gehechtheidsproblematiek, recente schoolveranderingen of wijzigingen in de thuissituatie kunnen er echter ook voor zorgen dat een leerling nood heeft aan een duidelijke structuur of voorspelbaarheid.

Met klinisch oordeel bedoelen we zeker niet 'je buikgevoel volgen'.

HOED JE VOOR SCHIJNANTWOORDEN

Wanneer je geen oordeel kan uitspreken, blijft de hypothese aangehouden. Dit betekent dat we geen antwoord kunnen geven op alle onderzoeksvragen. We weten (nog) niet of de hypothese wordt aangenomen of verworpen. Voor cliënten is dat duidelijker dan schijnantwoorden zoals: 'het schijnt dat ...' of 'het lijkt erop dat ...'. Als het antwoord noodzakelijk is om een belangrijke beslissing te nemen, dan keer je beter terug naar een eerdere stap in de onderzoeksfase (1). Denk er dan aan om voor een andere onderzoeksmethode te kiezen. Eenzelfde type instrument gebruiken bij eenzelfde type onderzoeksvraag levert meestal vergelijkbare uitkomsten op. Kies daarom eerder voor een onderzoeksmiddel dat je aanvullende informatie geeft die noodzakelijk is om de hypothese te kunnen aanvaarden of verwerpen. Als je bijvoorbeeld vooral gebruik hebt gemaakt van meetinstrumenten, kies dan voor een gesprek of een observatie. Vraag andere betrokkenen om informatie om zo je beeld nog te verbeteren of je hypothese te bevestigen of weerleggen.

Bijvoorbeeld: uit twee verschillende rekentests blijkt dat Noa bij de ene test wel en bij de andere niet voldoet aan het achterstandscriterium voor dyscalculie. We weten dus niet of Noa dyscalculie heeft of niet. De afname van een derde rekentest zal ons op dit ogenblik geen verder uitsluitel bieden. Uit de foutenanalyse en de analyse van haar oplossingsstrategieën kunnen aanbevelingen worden opgemaakt. We passen de maatregelen aan en spreken af om die te evalueren op het einde van het schooljaar. Dan kan ook besproken worden of we het belangrijk vinden om opnieuw de hypothese dyscalculie te toetsen.

KLINISCH OORDEEL IN DE PRAKTIJK

We gaan in op enkele veel voorkomende vragen en klinische oordeelstrategieën die helpend kunnen zijn.

HOE INTERPRETEER IK ONDERZOEKSRÉSULTATEN WANNEER MIJN LEERLING NIET VOLLEDIG PAST IN DE MEEST PASSENDE NORMGROEP?

Via onderzoek willen we de mogelijkheden en moeilijkheden van leerlingen in kaart brengen. Dit doen we vaak door hen te vergelijken met een normgroep. Leerlingen kunnen op gebied van leeftijd, geslacht, onderwijsloopbaan, leerervaring, taal, cultuur ... echter verschillen van de meest passende normgroep. Kies in de eerste plaats voor een kwaliteitsvolle test. Ga hierbij na welke test een normgroep heeft die het best aansluit bij de leerling.

Om te weten of verschillen tussen de leerling en de normgroep bepalend zijn voor de score van de leerling, hebben we theoretische kennis nodig over de samenhang van deze factoren (vb. leeftijd, geslacht, taal, cultuur) met wat in het onderzoek wordt gemeten (bv. intelligentie, schoolse vorderingen). Zo weten we dat er een verband is tussen mate van acculturatie en prestaties op cognitieve tests bij allochtone leerlingen. Uit vergelijkend onderzoek bleek dat leerlingen die sterk gericht waren op de Vlaamse gezinscultuur en minder op hun etnische cultuur, vrijwel niet verschilden van het Vlaamse gemiddelde op de intelligentietest. Leerlingen die sterk gericht waren op hun etnische cultuur en minder op de Vlaamse gezinscultuur richtten, scoorden tussen de 10 en de 20 IQ-punten lager dan het Vlaamse gemiddelde (8).

Procesdiagnostiek bij jonge kinderen

Procesdiagnostiek is bij een diagnosestelling altijd aangewezen. Bij jongere kinderen willen we daar extra aandacht voor vragen. Een testonderzoek is immers steeds een momentopname. Een jong kind is meer onderhevig aan factoren die de testafname en de participatie hieraan (negatief) kunnen beïnvloeden, bijvoorbeeld vermoeidheid, honger, zintuiglijke prikkels zoals geluiden, (leeftijdsgedequate) angst in een nieuwe omgeving of het nog moeilijk kunnen reguleren van emoties en gedrag. Een kind wordt daarom best gedurende een ruime periode gevolgd vooraleer een definitieve uitspraak te doen. Op één bepaald ogenblik kan men immers wel een bepaalde ontwikkelingsachterstand of -voorsprong vaststellen, maar de precieze aard, omvang en verklaring voor deze achterstand of voorsprong wordt vaak pas duidelijk na herhaalde evaluatiemomenten.



Zorgen bepaalde factoren bij de leerling (bv. taal, cultuur) ervoor dat het onderzoeksresultaat minder betrouwbaar of valide is? Wees dan extra voorzichtig met je interpretatie. Ga na of de score voldoende weergeeft wat je pretendeert te meten. Bekijk de standaardmeetfout en het betrouwbaarheidsinterval van je resultaat. Vul de cijfers aan met kwalitatieve informatie uit observatie, gesprek ... Maak je oordeel op basis van alle aanwezige informatie.

Bijvoorbeeld: Viktor, een jongen van Russische afkomst, zit in het 2e leerjaar en behaalt percentiel 10 op LVS VCLB woordlezen, zowel binnen algemene normgroep als normgroep thuistaal niet-Nederlands. Voor spelling behaalt hij op het LVS VCLB percentiel 15. Viktors ouders maken zich zorgen en vragen aan de CLB-medewerker of er extra opvolging nodig is. Aan de hand van ons multidisciplinair dossier en onderzoek gaan we na welke ondersteuning Viktor nodig heeft. We geven twee mogelijke scenario's die beiden leiden tot andere conclusies en aanbevelingen.

Scenario A: Viktor behaalt op LVS VCLB wiskunde percentiel 90 voor thuistaal niet-Nederlands en percentiel 70 voor de algemene normgroep. Zowel thuis als op school is er veel geoefend op lezen en spellen. Thuis spreken de ouders Russisch met Viktor, maar met zijn vrienden spreekt hij altijd Nederlands. De CLB-medewerker verwijst door naar een logopedist om het technisch lezen en spellen verder te onderzoeken en gericht te ondersteunen.

Scenario B: Viktor behaalt op LVS VCLB wiskunde percentiel 25 voor leerlingen met thuistaal niet-Nederlands en percentiel 10 voor de algemene normgroep. Hij is dit jaar in een nieuwe school gestart, waar hij extra zorg krijgt. Mama probeert Viktor te helpen bij zijn huiswerk, maar ze moet hier veel moeite voor doen. Viktor speelt nog heel graag buiten en toont weinig interesse voor school. Het CLB-team keert terug naar de strategiefase om hypothesen te vormen rond de mondelinge taalvaardigheid, Viktors welbevinden en interesses, de zorg op school, de nood aan huiswerkbegeleiding ...

FUNCTIONERINGSPROBLEMEN BIJ DE LEERLING ZORGEN ERVOOR DAT EEN STANDAARDAFNAME NIET MOGELIJK IS. HOE KAN IK DE RESULTATEN GOED INTERPRETEREN?

Testafname bij leerlingen met motorische of sensorische beperkingen vergt van de onderzoeker een hoge mate van professionaliteit en creativiteit. Ook bij anderstalige leerlingen die de Nederlandse taal minder goed beheersen of leerlingen met een taalstoornis is een standaardafname niet altijd mogelijk. Dit is niet alleen belangrijk bij de keuze van de instrumenten en de afname van de test⁹, maar ook bij de interpretatie en integratie. Wat viel op tijdens de testafname? Waren er problemen

bij het begrijpen of uitvoeren van opdrachten die je onvoldoende hebt kunnen opvangen binnen de marge van de gestandaardiseerde instructies? Bij de interpretatie van de bekomen resultaten neem je altijd bijkomende informatie over het functioneren van de leerling binnen zijn context in acht. Betrek andere informatie uit observatie, gesprek ... Bespreek de informatie met de leerling en zijn context. Herkennen zij het diagnostisch beeld thuis en in de klas?

In een aantal situaties zijn de gemeten scores geen goede weergave van het reëel functioneren omdat ze te sterk beïnvloed zijn door taalproblemen, motorische of sensorische beperkingen. Als bijvoorbeeld de score voor het globaal CHC-IQ minder valide is omwille van taalproblemen, bekijk dan de indexscores die niet of minder negatief beïnvloed worden door de mondelinge taalvaardigheid¹⁰. Die deelscores kunnen dan bijvoorbeeld mee bepalen in welke mate de hypothese 'verstandelijke beperking' verder wordt meegenomen in het HGD-traject.

Soms zal je ook geen totaalscore bepalen omdat bijvoorbeeld de interactieproblemen tussen de leerling en de testleider zo groot zijn dat je op dit moment geen uitspraak kan doen. Dan doe je beroep op aanvullende kwalitatieve informatie om het cognitief functioneren in te schatten. Procestdiagnostiek (zie p. 16) met verschillende meetmomenten doorheen de tijd kan deze inschatting steviger maken.

ER IS EEN BELANGRIJK VERSCHIL TUSSEN DE VERSCHILLENDE ONDERZOEKSRESULTATEN. WAT IS DOORSLAGGEVEND?

Maak een onderscheid tussen verschillende en tegenstrijdige resultaten. Hoe meer info je verzamelt, hoe meer mogelijke verschillen er kunnen zijn. Problemen kunnen zich enkel op school of enkel thuis voordoen, de informatie van de school en van de ouders is daarom niet tegenstrijdig of minder betrouwbaar. Zo'n gedifferentieerd beeld kan tot specifieke handvatten leiden of tot een nieuwe hypothese over de verschillen.

Bijvoorbeeld: de juf maakt zich zorgen over Bruno omdat hij zich niet zelfstandig omkleedt. 'Thuis kleedt Bruno zichzelf alleen aan', zegt mama. Een mogelijke nieuwe hypothese kan zijn: Bruno kleedt zich thuis wel zelfstandig om en aan omdat zijn mama hem aanspoort het alleen te doen. Bruno kleedt zich op school niet zelfstandig om en aan omdat er altijd iemand klaarstaat om hem te helpen.

Als de onderzoeksresultaten tegenstrijdig zijn en dus niet met elkaar rijmen, analyseer dan de beschikbare data. Wat is de samenhang van de gegevens over het functioneren? Welke gegevens

⁹ Zie publicaties van de Werkgroep Faire Diagnostiek. Ook in de handleiding van bepaalde tests (bv. Wechslerschalen) vind je handvatten voor de afname van de test bij een leerling met functiebeperkingen en mogelijke gestandaardiseerde aanpassingen.

¹⁰ Zoals bijvoorbeeld Gf, Gv, niet-talige Gsm en Gs of de NVI binnen de Wisc-V. Zie ook Magez, W. & Rauws, G. (2017) *Bepalen van een Niet-Talige Index (NiTaL)*. CAP. Geraadpleegd op 10 september 2018 van http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/nital_0.pdf

De bedoeling van een klinisch oordeel is: kwaliteit, validiteit en nauwkeurigheid van beslissingen of aanbevelingen in een casus verbeteren.

liggen in de lijn van eerder verkregen informatie? Welke gegevens kan je moeilijker plaatsen binnen het totale functioneren van een leerling? Hoe beïnvloedt de context de prestaties? Wat is mogelijke kost/risico of winst voor verschillende mogelijkheden vanuit de info (vals positief afwegen tegenover vals negatief)?

Bijvoorbeeld: uit klasobservaties, leerkrachtvragenlijsten en een klinisch interview merken we duidelijke aanwijzingen voor problemen met aandacht en hyperactiviteit bij Charles. Thuis worden echter veel minder problemen gemeld: Charles behaalt geen klinische score op de gestandaardiseerde vragenlijst die door zijn ouders werd ingevuld. Omdat Charles zowel in zijn sociale contacten als op school duidelijke problemen ervaart, adviseren we om een kinderspsychiatrische dienst in te schakelen voor verdere expertise.

Het gebeurt ook dat je verschillen in resultaten hebt die verkregen zijn van verschillende informanten. Vraag je dan af welke informant je de meest betrouwbare en valide informatie kan aanleveren. Bekijk wat maakt dat de onderzoeksresultaten elkaar tegenspreken. Denk hierbij aan motieven van de betrokkenen, neiging om sociaal wenselijk te antwoorden ... Door in de intakefase zicht te krijgen op de motieven van betrokkenen, kan je nu inschatten in welke mate die motieven de uitkomsten misschien beïnvloeden (1).

De belangrijkste informatiebron bij onderzoek is de leerling in kwestie. Sommige leerlingen hebben echter onvoldoende inzicht in hun eigen functioneren, waardoor andere mensen belangrijke informanten worden. De beste informanten kennen de leerling goed, hebben de leerlingen geobserveerd in verschillende omgevingen of situaties en op verschillende momenten/gedurende een langere tijd/periode (2). Ook bij het inzetten van medeonderzoekers is het belangrijk om ervoor te zorgen dat zij onbevooroordeeld gegevens kunnen verzamelen (1). Door met hen goed af te spreken welke informatie je graag verkrijgt, waartoe, hoe en over welke periode, zorg je voor informatie die je zo goed mogelijk kan interpreteren.

Bijvoorbeeld: om te kunnen nagaan welke verdere stappen genomen moeten worden binnen het gezin van Jack en June, willen we zicht krijgen op het welbevinden van de kinderen, het gezinsklimaat en de interacties binnen het gezin. Uit de huisbezoeken en de vragenlijsten krijgen we een heel wisselend beeld. Papa en Jack geven een positief beeld van de gezins situatie, wat bevestigd wordt in het huisbezoek. June en mama melden daarentegen heel veel problemen. De intake gebeurde enkel met mama, die de emotionele problemen van June en Jack toeschrijft aan de conflictueuze relatie met papa. Mama zegt dat Jack

een goede band met hem heeft en heel loyaal is, terwijl June veel gevoeliger is en mama wil beschermen. Om een beter zicht te hebben op het gezinsfunctioneren, wordt papa alleen uitgenodigd. Hij geeft aan het gevoel te hebben dat mama June tegen hem opstoot. Mama heeft zelf al jaren psychische problemen en papa vindt het erg dat zijn kinderen hieronder lijden. Dit opent een breder perspectief op de inschatting van de thuissituatie en met welke externe partners verder te werken.

DE ONDERZOEKSRESULTATEN VOLDOEN AAN ENKELE MAAR NIET AAN ALLE CRITERIA VOOR EEN DIAGNOSE. HOE WEGEN WE VERDER AF?

Als de onderzoeksresultaten slechts voldoen aan enkele criteria voor het aanvaarden van de hypothese, analyseer dan – net zoals bij tegenstrijdige resultaten – alle beschikbare data en bekijk wat maakt dat ze niet alle criteria voor het aanvaarden van de hypothese bevestigen. Nagaan waarom één (onderdeel van een) criterium afwijkend scoort, mag er echter niet toe leiden dat dit de eindbeslissing volledig bepaalt. Wanneer de meerderheid van de gegevens niet in de richting van het aanvaarden van de hypothese wijzen, kan je de hypothese niet behouden. Dat is ook het geval wanneer bepaalde gegevens (ook al is het maar ongeveer een vierde van alle informatie) duidelijk tegen de hypothese pleiten. Het opmaken van toetsingscriteria vooraf je het onderzoek start, kan hierbij helpend zijn. Bij verstandelijke beperking, dyslexie en dyscalculie stelt het CLB-team zelf de categoriale classificatie. Ook bij deze hypothesen kan het betrekken van externe expertise voor verdere uitklaring nuttig zijn.

Bijvoorbeeld: Billie voldoet aan het achterstandscriterium en het hardnekkigheids criterium voor dyslexie. Het CLB-team twijfelt of er voldaan is aan het exclusiviteitscriterium omdat Billie ook op taalbegrip en taalproductie heel zwak scoort. Externe expertise is nodig voor een goede differentiaaldiagnostiek.

Bijvoorbeeld: Melina is een meisje van 8 jaar. Het betrouwbaarheidsinterval van Melina's CHC-IQ ligt boven de grenswaarde 70. Melina's adaptief gedrag voldoet duidelijk wel aan het criterium adaptief gedrag en er is ook voldaan aan het ontwikkelingscriterium. Bij navraag blijkt dat Melina vier maand geleden deelnam aan een wetenschappelijk onderzoek waarvoor de WISC-III werd afgenomen. Dit kan er mogelijk voor hebben gezorgd dat zij sterker scoort op de CHC-meting. Het is niet mogelijk om de diagnose verstandelijke beperking te stellen, noch om die volledig uit te sluiten. Het is namelijk onduidelijk wat de impact is geweest van de eerdere test. Het CLB-team beveelt aan om te blijven inzetten op ondersteuning en opvolging. Indien de bezorgdheid over het cognitief functioneren en het adaptief gedrag blijft, dan plannen ze een hertesting.

Sarah: 'De belangrijkste informatiebron bij onderzoek is de leerling in kwestie.'

Willem Rosiers



KRITISCH DENKEN EN REFLECTEREN: ESSENTIEEL BIJ KLINISCH OORDEEL

Iedereen die bijdraagt aan de diagnostiek van leerlingen, maakt gebruik van een klinisch oordeel, hetzij voor het toekennen van een categoriale diagnose, het dimensioneel classificeren aan de hand van ICF-CY of het in kaart brengen van onderwijs-, opvoedings- en ondersteuningsbehoeften. Belangrijk hierbij is wel dat mensen die bijdragen tot een klinisch oordeel hiervoor voldoende zijn geprofessionaliseerd¹¹, de bestaande standaarden en protocollen toepassen en professioneel actief zijn in de diagnostiek. Bij het vormen van een klinisch oordeel is het dus belangrijk om een reflecterende diagnost te zijn.

AAN DE SLAG MET KLINISCH OORDEEL IN JE CLB

Wil je in je eigen CLB inzetten op het vormen van een klinisch oordeel? Hou dan de volgende tips in het achterhoofd:

- **Groei samen met je collega's.** Bevraag elkaar, vraag naar explicitering van elkaars denkproces, reflecteer samen.
- **Maak tijd om te oefenen op kwaliteitsvolle diagnostische besluitvorming.** Groeien vergt tijd. Plan momenten in om samen te oefenen in het gebruik van diagnostische instrumenten, het stellen van alternatieve hypothesen, het interpreteren van onderzoeksresultaten ...
- **Zet in op interventie.** Help je collega's bewust te blijven van mogelijke denkfouten en stuur

elkaar bij. Zo krijg je feedback op mogelijke fouten en successen en groei je verder als diagnost.

- **Structureer voor jezelf je denkproces door het uit te schrijven of te tekenen.** Zo word je ertoe gedwongen actief te reflecteren. Je verslag opmaken tijdens het lopen van een traject kan hier ook bij helpen.
- **Professionaliseer jezelf in diagnostiek.** Volg interessante bijscholingen, lees relevante literatuur, oefen nieuwe onderzoeksinstrumenten in.
- **Ga kritisch om met de bronnen die je raadpleegt.** Neem niet zomaar aan wat je hoort of leest, niet tijdens je onderzoek maar ook niet wat je eigen professionalisering betreft.
- **Probeer via verschillende wegen je conclusies te bevestigen.** Baseer je oordeel op informatie die je op verschillende manieren en van verschillende betrokkenen hebt ingewonnen. 🧠

¹¹ Professionalisering binnen de pijlers van kwaliteitsvolle diagnostiek.

Referenties

- (1) Pameijer, N., & van Beukering, T. (2015). *Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering*. Leuven / Den Haag: Acco.; Verschuere, K., & Koomen, H. (Red.) (2016). *Handboek diagnostiek in de leerlingenbegeleiding: Kind en context*. Antwerpen: Garant.
- (2) Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K.A., Snell, M.E., Sprat, S., Tassé, M.J., Thompson, J.R., Verdugo-Alonso, M.A., Wehmeyer, M.L., & Yeager, M.H. (2010). Chapter 8: Role of clinical judgment in diagnosis, classification and development of systems of support. In R.L. Schalock, S.A. Borthwick-Duffy, V.J. Bradley, W.H.E. Buntinx, D.L. Coulter, E.M. Craig & M.H. Yeager. *Intellectual disability: Definition, classification, and system of supports (11th ed.)*. (pp. 92-109). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- (3) Van Rooijen, K., & Bartelink, C. (2010). *Gebruik van instrumenten in de praktijk, Nederlands Jeugdinstituut*, https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Gebruik_van_instrumenten.pdf geraadpleegd op 16 april 2018
- (4) Witteman, C., van der Heijden, P. & Claes, L. (2014) *Psychodiagnostiek. Het onderzoeksproces in de praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom.
- (5) Runeman, F. (2015). *Inspiratielijst voor Onderwijsbehoeften*. Geraadpleegd op 10 september 2018 van [http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/7.3.%20Inspiratielijsten%20voor%20onderwijsbehoeften.Runeman%20\(2015\).pdf](http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/7.3.%20Inspiratielijsten%20voor%20onderwijsbehoeften.Runeman%20(2015).pdf)
- (6) Timbremont, B., & De Visscher, C. (2011). School en CLB werken samen aan welbevinden van leerlingen op school, *Caleidoscoop*, 23(3), 20-26.
- (7) American Psychiatric Association (2014). *Autismespectrumstoornissen*. In: *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Amsterdam: Boom.
- (8) Van de Vijver, F., Schittekatte, M., & Fontaine, J. (2016). Allochtone leerlingen. In K. Verschuere & H. Koomen (Red.), *Handboek Diagnostiek in de leerlingenbegeleiding: Kind en context*. (p. 323-337). Antwerpen/Apeldoorn: Garant-Uitgever.