

## 5 Theoretisch deel

---

*Theoretisch deel is het vijfde deel van het [Algemeen Diagnostisch Protocol](#), het raamwerk voor de verschillende specifieke diagnostische protocollen. De protocollen zijn een leidraad voor diagnostiek binnen de onderwijscontext. Ze worden toegepast door alle CLB-teams in Vlaanderen, in nauwe samenwerking met de scholen. Dit deel wordt bij voorkeur samen gelezen met [Brede basiszorg](#), [Verhoogde zorg](#), [Uitbreiding van zorg](#) en [Individueel Aangepast Curriculum](#) van het Algemeen Diagnostisch Protocol.*

Het theoretisch deel van dit algemeen diagnostisch protocol bestaat uit twee luiken: 'denkkaders en begrippen' en 'inhoud van het theoretisch deel van de specifieke diagnostische protocollen (SDP's)'.

De denkkaders vormen de fundamenteën van de diverse specifieke diagnostische protocollen. In het theoretisch deel van de verschillende SDP's wordt per problematiek ingegaan op essentiële achtergrondinformatie die nodig is voor een brede diagnostiek.

### 5.1 Denkkaders en begrippen

---

Het is essentieel dat school en CLB elk vanuit hun eigen opdracht en werkingsprincipes een gezamenlijke visie en methodiek ontwikkelen voor zorg en kwaliteitsvol onderwijs. Dit is een voorwaarde om kwaliteitsvolle en haalbare adviezen te kunnen formuleren.

#### 5.1.1 Zorgcontinuüm in de leerlingenbegeleiding

Het zorgcontinuüm is een opeenvolging van fasen in de organisatie van de onderwijsomgeving<sup>1</sup>. De beschrijving van het zorgcontinuüm<sup>2</sup> is een vertaling van wat in de praktijk zou kunnen gebeuren en beoogt te inspireren en ondersteunen voor kwaliteitsonderwijs<sup>3</sup>. Dit verloopt steeds met respect voor de autonomie en de eigenheid van de scholen en overeenkomstig de opdrachten van school<sup>4</sup> en CLB<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Zie: *Decreet betreffende maatregelen voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften (M-decreet)*, 2014.

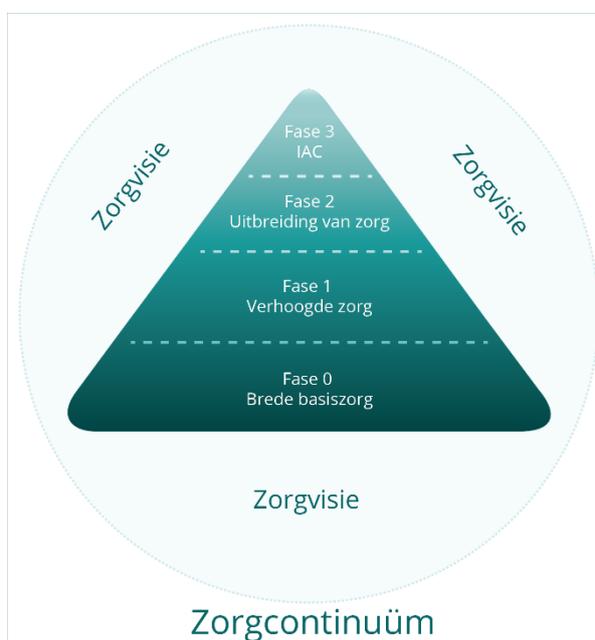
<sup>2</sup> Uitgebreide beschrijving van het zorgcontinuüm is te vinden in de fasen 1. Brede Basiszorg, 2. Verhoogde zorg, 3. Uitbreiding van zorg en 4. Individueel aangepast curriculum

<sup>3</sup> *Decreet betreffende de kwaliteit van onderwijs van 8 mei 2009*, Art.4, 5 en 6

<sup>4</sup> *Decreet betreffende maatregelen voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften (M-decreet)*, 2014  
*Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding*, 3 sept. 2009

De school organiseert een leer- en opvoedingsomgeving aangepast aan de voortgang in de ontwikkeling van alle leerlingen. Ze structureert haar leerlingenzorg en werkt daarbij op een systematische, planmatige en transparante wijze samen met het CLB en de ouders. Voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften doet de school gepaste en redelijke aanpassingen naargelang de noden van de leerling. De specifieke onderwijsbehoeften van leerlingen en de ondersteuningsbehoeften van het onderwijspersoneel en de ouders staan daarbij centraal<sup>6</sup>. Wanneer blijkt dat de zorg voor een leerling op school niet meer volstaat, stelt het schoolteam, in overleg met de ouders en/of de leerling, een leerlinggebonden vraag aan het CLB. De verschillende partners hebben er samen een actieve rol in te spelen. Samen met de leerkracht en het schoolteam en in overleg met de leerling en de ouders, maakt het CLB een grondige analyse van de onderwijsbehoeften van de leerling en de ondersteuningsbehoeften van de leerkracht en de ouders. De school zet haar zorg voor de leerling onverkort verder en het CLB heeft wel de regie over de inhoud en het verloop van dit handelingsgericht diagnostisch traject.

Het zorgcontinuüm wordt beschreven in vier fasen<sup>7</sup>: brede basiszorg, verhoogde zorg, uitbreiding van zorg en individueel aangepast curriculum. De fasen zijn evenwel niet strikt te scheiden. Bij het voorzien van verhoogde zorg voor een leerling, wordt de brede basiszorg immers verdergezet. De zorg voor een leerling wordt ook niet stopgezet bij de start van een handelingsgericht diagnostisch traject in de fase van uitbreiding van zorg. Omgekeerd kan een aanpak die wordt uitgewerkt<sup>8</sup> voor een specifieke leerling tegemoet komen aan de onderwijsbehoeften van andere leerlingen en zo een plaats krijgen binnen de brede basiszorg of de fase van verhoogde zorg.



<sup>6</sup> Zie: *Decreet Basisonderwijs*, Art. 8

<http://www.ond.vlaanderen.be/edulex/database/document/document.asp?docid=12254> en *Codex voor secundair onderwijs*, Art. 3

<http://www.ond.vlaanderen.be/edulex/database/document/document.asp?docid=14289>

*Decreet betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding*, Art. 6 zie

<http://www.ond.vlaanderen.be/edulex/database/document/document.asp?docid=12274>

<sup>7</sup> In het M-decreet wordt het zorgcontinuüm omschreven als: brede basiszorg, verhoogde zorg en uitbreiding van zorg. In het kader van de Prodia-protocollen wordt hier nog een fase aan toegevoegd: fase 3 individueel aangepast curriculum.

<sup>8</sup> In de fase van verhoogde, uitbreiding van zorg of individueel aangepast curriculum.

Binnen het zorgcontinuüm zijn twee verschillende perspectieven aanwezig: het schoolperspectief en het CLB-perspectief. Als schoolnabije instantie speelt het CLB een subsidiaire rol in de ondersteuning en de begeleiding van leerlingen, ouders en leerkrachten. Het CLB ondersteunt scholen bij de ontwikkeling van een visie op zorgverbreding en draagt bij tot de zorgverbreding door het ondersteunen van scholen bij het realiseren van gepaste en redelijke aanpassingen, mogelijk vanuit een handelingsgericht diagnostisch traject<sup>9</sup>.

### **5.1.1.1 Zorg begint bij algemene preventie – brede basiszorg**

De school met de leerkracht als spilfiguur stimuleert de totale ontwikkeling van alle leerlingen, via een krachtige leeromgeving, en probeert problemen te voorkomen. Het schoolteam werkt actief aan het versterken van beschermende factoren en het verminderen van risicofactoren. Alle leerlingen worden door de leerkracht(en) systematisch opgevolgd. Dit alles gebeurt vanuit een zorgvisie<sup>10</sup>.

De verantwoordelijkheid voor de regie én voor de uitvoering van preventieve acties op klas- of schoolniveau ligt bij de school. Bij de uitbouw en invulling van de basiszorg kan de school beroep doen op de pedagogische begeleiding en CLB. Acties kunnen geïnitieerd worden door zowel de school, de pedagogische begeleiding als het CLB, dit overeenkomstig hun opdracht. De pedagogische begeleidingsdiensten<sup>11</sup> ondersteunen de school bij de realisatie van haar (ped)agogisch project en bij het bevorderen van haar onderwijskwaliteit, maar reiken ook zelf onderwijsinnovaties en nascholingsactiviteiten aan<sup>12</sup>. Elk CLB onderneemt aanvullend op de inspanningen van de school, vanuit zijn deskundigheid, de nodige acties om schoolinterne leerlingenbegeleiding te ondersteunen en te helpen optimaliseren. Het centrum vertrekt daarbij steeds vanuit de analyse van zijn bevindingen over leerlingen en hun concrete problemen. De school kan het centrum betrekken voor de ondersteuning bij verbetertrajecten. Elk CLB biedt tevens ondersteuning aan de school bij projecten, geïnitieerd door de school of het centrum, die als doel hebben groepen van leerlingen die leerbedreigd zijn door hun sociale achtergrond of hun leefsituatie, maximaal kansen te bieden binnen het onderwijs<sup>13</sup>. Daarvoor werkt het centrum samen met (een vertegenwoordiging van) ouders, leerlingen en de lokale gemeenschap.

---

<sup>9</sup> Zie: *Decreet betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding*, Art. 23 <http://www.ond.vlaanderen.be/edulex/database/document/document.asp?docid=12274>

<sup>10</sup> Geïnspireerd op de omschrijving in het *Decreet betreffende maatregelen voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften (M-decreet)*, 2014.

<sup>11</sup> *Decreet betreffende de kwaliteit van onderwijs*, 2009 <http://www.ond.vlaanderen.be/edulex/database/document/document.asp?docid=14129>

<sup>12</sup> *Decreet betreffende maatregelen voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften (M-decreet)*, 2014., Hoofdstuk VI. Ondersteuning in scholen en competentieontwikkeling van personeelsleden.

<sup>13</sup> Dit overeenkomstig *BVR tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding* <http://www.ond.vlaanderen.be/edulex/database/document/document.asp?docid=14124>

De samenwerking tussen de actoren inzake leerlingenbegeleiding, waaronder de school, het schoolpersoneel, de ouders, de leerlingen, de pedagogische begeleidingsdienst en het centrum, moet leiden tot de versterking van de deskundigheid van leerkrachten bij het opvangen van leerlingen en bij signaaldetectie en tot de uitbouw van een adequate vorm van leerlingenbegeleiding of zorgbeleid op school.

#### **5.1.1.2 Sommige leerlingen hebben nood aan verhoogde zorg**

Indien de proactieve en preventieve acties in de brede basiszorg niet meer volstaan om tegemoet te komen aan de onderwijs- en opvoedingsbehoeften van een of meerdere leerlingen, wordt verdergegaan naar de fase verhoogde zorg. Voor deze leerlingen voorziet het schoolteam extra zorg in de vorm van remediërende, differentiërende, compenserende of dispenserende maatregelen, afgestemd op hun behoeften<sup>14</sup>. Deze verhoogde zorg wordt bij voorkeur gerealiseerd door de klasleerkracht(en) in samenspraak met het zorgteam.

De ouders worden als ervaringsdeskundigen en verantwoordelijken voor de opvoeding nauw betrokken bij de verhoogde zorg. Met de leerling wordt een dialoog aangegaan met als doel hem actief te betrekken, te motiveren en te komen tot gedeelde verantwoordelijkheid. Om samenwerking te stimuleren bespreekt het schoolteam de reden van de verhoogde zorg eveneens met de leerling.

Om leerkrachten en schoolteamleden te coachen en te ondersteunen bij het bieden van deze zorg kan de school de pedagogische begeleiding en het CLB aanspreken, die zich daarbij overeenkomstig hun opdracht actief opstellen<sup>15</sup>. School en CLB werken nauw samen om leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften op te volgen en waar nodig specifieke interventies uit te werken. Het opstarten van een individueel traject met de leerling door het CLB valt binnen uitbreiding van zorg.

#### **5.1.1.3 Uitbreiding van zorg voor enkele leerlingen**

Voor een aantal leerlingen volstaat de verhoogde zorg niet. In dit geval betreft het schoolteam in overleg met de ouders en/of de leerling tijdig het CLB-team. Als schoolexterne dienst is het CLB ook steeds rechtstreeks toegankelijk voor leerlingen en ouders. Doorheen de uitbreiding van zorg zet de school de maatregelen uit de fase van verhoogde zorg onverkort verder. Het CLB start in deze fase meestal een handelingsgericht diagnostisch traject en gaat samen met leerling, ouders en schoolteam actief op zoek naar oplossingen. Het CLB neemt de regie op zich voor

---

<sup>14</sup> Zie: omschrijving fase van verhoogde zorg in M-decreet

<sup>15</sup> *Decreet betreffende de kwaliteit van onderwijs,*

<http://www.ond.vlaanderen.be/edulex/database/document/document.asp?docid=14129> en *BVR tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding*  
<http://www.ond.vlaanderen.be/edulex/database/document/document.asp?docid=14124>

het verloop van het traject. Het CLB richt zich daarbij op een uitgebreide analyse van de onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de leerling en op de ondersteuningsbehoeften van de leerkracht(en) en ouders met het oog op het formuleren van adviezen voor het optimaliseren van het proces van afstemming van het onderwijs- en opvoedingsaanbod op de noden van de leerling<sup>16</sup>. De opvolging van deze adviezen kan gebeuren binnen de verschillende fasen van het zorgcontinuüm.

Het CLB kan een gemotiveerd verslag opmaken dat toegang geeft tot geïntegreerd onderwijs wanneer dit, in combinatie met compenserende of dispenserende maatregelen, nodig en voldoende geacht wordt om de leerling het gemeenschappelijk curriculum<sup>17</sup> te laten volgen. Indien ondersteuning vanuit het geïntegreerd onderwijs wordt ingezet, volgen school en CLB dit op binnen de fase van uitbreiding van zorg. Wanneer de maatregelen die nodig zijn om de leerling binnen het gemeenschappelijk curriculum te blijven meenemen ofwel disproportioneel, ofwel onvoldoende zijn, kan het CLB een verslag opmaken dat toegang geeft tot het buitengewoon onderwijs.

Het CLB neemt zijn draaischijffunctie op ten aanzien van relevante externen, zowel diagnostische als hulpverlenende instanties. Het CLB zorgt ervoor dat de inbreng van externen maximaal kan afgestemd worden op de onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de leerling en de ondersteuningsbehoeften van leerkrachten en ouders.

#### **5.1.1.4 Individueel aangepast curriculum**

Wanneer in de adviesfase van het HGD-traject blijkt dat de aanpassingen die nodig zijn om een leerling binnen de school mee te nemen binnen een gemeenschappelijk curriculum<sup>18</sup>, ofwel disproportioneel, ofwel onvoldoende zijn, wordt voor de leerling een verslag opgesteld. De opmaak van een verslag voor toegang tot het buitengewoon onderwijs en de studievoortgang op basis van een individueel aangepast curriculum houdt geen automatische overstap naar een school voor buitengewoon onderwijs in. Ouders kunnen met dat verslag hun kind inschrijven in een school voor buitengewoon onderwijs of aan een school voor gewoon onderwijs de vraag stellen om hun kind een individueel aangepast curriculum te laten volgen.

---

<sup>16</sup> Geïnspireerd op de omschrijving van fase van uitbreiding van zorg in het M-decreet

<sup>17</sup> Omschrijving gemeenschappelijk curriculum in M-decreet: de goedgekeurde leerplannen die ten minste herkenbaar de doelen bevatten die noodzakelijk zijn om de eindtermen te bereiken of de ontwikkelingsdoelen na te streven en de schoolgebonden planning voor het nastreven van de leergebiedoverschrijdende eindtermen en ontwikkelingsdoelen

<sup>18</sup> In het M-decreet wordt het gemeenschappelijk curriculum omschreven als: 'de goedgekeurde leerplannen die ten minste herkenbaar de doelen bevatten die noodzakelijk zijn om de eindtermen te bereiken of de ontwikkelingsdoelen na te streven en de schoolgebonden planning voor het nastreven van de leergebiedoverschrijdende eindtermen en ontwikkelingsdoelen.'

## 5.1.2 Handelingsgericht werken<sup>19</sup>

De schoolinterne zorgpraktijk bepaalt in sterke mate de context waarin de diagnostische protocollen gebruikt worden. De visie en methodiek van handelingsgericht werken (HGW) kan de school helpen om haar interne werking te optimaliseren.

Het HGW biedt een gezamenlijk kader voor wie betrokken is bij de zorg op school: het schoolteam, de pedagogische begeleidingsdienst, het CLB en de eventuele andere schoolexternen. HGW bundelt de krachten van al deze actoren. Het beïnvloedt alle aspecten van het zorgbeleid en alle fasen van de zorg.

De zeven onderstaande uitgangspunten vormen de essentie van HGW. Ze vormen de criteria waaraan de handelingsgerichtheid van onderzoek en begeleiding zijn af te toetsen. De uitgangspunten hangen onderling sterk samen. Het is steeds van belang om álle uitgangspunten na te streven.

### Uitgangspunt 1: Doelgericht werken

Elke handeling, elke stap wordt ondernomen in functie van een afgesproken doel. Doelen zijn de eerste stap bij het formuleren van onderwijsbehoeften, zowel voor de klas, als voor subgroepjes, als voor de individuele aanpak van leerlingen. Ze geven aan waar we naartoe willen en bepalen welke informatie nodig is om efficiënt te handelen. Bovendien worden ze gebruikt om de aanpak regelmatig te evalueren<sup>20</sup>.

- ▶ De doelen worden zoveel mogelijk SMARTi<sup>21</sup> geformuleerd, maar ook eenvoudig, overzichtelijk, gericht op een gewenste situatie en in een taal die de betrokkenen begrijpen en herkennen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen doelen op lange, middellange en korte termijn.
- ▶ Evalueren (bijvoorbeeld via het afnemen van methodeafhankelijke toetsen, de testen van een leerlingvolgsysteem, het uitvoeren van observaties) staat in verhouding tot de informatie die het oplevert betreffende de onderwijsbehoeften.

Binnen een handelingsgericht diagnostisch traject uit doelgericht werken zich als 'weten om te adviseren' en niet 'weten om te weten'. In de strategiefase wordt nagegaan welke vragen al te beantwoorden zijn met de reeds beschikbare informatie, welke beslissingen hiermee al te nemen zijn en voor welke vragen/beslissingen aanvullende informatie noodzakelijk is. Er wordt geen onderzoek verricht tenzij aanvullende gegevens noodzakelijk zijn.

---

<sup>19</sup> Pameijer N., van Beukering T., Schulpen Y. & Van de Veire H, *Handelingsgericht werken op school*, Acco, Leuven, 2007 en Pameijer N. & van Beukering T., *Handelingsgerichte diagnostiek in onderwijs*, Acco, Leuven, 2015 en [www.handelingsgerichtwerken.be/uitgangspunten.php](http://www.handelingsgerichtwerken.be/uitgangspunten.php)

<sup>20</sup> <http://www.handelingsgerichtwerken.be/uitgangspunten.php>

<sup>21</sup> specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch, tijdsgebonden en inspirerend

Onderzoeksvragen worden in de strategiefase verantwoord met de alsdanredenering: ‘We moeten dat weten, want als we weten dat ... , dan betekent dit voor het advies dat ...’

## **Uitgangspunt 2: Transactioneel (wisselwerking en afstemming)**

Er is een voortdurende wisselwerking tussen de leerling en zijn omgeving. Vanwege de samenhang en onderlinge beïnvloeding spreekt men daarbij van ‘transacties’ in plaats van ‘interacties’. Die wederzijdse beïnvloeding vraagt om afstemming. Het begrip ‘match’ heeft betrekking op de mate waarin de aanpak van een leraar of ouder passend is bij de behoeften van een kind/jongere. Bij een goede ‘match’ lukt het de leerkracht en de ouders om af te stemmen op dat wat de leerling/hun kind nodig heeft. Bij een ‘mismatch’ lukt dat nog niet, met als gevolg een problematische situatie. Een leer- of gedragsprobleem is niet te wijten aan het kind/de jongere óf aan de omgeving. Er is iets mis in de afstemming.

Diagnostiek vanuit een transactioneel kader richt zich op de wisselwerking tussen leerling/leerkracht, leerlingen onderling, kind/ouders en school/ouders: ‘Hoe beïnvloeden zij elkaar wederzijds?’ Met het analyseren van deze transacties is de situatie rondom een leerling te begrijpen en is een interventie te kiezen die zich niet alleen op de leerling richt maar ook op diens omgeving.

- ▶ Elk probleem wordt in zijn context geplaatst: er is een probleem bij deze leerling van deze ouders, in deze klas, bij deze leerkracht, in deze school. Informatie over de context geeft handvatten om te handelen en dient gericht gebruikt te worden bij het formuleren van adviezen.
- ▶ Er wordt gezocht naar wat veranderbaar is bij de leerling, in de onderwijsleeromgeving, bij de ouders of opvoeders met respect voor verschillen tussen leerkrachten, ouders en leerlingen. Een advies wordt daarom altijd op maat gemaakt en komt tot stand in overleg.

Om de wisselwerking tussen leerling en context te beschrijven, kan gebruik gemaakt worden van een bio-psycho-sociaal classificatiesysteem zoals de International Classification of Functioning of ICF<sup>22</sup>. Binnen dit systeem wordt naar het menselijke functioneren gekeken als een dynamische wisselwerking tussen het functioneren van een persoon en mogelijke beïnvloedende externe en persoonlijke factoren.

In het ecologisch model van Bronfenbrenner<sup>23</sup> is de context waarin een individu zich situeert, gelaagd. Het eerste contextniveau of microsysteem is dat van het gezin waarin het kind opgroeit, ondersteund door de ruimere familie, de school, de buurt. Het tweede niveau of mesosysteem omvat de wederzijdse beïnvloeding tussen de

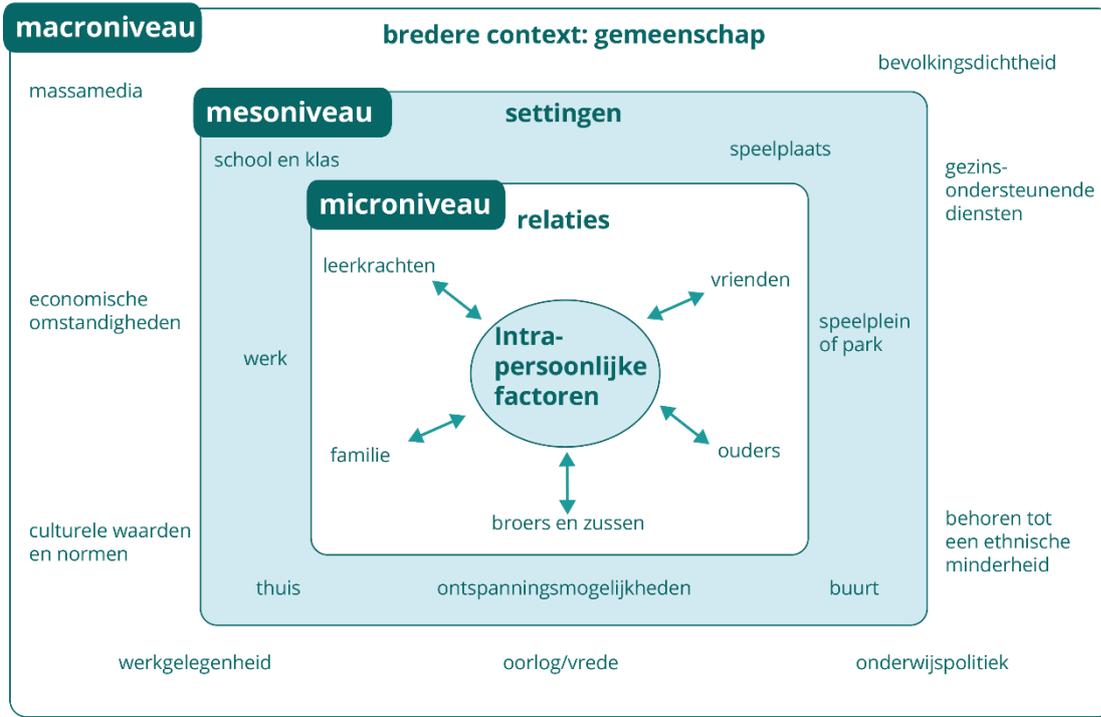
---

<sup>22</sup> Zie verder: Internationale classificatie van het menselijk functioneren of ICF-CY

<sup>23</sup> Braet C. & Prins P.J.M., ‘Ontwikkeling en psychopathologie’ in: Braet C. & Prins P.J.M., *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.

verschillende microsystemen en de impact van de gemeenschap waarin het gezin leeft met de sociale, culturele en gezondheidsvoorzieningen. Op het derde niveau of macrosysteem situeren zich de ruimere maatschappelijke context en cultuur waartoe de gemeenschap behoort.

### Het ecologisch model van Bronfenbrenner



### Uitgangspunt 3: Onderwijs- en opvoedingsbehoeften staan centraal

Analyse, diagnostiek, advisering en begeleiding richten zich op wat een leerling nodig heeft (aanpak) om een doel te bereiken in plaats van wat een leerling heeft (diagnose, stoornis). Het gaat daarbij om wat deze leerling, van deze ouders, in deze klas, bij deze leerkracht op deze school de komende periode nodig heeft om doelen te bereiken. Onderwijs- en opvoedingsbehoeften beschrijven in eerste instantie het wenselijke aanbod. Betrokkenen bespreken vervolgens wat ze hiervan al bieden, wat nog niet en in hoeverre het voor hen haalbaar is om die extra's te bieden. Deze bespreking kan gebeuren aan de hand van volgende vragen:

- ▶ Hoe kunnen we doelgericht omgaan met verschillen tussen leerlingen?
- ▶ Welke zijn de specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften van dit kind/deze jongere?
- ▶ Hoe ziet het gewenste aanbod en/of de gewenste aanpak er voor dit kind/deze jongere uit?
- ▶ Welke aanpak, instructies, opdrachten, materialen, leeractiviteiten, feedback, omgeving... zijn wenselijk bij deze leerling? Wat heeft een positief effect?

#### **Uitgangspunt 4: De leerkracht en de ouders doen ertoe**

Leerkrachten realiseren passend onderwijs en leveren daarbij een cruciale bijdrage aan een positieve ontwikkeling van leerlingen op het gebied van leren, werkhouding en sociaal-emotioneel functioneren. Dat geldt zowel voor het omgaan met de diversiteit in de klasgroep (bijvoorbeeld preventie en differentiatie) als voor het omgaan met meer specifieke behoeften van leerlingen. Evenzeer hebben ouders invloed op het schoolsucces van hun kinderen. Hun bijdrage aan de schoolloopbaan van hun kind is essentieel. Zij kunnen het onderwijs ondersteunen maar het ook – onbedoeld of onbewust – ondermijnen.

Om het onderwijs- en opvoedingsaanbod beter af te stemmen op wat kinderen/jongeren nodig hebben, moeten de ondersteuningsbehoeften van leerkrachten en ouders een duidelijke plaats krijgen in een handelingsgerichte zorgwerking. Net zoals leerlingen verschillen ook leerkrachten en ouders in hun behoeften. Handelingsgericht werken en diagnosticeren houdt daar rekening mee en gaat na wat deze leerkracht en deze ouder nodig hebben om het onderwijs te ondersteunen of om tegemoet te komen aan de opvoedingsbehoeften van dit kind/deze jongere. De deskundigheid van leerkrachten en ouders wordt benut en hun kracht wordt versterkt, zodat zij er nog meer toe kunnen doen. Gedurende een HGD-traject geven leerkrachten en ouders zelf aan wat hun vragen zijn, wat ze willen bereiken, hoe ze dat willen doen en wat ze daarvoor nodig hebben. Op die manier behouden leerkrachten de regie over hun onderwijs en ouders de regie over hun opvoeding.

- ▶ Wat heb ik als leerkracht nodig om deze leerling het onderwijs te kunnen bieden dat hij nodig heeft? Welke ondersteuningsbehoeften heb ik op vlak van kennis, vaardigheden, materialen, collega's, begeleiders, ouders...?
- ▶ Wat zijn mijn vragen en ondersteuningsbehoeften als ouder op vlak van kennis of inzicht, vaardigheden, leerkrachten, begeleiders...? Wat heb ik nodig om mijn kind te helpen binnen de grenzen van wat voor mij haalbaar is?

#### **Uitgangspunt 5: Positieve aspecten benutten**

Positieve aspecten van leerlingen, leraren, groepen/klassen, scholen en ouders zijn – naast problematische aspecten – nodig om een situatie te begrijpen, doelen te formuleren en een succesvolle interventie te kiezen. De focus ligt hierbij zowel op kansen en krachten als op uitzonderingen en succesvolle aanpakken. Het positieve versterken, talenten<sup>24</sup> verder ontwikkelen, leidt tot betere resultaten dan het zwakke of negatieve ombuigen. Situaties waarin problemen *niet* voorkomen bieden aangrijpingspunten om te handelen.

---

<sup>24</sup> <http://go4talent.be/>

- ▶ Wat zijn positieve aspecten van een leerling, leerkracht, groep/klas, school en ouder?
- ▶ Hoe kunnen deze positieve aspecten verwerkt worden in de aanbevelingen?
- ▶ In welke situaties treedt gewenst gedrag op (of is ongewenst gedrag afwezig)? Wat doen de leerling, leerkracht, medeleerling, groep/klas of ouders in die situatie waardoor het lukt? Wat maakt hun aanpak succesvol?
- ▶ Is deze aanpak uit te bouwen naar andere situaties?

### **Uitgangspunt 6: Constructief samenwerken**

CLB-medewerkers, leerlingen, leerkrachten, ouders en eventueel andere betrokkenen participeren als partners, elk vanuit hun eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid. Gezamenlijk bespreken ze wat goed gaat en wat moeizaam (overzicht), analyseren ze de situatie (inzicht) en zoeken ze gericht naar een aanpak die werkt (uitzicht).

Leerkrachten en CLB-medewerkers zijn professionals. Ouders zijn ervaringsdeskundigen<sup>25</sup> en verantwoordelijk voor de opvoeding van hun kind. De leerling is (ongeacht zijn leeftijd) een belangrijke partner als mederegisseur van zijn eigen ontwikkeling. De manier waarop hij zichzelf ziet, bepaalt zijn gedrag en motivatie om te veranderen. Hij heeft zelf vaak goede verklaringen en simpele oplossingen.

De CLB-medewerker vertaalt de ervaringskennis en deskundigheid van de leerling, de leerkracht en de ouders naar zijn (wetenschappelijke) kennis. Omgekeerd verwoordt hij zijn kennis zo naar de leerling, de leerkracht en de ouders dat de diagnostische informatie voor hen betekenis krijgt.

- ▶ Alle vragen, zorgen en verwachtingen worden ernstig genomen en gerespecteerd.
- ▶ Het belang van samenwerken wordt verwoord.
- ▶ Tijdens een gesprek of overleg wordt expliciet het doel van de samenkomst, het waarom van de gestelde vragen... toegelicht.

### **Uitgangspunt 7: Systematisch en transparant**

Eerst denken, dan doen is de rode draad doorheen HGW en HGD. De uitgangspunten van handelingsgericht werken zijn systematisch verwerkt in de

---

<sup>25</sup> We behouden hier de term zoals binnen HGW gehanteerd. Ouders zijn 'ervaringsdeskundig' omdat ze hun kind het best en het langst kennen en het zien in uiteenlopende situaties in het gezin en daarbuiten. Dit is niet te verwarren met de invulling binnen de hulpverlening van een ervaringsdeskundige als een persoon die door een doorleefde ervaring van tegenslag, ziekte, beperking of armoede in staat is om de kennis die door deze ervaring is opgedaan te benutten door soortgelijke ervaringen van anderen te verhelderen, lotgenoten te helpen, als klankbord te dienen voor beleidswijzigingen...

verschillende fasen van het handelingsgericht diagnostisch traject. De richtlijnen van HGD zijn geen bindende regels maar een kader voor besluitvorming. Ze worden meegenomen als overwegingen bij het – samen met betrokkenen – beantwoorden van vragen en nemen van beslissingen. Binnen het HGD-kader blijft de ruimte behouden voor de inhoudelijke kennis van het multidisciplinair CLB-team.

- ▶ Nauwkeurigheid en volledigheid in het verzamelen van relevante en doelgerichte informatie verhogen de kans op goed advies. Het beschermt tegen de valkuilen van het te weinig aandacht hebben voor de ontwikkelingsfase van de leerling, voor de context, voor alternatieve verklaringen of alternatieve interventies.
- ▶ Formulieren en documenten helpen om volledig en nauwkeurig te zijn. Ze zijn doordacht en functioneel opgesteld met de bedoeling steun te bieden en geen planlast te veroorzaken.
- ▶ Alle stappen overzichtelijk systematiseren komt een samenhangende en goed onderbouwde besluitvorming ten goede.
- ▶ Systematisch werken geeft houvast, vormt een leidraad en geheugensteun voor zorgteam en CLB-medewerkers.
- ▶ Transparantie zorgt ervoor dat iedereen de afgesproken werkwijze kent, begrijpt en gebruikt. Dit komt ook de sfeer, de relaties en het proces van acceptatie ten goede.
- ▶ Ouders, leerlingen en leerkrachten weten wat er gebeurt en waarom. Ze worden nauw betrokken.

### 5.1.3 Handelingsgericht diagnosticeren<sup>26</sup>

Handelingsgerichte diagnostiek (HGD) is een kwaliteitskader met een geheel van uitgangspunten en fasen. Pameijer en van Beukering vullen het in met relevante inzichten vanuit de wetenschap en de praktijk. Deze inzichten geven HGD een inhoud, bijvoorbeeld over het belang van interacties en de rol van de omgeving, over het samenspel van beschermende en risicofactoren, over participatie van de betrokkenen... HGD ontleent elementen uit de functionele diagnostiek, dynamisch assessment, response to intervention, therapeutisch diagnosticeren, het oplossingsgericht en empowerend werken, het contextuele/transactionele denken en de leertheorie<sup>27</sup>. Dit zijn tevens visies en methodieken die bruikbaar zijn voor school en CLB.

Handelingsgericht diagnosticeren is een proces van zoeken, integreren en concluderen. Het loopt als een rode draad van hulpvraag naar advisering en kent een verloop in de tijd. Het traject is wendbaar en flexibel, maar wordt gekozen op

---

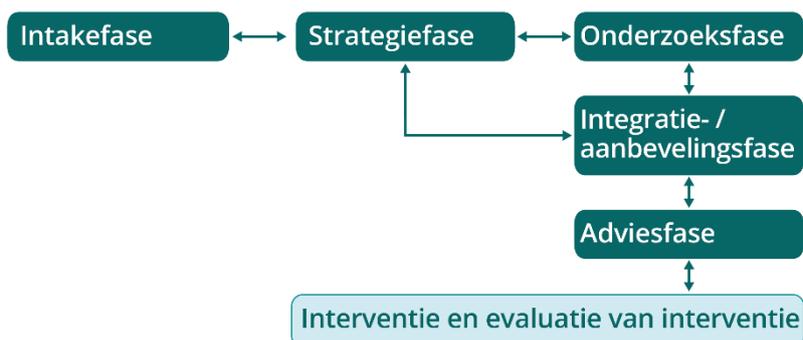
<sup>26</sup> Pameijer N. & van Beukering T. *Handelingsgerichte diagnostiek. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen*. Acco, Leuven, 2004

<sup>27</sup> Zie: Pameijer N. & van Beukering T., *Handelingsgerichte diagnostiek in onderwijs*, Acco, Leuven, 2015

basis van het type hulpvraag. De besluitvorming verloopt in nauwe samenwerking met de cliënt (ouders/leerling) en met de school als partner. Op elk moment gelden de bovengenoemde HGW-uitgangspunten<sup>28</sup>.

HGD is geordend volgens vijf fasen of stappen. Die ordening dient als richtsnoer, als leidraad. Ze kan flexibel verlopen. Men kan op voorgaande stappen terugkeren als er elementen ontbreken. Men kan meerdere stappen tegelijkertijd uitvoeren. Men kan stappen overslaan als de hulpvraag en de beschikbare gegevens dit toelaten. Er is wel altijd een intake-, een strategie-, een integratie-/aanbevelings- en een adviesfase. Het geheel is cyclisch en kan (gedeeltelijk) hernomen worden, bijvoorbeeld als de interventies onvoldoende resultaat opleveren.

Essentieel is dat het CLB-team en het zorgteam bewust zijn van wat er gebeurt, waarom en met welk doel. Ze vragen zich voortdurend af wat de zin is van elke actie, waar en door wie ze wordt uitgevoerd. Zo is het mogelijk dat de besluitvorming zich tijdens eenzelfde gesprek doorheen twee verschillende diagnostische fasen beweegt. In de fase van uitbreiding van zorg stuurt het CLB-team het diagnostische proces waarbij het CLB-team de acties plant maar deze niet alleen hoeft uit te voeren.



### 5.1.3.1 Intakefase

HGD vertrekt van een vraag, een zorg, een nood, die het startpunt is van het traject. De CLB-medewerker<sup>29</sup> probeert 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. Doorheen het gesprek zoekt de CLB-medewerker afstemming tussen de partners om constructief te kunnen samenwerken.

<sup>28</sup> Zie: Pameijer N. & van Beukering T. *Handelingsgerichte diagnostiek. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen*. Acco, Leuven, 2004

<sup>29</sup> De CLB-medewerker die de intake opneemt, kan worden vergezeld van een ander teamlid, bijvoorbeeld een intercultureel bemiddelaar.

In de diagnostische protocollen worden drie types van hulpvragen onderscheiden<sup>30</sup>

- ▶ Een onderkende vraagstelling: ‘Wat is er met dit kind aan de hand?’ Het richt zich op de beschrijving van een problematiek, een niveaubepaling of de vaststelling van een classificerende stoornis. Het antwoord op een onderkende hulpvraag draagt bij aan het *overzicht*.
- ▶ Een verklarende vraagstelling: ‘Waarom is dit met dit kind aan de hand?’ of ‘Hoe hangen factoren van leerling, onderwijs en opvoeding samen?’ Het gaat om het verkrijgen van meer *inzicht*.
- ▶ Een indicerende vraagstelling: ‘Wat kan aan deze probleemsituatie best verholpen worden?’ Een antwoord op dit type hulpvragen kan in de integratie-/aanbevelingsfase uitmonden in aanbevelingen en draagt zo bij tot *uitzicht*. Bij indicerende hulpvragen kan een onderscheid gemaakt worden tussen veranderingsgerichte en adviesgerichte hulpvragen.
  - Een veranderingsgerichte hulpvraag: ‘Wat is het effect van een bepaalde aanpak op het gedrag van een leerling?’
  - Een adviesgerichte hulpvraag: ‘Welke doelen streven we na en wat hebben leerlingen, leerkrachten en ouders nodig om deze te bereiken?’ of ‘Welke interventies zijn zowel wenselijk als haalbaar?’

Dit onderscheid is belangrijk omdat het type hulpvraag het doel van de diagnostiek en het mogelijke antwoord bepaalt. Zo kunnen de partners ook het eindproduct – antwoord op de vraag – evalueren.

### 5.1.3.2 Strategiefase

Na de intake volgt reflectie om het vervolg van het traject uit te stippelen.

Het CLB-team:

- ▶ clustert de geobjectiveerde gegevens volgens de componenten van ICF-CY<sup>31</sup>;
- ▶ taxeert de ernst van het probleem aan de hand van:
  - de criteria van Rutter<sup>32</sup>;
  - de aan- of afwezigheid van positieve aspecten, ondersteunende en belemmerende factoren en de combinatie ervan;
- ▶ gaat na of er voldoende informatie is om de hulpvragen te beantwoorden, de onderwijs-, opvoedings- en ondersteuningsbehoeften in kaart te brengen en advies te kunnen geven;

---

<sup>30</sup> Deze indeling is gebaseerd op: Pameijer N. & van Beukering T., *Handelingsgerichte diagnostiek in onderwijs*, Acco, Leuven, 2015 en *Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding*, 2009. In het BVR worden vraagverheldering en diagnostiek van een verhelderende, onderkende en indicerende diagnostische vraagstelling als afzonderlijke kernactiviteiten beschreven. In de protocollen komt vraagverheldering aan bod tijdens de intakefase en wordt zo opgenomen in een handelingsgerichte diagnostische cyclus. Vraagverheldering buiten een HGD-traject is mogelijk, bijvoorbeeld wanneer de cliënt enkel een vraag heeft naar informatie of wanneer kortdurende begeleiding van een gekende problematiek aangewezen is.

<sup>31</sup> Zie bijlage 16 Leeg ICF-Schema

<sup>32</sup> Zie bijlage 4 ‘Ernst van probleemgedrag volgens de criteria van Rutter’

- formuleert hypothesen en eventuele onderzoeksvragen en is daarbij alert voor eventuele andere problemen in het functioneren<sup>33</sup> dan die bij de intake aan bod kwamen;
- communiceert zijn bevindingen naar de leerling/ouders en naar het zorgteam en zoekt afstemming omtrent het vervolgtraject. Daarbij is duidelijk verwoord welke hypothesen getoetst worden en op welke manier, wie de mogelijke (mede)onderzoekspartners zijn, wat de verdere stappen zijn en hoe de timing is.

### **5.1.3.3 Onderzoeksfase**

Het doel van de onderzoeksfase is de onderzoeksvragen beantwoorden. Het CLB heeft de regie over het diagnostisch traject, maar voert niet alle onderzoeken zelf uit. Door de leerling, de ouders en de school zo actief mogelijk te laten meewerken, benut het CLB hun deskundigheid en ervaring tijdens het diagnostische proces, wat de handelingsgerichtheid van het advies verhoogt. Zo nodig worden externen bij het onderzoek betrokken.

In de diverse specifieke diagnostische protocollen wordt deze onderzoeksfase concreet beschreven: de te onderzoeken factoren, de onderzoeksmiddelen, de methodes, de informant(en) en de criteria om de hypothese aan te nemen. De onderzoeksmiddelen worden breed opgevat. Het kan niet alleen gaan om meting via testen of vragenlijsten, maar ook om gesprekken met de leerling, ouders en leerkracht(en), observaties in verschillende situaties, analyse van materiaal (bijvoorbeeld schoolwerk), kort uitproberen van een bepaalde aanpak en het effect ervan nagaan en een algemeen klinisch of neurologisch onderzoek.

### **5.1.3.4 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, na te gaan welk handelen wenselijk is voor deze leerling en zijn context. Het CLB-team steunt vooral op inzichten omtrent verandering en veranderbaarheid.

Het CLB-team brengt alle resultaten samen tot één integratief beeld. Dit omvat een antwoord op de diverse (soorten) onderzoeksvragen en vormt het uitgangspunt voor het bepalen van de doelen en de onderwijs-, opvoedings-, en ondersteuningsbehoeften. Het betreft hier louter een 'formuleren van'. Er wordt niets beslist. De aanbevelingen worden in de adviesfase ten gronde besproken met alle betrokkenen.

---

<sup>33</sup> In ICF-taal gaat het dan om mogelijke stoornissen op niveau van functies en anatomische eigenschappen, beperkingen in activiteiten of participatieproblemen.

### 5.1.3.5 Adviesfase

De adviesfase vindt bij voorkeur plaats in een gezamenlijk gesprek met alle nauw betrokkenen. Op basis van het integratief beeld worden de aanzetten uit de integratie- en aanbevelingsfase samen met de betrokkenen 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 school, de leerling, de ouders en eventuele externe betrokkenen gevraagd of de interventies hen aanspreken, waaraan ze prioriteit willen geven, wat zij wel en niet kunnen toepassen en eventueel waarom.

Wanneer er afstemming over de aanbevelingen is bereikt tussen de betrokkenen 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. Aanpassingen of maatregelen zullen worden opgevolgd en geëvalueerd.

### 5.1.3.6 Handelen en evalueren<sup>34</sup>

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

Wat in de specifieke diagnostische protocollen onder 'Handelen en evalueren' staat, zijn suggesties voor school, ouders en CLB. Essentieel is dat er gericht wordt gehandeld met het oog op het bevorderen van het functioneren en het welbevinden van de leerling. Het zorg- en begeleidingsaanbod wordt afgestemd op de onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de leerling en de ondersteuningsbehoeften van leerkracht en ouders. Het gericht handelen sluit aan bij vragen uit de integratie-/aanbevelings- en adviesfase:

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

Het concreet maken en verder planmatig uitwerken van het advies is een gedeelde verantwoordelijkheid voor schoolteam, ouders, leerlingen en CLB-medewerkers. Waar de regie van het diagnostisch traject bij het CLB-team ligt, neemt het schoolteam de regie op van het (verdere) zorgtraject, eventueel in overleg met externen<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Door Pameijer wordt deze fase benoemd als uitvoering van het advies. De evaluatie van het HGD-traject zit vervat in de adviesfase. Zie Pameijer N. & van Beukering T., *Handelingsgerichte diagnostiek in onderwijs*, Acco, Leuven, 2015

<sup>35</sup> Deze externen kunnen zowel een diagnostische als een begeleidende rol opnemen.

## 5.1.4 Internationale classificatie van het menselijk functioneren of ICF-CY<sup>36</sup>

ICF<sup>37</sup> staat voor International Classification of Functioning, Disability and Health en is een classificatiesysteem van de Wereldgezondheidsorganisatie. Het systeem biedt een begrippenkader waarmee het menselijk functioneren en eventuele problemen worden beschreven vanuit drie onderling verbonden maar te onderscheiden perspectieven: het perspectief van het menselijke organisme (functies, anatomische eigenschappen), dat van het menselijke handelen (activiteiten) en dat van deelname aan het maatschappelijke leven (participatie). Bovendien biedt de ICF de mogelijkheid om persoonlijke en externe factoren die het functioneren van een persoon mee beïnvloeden, in de beschrijving op te nemen. De wisselwerking tussen de verschillende componenten wordt in het ICF- schema<sup>38</sup> duidelijk gemaakt door de dubbele pijlen. In zijn geheel is het systeem een concretisering van het bio-psycho-sociaal model van het menselijk functioneren.

De ICF is een classificatie in neutrale termen. Elke component kan zowel in positieve als in negatieve zin worden gebruikt.

- ▶ 'Functioneringsproblemen' is de overkoepelende term om de negatieve aspecten (stoornissen, beperkingen en participatieproblemen) mee aan te duiden.
- ▶ Functioneren omvat de niet-problematische aspecten van het menselijk functioneren.

### 5.1.4.1 Menselijk organisme: functies, anatomische eigenschappen en stoornissen

- ▶ Functies zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme met onder meer mentale functies zoals intellectuele functies, temperament, aandacht of slaap en sensorische functies zoals visuele functies of gehoorfuncties.
- ▶ Anatomische eigenschappen betreffen de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. Onderdelen van het menselijk organisme zijn lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen.

---

<sup>36</sup> Gheysen T., 'International Classification of Functioning (ICF): een speed date', In: *Caleidoscoop*, 25(6), 2013. Brocatus N., 'Het biopsychosociale model: implementatie in de klinische praktijk van een CAR d.m.v. ICF', in *Signaal*, 2012 (1). <http://www.rivm.nl/who-fic/in/BrochureICF.pdf>

<sup>37</sup> ICF, *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning. Disability and Health*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2002 <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla> en *ICF-CY, Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning. Disability and Health for Children and Youth*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008 <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-CY-nl.cla>

<sup>38</sup> Zie Bijlage 16: ICF-schema

- › Stoornissen zijn afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen. Gedurende de kindertijd en adolescentie kunnen stoornissen ook optreden in de vorm van vertraging in de ontwikkeling van functies.

#### **5.1.4.2 Activiteiten en participatie / beperkingen en participatieproblemen**

- › Activiteiten zijn onderdelen van iemands handelen.
- › Participatie is iemands deelname aan het maatschappelijk leven.
- › Beperkingen zijn moeilijkheden die iemand heeft bij het uitvoeren van activiteiten.
- › Participatieproblemen verwijzen naar de problemen die iemand heeft met de deelname aan het maatschappelijk leven.

Gedurende de kindertijd en adolescentie kunnen beperkingen en belemmeringen optreden in de vorm van achterstand of vertraging in de uitvoering van of deelname aan activiteiten en participatie.

Iemand kan moeilijkheden ondervinden bij zowel activiteiten als participatie in een of meerdere levensgebieden. Of er sprake is van een participatieprobleem en/of een beperking (eventueel in combinatie met een stoornis) hangt af van de wisselwerking tussen de componenten. Zo kan de ene leerling een beperking hebben in de leesteknik zonder dat er sprake is van participatieproblemen, terwijl dezelfde beperking bij een andere leerling wel kan samengaan met een participatieprobleem, bijvoorbeeld het afhaken van de leerling in de klas bij het lezen in groep. Tevens zijn participatieproblemen mogelijk zonder dat een leerling beperkingen (of stoornissen) heeft.

Bij de typering van activiteiten en participatie kan een onderscheid gemaakt worden tussen uitvoering en vermogen. Zo kan het zijn dat een leerling in een therapieomgeving een opdracht tot een goed einde brengt (vermogen) terwijl hij er niet in slaagt om dit toe te passen in de klas of thuis (uitvoering).

- › Uitvoering verwijst naar wat iemand doet in de eigen omgeving.
- › Met vermogen wordt aangegeven of iemand een taak wel of niet kan uitvoeren in een uniforme of standaardomgeving.

De ICF-CY gebruikt 9 hoofdstukken om de activiteiten en participatie van iemand te beschrijven:

- › 'Leren en toepassen van kennis' betreft het leren, het toepassen van het geleerde, denken, oplossen van problemen en beslissen. Anders dan bij de classificatie van functies gaat het hier om de activiteit (of participatie) als zodanig, niet om bijvoorbeeld de hersenfuncties die zijn gerelateerd aan of betrokken bij bijvoorbeeld de uitvoering van een activiteit. 'Algemene taken en eisen' omvat de algemene aspecten van het uitvoeren van enkelvoudige of

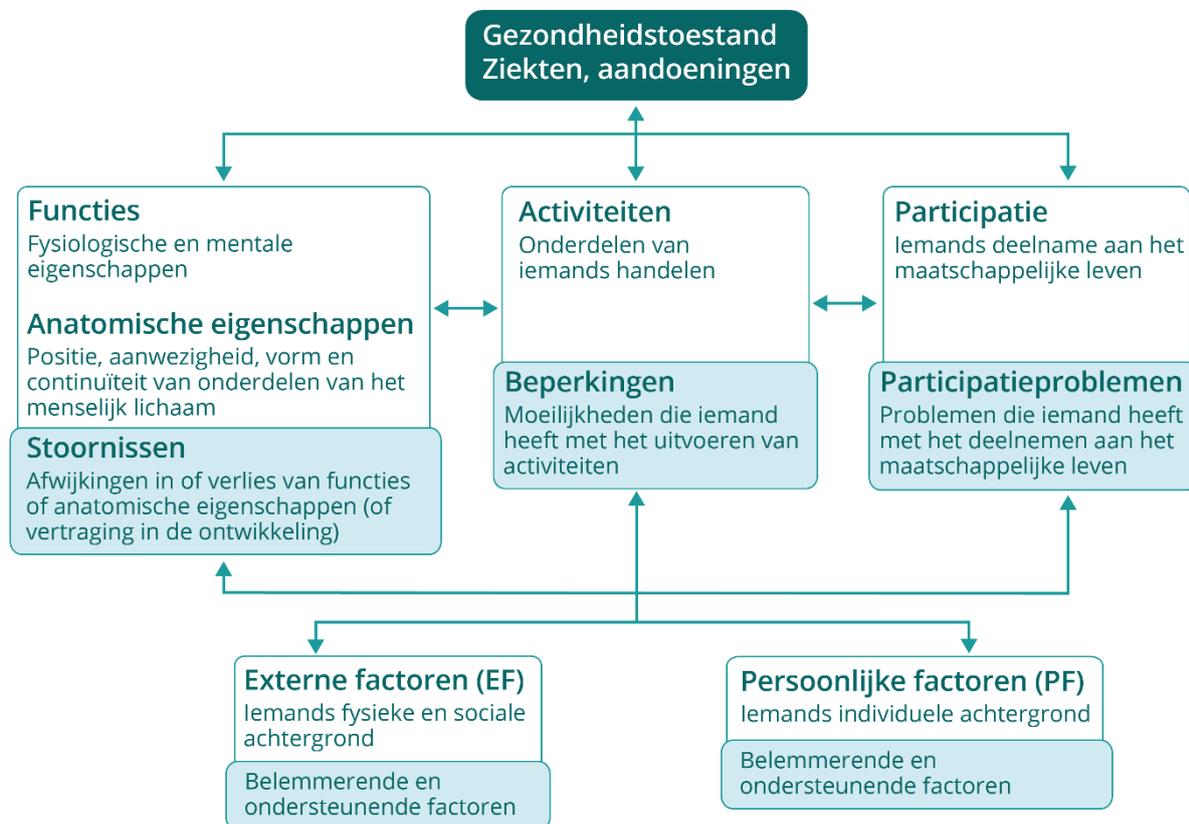
meervoudige taken, de routinehandelingen en het omgaan met stress. 'Communicatie' omvat algemene en specifieke aspecten van communicatie via taal, tekens en symbolen, inclusief het begrijpen en produceren van boodschappen, converseren en het gebruiken van communicatieapparatuur en -technieken.

- ▶ 'Mobiliteit' omvat het bewegen door het veranderen van lichaamshouding of van locatie, het van de ene plaats naar de andere gaan, het dragen, verplaatsen en manipuleren van voorwerpen, lopen, rennen of klimmen en het gebruiken van verschillende vervoersmiddelen.
- ▶ 'Zelfverzorging' betreft voor zichzelf zorgen, zich wassen en afdrogen, zorgdragen voor lichaam en lichaamsdelen, zich aankleden, eten en drinken en zorgdragen voor eigen gezondheid.
- ▶ 'Huishouden' betreft het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en taken. Dit omvat het verwerven van woonruimte, eten, kleding en andere noodzakelijkheden, het schoonmaken en herstellen, het verzorgen van persoonlijke en andere huishoudelijke voorwerpen en het assisteren van andere personen.
- ▶ 'Tussenmenselijke interacties' betreft het uitvoeren van acties en taken die nodig zijn voor basale en complexe interacties met personen (vreemden, vrienden, verwanten, familie, en geliefden), in overeenstemming met de context en cultuur.
- ▶ 'Belangrijke levensgebieden' betreft het op zich nemen en uitvoeren van taken en acties in het kader van opleiding, werk en beroep en het uitvoeren van economische transacties.
- ▶ 'Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven' betreft de acties en taken die nodig zijn om deel te nemen aan het georganiseerde maatschappelijke leven buiten de familie en in de maatschappij, de maatschappelijke en burgerlijke aspecten van het leven.

#### **5.1.4.3 Externe en persoonlijke factoren**

- ▶ Externe factoren vormen de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven. Dit omvat producten en technologie zoals deze voor onderwijsdoeleinden, de natuurlijke omgeving, ondersteuning die mensen (en eventueel dieren) leveren, attitudes, diensten, systemen en beleid zoals met betrekking tot onderwijs.
- ▶ Persoonlijke factoren zijn iemands individuele achtergrond zoals leeftijd, ras, geslacht, opleiding, persoonlijkheid en karakter, bekwaamheden, andere aandoeningen, lichamelijke conditie in het algemeen, levensstijl, levensgewoonten, opvoeding, redzaamheid, sociale achtergrond, beroep en ervaringen uit het heden en verleden. In deze rubriek worden geen concrete persoonlijke factoren beschreven, noch onderverdelingen vooropgesteld.

- ▶ Externe en persoonlijke factoren kunnen benoemd worden als ondersteunend of belemmerend. Dit wordt beschreven vanuit het perspectief van de persoon waarvan de situatie wordt beschreven. Zo kunnen bijvoorbeeld verlaagde trottoirbanden zonder reliëftegels worden gecodeerd als ondersteunende factor voor een rolstoelgebruiker maar als een belemmerende factor voor een blinde persoon.



ICF is ontwikkeld voor toepassingen in verschillende vakgebieden en sectoren bijvoorbeeld door logopedisten, kinesisten, in de revalidatiecentra, door VDAB. Ook voor school en CLB biedt ICF een gemeenschappelijke taal voor het beschrijven van iemands functioneren. Dit kan de communicatie verbeteren tussen verschillende disciplines en mensen met functioneringsproblemen en hun omgeving. Het ICF-kader helpt om de vraag 'wat is er mis?' te vertalen naar 'wat zien we concreet in deze situatie bij deze leerling in deze klas bij deze leerkracht?' Deze concrete formulering zorgt ervoor dat men de stap naar 'welke aanpassingen zijn nodig?' vlotter kan zetten. Het kader sluit zo aan bij de principes van het handelingsgericht werken en kan vlot worden ingepast in een handelingsgericht diagnostisch traject.

De ICF is complementair aan andere classificatiesystemen zoals de ICD<sup>39</sup> of Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband

<sup>39</sup> De ICD, met ICD-10 als recentste versie, is goedgekeurd door de Wereldgezondheidsorganisatie en geldt van daaruit als de internationale standaardindeling van diagnostische termen voor de epidemiologie en

houdende Problemen en de DSM<sup>40</sup>, Diagnostisch en Statistisch Handboek van Mentale Stoornissen. Door gegevens over een ziekte, aandoening of (mentale) stoornis<sup>41</sup> te combineren met gegevens over het menselijk functioneren, krijgt men een ruimer beeld van het menselijk functioneren als een complex en dynamisch gegeven. Merk daarbij wel op dat iemands functioneren ook zonder een specifieke classificatie kan worden beschreven. Omgekeerd kan eenzelfde diagnose bij de ene persoon tot meer beperkingen leiden dan bij de andere. Bij diagnostiek aan de hand van ICF verschuift het belang van (categoriale) classificerende diagnostiek naar meer beschrijvende diagnostiek als basis voor indicatiestelling. Daarbij komen activiteiten/participatie, persoonlijke en externe factoren meer op de voorgrond dan functies. Het is immers op het niveau van activiteiten en participatie dat hulpverlening uiteindelijk ingrijpt en wordt geëvalueerd<sup>42</sup>.

### 5.1.5 Faire diagnostiek<sup>43</sup>

Met 'faire diagnostiek' wordt kwaliteitsvolle en zorgzame diagnostiek bij allochtone en/of kansarme leerlingen<sup>44</sup> bedoeld. Faire diagnostiek maakt een onderscheid tussen leerlingen met problemen die door de ontwikkelingscontext van kansarmoede of cultuur veroorzaakt zijn en leerlingen met leer- en ontwikkelingsstoornissen. Dit onderscheid is bepalend omdat beide categorieën andere interventies vragen.

Drie noodzakelijke basisattitudes voor een faire diagnostiek zijn:

- ▶ een vertrouwensrelatie opbouwen;
- ▶ eerlijk en transparant communiceren;
- ▶ de beslissingsbevoegdheid laten waar ze hoort, namelijk bij de ouders en/of de leerling zelf.

Veel aspecten van faire diagnostiek kunnen geplaatst worden binnen de kaders van HGW en HGD. Niettemin zijn er een aantal specifieke klemtonen. Zo vraagt een

---

andere doeleinden van gezondheidsmanagement. WHO, *International Classification of Diseases*. 1992 <http://class.who-fig.nl/browser.aspx?scheme=ICD10-nl.cla>

<sup>40</sup> Door de American Psychiatric Association werd in 2013 de recentste versie van de DSM, de *DSM-5*, gepubliceerd. Dit omvat een classificatiesysteem van psychische afwijkingen met telkens een definitie, diagnostische criteria en differentiële diagnose van de beschreven groep psychische afwijkingen. Zie *American Psychiatric Association, Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*, Boom, Amsterdam, 2014

<sup>41</sup> De betekenis van de term 'stoornis' zoals in een classificatiesysteem als DSM wordt gehanteerd en waarbij voldaan moet zijn aan een reeks criteria, is te onderscheiden van de omschrijving van 'stoornis' binnen ICF als problemen met functies en anatomische eigenschappen. Ziektes, aandoeningen of classificerende diagnoses zijn niet in het ICF-kader zelf opgenomen, maar kunnen er wel worden aan gelinkt.

<sup>42</sup> Scheiris J., 'Nieuwe wijn in oude vaten: het biopsychosociale model', In: *Signaal*, 2012 (1)

<sup>43</sup> <http://www.vclb-koepel.be/professionals/kansenbevordering3/faire-diagnostiek>, Cré J., Magez W., Willems L., Olieslagers K., Van den Bosch R., Cocquet E. & Vancouillie M., *Toetsstenen faire diagnostiek*, VCLB-service, Schaarbeek, 2008 en Magez W. & Stinissen H., *Diagnostiek bij allochtonen*, VCLB-service, Schaarbeek, 2010

<sup>44</sup> Zie: Bijlage 5: Factoren van achterstelling in het onderwijs

constructieve samenwerking met allochtone en kansarme groepen een extra inspanning. Vooral in de onderzoeksfase en de integratie- en aanbevelingsfase is het nodig specifiek rekening te houden met storende factoren (bias of ruis) en een mogelijke inhaalbeweging om een foutieve inschatting te vermijden.

Er wordt naar gestreefd in de protocollen de criteria faire diagnostiek te implementeren, zoals ze ontwikkeld zijn door de netoverschrijdende werkgroep. Deze werkgroep stelde 10 criteria op om het HGD-traject aan af te toetsen. Deze kunnen gesitueerd worden binnen de verschillende fasen van het diagnostisch proces<sup>45</sup>.

### Intake- en strategiefase

- ▶ Een vertrouwensrelatie creëren met de leerling en de ouders.
- ▶ Een positief kader opbouwen van partnerschap tussen leerling/ouders, school, CLB en andere schoolexterne organisaties.
- ▶ Voldoende informatie verzamelen over factoren van ongelijke kansen bij de leerling (voorgeschiedenis, taalvaardigheid, acculturatie...), bij het gezin en de buurt (SES, migratie..) en bij de school (schoolklimaat, gelijkheidskansenbeleid, specifieke leerlinggerichte maatregelen...).
- ▶ Als CLB-medewerker bewust zijn van eigen waarden en (voor)oordelen en deze onder controle houden.

### Onderzoeksfase

- ▶ Breed kijken naar protectieve en risicofactoren bij de leerling, gezin en school.
- ▶ Storende factoren zo veel mogelijk controleren.
- ▶ Correct interpreteren door rekening te houden met storende factoren voor en tijdens het onderzoek.

### Integratie-/aanbevelingsfase en adviesfase

- ▶ Gepast indiceren bij problemen door kansarmoede en/of anderstaligheid die een eigen aanpak vragen.
- ▶ Eerlijk, transparant en respectvol adviseren.
- ▶ Bij de interventie: geloven in de veranderbaarheid, blijven opvolgen en een eventuele diagnose evalueren.

---

<sup>45</sup> <http://www.vclb-koepel.be/professionals/kansenbevordering3/faire-diagnostiek/basisprincipes-van-faire-diagnostiek/faire-diagnostiek---inleiding2>

## 5.1.6 Rechtspositie en hulpverleningshouding

Het decreet rechtspositie van de minderjarige in de jeugdhulp is van kracht sinds 1 juli 2006. Het steunt op bronnen die rechten van kinderen en jongeren bevatten<sup>46</sup>. Dit decreet kent rechten toe aan jongeren in de hulpverlening. De minderjarige wordt derhalve beschouwd als een volwaardige partner.

Voor de diagnostische protocollen zijn elf rechten<sup>47</sup> in meer of mindere mate relevant. Door te kiezen voor een handelingsgerichte benadering van hulpvragen, komen de protocollen tegemoet aan het *recht* van de hulpvrager op een kwaliteitsvolle benadering van zijn probleem. Vanuit het perspectief van de cliënt met zijn wensen en verwachtingen gaat de CLB-medewerker in open dialoog met de jongere op weg. Tijdens het diagnostisch proces heeft de CLB-medewerker permanent aandacht voor het recht op informatie, voor het belang van de inbreng van alle betrokkenen en voor het streven naar consensus en afstemming. Het advies wordt een aanbod dat voor alle betrokkenen aanvaardbaar is als resultaat van een emancipatorisch en participatief proces.

Sinds 1 september 2014 is het 'Decreet houdende diverse maatregelen betreffende de rechtspositie van leerlingen in het basis- en secundair onderwijs en betreffende de participatie op school'<sup>48</sup> van kracht. Dit decreet bevat specifieke rechten voor de leerlingen met betrekking tot de inzage en overdracht van leerlingengegevens en wijzigt enkele bepalingen inzake zittenblijven, de schoolreglementen, de procedure inzake orde en tucht en de procedure inzake evaluatie (inclusief betwistingen evaluatiebeslissingen).

## 5.2 Inhoud van het theoretisch deel van de specifieke diagnostische protocollen

---

### 5.2.1 Relevante ontwikkelingsaspecten en verschijningsvorm

'Verschijningsvorm' beschrijft hoe een problematiek zich toont in de verschillende componenten van het functioneren en varieert doorheen verschillende ontwikkelingsfasen. Hierbij is de normale ontwikkeling een belangrijk referentiekader. Hiervoor verwijzen we naar bijlagen over de sociaal-emotionele ontwikkeling<sup>49</sup>, de spraak- en taalontwikkeling<sup>50</sup>, de motorische ontwikkeling<sup>51</sup>,

---

<sup>46</sup> Het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind en de wet op de Privacy.

<sup>47</sup> De elf rechten uit het decreet rechtspositie van de minderjarige in de jeugdhulp hebben betrekking op: garantie op hulp, bijstand, duidelijke informatie, instemming met de hulp, respect voor het gezinsleven, inhoud en inzage dossier, inspraak en privacy, menswaardige behandeling, klachtenbehandeling, zakgeld.

<sup>48</sup> <https://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2013-2014/g2421-8.pdf>

<sup>49</sup> Zie: Bijlage 5: De sociale en emotionele ontwikkelingstaken per leeftijdsfasen.

<sup>50</sup> Zie: Bijlage 6: Mijlpalen in de spraak- en taalontwikkeling

<sup>51</sup> Zie: Bijlage 7: Overzicht beheersingsniveaus motorische ontwikkeling

executieve functies<sup>52</sup>, de breinontwikkeling bij adolescenten<sup>53</sup> en het CHC-model bij intelligentieonderzoek<sup>54</sup>. Deze bijlagen zijn opgenomen in de verschillende specifieke diagnostische protocollen.

Vanuit de klinische ontwikkelingspsychologie worden ontwikkelingstrajecten<sup>55</sup> beschreven van kinderen met een bepaalde risicofactor. Een gevaar van het beschrijven van afwijkende ontwikkelingstrajecten is dat ze als normatief worden beschouwd en er wordt van uitgegaan dat deze trajecten de ontwikkeling van een individu bepalen. Bij een transactionele benadering van ontwikkeling verschilt de continue wisselwerking tussen ondersteunende en belemmerende factoren per individu. Het is nodig voldoende aandacht te schenken aan positieve aspecten en aan de mogelijkheden om functioneringsproblemen om te buigen. De mogelijke verschijningsvorm van een problematiek doorheen de ontwikkeling kan verduidelijken waarom, wanneer en hoe er geïntervenieerd kan worden.

## 5.2.2 Definities en begrippen<sup>56</sup>

In dit luik worden, indien nodig, de begrippen beschreven die essentieel zijn om het diagnostisch traject te begrijpen in al zijn nuances.

## 5.2.3 Classificatie<sup>57</sup>

De verscheidenheid aan problemen noopt tot indeling of classificatie. Bij het classificeren wil men een gemeenschappelijke taal ontwikkelen ter bevordering van de onderlinge communicatie tussen professionals. In een handelingsgericht diagnostisch traject komt classificatie aan bod als mogelijk antwoord op een onderkende hulpvraag. HGD valt evenwel niet samen met een onderkende, laat staan classificerende diagnostiek, maar wordt beschouwd als een besluitvormingsproces waarbij de diagnosticus problemen onderkent, analyseert, zoekt naar mogelijke verklaringen en van daaruit oplossingen adviseert<sup>58</sup>. Dat neemt niet weg dat classificatie van een probleem deel kan uitmaken van een handelingsgericht diagnostisch traject.

---

<sup>52</sup> Zie: Bijlage 8: Executieve functies en mogelijke interventies om de ontwikkeling van executieve functies te bevorderen

<sup>53</sup> Zie: Bijlage 9: Breinontwikkeling bij adolescenten: Use it or lose it

<sup>54</sup> Zie: Bijlage 10: CHC-model en intelligentie

<sup>55</sup> Braet C. & Prins P.J.M., *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008

<sup>56</sup> Zie: Bijlage 1: Begrippenlijst

<sup>57</sup> Grietens H., Vanderfaeillie J., Hellinckx W. & Ruijsenaars W. (Red), *Handboek orthopedagogische hulpverlening 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen*, Acco, Leuven, 2005 en Braet C. & Prins P.J.M., 'Ontwikkeling en psychopathologie' en Grietens H., 'Assessment van psychopathologie. Categorisch of dimensioneel', In: Braet C. & Prins P.J.M., *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008

<sup>58</sup> Pameijer N. & Beukering T., *Handelingsgerichte diagnostiek. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen*, Acco, Leuven, 2007, blz. 13

Doorgaans wordt een onderscheid gemaakt tussen dimensionele en categoriale classificatiesystemen. ICF<sup>59</sup> en ASEBA<sup>60</sup> zijn in hoofdzaak dimensionele systemen. DSM<sup>61</sup> en ICD<sup>62</sup> zijn eerder categoriaal van opzet. Een combinatie van beide komt de kwaliteit van de diagnostiek ten goede. Concreet betekent dit dat ICF, ASEBA, DSM en ICD aanvullend aan elkaar gehanteerd kunnen worden. Een classificatie kan bijvoorbeeld dimensioneel starten met het clusteren in een ICF-schema en/of het invullen van de ASEBA-vragenlijsten en categoriaal verdergaan om de problematiek te benoemen aan de hand van de DSM of ICD. Omgekeerd kan men bij een gekende categoriale classificatie aan de hand van ICF een ruimer beeld krijgen van het menselijk functioneren als een complex en dynamisch gegeven. Merk daarbij wel op dat iemands functioneren ook zonder een specifieke classificatie kan worden beschreven. Om het even welke classificatie wekt de suggestie dat probleemgedrag statisch is. Probleemgedrag weerspiegelt evenwel steeds een reeks van dynamische ontwikkelingsprocessen. Uitspraken over een kind of jongere met probleemgedrag moeten altijd gepositioneerd worden ten opzichte van eerdere en toekomstige vaststellingen over dit kind.

Of men nu dimensioneel of categoriaal classificeert, telkens worden gedragingen of 'symptomen' gegroepeerd los van hun achterliggende oorzaken of hun betekenis in de maatschappij of cultuur waarin ze zich voordoen. Het zijn dus steeds beschrijvende en geen etiologische classificaties. De meeste classificatiesystemen gebaseerd op een dimensionele en/of categoriale benadering zijn atheoretisch van opzet en steunen niet op een theorie over het ontstaan, verloop of behandelen van problemen en stoornissen. Dit betekent dat klinici en onderzoekers de systemen doorgaans probleemloos kunnen integreren in hun eigen begrippenkaders.

## ■ Dimensionele classificatie

Een dimensionele benadering beschouwt afwijkend functioneren als gradueel verschillend van normaal functioneren. Problemen en stoornissen kennen gradaties van ernst, duur en frequentie. Dit betekent dat de diagnosticus ruime kennis dient te hebben van de normale ontwikkeling. Een problematiek kan immers deel uitmaken van de normale ontwikkeling of het kan een kenmerk zijn van bijvoorbeeld een slecht verlopend losmakingsproces. Dimensies zijn te onderscheiden van elkaar, maar sluiten elkaar niet noodzakelijk uit. Gedragssymptomen kunnen terug te vinden zijn bij meer dan een dimensie.

---

<sup>59</sup> ICF. Nederlandse vertaling van de *International Classification of Functioning, Disability and Health*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2002. en ICF-CY. Nederlandse vertaling van de *International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008. <http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm>

<sup>60</sup> <http://www.aseba.nl/>

<sup>61</sup> American Psychiatric Association, *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*, Boom, Amsterdam, 2014

<sup>62</sup> <http://www.rivm.nl/who-fic/ICD.htm>

De ICF<sup>63</sup> – Internationale Classificatie van Functioneren, Functiestoornis en Gezondheid – is het classificatiesysteem van de Wereldgezondheidsorganisatie. Het belicht niet alleen stoornissen, beperkingen, participatieproblemen en belemmerende factoren, maar steeds ook de positieve aspecten en ondersteunende factoren. De verschillende componenten van het menselijk functioneren kunnen worden geordend in onderlinge samenhang en in combinatie met externe en persoonlijke factoren.

Voor gedrags- en emotionele problemen geldt het Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) als prototype van een (brede band) dimensionaal classificatiesysteem. De score op verschillende vragenlijsten<sup>64</sup> bepaalt wanneer gedragsproblemen geclassificeerd kunnen worden als ‘stoornis’, dit wil zeggen zo veel afwijken van de gewone variatie dat verder onderzoek en eventueel ingrijpen aangewezen is.

### ■ **Categoriale classificatie**

Vanuit een categoriale benadering is afwijkend functioneren kwalitatief anders dan normaal functioneren. Afwijkend functioneren wordt benoemd als ‘stoornis’ en daarbij beschouwd als een onafhankelijke en duidelijk afgelijnde entiteit. Een diagnose is een kwestie van ‘alles’ of ‘niets’: men heeft een stoornis of men heeft ze niet. Voor elke stoornis zijn diagnostische en differentiaal-diagnostische criteria vastgelegd. Een te grote overlap van symptomen tussen stoornissen zorgt ervoor dat stoornissen niet (eenduidig) kunnen worden geclassificeerd. Comorbiditeit of het samen voorkomen van verschillende stoornissen wil men zo veel mogelijk vermijden.

De criteria om van een stoornis te spreken, steunen op een aantal afspraken. Er zijn overeenkomsten tussen de criteria van de verschillende stoornissen<sup>65</sup>. Bij deze criteria is steeds sprake van:

- ▶ een patroon van een (minimum) aantal symptomen;
- ▶ die gedurende een zekere tijd aanwezig zijn, bijvoorbeeld 6 maanden;
- ▶ waarbij deze problemen vaker en/of intenser voorkomen dan kenmerkend is qua leeftijd en ontwikkelingsniveau;
- ▶ significante beperkingen in het sociale, school- of beroepsmatig functioneren;
- ▶ de aanwezigheid van deze problemen in verschillende contexten of in een specifieke situatie zoals bij een fobie.

De categoriale benadering was sturend voor de ontwikkeling van twee van de bekendste classificatiesystemen: het Diagnostisch en Statistisch Handboek van

---

<sup>63</sup> WHO, *International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2001

<sup>64</sup> CBCL, TRF, YSR

<sup>65</sup> Zie: Bijlage 4: Ernst van, probleemgedrag volgens de criteria van Rutter

Mentale Stoornissen (DSM) en de Internationale Classificatie van Ziekten (ICD). De DSM<sup>66</sup> - Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen biedt een systematische onderverdeling van psychische afwijkingen en hun diagnostische criteria. De ICD<sup>67</sup> - Internationale Classificatie van Ziekten is de internationale standaard diagnose-indeling van de epidemiologie en management van de gezondheidszorg.

#### Comorbiditeit en differentiaal-diagnostiek

Bij een individu kunnen er kenmerken voorkomen van twee of meerdere categoriale classificaties. De verschijningsvormen van sommige stoornissen kunnen bovendien gelijkenis of overlap vertonen.

Bij differentiaal-diagnostiek wordt op basis van de geobserveerde tekenen en symptomen een lijst opgesteld van de in aanmerking komende classificaties. Via gericht onderzoek wordt systematisch nagegaan welke stoornissen kunnen worden uitgesloten om zo tot één eindiagnose te komen. Wanneer uitsluitel daarover niet mogelijk is, wordt de lijst met mogelijke classificaties (voorlopig) behouden als 'differential-diagnose'. Het is evenwel ook mogelijk dat bij een individu twee of meer stoornissen samen voorkomen of comorbide zijn. Met comorbiditeit wordt doorgaans zowel de concurrente comorbiditeit (het gelijktijdig voorkomen van aandoeningen) als de successieve comorbiditeit (de ene aandoening volgt op de andere) bedoeld.

#### Prevalentie

De prevalentie van een aandoening of stoornis is het deel van een populatie dat die stoornis vertoont op een bepaald moment of in een bepaalde periode. Het kan gaan om:

- ▶ de levensloopprevalentie of het voorkomen van een stoornis op elk moment in de levensloop;
- ▶ de periodeprevalentie geformuleerd als 'in de voorbije x maanden voldeden x % kinderen tot x leeftijd aan de criteria van stoornis x';
- ▶ de puntprevalentie of het voorkomen van een stoornis op het moment van het onderzoek.

De meeste prevalentiecijfers over kinderen en jongeren zijn punt- of jaarprevalenties, gezien de beperkte betrouwbaarheid van levensloopprevalenties. Bij bevolkingsonderzoek brengt men problemen in de gehele populatie van een land of regio in kaart. De onderzoeksgroep kan evenwel ook beperkt zijn tot een specifieke populatie, zoals kinderen tot een bepaalde leeftijd die worden aangemeld

---

<sup>66</sup> American Psychiatric Association, *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*, Boom, Amsterdam, 2014.

<sup>67</sup> WHO, *International Classification of Diseases*, 1992

in de hulpverlening. De term 'genderverhouding' slaat op de verhouding jongens/meisjes binnen een populatie<sup>68</sup>.

Naast de tijdspanne en de populatie waar de prevalentie naar verwijst, kunnen schommelingen tussen prevalentiestudies ook samenhangen met:

- de wijze waarop problemen worden beoordeeld, bijvoorbeeld volgens de criteria opgenomen in een classificatiesysteem als DSM;
- de wijze waarop problemen worden gemeten, bijvoorbeeld gedragsvragenlijsten of klinische interviews;
- de betrokken informanten: ouders, kinderen, leerkrachten of klinici.

Prevalentie is te onderscheiden van incidentie. De incidentie van een aandoening of stoornis slaat op het deel van een populatie dat in de loop van een bepaalde periode voor het eerst de onderzochte stoornis vertoont, zoals het aantal geboortes per jaar van kinderen met een bepaald syndroom of het aantal nieuwe diagnoses van depressie per jaar.

## □ Prognose

Een prognose doet een uitspraak omtrent het vermoedelijk verloop van een probleem, een stoornis, een ziekte of over de vooruitzichten met betrekking tot verandering. In de verschillende protocollen wordt de mogelijke prognose in algemene termen toegelicht. Indien informatie uit empirisch onderzoek voorhanden is, wordt ingegaan op mogelijke risicofactoren en factoren die kunnen beschermen tegen de negatieve invloed daarvan.

### 5.2.4 Etiologie

Wetenschappelijk onderzoek geeft ons steeds meer inzicht in het ontstaan van problematische ontwikkelingen bij kinderen en jongeren. De ontstaansgrond ervan is meestal geen kwestie van een oorzaak en een gevolg, maar van een complex samenspel van factoren die elkaar versterken en/of afzwakken. Aanleg en omgeving beïnvloeden elkaar voortdurend tijdens het ontwikkelingsproces en geen enkele van deze factoren kunnen of mogen afzonderlijk als oorzaak of in stand houdende factor bestempeld worden<sup>69</sup>.

---

<sup>68</sup> Merikangas K.R. et al., 'Epidemiology of mental disorders in children and adolescents', In: *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents>

<sup>69</sup> Prins P. en Braet C. (red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.

Verschillende functioneringsproblemen volgen een verschillend ontwikkelingstraject en hangen samen met diverse, onderling interagerende factoren op niveau van het kind, het gezin, de leeftijdgenoten en de bredere sociale omgeving.

Een voorbeeld:

Agressie kan samenhangen met:

- ▶ bij het kind: hyperactiviteit, aandachtsproblemen, moeilijk temperament, lage intelligentie en afwijkingen in waarnemen en interpreteren van sociale informatie;
- ▶ in het gezin: extreem strenge opvoeding;
- ▶ in de leeftijdsgroep: afwijzing in de klas en relaties met leeftijdsgenoten die probleemgedrag stellen;
- ▶ in de bredere sociale omgeving: frequent in aanraking komen met geweld<sup>70</sup>.

Binnen de handelingsgerichte diagnostiek vraagt het antwoord op indicerende hulpvragen vaak om inzicht in de (beïnvloedbare) verklarende factoren. De visie van waaruit de diagnosticus een probleem benadert en het verklaringsmodel dat hij hanteert, zal mee bepalen welke informatie hij zal willen verzamelen, welke onderzoeksinstrumenten hij hiervoor gebruikt én welke behandelingsdoelen en – technieken hij zal voorstellen.

Het diagnostisch traject zoals in de specifieke diagnostische protocollen beschreven is op zich niet gebonden aan één specifieke discipline, theoretische visie of therapeutische benadering. Er zijn onder andere elementen in herkenbaar vanuit de leertheorie, het systeemdenken en de oplossingsgerichte therapie, zonder daartoe beperkt te zijn. Afhankelijk van de insteek van de diagnosticus en de aard van de problematiek ligt de klemtoon soms meer op biologische variabelen, soms meer op omgevingsvariabelen. Dit geeft ook het belang aan van een multidisciplinair diagnostisch team. Bij eenzelfde verschijningsvorm, bijvoorbeeld een kind met symptomen van een depressie, kan de arts het verband leggen met disfuncties in de werking van de neurotransmitters, terwijl de klinisch psycholoog eerder denkt aan een verklaring door de gehechtheid van het kind. Deze verklaringen zijn niet elkaars concurrenten, maar vertegenwoordigen verschillende analyseniveaus en kunnen complementair zijn. Samenhangend met de problematiek (en de evoluties in de verschillende wetenschappen) kan een analyseniveau meer of minder gewicht krijgen. Er is evenwel steeds aandacht voor zowel kind- als omgevingsfactoren (multidimensionaliteit) en de wederzijdse invloed tussen kind en omgeving (bidirectionaliteit). Voor de indicatiestelling is het van belang de factoren te typeren volgens veranderbaarheid.

---

<sup>70</sup> Grietens H., *Assessment van psychopathologie: categorisch of dimensioneel?* 2008

Overigens hanteren de meeste diagnostici en hulpverleners, wat hun basisopleiding ook moge zijn, een verklaringsmodel dat verwijst naar verschillende visies tegelijk. Deze verschillende visies krijgen een plaats binnen een bio-psycho-sociaal model zoals geconcretiseerd in ICF<sup>71</sup>. Belangrijk bij het hanteren van ICF-CY is dat er een wisselwerking is tussen de verschillende componenten. Het gedrag van een kind verandert zijn ervaring, waardoor de hersenontwikkeling en de reactie van de sociale omgeving op het kind kan veranderen, wat op zijn beurt dan weer de ontwikkeling beïnvloedt. In het ICF-CY-schema wordt dit duidelijk gemaakt met dubbele pijlen tussen de verschillende componenten.

In de verschillende specifieke diagnostische protocollen vermelden we gangbare trends met betrekking tot factoren die van betekenis zijn in de ontwikkeling van een problematiek, niet met de bedoeling volledig te zijn maar eerder om de verschijningsvorm beter te kunnen situeren binnen een bio-psycho-sociaal model van functioneren zoals ICF-CY.

### 5.2.5 Positieve aspecten en ondersteunende factoren

Functioneringsproblemen bij kinderen en jongeren ontstaan in een transactioneel samenspel tussen de verschillende componenten. Voor de aanpak ervan is het belangrijk om in het integratief beeld, naast de moeilijkheden, ook de relevante positieve aspecten van het functioneren en de ondersteunende factoren te vermelden. Binnen de handelingsgerichte diagnostiek zijn deze immers cruciaal om het handelen op te laten aangrijpen.

Ondersteunende en belemmerende factoren zijn niet absoluut. Wat bij het ene kind een belemmerende factor is, kan bij het andere kind een ondersteunende factor zijn. Het zijn ook geen statische eenheden. Ze kunnen in de loop van de ontwikkeling een andere invloed uitoefenen. Een classificatie aan de hand van ICF omvat zowel de functioneringsproblemen als de niet-problematische<sup>72</sup> aspecten van het menselijk functioneren. Binnen de externe en persoonlijke factoren krijgen ondersteunende factoren een plaats naast de belemmerende.

In de specifieke diagnostische protocollen kiezen we voor de ICF-terminologie:

- ▶ positieve aspecten
- ▶ ondersteunende factoren

Daarmee wijken we af van de terminologie die binnen HGD wordt gehanteerd waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen:

---

<sup>71</sup> WHO, *International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2001

<sup>72</sup> neutrale of positieve

- ▶ positieve aspecten die als positief ervaren worden door de leerling, de ouders of de school;
- ▶ positieve kenmerken waarvan de onderzoeker van mening is dat ze een positieve invloed hebben op de ontwikkeling van het kind;
- ▶ beschermende factoren waarvan uit empirisch onderzoek is gebleken dat ze over het algemeen beschermen tegen de negatieve invloed van risicofactoren.