



TOETSSTENEN FAIRE DIAGNOSTIEK

Kwaliteitsvolle en zorgzame
diagnostiek bij kansengroepen

Marleen Van den Mooter

Caroline Dejonghe

Sarah Schaubroeck

Nathalie Rummens

(redactie)

Juni 2024



De toetsstenen werden geactualiseerd door de netoverstijgende werkgroep faire diagnostiek. Volgende werkgroepleden hebben doorheen de ontwikkeling een bijdrage geleverd: Annelies Van Aert, Caroline Dejonghe, Evelyn Rosier, Hanne Wynants, Ines De Ridder, Inge Dewulf, Inge van den Brink, Kathleen Bervoets, Liv Clemens, Maaïke Van Goethem, Marleen van den Mooter, Nathalie Rummens, Sarah Schaubroeck, Siham Marraha.

Volgende experts hebben feedback gegeven op de inhoud: Walter Magez, Mark Schittekatte en het Project Protocollering Diagnostiek (Prodia).

Met dank aan OVSG voor het ontwerp en de vormgeving.



Voorwoord

In september 2008 publiceerde de netoverstijgende werkgroep faire diagnostiek de brochure *Toetsstenen Faire Diagnostiek*, die de fundamentele voorwaarden beschreef voor het diagnostisch handelen bij kansarme leerlingen en leerlingen met een migratieachtergrond. De focus lag toen vooral op het fair omgaan met intelligentieonderzoek. Na de introductie van de brochure in de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) bleef de werkgroep het project de daaropvolgende jaren opvolgen, met o.a. vorming, intervisie en evaluaties van de fairness van veelgebruikte materialen in de CLB-sector.

Ondertussen zijn we vele jaren verder en de noodzaak om een handelingsgericht diagnostisch traject (HGD) op een faire manier te doorlopen, dringt zich nog meer op want de samenleving wordt steeds diverser. Denk aan de toename van cliënten met een lage sociaaleconomische status (SES), cliënten met een migratie- of vluchtachtergrond en cliënten die het Nederlands onvoldoende beheersen¹. Faire diagnostiek verwerft in zowel de CLB-sector als andere contexten die diagnostiek als een van hun kerntaken beschouwen een meer prominente plaats (zie [Prodia](#), [Kwaliteitscentrum Diagnostiek](#), [Assessment Hub Thomas More](#), [BFP Testcommissie](#), [COTAN](#), [CuSeHa](#)). Daarnaast is er vraag naar expertise over faire diagnostiek vanuit verschillende andere sectoren, zoals de kinderpsychiatrie, diagnostische centra en uitgeverijen van diagnostische instrumenten.

De oorspronkelijke brochure *Toetsstenen Faire Diagnostiek* geeft echter een onvolledig en verouderd beeld van onze diagnostische praktijk. Daarom kozen we ervoor om de brochure te actualiseren. Het theoretische concept van de toetsstenen blijft ongewijzigd, maar de visie, de gehanteerde concepten en de algemene terminologie zijn aangepast aan de hedendaagse praktijk. De aanbevelingen zijn vertaald naar de huidige praktijk en andere contexten dan de schoolcontext. De tests en diagnostische instrumenten die besproken werden in de oorspronkelijke brochure, zijn aan een grondige actualisering toe én zijn ook meer onderhevig aan vernieuwing en verandering doorheen de tijd. Daarom gaan we niet meer in op concrete materialen, wat de actualisering vlotter maakt zonder aan het geheel te hoeven raken.

Het belang van faire diagnostiek leidt ertoe dat dit verhaal meegenomen wordt in andere publicaties. Zo verwijst Prodia zoveel mogelijk vanuit de protocollen naar faire diagnostiek, tracht men bij het ontwikkelen van nieuwe tests taal- en cultuurbias in rekening te brengen en biedt het CHC-model heel wat kansen in het kader van faire diagnostiek, wat kan geraadpleegd worden op het [CHC-Platform](#). Om versnippering tegen te gaan, willen we deze brochure graag beschikbaar stellen voor iedereen die begaan is met faire diagnostiek. Daarom kiezen we ervoor om alle relevante informatie samen te brengen in een overzichtsdokument dat we digitaal ter beschikking stellen.

We zijn ervan overtuigd dat deze geactualiseerde versie van de brochure bijdraagt aan een meer faire diagnostiek voor alle cliënten uit kansengroepen. Onze grote dank gaat uit naar de verschillende CLB-veldmedewerkers, de medewerkers van POC/PBD van het CLB en van Prodia. Daarnaast willen we graag het Psychodiagnostisch Centrum (PDC) van Thomas More bedanken net als Walter Magez, die mee aan de basis lag van de oorspronkelijke brochure en Mark Schittekatte van de UGent, voor hun wetenschappelijke expertise.

Veel leesplezier!

Netoverstijgende Werkgroep Faire Diagnostiek

¹ Deze groepen worden verder in de tekst gevat onder het begrip kansengroepen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	4
Inleiding	6
De toetsstenen faire diagnostiek uitgelicht	8
FD1 Een vertrouwensrelatie creëren	8
FD2 Voldoende informatie verzamelen	8
FD3 Een positief kader opbouwen	8
FD 4 Inschatting niet laten beïnvloeden door waarden en (voor-)oordelen	8
FD5 Breed onderzoeken	8
FD6 Storende factoren voorkomen	9
FD7 Juist interpreteren	9
FD 8 Gepast indiceren	9
FD 9 Respectvol adviseren	9
FD 10 Geloven in de veranderbaarheid	9
1. Intakefase	10
Algemeen	10
Aandachtspunten faire diagnostiek	10
Een vertrouwensrelatie creëren (FD 1)	10
Een positief kader opbouwen (FD 3)	12
Voldoende informatie verzamelen (FD 2)	12
Inschatting niet laten beïnvloeden door waarden en (voor-)oordelen (FD 4)	15
2. Strategiefase	16
Algemeen	16
Aandachtspunten faire diagnostiek	16
Voldoende informatie verzamelen (FD 2)	16
Een positief kader opbouwen (FD 3)	17
Inschatting niet laten beïnvloeden door waarden en (voor-)oordelen (FD 4)	17
Geloven in veranderbaarheid (FD 10)	18
3. Onderzoeksfase	19
Algemeen	19
Aandachtspunten faire diagnostiek	19
Een vertrouwensrelatie creëren (FD 1) en de inschatting niet laten beïnvloeden door waarden en (voor-)oordelen (FD 4)	19
Storende factoren voorkomen (FD 6)	19
Breed kijken (FD 5)	23
Juist interpreteren (FD 7)	24

5. Integratie- en aanbevelingsfase	25
Algemeen.....	25
Aandachtspunten faire diagnostiek.....	25
Juist interpreteren (FD 7)	25
Inschatting niet laten beïnvloeden door waarden en (voor-)oordelen (FD 4)	27
Gepast indiceren (FD 8)	27
Geloven in veranderbaarheid (FD 10)	28
6. De adviesfase	29
Algemeen.....	29
Aandachtspunten faire diagnostiek.....	29
Respectvol adviseren (FD 9)	29
Geloven in veranderbaarheid (FD 10)	30
Een vertrouwensrelatie creëren (FD 1)	30



Inleiding

Het belang van faire diagnostiek bij kansengroepen wordt steeds meer erkend en besproken, zowel in de praktijk als in de wetenschappelijke wereld². Faire diagnostiek verwijst naar het doorlopen van een zorgvuldig en kwaliteitsvol diagnostisch proces bij kansengroepen waarbij belangrijke kenmerken centraal staan, zoals een vertrouwensrelatie opbouwen, zich bewust zijn van het eigen referentiekader, het beslissingsrecht van de cliënt respecteren...

Bij het doorlopen van het diagnostisch proces bij kansengroepen is het essentieel om rekening te houden met specifieke factoren die de meting kunnen beïnvloeden (bias of vertekening), evenals met belangrijke contextfactoren zoals een lage socio-economische status, meertaligheid, migratieachtergrond en vluchtverhaal. Het is immers van belang om een foutieve inschatting, een cultuurgebonden interpretatie of een te weinig genuanceerde conclusie te vermijden.

Een kwaliteitsvol diagnostisch proces houdt rekening met de toetsstenen van faire diagnostiek. Het is vanzelfsprekend dat die aandachtspunten van toepassing zijn op alle cliënten. Naast het rekening houden met die aanbevelingen, is divers-sensitief handelen belangrijk voor een kwaliteitsvolle diagnostiek. Divers-sensitiviteit vertrekt vanuit vijf handelingsprincipes³:

- Een open, respectvolle, nabije en uitnodigende basishouding.
- Samenwerking en dialoog staan centraal, waarbij probleemdefiniëring en oplossingsstrategieën met iedereen samen vorm krijgen.
- Een krachtgerichte kijk op cliënten en diversiteit die aandacht heeft voor competenties, mogelijkheden en inspanningen en het zoveel mogelijk benutten van talenten.
- Vaardigheid in (interculturele) communicatie, zoals cultuursensitiviteit en krachtgericht omgaan met taaldiversiteit
- Kritische houding tegenover bestaande machtsverschillen in de samenleving. Divers-sensitief handelen gaat uit van het samen vormgeven (co-creatie) en het bevorderen van gelijke kansen.

Door die manier van werken kan de diagnosticus expliciet inzetten op gelijke kansen voor iedereen, vooral voor de meest kwetsbare cliënten. Binnen de *Toetsstenen Faire Diagnostiek* kijken we breed naar diagnostiek en de diagnosticus. Diagnostiek zien we als een proces van gericht informatie verzamelen en analyseren, met als doel een beslissing te kunnen nemen over de in te zetten aanpak of interventie. We beschouwen elke professional, uit verschillende sectoren en van verschillende disciplines, die alleen of samen met collega's een diagnostisch proces loopt, als diagnosticus.

² Nederlands Instituut voor Psychologen (2015). Aanvulling op het COTAN Beoordelingssysteem m.b.t. Fairness. Geraadpleegd op 29 mei 2024, van <https://psynip.nl/wp-content/uploads/2022/05/COTAN-Herzien-Fairness-addendum-per-14-07-2021.pdf>; Meeussen, L. (red). 2023. Crossculturele psychologie, Leuven: AccoLearn ; Van de Vijver, F., Schittekatte, M., & Fontaine J. (2016). Allochtone leerlingen. In Verschueren, K. & Koomen, H. (Red.). Handboek Diagnostiek in de leerlingenbegeleiding: Kind en context (pp. 323-337). Antwerpen: Garant; Borra, R., van Dijk R. & Verboom R. (Red.). (2016) Cultuur en psychodiagnostiek professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; Hoffman, E. (2014). Interculturele gespreksvoering. Niet culturen maar mensen ontmoeten elkaar. In G. Bosmans, L. Claes, P. Bijttebier, & I. Noens (Red.). Diagnostiek bij kinderen en jongeren en gezinnen Deel I: Een theoretisch kader voor de praktijk (pp. 65-90). Leuven: Acco.

³ Van Robaey, B., Geerts, L., & Balli, S. (2014), Verbinden vanuit diversiteit. Krachtgericht werken in een context van armoede en culturele diversiteit (pp. 34 en pp. 54-82). Leuven: LannooCampus.

De toetsstenen zijn niet alleen een kader voor reflectie over de procedure en de inhoud van het diagnostisch handelen, maar ook een kader voor kwaliteitsbewaking. Hoewel de toetsstenen voor elke cliënt relevant zijn, zijn ze bijzonder belangrijk voor kansengroepen om gelijke kansen te bevorderen.

We starten met een beknopt overzicht van alle toetsstenen. Die werken we telkens uit en we verbinden ze met de deelfasen van handelingsgerichte diagnostiek (HGD), zoals beschreven in *Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek - Leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk*⁴. Specifiek voor diagnostiek binnen het onderwijs, verwijzen we naar het Algemeen Diagnostisch Protocol en de Specifieke Diagnostische Protocollen van Prodia.

Alle toetsstenen zijn in elke fase in mindere of meerdere mate relevant. We lichten er telkens diegene uit die bijzondere aandacht verdienen. Daardoor komen ze in de tekst niet in een vaste volgorde aan bod.



⁴ Schoupe, N. (2020). *Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek. Leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk* (pp 28-31). Kwaliteitscentrum Diagnostiek vzw. Geraadpleegd op 29 mei 2024, van <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2020/10/AIRD-Mei-2020-1.pdf>

De toetsstenen faire diagnostiek uitgelicht

De toetsstenen faire diagnostiek (FD) vormen de basis van **kwaliteitsvolle diagnostiek bij kansengroepen** en kennen hun uitwerking binnen de fasen van het handelingsgericht diagnostisch traject (HGD-traject). Ze zijn van toepassing op *alle* cliënten, maar hebben bij kansengroepen een grotere impact. Het is dus cruciaal om er net bij deze doelgroep extra aandacht voor te hebben.

De beknopte toelichting bij de toetsstenen faire diagnostiek volgt grotendeels de opbouw van het **diagnostisch traject**. De **toetsstenen FD5, FD6 en FD7** zijn specifiek gericht op de onderzoeksfase. De andere zijn altijd relevant in alle contacten met cliënten uit kansengroepen.

FD1 Een vertrouwensrelatie creëren

- ▶ Verbinding maken met de cliënt en zijn context
- ▶ Transparant en eerlijk informeren over het komende traject
- ▶ Rekening houden met psychologische afstand en weerstand
- ▶ Steunfiguren, ervaringsdeskundigen en tolken inschakelen waar nodig

FD2 Voldoende informatie verzamelen

- ▶ Breed kijken: informatie verzamelen over de cliënt én zijn context
- ▶ Rekening houden met zowel positieve als negatieve aspecten, beschermende/ondersteunende en belemmerende factoren
- ▶ Extra aandacht hebben voor gegevens over kansarmoede, SES, migratie, etniciteit

FD3 Een positief kader opbouwen

- ▶ Meehelpen om een positief kader op te bouwen waarbinnen de cliënt, de thuis-/leefcontext, de school-/werkcontext en externe organisaties elkaar als gelijkwaardige partner zien
- ▶ Voortdurend afstemmingsproces tussen de cliënt en alle betrokkenen, met het welzijn van de cliënt als enige doel
- ▶ De zorgen van en voor alle betrokkenen transparant omschrijven
- ▶ De cliënt blijft eigenaar van de vraag

FD 4 Inschatting niet laten beïnvloeden door waarden en (voor-)oordelen

- ▶ Basishouding: divers-sensitief werken
- ▶ Elke cliënt heeft recht op een gelijkwaardige inzet van elke betrokken professional
- ▶ Bewust zijn van het eigen referentiekader (attitude, overtuigingen en verwachtingen)
- ▶ Actief bevragen van het referentiekader van het cliëntsysteem en de school- en werkcontext
- ▶ Alle referentiekaders van de betrokkenen meenemen in het hele proces

FD5 Breed onderzoeken

- ▶ Rekening houden met zowel cliëntkenmerken als contextfactoren
- ▶ De cliënt breed onderzoeken: meer dan enkel cognitieve vaardigheden en adaptief gedrag, maar ook motivatie, persoonlijkheid, sociaal-emotionele factoren ...
- ▶ Een brede waaier aan onderzoeksmethoden en -instrumenten gebruiken
- ▶ Naast het resultaat, ook het proces bekijken
- ▶ Blijven zoeken naar positieve krachten

FD6 Storende factoren voorkomen

- ▶ Met zorg de juiste instrumenten en methodieken kiezen en nagaan of ze geschikt zijn voor de cliënt in kwestie
- ▶ Zich bewust blijven van het feit dat geen enkele test cultuurvrij is, net zoals dat ook geldt voor de diagnosticus zelf
- ▶ Diagnostische instrumenten deskundig gebruiken
- ▶ Rekening houden met mogelijke storende factoren (vertekening) zoals onvoldoende motivatie, taalvaardigheid, cultuurvertrouwdheid of testvaardigheid
- ▶ Waar mogelijk gebruik maken van doelgroepspecifieke normen
- ▶ De evolutie en de leerbaarheid in kaart brengen

FD7 Juist interpreteren

- ▶ Zich ook hier bewust blijven van het feit dat geen enkele test cultuurvrij is, en dat dit ook geldt voor de diagnosticus zelf
- ▶ Rekening houden met mogelijke vertekening (bias) bij de interpretatie van de gegevens, met aandacht voor de invloed van taal, cultuur en kansarmoede
- ▶ Niet voortgaan op één testmoment, maar vooruitgang of leerbaarheid nagaan door hertesting
- ▶ Onderscheid maken tussen het momenteel bereikte prestatieniveau en de (intellectuele) mogelijkheden van de cliënt

FD 8 Gepast indiceren

- ▶ Zich bewust zijn dat eenzelfde verschijnsel een andere oorzaak kan hebben en dat eenzelfde oorzaak soms kan leiden tot een ander verschijnsel. Daardoor kan in beide situaties een heel andere aanpak nodig zijn
- ▶ Rekening houden met aspecten van kansarmoede en meertaligheid in de aanpak van leer- en ontwikkelingsproblemen
- ▶ Indicering afstemmen op de haalbaarheid voor en de veranderbaarheid van de context

FD 9 Respectvol adviseren

- ▶ Open, transparant en respectvol adviseren
- ▶ Communiceren in een verstaanbare, toegankelijke taal
- ▶ Zorgen voor afstemming op de mogelijkheden en context van de cliënt
- ▶ Eerlijk informatie geven over de impact van beslissingen
- ▶ Respect hebben voor de beslissingsbevoegdheid van de cliënt
- ▶ Samenwerken met steunfiguren, ervaringsdeskundigen en tolken waar nodig (en zorgen voor voldoende vertrouwen tussen alle betrokkenen)

FD 10 Geloven in de veranderbaarheid

- ▶ Spaarzaam zijn met het vermelden van cijfers of algemene categorieën, maar (betrouwbaarheids)intervallen en concrete voorbeelden gebruiken
- ▶ Geloven in veranderbaarheid en die evolutie ook blijven opvolgen
- ▶ Interventies afstemmen op de mogelijkheden en context van de cliënt
- ▶ De school- en werkcontext actief aanzetten om preventieve acties en interventies uit te voeren

1 Intakefase

Algemeen ⁵

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (Schoupe, 2020) definieert de intakefase als volgt:

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

Er wordt getracht volgende aspecten in kaart te brengen:

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

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

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

Aandachtspunten faire diagnostiek

Een vertrouwensrelatie creëren (FD 1)

Het eerste doel van de intake is een goede relatie tot stand brengen. Het fundament daarvoor is vertrouwen tussen alle betrokkenen. Net bij kansengroepen vraagt het extra inspanningen van de diagnosticus om vertrouwen te winnen. Transparantie en eerlijke communicatie horen daar onafscheidelijk bij.

⁵ Schoupe, N. (2020). *Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek. Leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk* (pp.28-29). Kwaliteitscentrum Diagnostiek vzw. Geraadpleegd op 29 mei 2024, van <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2020/10/AIRD-Mei-2020-1.pdf>

Voorafgaand aan de eigenlijke intake is een goede voorbereiding noodzakelijk, zowel naar inhoud als naar vorm. De diagnosticus staat stil bij het gespreksonderwerp en de context van het cliëntsysteem. Ook vakjargon gebruiken kan cliënten uit kansengroepen afschrikken of tot misverstanden leiden.

De diagnosticus maakt onder meer een taalinschatting van de cliënt (meertalig, laaggeletterd ...). Afhankelijk daarvan kan hij een aantal brugfuncties inzetten om de wederzijdse communicatie te ondersteunen. Dat kunnen personen, methodieken en materialen zijn die de diagnosticus kan hanteren tijdens de intake en het verdere traject om een vlotte communicatie mogelijk te maken. Denk bijvoorbeeld aan eenvoudig en concreet Nederlands gebruiken, intercultureel bemiddelaars (ICB's), sociaal tolken of vertaalapps inzetten en visuele materialen of vertaalde publicaties aanreiken. Bekijk bijvoorbeeld ook de [Vernieuwde gesprekswijzer | Opgroeien](#).

Voorbeeld: Een gezin stelt een hulpvraag over hun kind. De ouders zijn de Nederlandse taal niet machtig en staan wantrouwig tegenover hulpverlening omwille van eerdere negatieve ervaringen. Om het traject te kunnen opstarten, is het opbouwen van vertrouwen essentieel. De diagnosticus gaat na op welke manier ze tot een goede communicatie kunnen komen, zodat de uitgewisselde informatie voor elke betrokkene duidelijk en helder is. Via een collega die de taal van de ouders spreekt, wordt aan de ouders gevraagd wat een goede manier van communiceren is. Ze geven aan dat een buurvrouw hen vaak helpt met de taal. Ook e-mail is gemakkelijk omdat ze die automatisch kunnen laten vertalen. Voor het intakegesprek wordt aan de ouders gevraagd of ze willen dat hun buurvrouw meekomt of dat er een sociaal tolk wordt voorzien.

Naast de gebruikte taal, speelt de houding van de diagnosticus, een belangrijke rol. Elke stap wordt gezet vanuit een zorgzame en emancipatorische kijk op de cliënt. In het hele traject blijft het zoeken naar een evenwicht tussen voldoende (eventueel zelfs aanklampende) zorg enerzijds en respect voor het tempo en het perspectief van de cliënt anderzijds.

Vanaf de aanmelding start de diagnosticus met een vertrouwensrelatie op te bouwen met de cliënt en het cliëntsysteem. Om het proces op een effectieve manier te kunnen doorlopen, is verbinding met cliënten uit kansengroepen essentieel. De diagnosticus gaat bij voorkeur na of hij bijkomend vertrouwens- of steunfiguren uit het netwerk kan of moet inschakelen. Daarnaast kan het een meerwaarde zijn om doorheen het traject een ervaringsdeskundige in de armoede, een ICB of sociaal tolk te betrekken. De essentiële voorwaarde daarbij blijft altijd de instemming en rechtstreekse betrokkenheid van de cliënt.

Gebeurt de aanmelding door een externe partner? Dan staat de diagnosticus expliciet stil bij de betrokkenheid van de cliënt en diens relatie met de aanmelder. Hij is zich daarvan bewust en zorgt ervoor dat ze geen beletsel vormen voor het diagnostisch proces. Transparantie in de communicatie is essentieel. Maak zeker ook de inhoud van het gesprek zo concreet mogelijk:

- ▶ Wie is aanmelder? Komt de cliënt op eigen initiatief? Heeft hij een hulpvraag? Wordt de cliënt verplicht om zich aan te melden? Gaat hij akkoord met de aanmelding?
- ▶ Is de cliënt of het cliëntsysteem voldoende op de hoogte van de inhoud van de vraag en van de gedeelde informatie? In welke mate is de hulpvraag samen met de cliënt geformuleerd?
- ▶ Gaf elke betrokkene zijn toestemming met kennis van zaken?

Voorbeeld: De leerkracht maakt zich zorgen over de motorische ontwikkeling van een vierjarige kleuter en nodigt de ouders uit voor een gesprek. Die geven aanvankelijk aan geen hulpvraag te hebben rond de motoriek van hun zoon en zeggen dat thuis alles vlot verloopt. Ze staan niet open voor een doorverwijzing naar het CLB. Na verdere gesprekken met de leerkracht, waarin ouders zich gehoord, begrepen en gerespecteerd voelen, durven ze vertellen dat ze niet altijd weten hoe de opvoeding van hun zoon aan te pakken. Ze maken zich zorgen over zijn hoeveelheid schermtijd en het gebrek aan beweging. Door te vertrekken vanuit die hulpvraag groeit er openheid van de ouders om een stap naar het CLB te zetten. Samen kunnen ze aan de slag. Na verloop van tijd kan de bezorgdheid van de school een plaats krijgen in het verdere traject.

Een positief kader opbouwen (FD 3)

Een goede start van de intakefase is niet evident, zeker niet als de cliënt zelf geen vragende partij is voor interventies. Bij kansengroepen kunnen daar verschillende redenen voor zijn. Net daarom is het cruciaal om bij de vraagverheldering een gezamenlijk vertrekpunt te creëren.

Bevraag actief wat cliënten van jou verwachten, geef aan wat jij van hen verwacht en verduidelijk jouw positie in relatie tot andere betrokkenen. Hou steeds rekening met de specifieke context van lage SES en/of migratieachtergrond. Omgaan met die diversiteit vraagt een eigen professionaliteit, maar evengoed tijd en energie. Een hulpverlener die investeert in een degelijke afstemming en vraagverheldering, en zich bewust blijft van eigen overtuigingen en (voor)oordelen t.a.v. kansengroepen, vergroot niet alleen de betrokkenheid van de cliënten. Hij realiseert ook meer medewerking en uitvoering van adviezen. Het is een gouden vuistregel om als hulpverlener de cliënten van zeer nabij, zorgzaam en op maat te ondersteunen.

Voorbeeld: *De school geeft aan dat ze problemen ervaart bij een leerling uit een kansengroep. De ouders zijn bereid om in gesprek te gaan met het CLB, maar ervaren geen of toch niet hetzelfde probleem. Er is enige weerstand voelbaar.*

Een CLB-medewerker zal in dit gezin voldoende tijd moeten investeren om vertrouwen op te bouwen, om de gestelde vraag een plaats te geven en om van daaruit tot een gezamenlijk vertrekpunt te komen. Hou er rekening mee dat het voor deze ouders niet altijd gemakkelijk is om hun vraag helder te verwoorden. Desondanks peilt het CLB naar hun visie en zoekt naar hun achterliggende vraag vanuit een grote openheid en een echte luisterbereidheid, ook al komen tijdens het gesprek andere normen en waarden naar voren.

De diagnosticus houdt voor ogen dat een diagnostisch proces doorlopen wordt met de cliënt in zijn context. Bij kansengroepen is extra alertheid noodzakelijk vanuit een divers-sensitieve basishouding. De attributies (factoren waaraan iemand een gedrag of een gebeurtenis toeschrijft) van de nauw betrokkenen ten aanzien van een probleem bepalen mee hoe het traject verder zal verlopen en voor welke adviezen ze al dan niet openstaan. Het eigen leefwereldperspectief van de cliënt kan richtinggevend zijn, maar het kan afwijken van dat van de diagnosticus. Uiteenlopende perspectieven kunnen leiden tot verschillen in attributies bij de diagnosticus en de cliënt.

Om oorzaken niet uitsluitend te zoeken bij individuele personen maar ook naar structurele of externe factoren te kijken, probeert de diagnosticus voeling te krijgen met de actuele en dagelijkse levensomstandigheden van kansengroepen. Persoonlijk contact en echt luisteren naar ervaringen van mensen kunnen helpen om een bredere kijk te ontwikkelen en naast het eigen aandeel, de eigen persoon van de cliënt ook andere, meer externe, oorzaken van problemen voor ogen te houden. Van daaruit wordt de veerkracht van de cliënt zichtbaar, wat in het verdere traject van belang kan zijn. De diagnosticus kan zo beter rekening houden met het complexe samenspel van factoren en processen op verschillende niveaus. Hij kan ze benoemen en erkenning geven.

De cliënt krijgt het gevoel dat hij zelf iets kan bijdragen en er ontstaat meer bereidheid om mee te werken aan een oplossing.

Voldoende informatie verzamelen (FD 2)

De diagnosticus vraagt de cliënt of het cliëntsysteem op gepaste wijze naar relevante informatie over de sociaal-economische en sociaal-culturele context, de verwachtingen, de ervaren problemen, de positieve aspecten, de attributies van de betrokken partijen en de genomen maatregelen. Dat geeft een genuanceerd beeld van de ontwikkeling binnen de eigen context en de mogelijk ondersteunende en belemmerende factoren. We beperken ons niet tot de thuisomgeving alleen, maar trachten een beeld te krijgen van de volledige context waarbinnen de cliënt zich beweegt: school, werk, vrije tijd, sociaal netwerk, steunfiguren... Dat kan later mogelijke aanknopingspunten bieden voor de aard en de gedragenheid van het advies.

Inventariseer zeker de positieve aspecten bij cliënt en context, niet enkel de negatieve of belemmerende factoren.

- ▶ Wanneer doen de problemen zich niet voor?
- ▶ Wat gebeurt er dan?
- ▶ Waar maak je je geen zorgen over?
- ▶ Zijn er beschermende of ondersteunende factoren aanwezig?
- ▶ Zijn er eerder al maatregelen genomen om tot een oplossing te komen? Zo ja, welke en met welk resultaat?

De diagnosticus vertrekt vanuit een open ingesteldheid en een houding van niet-weten, met het nodige respect voor de cliënt. Ook hier is hij zich bewust van de eigen overtuigingen en (voor)oordelen. Het [Cultural Formulation Interview](#) kan daarbij helpen om zich een beeld te vormen van de impact van de cultuur op het functioneren van de cliënt in zijn context⁶. Dat heeft immers gevolgen op het verdere verloop van het diagnostisch traject en de daaruit voortvloeiende hulpverlening. Hou voor ogen dat het telkens gaat om evenwicht zoeken tussen bevragen (informatie inwinnen), polsen naar de beleving van cliënten bij de thema's en oog hebben voor hun reacties erop (reflectie).

Tijdens de intake kan bij kansengroepen extra aandacht besteed worden aan een aantal topics, die impact hebben op het dagelijkse functioneren van de cliënt. Die kunnen het verdere verloop van het traject kleuren, zowel in positieve als negatieve zin. Hieronder zetten we een aantal van die topics op een rij⁷.

Sociaal-culturele aspecten van de thuis- en leefcontext⁸

- ▶ Gezinsamenstelling
- ▶ Rollen en mandaten binnen het cliëntstelsel: wie neemt belangrijke beslissingen en waarover?
- ▶ Opleidingsniveau
- ▶ Taalgebruik en communicatiepatronen tussen de verschillende leden van het cliëntstelsel, culturele bagage binnen het cliëntstelsel
- ▶ Mogelijkheden tot ondersteuning bij schooltaken, in het gezin of bij tewerkstelling: voldoende toegang tot leermiddelen, een beroep kunnen doen op externe ondersteuning
- ▶ Vaardigheden en mogelijkheden in communicatie naar school- of werkcontext en hulpverlening
- ▶ Vaardigheden en mogelijkheden in mobiliteit naar school- of werkcontext en hulpverlening
- ▶ Opvoedingsvaardigheden, visie op en beleving van opvoeding: nadruk op controle of op vrijheid geven, verantwoordelijkheid leren nemen, ruimte bieden voor exploratie en spel, strategieën hanteren voor straffen en belonen, regels, gewoontes en gebruiken binnen het cliëntstelsel, emotionele steun en warmte geven ...
- ▶ Huisvesting met mogelijke impact op andere domeinen: aparte ruimte om te slapen en studeren, afstand tot onderwijs, werk of hulpverlening

⁶ Rohlof, H., van Dijk, R. & Groen, S. (2022). *Nederlandse vertaling van het Cultural Formulation Interview*. DSM-5-TR, Boompsychologie & psychiatrie. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van https://dsm-5.nl/actueel/209-363_Cultural-Formulation-Interview/; Mezzich, J. E., Caracci, G., Fabrega, H., Jr, & Kirmayer, L. J. (2009). Cultural formulation guidelines. *Transcultural psychiatry*, 46(3), 383–405. <https://doi.org/10.1177/1363461509342942>; Van Nieuwenhove, K. (2023). *Richtlijn Casusformulering* (p. 60). Kwaliteitscentrum Psychodiagnostiek vzw. Geraadpleegd op 8 augustus 2024, van https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2023/11/Richtlijn-Casusformulering_KwaliteitscentrumvoorDiagnostiek.pdf

⁷ Het ECLECTIC-framework kan eveneens inspirerend zijn om dit verder uit te diepen. Vereecke, M., Wouters, O., Art, T., & Winkler, D. (2023). *Richtlijnen bij diverssensitieve diagnostiek* (p. 7). CuSeHa (cultuursensitieve diagnostiek), Dienst Ondersteuningsplan Vlaams-Brabant en Brussel. Geraadpleegd op 7 juni 2024, van https://www.vlaamsforumdiagnostiek.be/uploads/7/3/6/4/73641965/cuseha_diagnostische_richtlijnen.pdf

⁸ Prodia. (2024). Bouwsteen: Thuis- en Leefcontext. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van <https://www.prodiagnostiek.be/het-prodia-model/thuis-en-leefcontext/>

- ▶ Financiële mogelijkheden van het cliëntensysteem: betaalbaar onderwijs en zorg, recht op bepaalde tussenkomsten
- ▶ Fysieke en psychische gezondheid van het cliëntensysteem en mogelijke problemen of impact op andere domeinen
- ▶ Vrijtijdsbesteding: is er toegang tot en integratie in sportclubs, jeugdbeweging, onderwijsondersteunende initiatieven in de buurt, culturele sector, religieuze organisaties ...
- ▶ Aanwezigheid van steunfiguren, vertrouwenspersonen of buddy's in de nabije en ruimere context van het cliëntensysteem

Etnisch-culturele achtergrond en migratiegeschiedenis

- ▶ Land en streek van herkomst (grote stad, kleine stad, platteland ...)
- ▶ Schoolloopbaan en organisatie van onderwijssystemen in het land van herkomst
- ▶ Taalaanbod van de verschillende gezinsleden in de moedertaal/thuistaal en een inschatting van het begrip, de uitdrukingsvaardigheid en beheersing van mondelinge en schriftelijke taal
- ▶ Voorkeurstalen in het gezin en het belang dat verschillende gezinsleden hechten aan de verschillende talen
- ▶ Kennis van de taal/talen van het gastland
- ▶ Migratiegeschiedenis: moment van aankomst in gastland en (voorziene) duur van verblijf, reden van migratie en het mandaat van de cliënt binnen de eigen gemeenschap (gestuurd door familie, om geld te verdienen, om een diploma te halen, om te zorgen voor gezinshereniging ...), mogelijk traumatiserende gebeurtenissen, verloop van integratie en beleving ervan (gevoel van aanvaarding of van discriminatie of ...), eventuele ondersteunende instanties of hulpbronnen
- ▶ Acculturatieproces: situering van het cliëntensysteem in de cultuur van herkomst en in die van het gastland, de impact daarvan op het functioneren en op de beleving van de cliënt en het cliëntensysteem van (de integratie in) deze contexten
- ▶ Kennis van onderwijssystemen en arbeidsmodaliteiten in het gastland
- ▶ Visie op en beleving van school, opleiding en werk

Kenmerken van de school- of werkcontext

- ▶ **Schoolcontext**⁹: wijze van omgaan met diversiteit en kansengroepen, uitbouw van het zorg- en welzijnsbeleid en beleid t.a.v. anderstalige nieuwkomers, samenstelling van het schoolteam, vaardigheden en attitudes van het schoolteam, school- en klasklimaat en leeromgeving, visie op andere cultureel gebonden uitingen (bijvoorbeeld oogcontact maken), homogene of heterogene leerlingenpopulatie, aandacht voor thuis- en leefcontext, kwaliteit van de onderlinge relaties tussen leerlingen, financieel beleid (hoge schoolkosten versus afbetalingsplan of gratis maaltijden), infrastructuur (bijvoorbeeld kleine speelplaats) ...
- ▶ **Werkcontext**: omgang met diversiteit en kansengroepen, openheid voor andere culturen, visie op andere cultureel gebonden uitingen (bijvoorbeeld hand geven bij begroeten), beleid t.a.v. grensoverschrijdend gedrag, homogene of heterogene samenstelling van het personeel, kwaliteit van contacten tussen collega's ...
- ▶ **Taalbeleid** binnen school- of werkcontext: visie op meertaligheid, tolerantie van thuistalen, bereidheid tot gebruik van gemeenschappelijke talen, ondersteuning bij het aanleren van de taal van het gastland ...

Na het breed verzamelen van informatie tijdens de intake, moet de hulpvraag concreet geformuleerd zijn vanuit het standpunt van de cliënt. Verschillende betrokkenen mogen verschillende hulpvragen hebben, maar het moet

⁹ Prodia. (2024). Bouwsteen: Schoolcontext. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van <https://www.prodiagnostiek.be/het-prodia-model/schoolcontext/>

voor iedereen duidelijk zijn welke hulpvragen gesteld zijn en welke hulpvragen worden meegenomen in het verdere traject. Dat geldt ook bij cliënten die niet handelingsbekwaam zijn en bij verplichte hulpverlening.

Tijdens de intake blijft het altijd zoeken naar een evenwicht tussen een vertrouwensrelatie opbouwen en relevante informatie inwinnen. Daarbij is de vertrouwensrelatie prioritair. Het is namelijk gemakkelijker om later in het traject nog bijkomende relevante informatie in te winnen dan een vertrouwensrelatie herop te bouwen, waarin onvoldoende werd geïnvesteerd in de beginfase.

Het is dus belangrijk om alles in het werk te stellen om de samenwerking tussen de diagnosticus, de cliënt en zijn context constructief en gelijkwaardig te laten verlopen. Dat geldt uiteraard niet enkel in de intake maar gedurende het hele traject.

Voorbeeld: De school maakt zich zorgen over de beperkte vooruitgang op het vlak van schoolse vaardigheden. De ouders maken zich geen zorgen en denken dat hun dochter alleen meer tijd nodig heeft om zich aan te passen. De diagnosticus heeft het gevoel dat de ouders niet vrijuit kunnen spreken en nodigt hen uit voor een nieuw gesprek, zonder de school. Daar geven ze aan dat hun dochter niet graag naar school gaat. Ze is onzeker en vertelt thuis dat ze bang is voor de leerkracht. De ouders willen in eerste instantie niet dat die informatie gedeeld wordt met de school. Ze vrezen dat hun dochter daardoor geïsoleerd zal worden door de betreffende leerkracht. Door de vertrouwensrelatie verder uit te bouwen, zijn de ouders uiteindelijk bereid om hun zorgen ook met de school te delen.

Inschatting niet laten beïnvloeden door waarden en (voor-)oordelen (FD 4)

Iedereen kijkt en handelt vanuit zijn eigen referentiekader, bepaald door de eigen sociaal-culturele context, SES en ervaringen waarbij men elkaar voortdurend beïnvloedt. De diagnosticus is zich bewust van zijn eigen referentiekader en van het belang om eigen overtuigingen en (voor-)oordelen t.a.v. kansengroepen te (h)erkennen. Kansengroepen hebben op hun beurt overtuigingen en (voor-)oordelen over onderwijs en hulpverlening. Ook binnen de school- en werkcontext zijn er waarden en verwachtingen die voortkomen vanuit een bepaald referentiekader. Door zicht te krijgen op en rekening te houden met de verschillende referentiekaders, faciliteren we wederzijds begrip en een constructieve samenwerking. De diagnosticus be vraagt daarom actief de referentiekaders van het cliëntensysteem en de school- en werkcontext en behoedt zich ervoor om zijn eigen referentiekader voorop te stellen.

Voorbeeld: Een negenjarig meisje dubbelt het derde leerjaar en de school blijft zich zorgen maken over haar zeer traag leerproces. Haar moeder wordt uitgenodigd op een oudercontact om de bezorgdheden en verdere aanpak op school te bespreken. De zorgcoördinator geeft aan dat de ondersteuning op school onvoldoende is gebleken omdat er thuis niet geoefend wordt met het meisje. Daarom overweegt de school om de extra ondersteuning stop te zetten of te verminderen en in te zetten bij kinderen waarbij er thuis wel opvolging is. De moeder reageert verbaasd en geeft aan dat ze ervan uitging dat het leerproces de verantwoordelijkheid is van de school en dat het geen onwil is. Ze is zelf niet geschoold en is de Nederlandse taal niet volledig machtig, waardoor ze haar dochter niet kan ondersteunen met huiswerk.

Voorbeeld: Een school, met een uitgebreid muzikaal en creatief pedagogisch project, organiseert ieder schooljaar een theatervoorstelling. Daarin acteren de leerlingen in een grote theaterzaal van een theaterhuis. Het schoolteam en de leerlingen werken er een lange periode naartoe. Alle ouders worden uitgenodigd een ticket te kopen voor de voorstelling, die plaatsvindt op een avond in het weekend. Een leerling is niet aanwezig, terwijl de school alle leerlingen verwacht en hun ouder(s) en opvoedingsverantwoordelijken meermaals op de hoogte bracht. De afwezige leerling groeit op in een gezin met vier kinderen en een alleenstaande moeder. Wegens omstandigheden liggen de prioriteiten van de moeder voornamelijk bij de basisorganisatie van haar gezin. Ze kent een andere waarde toe aan het bijwonen van een culturele buitenschoolse activiteit dan de school. Voor het schoolteam is dat moeilijk te begrijpen.

2. Strategiefase

Algemeen¹⁰

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (Schoupe, 2020) definieert de strategiefase als volgt:

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

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

Alvorens verder te gaan, stelt de diagnosticus zich de vraag of hij/zij over voldoende kennis en ervaring over de te toetsen hypothesen beschikt om het diagnostisch onderzoek verder te kunnen zetten. Indien de diagnosticus zich om eender welke reden niet in staat acht het onderzoek op verantwoorde wijze uit te voeren, verwijst hij de cliënt door naar een collega. Binnen het gehele proces van reflectie wordt ook bewust omgegaan met de invloed die de diagnosticus, de cliënt en/of de interactie tussen beide uitoefenen op het diagnostisch gebeuren (cf. kwaliteitspijler reflexiviteit van de diagnosticus en het diagnostisch team).

Aandachtspunten faire diagnostiek

Voldoende informatie verzamelen (FD 2)

Door het biopsychosociaal referentiekader te hanteren, blijf je breed kijken. Als diagnosticus mag je het breed kijken niet beperken tot specifieke vaardigheden zoals cognitieve vaardigheden en adaptief gedrag. Bij kansengroepen moet er, meer nog dan bij andere cliënten, oog zijn voor sociaal-emotionele factoren, persoonlijkheid, motivatie en voor de beschermende en ondersteunende factoren thuis, op school, op het werk of in de buurt¹¹.

Kansengroepen kunnen, om verschillende redenen, meer terughoudend zijn om informatie te delen. Als je hypothesen formuleert is het dus belangrijk om na te gaan of er voldoende contextgegevens verzameld zijn. Ontbreken er contextgegevens, dan wordt dat meegenomen bij het opmaken van de onderzoeksvragen. Het

¹⁰ Schoupe, N. (2020). *Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek. Leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk* (p. 29-30). Kwaliteitscentrum Diagnostiek vzw. Geraadpleegd op 29 mei 2024, van <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2020/10/AIRD-Mei-2020-1.pdf>

¹¹ Prodia. (2024). Het Prodia-Model. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van <https://www.prodiagnostiek.be/het-prodia-model/>

blijft essentieel om expliciet aandacht te geven aan de verschillende contexten en het objectief clusteren van informatie. Wees je ervan bewust wie welke informatie aanlevert en welk referentiekader die persoon hanteert.

Een positief kader opbouwen (FD 3)

Vooraleer het verdere traject uit te tekenen, zal de diagnosticus alle beschikbare informatie bundelen. Zo komt hij tot hypothesen en onderzoeksvragen in functie van verdere acties en veranderingen in de situatie van de cliënt. Bij voorkeur gebeurt dat multidisciplinair en waar mogelijk samen met een intercultureel bemiddelaar of ervaringsdeskundige in de armoede. Op die manier wordt de sociaal-economische of etnisch-culturele context meegenomen en wordt het geheel benaderd vanuit een blijvend brede kijk.

Daarbij hebben we oog voor positieve aspecten, voor situaties waarin de cliënt wel optimaal functioneert en participeert en voor aanwezige veerkracht. Die elementen zorgen immers voor aanknopingspunten bij het stellen van hypothesen en kunnen leiden tot verandering.

Bij kansengroepen blijft de diagnosticus nog alerter voor de vertrouwensrelatie met de cliënt, omdat er mogelijk wantrouwen is tegenover hulpverlening. De cliënt blijft centraal staan, verklaringen en attributies van de cliënt en het cliëntsysteem worden meegenomen als hypothesen. De diagnosticus luistert actief naar hun inbreng. Wat ze zeggen over hun eigen situatie is van groot belang.

Op het einde van de strategiefase stemt de diagnosticus met het cliëntsysteem af welke onderzoeksvragen worden meegenomen en waarom. Hij stelt de onderzoeksmethodes voor en maakt waar mogelijk al concrete afspraken. Het is immers belangrijk dat de diagnosticus samen met het cliëntsysteem verdergaat, zonder stappen over te slaan. Zeker bij kansengroepen bestaat dat risico, bewust of onbewust, omdat het inspanning en tijd vraagt. Maar net door transparant te communiceren over wat zal gebeuren en hoe het zal verlopen, kan de cliënt aangeven hoe hij staat tegenover het onderzoek. De diagnosticus houdt hiermee rekening in het verdere traject.

Of die afstemming apart of al dan niet samen met alle actoren plaatsvindt, hangt onder andere af van de vertrouwensrelatie tussen de betrokken actoren. Die kan bij cliënten uit kansengroepen niet of onvoldoende aanwezig zijn. In dat geval is een apart gesprek aangewezen. Zo geeft de diagnosticus ook een duidelijker signaal naar het cliëntsysteem dat hij optreedt als een onafhankelijke instantie.

Voorbeeld: *Om het functioneren in een andere context in kaart te brengen, stelt de diagnosticus voor om vragenlijsten af te nemen in de leef- en werkcontext van de cliënt. Die gaat in weerstand over de bevraging van zijn werkcontext. Hij geeft aan dat hij niet wil dat zijn baas op de hoogte is van zijn begeleiding. Na overleg gaat de cliënt wel akkoord dat zijn collega een vragenlijst krijgt, omdat de cliënt vertrouwen heeft in diens beoordeling.*

Afstemmen met de cliënt of het cliëntsysteem vraagt tijd, maar brengt geen tijdsverlies met zich mee. Hoe meer de cliënt en het cliëntsysteem mee zijn in het verhaal, hoe groter het vertrouwen is in de hulpverlening en hoe groter de kans is dat het advies wordt opgevolgd.

Inschatting niet laten beïnvloeden door waarden en (voor-)oordelen (FD 4)

Dankzij een brede en open blik komt het diagnostisch team tot veel alternatieve hypothesen. Die omvatten de verschillende perspectieven, zowel van wie betrokken is binnen het traject (cliënt, cliëntsysteem, school/werk ...) als van de multidisciplinaire teamleden. Alle teamleden dienen zich voldoende bewust te zijn van hun eigen

overtuigingen, vooroordelen en percepties tegenover mensen uit kansengroepen. Het team kan ondersteunend zijn om elkaar te wijzen op mogelijke blinde vlekken en elkaar bij te sturen¹².

De verschillende disciplines hebben elk hun eigen kijk waardoor het geheel rijker en vollediger wordt. Daarbij is het een meerwaarde als een ICB of ervaringsdeskundige kan aansluiten. Sowieso sta je als team best stil bij mogelijke andere (interculturele) perspectieven die kunnen meespelen in de ontwikkeling en het welbevinden van de cliënt.

Voorbeeld: Bij een cliënt die vaak te laat komt, denkt de diagnosticus dat hij de ingeplande gesprekken of onderzoeken niet belangrijk vindt.

De ervaringsdeskundige suggereert nog andere mogelijke verklaringen:

- ▶ Zijn er financiële problemen in het cliëntsysteem?
- ▶ Is er schaamte over de moeilijkheden en nood aan hulp?
- ▶ Speelt er een praktisch probleem naar bereikbaarheid van het centrum (treinvertraging, geen bus, niet kunnen plannen ...)?
- ▶ Is de cliënt verantwoordelijk voor een ziek gezinslid?
- ▶ Durft hij niet aangeven dat het tijdstip niet passend is?
- ▶ ...

Geloven in veranderbaarheid (FD 10)

Het komt voor dat de diagnosticus bij voorbaat lage verwachtingen heeft van de kansarme cliënt. Daarbij onderschat hij al meteen het belang van andere factoren zoals de aanpak op school of op het werk. Net zoals in het onderwijs en op het werk kunnen te lage verwachtingen ten aanzien van kansengroepen ook het diagnostisch handelen negatief beïnvloeden.



¹² Bakker, L., Vereecke, L., Sierens, S. & Degraeve L. (2022). *Ondersteuning voor personen met een handicap in een superdiverse context*. (p 12-16). Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van https://kenniscentrumwwz.be/sites/default/files/bijlagen/Cahier_22_Ondersteuning%20voor%20personen%20met%20een%20handicap.pdf

3. Onderzoeksfase

Algemeen¹³

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (Schoupe, 2020) definieert de onderzoeksfase als volgt:

In de onderzoeksfase is het de bedoeling om de onderzoeksvragen te beantwoorden. De vorm van deze onderzoeksfase hangt af van de vraagstelling. Belangrijk is om te concretiseren: welke factoren onderzocht moeten worden, welke onderzoeksmiddelen en –methodes daarvoor ingezet zullen worden, welke informanten betrokken moeten worden en welke criteria gehanteerd zullen worden voor het bevestigen/weerleggen van de hypothesen. Er wordt gestreefd naar het inzetten van onderzoeksmiddelen die betrouwbaar en valide zijn. Onder onderzoeksmiddelen vallen niet enkel vragenlijsten of testen, ook gesprekken, observaties, dossierstudies ... worden als onderzoeksmiddel opgevat. De deskundigheid en ervaring van de cliënt wordt benut in deze fase door de cliënt actief te laten meewerken tijdens dit diagnostisch proces. Dit verhoogt immers de handelingsgerichtheid en de gedragenheid van het advies.

Aandachtspunten faire diagnostiek

Een vertrouwensrelatie creëren (FD 1) en de inschatting niet laten beïnvloeden door waarden en (voor-)oordelen (FD 4)

In het werken met cliënten uit kansengroepen zijn naast de algemene diagnostische basiscompetenties nog andere vaardigheden nodig bij het toepassen van onderzoeksmethoden of het afnemen van tests en instrumenten. Zo is het belangrijk dat de diagnosticus vertrouwd is met de doelgroep en er op gepaste manier mee kan omgaan. Hij moet dus in staat zijn om een vertrouwensrelatie op te bouwen met de cliënt en om die op zijn gemak te stellen tijdens de afname. Er moet ook extra aandacht gaan naar de cliënt aanmoedigen en motiveren en naar transparant communiceren over het doel van het onderzoek. Een ICB of ervaringsdeskundige inschakelen bij de afname kan dit mogelijk mee helpen realiseren.

Storende factoren voorkomen (FD 6)

Om tijdens de onderzoeksfase van faire diagnostiek te kunnen spreken, is het belangrijk om negatief beïnvloedende factoren en vertekening (bias) zoveel mogelijk uit te sluiten of te beperken. Onder bias of vertekening verstaan we de onbedoelde en systematische invloed op de scores van tests¹⁴. Er niet alert voor zijn, kan grote gevolgen hebben, zoals onderschatting van de cliënt.

¹³ Schoupe, N. (2020). *Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek. Leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk* (p. 30). Kwaliteitscentrum Diagnostiek vzw. Geraadpleegd op 29 mei 2024, van <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2020/10/AIRD-Mei-2020-1.pdf>

¹⁴ Van de Vijver, F., Schittekatte, M., & Fontaine J. (2016). Diagnostiek bij allochtone leerlingen. In Verschueren, K. & Koomen, H. (Red.). *Handboek Diagnostiek in de leerlingenbegeleiding: Kind en context* (pp. 324). Antwerpen: Garant.

Welbevinden in het hier en nu

Hoe de cliënt zich voelt, heeft een grote impact op zijn functioneren. Ook tijdens diagnostisch onderzoek is het belangrijk om daar oog voor te hebben. Het kan gaan over de emotionele toestand waarin de cliënt zich bevindt, zoals een crisissituatie, depressieve gedachten of posttraumatische stress. Dat kan op zich al zorgen voor een verminderd of anders functioneren. Ook bepaalde items, vragen of gebeurtenissen tijdens het onderzoek kunnen aanleiding geven tot gedachten en gevoelens die het presteren beïnvloeden. In sommige situaties kan het daarom aangewezen zijn om het onderzoek uit te stellen, af te gelasten of om een andere onderzoeksmethode te kiezen.

Taalbeheersing van de cliënt

De mate waarin een cliënt het Nederlands beheerst, zal uiteraard zijn prestaties op allerlei tests beïnvloeden. Beheerst hij het Nederlands onvoldoende, dan zal hij instructies minder goed begrijpen en minder goed antwoorden kunnen formuleren. Daarom is het essentieel om voor de start van het onderzoek uitgebreid na te gaan wat het taalniveau van de cliënt is. Dat kan aan de hand van observaties, gesprekken of specifieke vragenlijsten. Blijkt daaruit dat een cliënt het Nederlands onvoldoende beheerst, dan kan de diagnosticus beslissen om geen test of vragenlijst af te nemen. De betrouwbaarheid en validiteit van de meting komen dan immers te veel in het gedrang. De diagnosticus meet met het instrument niet meer op een betrouwbare manier wat hij wil meten. Hou er rekening mee dat bij de meeste onderzoeksinstrumenten cognitieve academische taal gebruikt wordt, die verschilt van dagelijks taalgebruik ¹⁵.

Als de cliënt of het cliëntsysteem het Nederlands onvoldoende beheerst, kan de diagnosticus overwegen om gebruik te maken van vertalingen. Dit kan op verschillende manieren: de cliënt in een gekende taal laten antwoorden, zelf vertalen of anderstalige instrumenten gebruiken. De diagnosticus dient zich bewust te zijn van de kwaliteit van de vertaling, de gebruikte normgroep van het instrument en de impact op scoring en interpretatie. Met een correctie voor taal is er niet noodzakelijk sprake van faire diagnostiek, want er kunnen nog andere storende factoren een invloed hebben.

Voorbeeld: *De diagnosticus merkt dat bepaalde vragen van een vragenlijst, die in een interview vertaald worden naar de moedertaal, bij de cliënt emotionele reacties oproepen. Bij navraag blijkt dat de nuance van de vragen verloren ging door de vertaling. De diagnosticus twijfelt terecht over de validiteit van het onderzoek en beslist om enkel kwalitatief te interpreteren en aan te vullen met andere gegevens (intake, observatie ...).*

Voorbeeld: *Bij een cliënt die het Nederlands nog niet goed beheerst, is een intelligentieonderzoek nodig. Hiervoor kiest de diagnosticus niet automatisch voor non-verbaal onderzoek. De afname van een breed onderzoek naar alle cognitieve vaardigheden is immers zinvol om discrepanties in het profiel te ontdekken, bijkomende observaties te doen over hoe de cliënt omgaat met taal en er handelingsgerichte adviezen uit te halen. Na de afname van het intelligentieonderzoek maakt de diagnosticus de afweging waar kwalitatieve interpretatie nodig is en of er een totaalscore kan berekend worden.*

Acculturatieproces

Het is belangrijk om vooraf het proces van acculturatie van de cliënt in te schatten. Acculturatie verwijst naar de dynamiek tussen het behoud van de eigen thuiscultuur en de aanpassing aan de gastcultuur. Hoe groter het verschil in cultuur ten opzichte van de normgroep, hoe moeilijker het is om cliënten te vergelijken met normgroepen met een Vlaamse of Nederlandse populatie. Cliënten die zich meer richten op de gastcultuur en minder vasthouden aan de eigen thuiscultuur, zijn vaker meer geïntegreerd waardoor het meer verantwoord is

¹⁵ De Kerf, L., & Mostaert, C. (2014). Intelligentieonderzoek anders bekeken: een toepassing bij meertalige kinderen. *Signaal*, 89, 4-21.

om hun resultaten te vergelijken met de Vlaamse of Nederlandse normgroep¹⁶. Het is dus belangrijk om als diagnosticus zicht te krijgen op dit proces. Dat kan aan de hand van gesprekken of een afname van (stukken uit) het Cultural Formulation Interview¹⁷. Volgende vragen over de culturele identiteit van de cliënt kunnen daarbij van toepassing zijn:

- ▶ Welke taal spreekt u thuis? En met uw vrienden?
- ▶ Mist u mensen die dezelfde culturele achtergrond als u hebben? (Als ja:) Kunt u dit uitleggen?
- ▶ In hoeverre kunt u hier leven volgens uw eigen cultuur?
- ▶ Voelt u zich betrokken bij de Vlaamse cultuur?
- ▶ ...

Constructvertekening, methodevertekening en itemvertekening

Zoals eerder aangehaald, kan vertekening ervoor zorgen dat de validiteit van de testinstrumenten in het gedrag komt. Er zijn drie belangrijke vormen van vertekening: constructvertekening, methodevertekening en itemvertekening¹⁸.

- ▶ **Constructvertekening** treedt op wanneer het construct dat gemeten wordt door het instrument niet in alle culturen hetzelfde inhoudt of wanneer specifieke gedragingen die passen bij een construct niet hetzelfde betekenen in alle culturen. Dat kan zich voordoen bij verschillende psychologische problematieken zoals depressie, burn-out, angst of sociaal aanpassingsgedrag. Dat laatste zien we bijvoorbeeld als mensen met een migratieachtergrond oogcontact vermijden. Men kan dat verkeerdelijk interpreteren als een vorm van verlegenheid of een gebrek aan openheid (Vlaamse bril), maar het kan ook net een vorm van beleefdheid zijn in bepaalde culturen.
- ▶ **Methodevertekening** doet zich voor als de manier waarop het diagnostisch onderzoek uitgevoerd wordt een invloed heeft op het resultaat. Dat kan te maken hebben met volgende factoren:
 - Instrumentvertekening: de vertekening komt dan rechtstreeks voort uit de manier waarop het instrument zelf is opgebouwd. Niet elke cliënt is bijvoorbeeld op dezelfde manier vertrouwd met de inhoud van de items (door een andere onderwijsvorm bijvoorbeeld) of met de manier waarop hij moet antwoorden (met pen en papier, op een computerscherm, via puntenschalen, tegen de klok werken, van links naar rechts werken, ...).
 - Afnamevertekening heeft betrekking op het volledige afnameproces: de manier waarop instructies gegeven worden, de ruimte waarin de afname plaatsvindt, de (talige) interactie tussen cliënt en diagnosticus Vaak beheerst een cliënt de gasttaal bijvoorbeeld in beperkte mate, maar ook de diagnosticus kan moeilijkheden veroorzaken. Als diens divers-sensitieve vaardigheden beperkt zijn, kan dat de afname immers op een negatieve manier beïnvloeden. Ook persoonlijke opvattingen en vooroordelen ten aanzien van de cliënt kunnen van invloed zijn.
 - Steekproefvertekening verwijst naar de onvergelykbaarheid van de steekproef. De cliënt wordt dan bijvoorbeeld vergeleken met personen uit een hogere sociaal-economische klasse. Daardoor is een ander resultaat eerder het gevolg van een verschil in klasse dan louter van een verschil in cultuur.

¹⁶ Van de Vijver, F., Schittekatte, M., & Fontaine J. (2016). Diagnostiek bij allochtone leerlingen. In Verschuieren, K. & Koomen, H. (Red.). *Handboek Diagnostiek in de leerlingenbegeleiding: Kind en context* (pp. 323-337). Antwerpen: Garant

¹⁷ Rohlof, H., van Dijk, R. & Groen, S. (2022). *Nederlandse vertaling van het Cultural Formulation Interview*. DSM-5-TR, Boompsychologie & psychiatrie. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van https://dsm-5.nl/actueel/209-363_Cultural-Formulation-Interview/ . Meer informatie over het gebruik en toepassing is te vinden op <https://cultureelinterview.nl/>

¹⁸ Fontaine, J.R.F. & De Leersnyder, J. (2023). Crosscultureel onderzoek: Kwantitatieve onderzoeksmethoden en equivalentie van gegevens. In Meeusen, L. (Red.). *Crossculturele Psychologie* (pp. 44-57). Leuven: Acco

- ▶ **Itemvertekening** kan optreden door de items die in het instrument opgenomen zijn. Zo kunnen bepaalde woorden in verschillende culturen een andere betekenis of lading hebben. Een klassiek voorbeeld zijn de spreekwoorden die terugkomen in intelligentieonderzoek. Ook bepaalde visuele items kunnen een hoge culturele lading hebben, waardoor bepaalde tekeningen of prenten niet of minder relevant zijn in de cultuur van de cliënt.

Bij de keuze van tests, beoordelingsschalen en vragenlijsten is het belangrijk om na te gaan of de vertekening voldoende onder controle is gehouden bij de ontwikkeling van het instrument. Zo kan je inschatten of de vertekening zodanig aanwezig is dat het resultaat een onderschatting van het functioneren kan betekenen. Overweeg dus of het onderzoeksinstrument dan wel geschikt is voor de cliënt.

Testinstrumenten moeten op zo'n manier geconstrueerd zijn dat:

- ▶ in de normeringssteekproef ook mensen in kansarmoede en mensen met migratieachtergrond op een representatieve manier vertegenwoordigd zijn (zie steekproefvertekening)
- ▶ subtests en items, met inbegrip van instructies, op vertekening gecontroleerd zijn.

Kies, indien mogelijk, voor minder cultuurgevoelige methoden en instrumenten. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de diagnosticus onderzoeksmiddelen inzet waarbij de taalvaardigheid van de cliënt een minder belangrijke rol speelt of waarin minder cultuurgevoelige items opgenomen zijn. Er bestaat niet zoiets als een cultuurvrije test¹⁹, maar sommige instrumenten zijn beter inzetbaar bij kansengroepen dan andere. De fairness matrix (COTAN)²⁰ helpt de diagnosticus bij dat beoordelingsproces. Al zal de diagnosticus ook een beroep moeten doen op zijn eigen inschattingsvermogen en ervaring.

Is de cliënt onvoldoende vertrouwd met een bepaald onderzoeksmiddel, dan is het de taak van de diagnosticus om hem er voldoende op voor te bereiden. Indien nodig kan de diagnosticus overgaan tot 'testing the limits' door extra instructies mee te geven, instructies te vertalen of voor te lezen of extra oefenkansen en voorbeelditems toe te laten. Daarbij is het belangrijk dat dit sporadisch kan voorkomen. Er moet natuurlijk op gelet worden dat een en ander verzoenbaar is met de standaardisatie-eisen van de test.

***Voorbeeld:** Wanneer een cliënt bij een subtest die (actieve) woordenschat nagaat, het Nederlandstalige woord niet kan geven, kan je navragen of hij het equivalent in de moedertaal wel kent. Daarnaast kiest de diagnosticus ervoor om toch verder te gaan nadat de afbreeknorm bereikt is om meer (kwalitatieve) informatie te verzamelen.*

Indien de diagnosticus vooraf inschat dat te veel belemmerende factoren een faire diagnostiek in de weg staan, valt het te overwegen om geen vragenlijst of test af te nemen. Het resultaat op een test of een vragenlijst is een momentopname, dus hertesting na enkele weken of maanden kan zinvol zijn om de evolutie en leerbaarheid van de cliënt in kaart te brengen. In dat geval spreken we van procesdiagnostiek en niet meer van niveaubepalende diagnostiek. Bekijk telkens de richtlijnen van het gebruikte instrument rond hertesting.

Over het algemeen wordt aangenomen dat het bij cliënten die minder dan twee jaar in onze cultuur verblijven, moeilijker is om de onderzoeksfase op een faire manier te doorlopen door de sterke invloed van storende factoren. Het resultaat van een enkele test of vragenlijst kan nooit bepalend zijn voor belangrijke beslissingen die een grote impact kunnen hebben, zoals over de school- of werkloopbaan. De analyse van relatieve sterktes en zwaktes kan wel aanknopingspunten opleveren voor het handelen. Als de diagnosticus toch besluit om binnen de eerste twee jaar een onderzoeksinstrument in te zetten, moet hij zich bewust zijn van de invloed van die storende factoren en ze meenemen in de integratie en verdere advisering. Het is belangrijk om te benadrukken dat tests en vragenlijsten ook op andere manieren kunnen worden ingezet dan louter voor kwantitatieve meting.

¹⁹ Van de Vijver, F. J. R. (2017). Diagnostiek en testgebruik met allochtonen. In J. Knipscheer & R. Kleber (Red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 191-214). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum

²⁰ Nederlands Instituut van psychologen. (2021). Aanvulling op het COTAN Beoordelingssysteem m.b.t. Fairness.

Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van <https://psynip.nl/wp-content/uploads/2022/05/COTAN-Herzien-Fairness-addendum-per-14-07-2021.pdf>

Zij kunnen bijvoorbeeld dienen als observatie-instrumenten om gedrag, vaardigheden en het proces van de cliënt in te schatten. Op die manier zijn ze een waardevolle kwalitatieve bijdrage om een beeld te krijgen van de cliënt en om de beste interventies te kiezen.

Voorbeeld: Bij een meertalige cliënt die anderhalf jaar in België verblijft, besluit het diagnostisch team om toch een algemeen onderzoek te doen naar cognitieve vaardigheden. Daarmee wil het team een brede kijk krijgen op zijn functioneren en handelingsgerichte adviezen formuleren in het verdere groeitraject (ondersteuning op school, revalidatie, jobmogelijkheden). De diagnosticus heeft tijdens de afname veel aandacht voor observaties en legt bij de interpretatie de nodige voorzichtigheid aan de dag. Hij legt de resultaten samen met de andere gegevens. Voor sommige onderdelen kan besloten worden om enkel een kwalitatieve inschatting te maken of, wanneer de discrepantie te groot is, om geen totaalscore te berekenen.

Voorbeeld: Bij een andere cliënt die al drie jaar in ons land verblijft en de nodige kennis en vaardigheden niet vlot verwerft, opteert het diagnostisch team echter niet voor een onderzoek. Er spelen immers te veel beïnvloedende factoren en alternatieve hypotheses mee (trauma, motivatie, acculturatie).

Breed kijken (FD 5)

Om een antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvragen is het aangeraden om niet alleen testinstrumenten in te zetten, maar ook andere methoden een plaats te geven. Denk daarbij aan observaties (tijdens gesprek, thuis, op school ...), analyse van schoolrapport, of gesprekken met andere belangrijke personen uit de omgeving van de cliënt (familie, netwerk, werkomgeving ...).

Wanneer bepaalde vaardigheden/eigenschappen onderzocht worden, op welke manier dan ook, is het belangrijk om rekening te houden met de actuele theoretische modellen over het concept dat men in kaart wil brengen. Om zicht te krijgen op intelligentie is het bijvoorbeeld vanzelfsprekend om het CHC-model te gebruiken en de gemeten cognitieve vaardigheden daarin te plaatsen²¹. Zeker bij kansengroepen is het belangrijk om een goed onderscheid te maken tussen het niveau van cognitieve ontwikkeling dat op dit moment bereikt is en de intellectuele mogelijkheden. Het eerste wordt gemeten door de intelligentietest terwijl het tweede eerder gaat over de leerbaarheid van de cliënt²².

Daarnaast is het aan te bevelen om de gemeten vaardigheden voldoende binnen de sociale en culturele context (gezin, school, buurt) van de cliënt te zien en rekening te houden met de manier waarop ze elkaar beïnvloeden. Zeker bij vaardigheden zoals adaptief gedrag²³ en opvoedingsvaardigheden, maar ook bij emotioneel functioneren, is het belangrijk om de context te zien en zich in te leven in de situatie van de betrokkene. Bij het inschatten van het adaptief gedrag bijvoorbeeld, meten we eigenlijk de sociale aanpassing aan de context in het gastland. Het is dus duidelijk een cultuurgebonden construct waarin gedeeltelijk een vraag naar acculturatie verrat zit. Daarom is het aan te bevelen om ook het adaptief gedrag binnen de culturele context van het thuisland in kaart te brengen. Voeling en kennis met de thuiscultuur zijn dan ook een meerwaarde. Een ICB of ervaringsdeskundige inschakelen kan daarbij helpen.

Samenvattend kunnen we stellen dat het essentieel is voor de fairheid van de diagnostiek om de cliënt in zijn geheel te bekijken en in de gehele context waarin hij zich ontwikkelt.

²¹ Magez, W., Rauws, G., Bos, A. & Van Elsacker, M. (2023). *Het CHC-denkkader. Diagnostiek van cognitieve vaardigheden en aansluitend handelen binnen het CHC-model*. Tweede herziene versie. Antwerpen: Thomas More.

²² Prodia. (2019). *Faire diagnostiek van cognitief functioneren*. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van https://www.prodiagnostiek.be/wp-content/uploads/2023/10/CF_faire_diagnostiek_cognitief_functioneren.pdf

²³ Prodia. (2019). *Faire Diagnostiek van Adaptief Gedrag*. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van https://www.prodiagnostiek.be/wp-content/uploads/2023/10/CZF_faire_diagnostiek_adaptief_gedrag.pdf

Juist interpreteren (FD 7)

Als de diagnosticus een onderzoeksinstrument hanteert, kan hij merken dat er sprake is van veel storende factoren of dat zich veel vertekening voordeed. Enkele voorbeelden: te weinig kennis van inhoud die met cultuur te maken hebben, beperkte kennis van de instructietaal of te weinig vertrouwd zijn met de vaardigheden van de test. In dat geval ga je beter niet over tot een kwantitatieve analyse en het berekenen van een cijfer of score. Dat cijfer zou immers geen faire beoordeling zijn van de mogelijkheden van de cliënt. Uiteraard heeft de afname met bijhorende observaties een belangrijke kwalitatieve waarde.

Sommige onderzoeksmiddelen voorzien de mogelijkheid om een alternatieve scoring uit te werken, waardoor de invloed van storende factoren beperkt wordt. Denk maar aan de Non-verbale Index of de [NiTal-index](#) bij intelligentieonderzoek²⁴. Bestaat die mogelijkheid bij het gekozen onderzoeksmiddel, dan is het aan te raden om er gebruik van te maken. Uiteraard is het belangrijk om ook de beperkingen van de alternatieven goed te kennen. Wellicht kan je maar uitspraak doen over een bepaald deel van het functioneren van de cliënt omdat de score slechts gebaseerd is op enkele onderdelen.

Indien mogelijk is het zinvol om naast de algemene normen ook eventueel bestaande doelgroep-specifieke normtabellen te gebruiken. Dat kan bijkomende informatie bieden.

Men moet er rekening mee houden dat de leeftijd van de cliënt soms niet met zekerheid gekend is. Als je leeftijdsgebonden normtabellen gebruikt, kan dat leiden tot een foutieve scoring. Als de opgegeven leeftijd te hoog is, leidt dat immers tot onderschatting. Is de opgegeven leeftijd te laag, dan leidt het tot overschatting.

Voorbeeld: Bij inschrijving in België wordt de geboortedatum van een cliënt op 01/01/2010 gezet, de ouders van de cliënt zeggen echter dat hun dochter een jaar jonger is. De cliënt maakt weinig leervorderingen waardoor de vraag wordt gesteld naar haar cognitieve vaardigheden. Gezien het vermoeden dat de cliënt jonger is, worden er bij de intelligentietest verschillende normscores berekend, zowel volgens de officiële geboortedatum als volgens de geboortedatum die ouders aangeven. Het onderzoek wordt verder aangevuld met bijkomende informatie en observatiegegevens waartegen de normscores worden afgezet.

Wanneer een bepaalde score berekend wordt, is het niet voldoende om enkel de score (met betrouwbaarheidsinterval!) op zich te beoordelen. Het is minstens even belangrijk om het proces mee te beoordelen. Denk daarbij aan de houding tegenover de testsituatie, reactie op slagen en fouten maken, leerbaarheid, opvallend gedrag, gemoedstoestand, interactie en communicatie.

²⁴ Magez, W. (2021). 'NITAL-Indexen: concepten in ontwikkeling' in Magez, W., Rauws, G., & Bos, A. 'Diagnostiek van cognitieve vaardigheden en aansluitend handelen binnen het CHC-denkkader'. Thomas More. Geraadpleegd op 7 juni 2024, van Microsoft Word - 6. Bijlage11_NiTal_revisie_Walter20juli 2bis.docx (assessmenthub.be)

5. Integratie- en aanbevelingsfase

Algemeen²⁵

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (Schoupe, 2020) definieert de integratie- en aanbevelingsfase als volgt:

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

Aandachtspunten faire diagnostiek

Juist interpreteren (FD 7)

De diagnosticus brengt alle onderzoeksresultaten samen in een integratief beeld. Er zijn vaak situaties waarin de informatie uit het onderzoek niet zo eenvoudig te interpreteren is. Dat kan verschillende redenen hebben. Hieronder worden een aantal situaties besproken en geïllustreerd.

Wanneer de diagnosticus de **invloed van de storende factoren** niet voldoende heeft kunnen uitsluiten of wanneer er besloten werd om af te wijken van de standaardisatie, moet het bekomen resultaat bekeken worden tegen die achtergrond. Doe je dat niet of onvoldoende, dan bestaat het risico op onder- of overschatting. Om misinterpretaties te vermijden is het dus belangrijk om de invloed van contextfactoren (sociaal, economisch én cultureel/etnisch) zo veel mogelijk in rekening te brengen bij de interpretatie van (test)resultaten. Het kan ook een valkuil zijn om de impact van contextfactoren te zwaar te laten doorwegen. Daarom is het belangrijk om vanuit een open en nieuwsgierige houding telkens expliciet te bevragen wat het belang is van de context/cultuur in het leven van de cliënt.

Voorbeeld: Bij het invullen van een vragenlijst over adaptief gedrag kijkt de diagnosticus kritisch naar de items. Items zoals 'eet met lepel of vork, niet met handen' zijn opgesteld vanuit een westers denkkader. In sommige culturen is het immers gebruikelijk om met het hele gezin met de vingers uit één kom te eten. Om een juiste inschatting te maken be vraagt de diagnosticus bij het cliëntsysteem op welke manier er thuis gegeten wordt (handen, stokjes, mes en vork ...).

Ook bij observaties is het belangrijk om gedrag niet meteen te interpreteren vanuit een eigen denkkader of perspectief, maar om na te gaan wat aan de basis kan liggen. Enerzijds wordt oogcontact maken in sommige culturen als onbeleefd beschouwd. Anderzijds kan gebrek aan oogcontact ook een signaal zijn voor problemen bij sociale interactie en communicatie. Door de observatiegegevens uit verschillende contexten en van verschillende informanten samen te leggen, kan een juiste interpretatie worden gemaakt.

Bij cliënten minder kansen tot ontwikkeling kregen van thuis uit en eventueel ook door de school, kan het zijn dat het **momenteel bereikte prestatieniveau** niet overeenkomt met de mogelijkheden of capaciteiten van de

²⁵ Schoupe, N. (2020). *Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek. Leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk* (p. 30). Kwaliteitscentrum Diagnostiek vzw. Geraadpleegd op 29 mei 2024, van <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2020/10/AIRD-Mei-2020-1.pdf>

cliënt. Het momenteel bereikte prestatieniveau van de cliënt zit vervat in de score op die specifieke test, gemeten op een specifiek moment. Die uitslag geeft echter slechts een beeld van het functioneren in het hier en nu, waarin ook de invloed van de vertekening is ingebouwd. Daarom is het nodig om zicht te krijgen op het volledige ontwikkelingsverloop en alle informatie uit verschillende contexten. Soms kan het zinvol zijn om beslissingen uit te stellen tot de cliënt meer tijd en groeikansen heeft gekregen.

Voorbeeld: Een kind start in het eerste leerjaar in een nieuwe school. Het heeft heel veel problemen om zich aan te passen. In oktober trekt het schoolteam al aan de alarmbel omdat ze hebben vastgesteld dat het kind niet schoolrijp is. In het gesprek met mama blijkt dat ze recent met haar kind verhuisd is naar een volledig nieuwe omgeving omwille van een problematische gezinssituatie. Vanuit dat gesprek kiezen school en CLB ervoor om het kind meer tijd te geven om te wennen aan de nieuwe situatie. Mama zet extra in op het creëren van een warme thuis.

In sommige situaties is het als diagnostisch team niet eenvoudig om vragen te beantwoorden als 'Is er voldaan aan de criteria voor een diagnose of doorverwijzing?' of 'Kunnen we de hypothese weerleggen of aanvaarden?' Dat kan verschillende redenen hebben: de onderzoeksresultaten spreken elkaar tegen, de beschikbare normgroepen zijn onvoldoende representatief voor de cliënt of er ontbreekt belangrijke informatie over de voorgeschiedenis van de client. Als het antwoord op de onderzoeksvraag toch noodzakelijk is om te kunnen beslissen over het verdere traject en de te nemen maatregelen, dan kan de diagnosticus het best een beroep doen op een klinisch oordeel²⁶.

Voorbeeld: De school merkt een taalachterstand in het Nederlands op bij een leerling. In het intakegesprek geeft de moeder aan dat de taalontwikkeling in de thuistaal normaal verloopt. Dat komt ook zo tot uiting in de resultaten van een ouder vragenlijst over de moedertaalontwikkeling. De diagnosticus observeert echter dat de leerling niet antwoordt op gestelde vragen, noch op een vertaling van de vragen door de moeder. Daarom besluit het CLB-team om een collega met dezelfde moedertaal in te schakelen. Tijdens een gesprek met moeder en de leerling stelt de collega vast dat de vaardigheden van de leerling in de moedertaal beperkt zijn en dat moeder zich beroept op zeer eenvoudige taal. Op basis daarvan schakelt het diagnostisch team een erkend taalanalist in. Het klinisch oordeel wordt hier uitgesteld.

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

Scenario A: Viktor behaalt op LVS wiskunde pc 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 adviseert om een logopedist bij te schakelen om het technisch lezen en spellen verder te onderzoeken en gericht te ondersteunen.

Scenario B: Viktor behaalt op LVS wiskunde pc 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 daar 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 ...

²⁶ Schaubroeck, S. (2019). *Klinisch oordeel: kritisch denken in de grijze zone*. *Caleidoscoop*, 31(1), 10-19. Zie ook [CZF_klinisch_oordeel.pdf](#)

Inschatting niet laten beïnvloeden door waarden en (voor-)oordelen (FD 4)

Wanneer de diagnosticus een integratief beeld opstelt op basis van alle bekomen resultaten, heeft hij er baat bij om nogmaals te reflecteren over zijn eigen mogelijke vooroordelen of blinde vlekken tegenover de client en de mate waarin die meespelen bij de interpretatie.

Om eventuele vooroordelen of blinde vlekken bloot te leggen, is multidisciplinair samenwerken in deze fase van groot belang. Collega's kunnen elkaar aanmoedigen om de casus voldoende vanuit de bril van gelijke kansen te blijven bekijken en om referentiekaders onder de loep te nemen. Toetst de diagnosticus een hypothese af of neemt hij een beslissing, dan is het belangrijk om na te gaan of bepaalde vooroordelen of referentiekaders niet te veel doorwegen. De verschillende perspectieven worden op die manier als gelijkwaardig gezien.

Voorbeeld: Een kind uit een kansarm gezin stelt thuis impulsief en hyperactief gedrag. Tijdens observaties in de crèche worden minder gedragsmoeilijkheden opgemerkt. Het gevaar bestaat dan dat het gedrag wordt toegeschreven aan te weinig opvoedkundige vaardigheden in de thuiscontext. Door dat vooroordeel ziet de diagnosticus mogelijke kindfactoren over het hoofd. De zorgen van de ouders worden daardoor onvoldoende erkend, wat de bereidheid tot hulpverlening kan verkleinen.

Overleg binnen het diagnostisch team vergroot het bewustzijn over voorkeurs hypothesen en opent de weg naar alternatieve verklaringen voor de moeilijkheden. Het diagnostisch team besluit om nog geen aanbevelingen te formuleren maar eerst verder zicht te krijgen op de aanwezige opvoedkundige vaardigheden en een neuropsychiatrisch onderzoek in te plannen. Daaruit blijkt dat er kenmerken aanwezig zijn van een ontwikkelingsproblematiek en dat de ouders wel over voldoende opvoedingsvaardigheden beschikken. De uitdaging ligt vooral in het afstemmen hiervan op de specifieke noden van het kind.

Gepast indiceren (FD 8)

Vanuit het integratief beeld formuleert de diagnosticus doelen voor de cliënt die gekoppeld kunnen worden aan de hulpvragen. Het is belangrijk om daarbij aandacht te besteden aan zowel korte- als langetermijndoelen. Bij cliënten uit kansengroepen bestaat het risico dat de lat minder hoog wordt gelegd en dat er lagere verwachtingen gesteld worden²⁷. Daarom is het bij het stellen van doelen belangrijk om ambitieus te zijn en te geloven in de kracht van verandering.

Verdeel de doelen op in kleine en haalbare stappen. Hou hierbij rekening met de haalbaarheid voor en de veranderbaarheid van de context. Denk bij het formuleren van aanbevelingen actief na over mogelijke drempels bij de uitvoering van het advies. Dat kan gaan over investering in tijd, verplaatsing, kostprijs maar ook over de mate waarin het advies overeenstemt met de wensen, verwachtingen en verklaringen van het cliëntensysteem. Vaak is het aangewezen om op zoek te gaan naar alternatieve aanbevelingen met minder drempels voor de uitvoering of bijkomende aanbevelingen die de drempels voor de uitvoering verminderen. Het is aangewezen om per aanbeveling argumenten pro en contra op te lijsten vanuit het perspectief van elke betrokkene.

Voorbeeld: Uit eerdere contacten blijkt dat de cliënt niet beschikt over eigen vervoer. Daarom gaat de diagnosticus op zoek naar diensten die vlot bereikbaar zijn met het openbaar vervoer. Hij legt ook alternatieve diensten voor die minder vlot bereikbaar zijn, maar andere voordelen hebben. De diagnosticus legt de keuze bij de cliënt en gaat samen met hem op zoek naar mogelijke oplossingen.

Dienst A: pro: dicht bij huis, contra: langere wachtlijst

Dienst B: pro: grote expertise in problematiek, contra: niet bereikbaar met openbaar vervoer

²⁷ Jussim, L., Eccles, J., & Madon, S.J. (1996). Social perception, social stereotypes, and teacher expectations: Accuracy, and the quest for the powerful self-fulfilling prophecy. *Advances in Experimental Social Psychology*, 29, 281-388.

Voorbeeld: Een cliënt heeft het moeilijk om hulp te zoeken voor problemen die niet bespreekbaar zijn binnen zijn context (taboe, verstoting). Gezien de reeds opgebouwde en precaire vertrouwensband met de cliënt, wordt afgewogen of de hulp intern aanbieden de voorkeur geniet ten opzichte van een doorverwijzing naar een andere dienst.

De diagnosticus is zich daarnaast bewust van het feit dat eenzelfde klacht of probleem een andere oorzaak kan hebben en dus ook een heel andere aanpak vraagt, afhankelijk van de context. Belangrijk is dus om bij het indiceren een goede link te leggen tussen de oorzaken van klachten of moeilijkheden en de mogelijke oplossingen. Het spreekt voor zich dat klachten of moeilijkheden die veroorzaakt worden door kansarmoede of migratie een andere aanpak vragen dan leer- of ontwikkelingsstoornissen. De essentie is om te komen tot een betere afstemming tussen de behoeften van de cliënt en de aanpak of het aanbod binnen de context.

Geloven in veranderbaarheid (FD 10)

De diagnosticus gelooft in veranderbaarheid van het cliëntstelsel en neemt dat mee in het formuleren van aanbevelingen. Hij heeft zich een integratief beeld gevormd van het cliëntstelsel, de bijhorende positieve elementen en de krachten die aangewend kunnen worden om tot verandering te komen. De reeds gebruikte oplossingsvaardigheden van het cliëntstelsel zijn gekend en kunnen mee ingezet worden bij het formuleren van aanbevelingen. De diagnosticus gaat daarbij creatief te werk.

Cijfers of veralgemeningen mogen niet leiden tot het beperken van aanbevelingen. Onderzoekresultaten zijn, zeker bij kansengroepen, niet vaststaand. Er is nog groeiemogelijkheid en die moet meegenomen worden bij het formuleren van aanbevelingen. Daarbij is het belangrijk om de lat hoog te leggen en te geloven in groei en verandering. Omschrijf ondersteuningsbehoeften en aanbevelingen vanuit dit oogpunt ook breed. Het is pas in de adviesfase dat alle betrokkenen samen beslissen met welke aanbevelingen zij aan de slag willen en kunnen gaan.

Voorbeeld: Een gezin op de vlucht komt in een opvangcentrum terecht na een aantal traumatiserende gebeurtenissen. Hier is het gezin fysiek veilig (vrij van oorlog), maar er is nog geen stabiliteit. Er volgt een lange periode van onduidelijkheid en onzekerheid over het toekomstig verblijf. Daardoor is er geen mogelijkheid om het onderliggend trauma te verwerken. Dat maakt dat andere thema's niet meteen prioriteit zijn (naar school gaan, Nederlands leren, sociale contacten opbouwen ...). Het is belangrijk om te blijven geloven dat mensen kunnen herstellen na een trauma wanneer er terug stabiliteit, veiligheid en voorspelbaarheid is. Aanbevelingen dienen in de eerste plaats daarop gericht te zijn of er minstens mee rekening te houden.

Alle aanbevelingen sluiten aan bij de mogelijkheden, krachten en leefwereld van de cliënt en het cliëntstelsel. De diagnosticus stimuleert de cliënt en het cliëntstelsel om vanuit eigen krachtbronnen aan de slag te gaan met de aanbevelingen. Waar mogelijk kunnen de aanpassingen in de thuis-, school- of werkcontext zelfs leiden tot een verandering van de bredere aanpak en een context waarin meer gelijke kansen worden geboden.

Voorbeeld: In een werkcontext waar het gebruik van een smartphone eigenlijk verboden is, wil de werkgever een uitzondering maken voor een meertalige cliënt. Zo kan de cliënt tijdens het werk een vertaalapp gebruiken. Die positieve ervaring doet de werkgever stilstaan bij de voordelen van de vertaalapp op de werkvloer en hij staat het ook toe voor andere meertalige werknemers. Op termijn wordt het arbeidsreglement daaraan aangepast.

6. De adviesfase

Algemeen²⁸

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (Schoupe, 2020) omschrijft de adviesfase als volgt:

De adviesfase vindt plaats in een gezamenlijk gesprek met de cliënt en/of diens omgeving. Tijdens dit gesprek worden de onderzoeksresultaten geherformuleerd in een objectieve, verstaanbare taal met concrete voorbeelden ter illustratie. Het is van belang om in dit gesprek niet alleen aandacht te schenken aan kwetsbaarheden, maar ook kwaliteiten of talenten in de verf te zetten, en ondersteuningsnoden op concrete wijze te benoemen. Op basis van het geschetste integratief beeld worden de aanzetten uit de integratie- en aanbevelingsfase samen verder uitgewerkt. De cliënt komt actief op de voorgrond en kiest tussen de voorgestelde alternatieven. Om een keuze te maken uit de aanbevelingen en ze te 'vertalen' naar een haalbaar advies, wordt aan de cliënt en/of diens omgeving gevraagd of de interventies hen aanspreken, waaraan ze prioriteit willen geven, wat zij wel en niet kunnen toepassen en eventueel waarom. Er dient ook duidelijk naar voor te komen hoe de sterke punten van de cliënt kunnen bijdragen tot het voorgestelde interventieplan. Wanneer er afstemming over de aanbevelingen is bereikt, krijgen deze aanbevelingen het statuut van advies. Er worden duidelijke afspraken gemaakt over de manier waarop het advies in praktijk wordt omgezet en welke interventies worden ingezet. Idealerweise wordt hierbij bovendien een brugfiguur aangeduid die het traject van de cliënt verder opvolgt.

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

Aandachtspunten faire diagnostiek

Respectvol adviseren (FD 9)

De diagnosticus koppelt tijdens het adviesgesprek de onderzoeksresultaten terug en gaat na of de cliënt of het cliëntstelsel het geheel begrepen heeft. Ze krijgen daarbij de tijd om vragen te stellen. Mogelijke doelen en ondersteuningsbehoeften die geformuleerd worden in de integratie- en aanbevelingsfase worden in de adviesfase afgetoetst bij de cliënt en zijn context. Herkennen ze zich erin? Zijn er andere doelen die ze zouden willen stellen? Zijn er andere noden in hun beleving?

Vanuit de integratie- en aanbevelingsfase stelt de diagnosticus een aantal aanbevelingen voor als antwoord op de noden van de cliënt en zijn context. Hij vertrekt daarbij vanuit een divers-sensitieve basishouding. Tijdens een gesprek met het cliëntstelsel wordt er bekeken welke alternatieven voor hen in hun context haalbaar zijn. Soms moet er nog naar bijkomende en haalbare oplossingen gezocht worden.

De diagnosticus draagt er zorg voor dat alle informatie voldoende duidelijk is zodat het cliëntstelsel mee gefundeerde beslissingen kan nemen. Dat betekent dat hij erover waakt dat het cliëntstelsel actief nadenkt over een mogelijke aanpak. Zo blijven ze mee eigenaar van de oplossing voor hun probleem en wordt de beslissingsbevoegdheid maximaal bij de cliënt of het cliëntstelsel gelaten. Wanneer er voor de cliënt of zijn context impactvolle beslissingen moeten worden genomen, geeft de diagnosticus ook eerlijk informatie over de

²⁸ Schoupe, N. (2020). *Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek. Leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk* (p. 30-31). Kwaliteitscentrum Diagnostiek vzw. Geraadpleegd op 29 mei 2024, van <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2020/10/AIRD-Mei-2020-1.pdf>

gevolgen van deze keuzes. Wat betekent het voor toekomstdromen of -mogelijkheden? Wat zijn voor- en nadelen van verschillende opties?

Om tot een advies te komen dat voldoende wordt gedragen, is het noodzakelijk om de cliënt of het cliëntstelsel voldoende tijd te geven. Dat schept voor de cliënt en zijn context de mogelijkheid om de nieuwe informatie en adviezen rustig te overdenken, eventueel met steunfiguren te bespreken en bijkomende vragen te stellen.

Geloven in veranderbaarheid (FD 10)

Tijdens het adviesgesprek en in de verslaggeving worden onderzoeksresultaten op zo'n manier teruggekoppeld dat de tijdelijkheid en relativiteit ervan benadrukt wordt. Omdat de context vaak een sterke invloed heeft op de onderzoeksresultaten is de groeicapaciteit binnen kansengroepen immers groot. Adviezen kunnen soms "goed voor nu" zijn en houden in dat – na bijkomende stimulering/interventie – er opnieuw geëvalueerd moet worden om zo een duidelijker zicht te krijgen op het functioneren. In dat opzicht is de diagnosticus spaarzaam met het vermelden van cijfers of algemene terminologie. Gebruik maken van intervallen en concrete voorbeelden en observaties, zorgt ervoor dat de resultaten niet als iets vaststaands worden gezien.

De diagnosticus geeft, ook in het verslag, mee dat het functioneren van de cliënt in evolutie is en dat de huidige adviezen daarom verder opgevolgd en bijgestuurd moeten worden. Afspraken maken over hoe dat zal gebeuren, maakt ook deel uit van de adviesfase.

Een vertrouwensrelatie creëren (FD 1)

In de adviesfase is het belangrijk om blijvend in te zetten op de vertrouwensrelatie met het cliëntstelsel. Wanneer verschillende diagnostici betrokken waren bij het onderzoek, wordt er afgestemd wie het best de terugkoppeling van de onderzoeksresultaten opneemt. Samenwerking met steunfiguren, ervaringsdeskundigen, intercultureel bemiddelaars of tolken kan mee zorgen voor voldoende vertrouwen tussen alle betrokkenen. Bij de voorbereiding van het adviesgesprek gaat de diagnosticus bij het cliëntstelsel na wat voor hen nodig is om optimaal te kunnen deelnemen aan het gesprek. Is het doel van het adviesgesprek duidelijk? Weet het cliëntstelsel graag op voorhand wie rond de tafel zal zitten? Brengt ze graag een steunfiguur mee naar het overleg? Is er, vanuit de adviezen, nood aan samenwerking met of ondersteuning van andere diensten? Dan bekijkt de diagnosticus mee wat de cliënt of het cliëntstelsel nodig heeft om ook bij die andere diensten te kunnen starten in een vertrouwensrelatie en een positief kader en wat de diagnosticus daarin kan betekenen. Ook daar ondersteunt de diagnosticus de cliënten van zeer nabij, zorgzaam en op maat.

Niet alleen het adviesgesprek maar ook het **verslag** moet getuigen van empathie en respect. Dat betekent onder meer dat het verslag van het diagnostisch traject een korte en bondige samenvatting is die voor iedereen te begrijpen is. De cliënt kan feedback geven op de inhoud of formulering van het verslag en de visie en zijn wensen en verwachtingen krijgen een duidelijke plaats. Het verslag van de diagnostische onderzoeksmethodes wordt het best in bijlage toegevoegd (bv. observatieverslag, kwantitatieve gegevens, curves en grafieken). Daarin gebruikt de diagnosticus wel het vakjargon om vlot te kunnen communiceren met andere diensten.

De cliënt of het cliëntstelsel is eigenaar van het verslag. Het verslag wordt aan hen bezorgd en er wordt hen gevraagd om het zelf te delen. Op vraag van de cliënt kan de diagnosticus het verslag bezorgen aan betrokken partners. In situaties waarbij de diagnosticus wettelijk verplicht is om de verslaggeving te delen met andere diensten, communiceert hij daarover transparant met de cliënt.

Bibliografie

- Bakker, L., Vereecke, L., Sierens, S., & Degraeve, L. (2022). *Ondersteuning voor personen met een handicap in een superdiverse context*. (p 12-16). Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van https://kenniscentrumwwz.be/sites/default/files/bijlagen/Cahier_22_Ondersteuning%20voor%20personen%20met%20een%20handicap.pdf
- Bernaerts, I., & Dejonghe, C. (2019). Cultuurfair psychodiagnostisch handelen: een conditio sine qua non, maar geen vanzelfsprekendheid. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 49 (3), 227-242.
- Borra, R., van Dijk R., & Verboom R. (Red.). (2016) *Cultuur en psychodiagnostiek professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- De Kerf, L., & Mostaert, C. (2014). Intelligentieonderzoek anders bekeken: een toepassing bij meertalige kinderen. *Signaal*, 89, 4-21.
- Fontaine, J.R.F., & De Leersnyder, J. (2023). Crosscultureel onderzoek: Kwantitatieve onderzoeksmethoden en equivalentie van gegevens. In Meeusen, L. (Red.). *Crossculturele Psychologie* (pp. 44-57). Leuven: Acco
- Hoffman, E. (2014). Interculturele gespreksvoering. Niet culturen maar mensen ontmoeten elkaar. In G. Bosmans, L. Claes, P. Bijttebier, & I. Noens (Red.). *Diagnostiek bij kinderen en jongeren en gezinnen Deel I: Een theoretisch kader voor de praktijk* (pp. 65-90). Leuven: Acco.
- Jussim, L., Eccles, J., & Madon, S.J. (1996). Social perception, social stereotypes, and teacher expectations: Accuracy, and the quest for the powerful self-fulfilling prophecy. *Advances in Experimental Social Psychology*, 29, 281-388.
- Magez, W. (2021). 'NITAL-Indexen: concepten in ontwikkeling' in Magez, W., Rauws, G., & Bos, A. '*Diagnostiek van cognitieve vaardigheden en aansluitend handelen binnen het CHC-denkkader*'. Thomas More. Geraadpleegd op 7 juni 2024, van [Microsoft Word - 6. Bijlage11 NiTal revisie Walter20juli 2bis.docx \(assessmenthub.be\)](#)
- Magez, W., Rauws, G., Bos, A. & Van Elsacker, M. (2023). *Het CHC-denkkader. Diagnostiek van cognitieve vaardigheden en aansluitend handelen binnen het CHC-model*. Tweede herziene versie. Antwerpen: Thomas More.
- Meeussen, L. (red). 2023. *Crossculturele psychologie*, Leuven: Acco.
- Mezzich, J. E., Caracci, G., Fabrega, H., Jr, & Kirmayer, L. J. (2009). Cultural formulation guidelines. *Transcultural psychiatry*, 46(3), 383-405. <https://doi.org/10.1177/1363461509342942>.
- Nederlands Instituut van psychologen. (2021). *Aanvulling op het COTAN Beoordelingssysteem m.b.t. Fairness*. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van <https://psynip.nl/wp-content/uploads/2022/05/COTAN-Herzien-Fairness-addendum-per-14-07-2021.pdf>
- Prodia. (2019). *Faire Diagnostiek van Adaptief Gedrag*. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van https://www.prodiagnostiek.be/wp-content/uploads/2023/10/CZF_faire_diagnostiek_adaptief_gedrag.pdf
- Prodia. (2019). *Faire diagnostiek van cognitief functioneren*. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van https://www.prodiagnostiek.be/wp-content/uploads/2023/10/CF_faire_diagnostiek_cognitief_functioneren.pdf
- Prodia. (2024). *Bouwsteen: Schoolcontext*. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van <https://www.prodiagnostiek.be/het-prodia-model/schoolcontext/>

Prodia. (2024). Bouwsteen: Thuis- en Leefcontext. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van <https://www.prodiagnostiek.be/het-prodia-model/thuis-en-leefcontext/>

Prodia. (2024). Het Prodia-Model. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van <https://www.prodiagnostiek.be/het-prodia-model/>

Rohlof, H., van Dijk, R., & Groen, S. (2022). *Nederlandse vertaling van het Cultural Formulation Interview*. DSM-5-TR, Boompsychologie & psychiatrie. Geraadpleegd op 5 augustus 2024, van https://dsm-5.nl/actueel/209-363_Cultural-Formulation-Interview/.

Schaubroeck, S. (2019). Klinisch oordeel: kritisch denken in de grijze zone. *Caleidoscoop*, 31(1), 10-19. Geraadpleegd op 31 december 2024 via https://mijnvclb.be/downloads/caleidoscoop/jg31_1_10_klinisch_oordeel.pdf

Schoupe, N. (2020). *Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek. Leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk*. Kwaliteitscentrum Diagnostiek vzw. Geraadpleegd op 29 mei 2024, van <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2020/10/AIRD-Mei-2020-1.pdf>

Van de Vijver, F. J. R. (2017). Diagnostiek en testgebruik met allochtonen. In J. Knipscheer & R. Kleber (Red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 191-214). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum

Van de Vijver, F., Schittekatte, M., & Fontaine J. (2016). Diagnostiek bij allochtone leerlingen. In Verschueren, K. & Koomen, H. (Red.). *Handboek Diagnostiek in de leerlingenbegeleiding: Kind en context* (pp. 324). Antwerpen: Garant.

Van Robaey, B., Geerts, L., & Balli, S. (2014), *Verbinden vanuit diversiteit. Krachtgericht werken in een context van armoede en culturele diversiteit* (pp. 34 en pp. 54-82). Leuven: LannooCampus.

Van Nieuwenhove, K. (2023). *Richtlijn Casusformulering* (p. 60). Kwaliteitscentrum Psychodiagnostiek vzw. Geraadpleegd op 8 augustus 2024, van https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2023/11/Richtlijn-Casusformulering_KwaliteitscentrumvoorDiagnostiek.pdf

Vereecke, M., Wouters, O., Art, T., & Winkler, D. (2023). *Richtlijnen bij diverssensitieve diagnostiek* (p. 7). CuSeHa (cultuursensitieve diagnostiek), Dienst Ondersteuningsplan Vlaams-Brabant en Brussel. Geraadpleegd op 7 juni 2024, van https://www.vlaamsforumdiagnostiek.be/uploads/7/3/6/4/73641965/cuseha_diagnostische_richtlijnen.pdf

Afbeeldingen

Pagina 7 – foto door Andy Barbour bij Pexels: <https://www.pexels.com/photo/woman-holding-a-pencil-6684084/> (gratis gebruik)

Pagina 18 – foto door cottonbro studio bij Pexels: <https://www.pexels.com/photo/girl-in-white-shirt-talking-to-a-man-in-white-shirt-6595193/> (gratis gebruik)