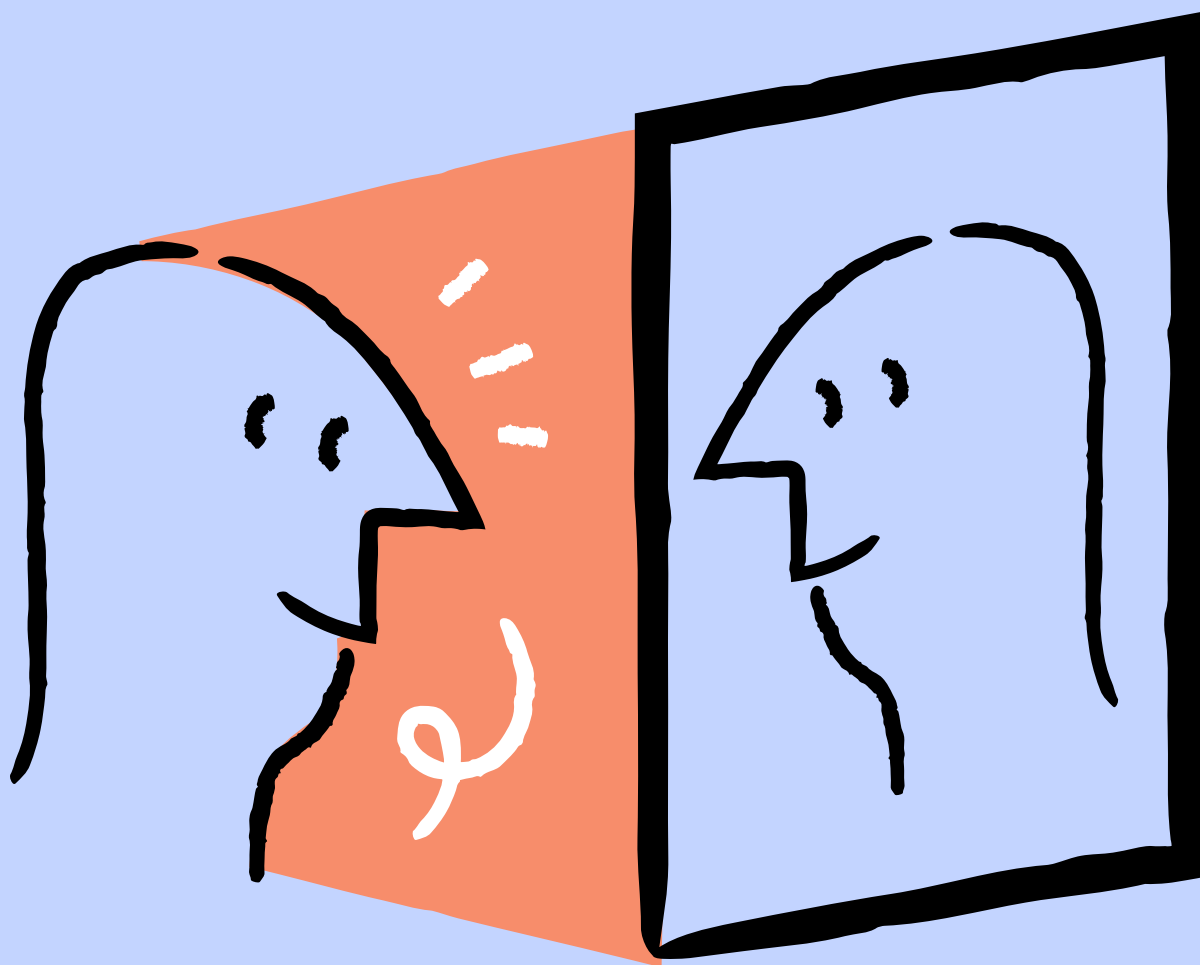


De reflectiegids

Een tool om stil te staan bij vertekeningen
in een diagnostisch denkproces





Kwaliteitscentrum Diagnostiek

Coördinerend directeur
Kimberly Van Nieuwenhove

Auteurs
Floor Moerman en Vicky Hennissen

Redactie
Femke Cathelyn

Vormgeving en redactie
Eefje Claerhout

Referentie
Om te verwijzen naar deze publicatie: Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (2026).
*De reflectiegids. Een tool om stil te staan bij vertekeningen in een diagnostisch
denkproces.* <https://kcdvzw.be/publicaties>.

© 2026 Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek
Kortrijksesteenweg 405 – 9000 Gent
www.kcdvzw.be

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw wordt gesubsidieerd door het
Departement Zorg en het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming van de
Vlaamse Overheid.

Inhoudstafel

Deel 1. Omkadering	4
Deel 2. Veelvoorkomende vertekeningen	5
Vertekening 1. De neiging om bevestiging te zoeken	5
Vertekening 2. De invloed van volgorde van informatie	6
Vertekening 3. De invloed van herkenbaarheid van informatie	7
Vertekening 4. De invloed van emoties	8
Vertekening 5. Het foutief veronderstellen van oorzaak-gevolgverbanden	9
Vertekening 6. De invloed van één aspect	10
Vertekening 7. Diagnoses opvatten als een ding	11
Vertekening 8. Individuen verwarren met groepen	12
Deel 3. Praktische handvaten en tips	13
Deel 4. Sta stil bij je bril	14

Deel 1. Omkadering

Diagnostiek is een proces waarbij we zorgvuldig informatie verzamelen en interpreteren.

Tijdens dat proces kunnen, soms zonder dat we het doorhebben, allerlei **automatische (denk)processen** optreden. Dit zijn **vertekeningen** die eigen zijn aan ons denken. Ze sturen mee waar onze aandacht naartoe gaat, welke informatie we onthouden, hoe we informatie interpreteren en welke informatie meer gewicht krijgt bij het maken van beslissingen.

In veel **dagdagelijkse situaties** zijn deze automatische processen helpend. Zo herken je een bekende bijvoorbeeld onmiddellijk in een menigte, zonder dat je bewust elk gezicht moet vergelijken. Zo moet je als ervaren bestuurder ook niet telkens bewust nadenken over wat je moet doen wanneer een verkeerslicht op rood springt.

In een **professionele context** kunnen deze automatische processen echter leiden tot vertekeningen wanneer er onvoldoende aandacht voor is. Ze kunnen zorgen voor een **tunnelvisie**, of leiden tot **blinde vlekken**.

Deze vertekeningen kunnen we nooit helemaal voorkomen. We kunnen hun invloed wel verkleinen door ze **bewust te herkennen, te benoemen** en mee te nemen in onze afwegingen. Een **kritische en (zelf) bewuste houding of reflexiviteit** is dan ook een essentiële vaardigheid om de kwaliteit van het diagnostische proces te bewaken.

Deze reflectiegids werd ontwikkeld om hulpverleners te ondersteunen in het versterken van deze vaardigheid. De reflectiegids bestaat uit:

- Uitleg over **veelvoorkomende vertekeningen**, toegelicht met praktijkvoorbeelden en aangevuld met reflectievragen;
- **Praktische handvaten en tips** die kunnen helpen om de invloed van vertekeningen te verminderen;
- Uitleg over factoren die een invloed hebben op ons **referentiekader** en bijhorende reflectievragen.

Tip: Kies bij het printen voor de optie 'Boek' voor een handig pocketboekje.

De **Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek (AIRD)** is een basisrichtlijn waarin wordt gefocust op de kernprincipes van het diagnostisch proces en zeven kwaliteitspijlers. In deze gids krijg je handvaten om met één van de pijlers, **reflectief handelen**, aan de slag te gaan. Ontdek de andere pijlers [hier](#).

Deel 2. Veelvoorkomende vertekeningen

In dit deel krijg je uitleg over acht veelvoorkomende vertekeningen, toegelicht met praktijkvoorbeelden en aangevuld met reflectievragen.

Vertekening 1. De neiging om bevestiging te zoeken

Uitleg

Als mens hebben de we neiging om meer oog hebben voor **informatie die onze bestaande verwachtingen, overtuigingen of hypotheses bevestigt**. We gaan er vaak automatisch naar 'op zoek' en hechten minder aandacht aan informatie die hiermee in strijd is.

Bevestigende informatie blijft meestal beter hangen in het geheugen. Ook interpreteren we informatie vaak in lijn met onze bestaande verwachtingen. Hierdoor kan bevestigende informatie zwaarder doorwegen wanneer we een diagnostisch oordeel vormen of beslissingen nemen.

Gerelateerde begrippen: *Confirmatiebias, Achterwaarts redeneren*

Voorbeeld

Maurice vermoedt dat Sanne autisme heeft en richt zich vooral op gedragingen die dit vermoeden bevestigen, zoals moeite met oogcontact en weinig initiatief nemen in sociale interacties. Tegelijkertijd merkt Maurice minder op wanneer Sanne wél spontaan sociale interacties aangaat, of flexibel reageert.



Reflectievragen om na te denken over een casus

- Welke hypothesen of verwachtingen had je over deze cliënt?
- Hoe en wanneer zijn deze hypothesen of verwachtingen ontstaan?
- Bleven je hypothesen of verwachtingen hetzelfde tijdens het diagnostische traject?
- Hoeveel aandacht heb je besteed aan informatie die je hypothesen of verwachtingen tegensprak?
- Heb je actief gezocht naar informatie die je hypothesen of verwachtingen kon tegenspreken?
- Zou een collega op basis van dezelfde informatie tot dezelfde conclusies komen? Waarom (niet)?

Vertekening 2. De invloed van volgorde van informatie

Uitleg

De volgorde waarin we informatie krijgen, kan een invloed hebben op ons denkproces. Informatie die helemaal **aan het begin of net op het einde** van een gesprek, observatie of dossier wordt verkregen, blijft vaak beter hangen. Hierdoor kan deze informatie een groter gewicht krijgen bij het maken van interpretaties, het vormen van een oordeel of het nemen van beslissingen.

Gerelateerde begrippen: *Volgorde-effecten, Verankerings-effect, Primacy-effect, Recency-effect*

Voorbeeld

Tijdens een observatie in een naschoolse opvang observeert hulpverlener Noor het gedrag van Bruno (3 jaar) tijdens een vrij spelmoment. Tijdens het eerste deel van de observatie speelt Bruno zelfstandig. Hij zoekt weinig contact met andere kinderen en kijkt hen aan. Later in de observatie vertelt hij enthousiast iets aan een begeleider, en speelt hij kort samen met een ander kind. Achteraf onthoudt Noor vooral dat Bruno een stille en afwachende houding aanneemt in groep.

Reflectievragen om na te denken over een casus

- Welke informatie kreeg je als eerste? Hoe heeft dit een invloed gehad op je diagnostische besluitvorming?
- Welke informatie kreeg je als laatste? Hoe heeft dit een invloed gehad op je diagnostische besluitvorming?
- Welke informatie is je het meest bijgebleven? Welke informatie heb je misschien over het hoofd gezien?
- Zouden je conclusies anders zijn geweest als de informatie in een andere volgorde was aangeboden?
- Hoe zou een collega, die dezelfde informatie in een andere volgorde kreeg, mogelijk tot een ander oordeel komen? Waarom?

Vertekening 3. De invloed van herkenbaarheid van informatie

Uitleg

Hoe herkenbaar informatie is, kan een invloed hebben op ons denkproces. **Herkenbare informatie** valt sneller op, wordt beter onthouden, en kan meer gewicht krijgen bij het maken van interpretaties, het vormen van een oordeel, of het nemen van beslissingen.

Herkenbaarheid kan er echter ook voor zorgen dat we minder alert zijn, omdat we gewend zijn aan bepaalde informatie. In dat geval kan juist **het onverwachte** dat meer aandacht krijgen, beter blijven hangen en zwaarder doorwegen.

Hulpverleners worden vaak met gelijkaardige cliëntprofielen geconfronteerd. Hierdoor kunnen bepaalde 'prototypes' of **herkenbare profielen** ontstaan in ons denken. Wanneer nieuwe cliënten overeenkomsten vertonen met zo'n herkenbaar profiel, hebben we de neiging om gelijkaardige conclusies te trekken.

Gerelateerde begrippen:
Beschikbaarheidsheuristiek,
Toegankelijkheidsbias,
Representativiteitsheuristiek

Voorbeeld

Olga werkt in een diagnostisch centrum waar de laatste tijd verschillende jongeren de diagnose ADHD kregen. Wanneer Arthur (19 jaar) bij zijn eerste afspraak te laat komt, denkt hulpverlener Olga meteen dat dit een kenmerk van ADHD kan zijn. Omdat recente casussen met deze diagnose nog sterk aanwezig zijn in haar geheugen, schat ze de kans dat Arthur voldoet aan de diagnostische criteria van ADHD hoger in.



Reflectievragen om na te denken over een casus

- Welke informatie voelde voor jou vertrouwd of herkenbaar? Welke informatie viel juist op omdat ze ongewoon of onverwacht was?
- Riep (de situatie van) deze cliënt herinneringen op aan eerdere cliënten of situaties?
- Stel dat deze cliënt zich had aangemeld in een andere voorziening, of bij een collega met een andere expertise. Denk je dat dezelfde conclusies getrokken zouden worden? Waarom (niet)?

Vertekening 4. De invloed van emoties

Uitleg

Hulpverleners kunnen tijdens een diagnostisch proces allerlei emoties ervaren. Die emoties kunnen waardevolle signalen zijn, maar ze kunnen ook ongemerkt ons diagnostisch oordeel beïnvloeden. **Emotioneel beladen informatie** wordt bijvoorbeeld sneller opgemerkt, blijft beter hangen in het geheugen, beïnvloedt hoe we informatie interpreteren, en kan zo meer gewicht krijgen bij het vormen van een oordeel of het nemen van beslissingen.

Gerelateerde begrippen: *Affectieve bias*, *Emotionele geheugenvertekening*

Voorbeeld

Jasper (35 jaar) volgt een begeleidingstraject bij hulpverlener Thijs. Tijdens een gesprek vertelt Jasper dat hij zijn partner soms uitscheldt tijdens conflicten. Thijs voelt bij het horen hiervan een zekere afkeer. Sindsdien besteedt Thijs vooral aandacht aan de momenten waarop Jasper geïrriteerd reageert. Hij verliest andere informatie uit het oog, zoals situaties waarin Jasper op een respectvolle manier met zijn partner omgaat.



Reflectievragen om na te denken over een casus

- Welke gevoelens riep deze cliënt of situatie bij jou op? Waarom denk je dat dit zo was?
- Hoe raakte deze cliënt of situatie jou? Welke kenmerken van jezelf spelen hierin een rol?
- Hoe hebben deze emoties een impact gehad op je beslissingen en conclusies?
- Zou je tot dezelfde conclusies zijn gekomen als deze cliënt geen sterke emoties bij je had opgeroepen? Waarom (niet)?

Vertekening 5. Het foutief veronderstellen van oorzaak-gevolgverbanden

Uitleg

We proberen vaak te begrijpen waarom bepaald gedrag of bepaalde klachten ontstaan. Wanneer twee zaken bijvoorbeeld tegelijkertijd voorkomen, of met elkaar samenhangen, hebben we de **neiging om te denken dat het ene de oorzaak is van het andere**. Daarbij bestaat het risico dat we te snel een oorzaak-gevolgverband veronderstellen. Een samenhang of opeenvolging in de tijd betekent niet noodzakelijk dat er sprake is van een oorzakelijk verband.

Gerelateerde begrippen: *Post hoc drogreden; Hierna, dus hierdoor*

Voorbeeld

Suzanne (6 jaar) wordt aangemeld omdat ze sinds enkele weken vaak huult, slecht eet en niet meer alleen durft slapen. Tijdens het intakegesprek vertellen haar ouders dat dit gedrag startte kort nadat Suzanne naar een nieuwe school ging. Ze veronderstellen dat de schoolwissel de oorzaak is van de moeilijkheden die Suzanne ervaart.

Hulpverlener Deniz gaat ook in gesprek met Suzanne. Ze vertelt dat haar grootouders, met wie ze een heel hechte band heeft, enkele weken geleden onverwachts verhuisden. Suzanne mist hen erg en maakt zich zorgen dat ze hen minder zal zien. Hoewel de klachten begonnen na de start op de nieuwe school, betekent dit dus niet automatisch dat de schoolwissel de oorzaak is.

Reflectievragen om na te denken over een casus

- Welke verklaring gaf je aan de moeilijkheden of het gedrag van een cliënt?
- Wanneer vormde je deze verklaring en op welke informatie baseerde je jezelf hiervoor?
- Welke aanwijzingen ondersteunden een verondersteld oorzaak-gevolgverband?
- Welke informatie maakte dit verband minder waarschijnlijk of sprak het tegen?
- Welke andere verklaringen heb je overwogen?

Vertekening 6. De invloed van één aspect

Uitleg

Eén opvallend aspect van het functioneren of de situatie van een cliënt kan ons hele beeld kleuren. Zo kan één sterkte, talent of positieve eigenschap ervoor zorgen dat we ook de rest van iemands functioneren positiever inschatten. Ook omgekeerd, kan één opvallend negatief aspect ervoor zorgen dat we de rest negatiever inschatten. Hierdoor kunnen bepaalde zaken stelselmatig over- of onderschat worden.

Gerelateerde begrippen: *Halo-effect*, *Horn-effect*, *Overschaduwing*



Voorbeeld

Harry (82 jaar) woont in een woonzorgcentrum. De afgelopen weken liep hij enkele keren weg van de afdeling en heeft hij zich agressief gedragen tegenover medebewoners. Hierdoor heeft begeleider Els een sterk negatieve indruk van hem gekregen.

Wanneer Els een vragenlijst over Harry's zelfredzaamheid bij dagelijkse activiteiten invult, laat ze deze algemene indruk onbewust meewegen. Ze geeft hem lage scores op items over zelfstandig eten, aankleden en persoonlijke verzorging. Die beoordeling komt echter niet overeen met zijn werkelijk functioneren: Harry eet vrijwel altijd zelfstandig, en kan zich meestal zonder hulp aankleden.

Reflectievragen om na te denken over een casus

- Welke positieve of negatieve aspecten van de cliënt of de situatie sprongen er voor jou het meest uit?
- In welke mate heeft dit meegespeeld in hoe je andere aspecten van de cliënt beoordeelde?
- Welke invloed hadden deze aspecten op je beeld van de cliënt als geheel?
- Welke aspecten kunnen het beeld van informanten hebben beïnvloed? Hoe heeft dit hun rapportage beïnvloed?

Vertekening 7. Diagnoses opvatten als een ding

Uitleg

Als mens hebben we de neiging om te **denken dat we iets begrijpen door het een naam te geven**.

Zo wordt een classificerende diagnose in de praktijk bijvoorbeeld soms als een verklaring gebruikt. Een classificerende diagnose is een naam voor een verzameling van (gedrags-)kenmerken die gepaard gaan met moeilijkheden in het functioneren. Het is een beschrijving van wat er aan de hand is, maar geeft niet automatisch een antwoord op de vraag waar dat gedrag of die moeilijkheden vandaan komen. Door een classificerende diagnose als verklaring te hanteren, kunnen we het veelvoud aan mogelijke oorzaken van (gedrags-)kenmerken of moeilijkheden uit het oog verliezen.

Gerelateerde begrippen: *Reïficatie, Verdinglijking, Cirkelredenering, Stoornisme*

Voorbeeld

Hulpverlener Isabeau heeft na een uitgebreid diagnostisch traject een gesprek met de ouders van de 9-jarige Sia. Tijdens het gesprek zegt ze: *“Sia heeft ADHD, daarom is ze zo druk en kan ze zich niet concentreren”*. Dit is eigenlijk een cirkelredenering. Gedrag wordt eerst geobserveerd en er wordt een naam aan gegeven (*‘Hoe weten we dat Sia ADHD heeft? – Omdat ze druk is en zich niet kan concentreren.’*)

Vervolgens doet Isabeau alsof die naam ook de oorzaak is van datzelfde gedrag (*‘Waarom is ze druk? – Omdat ze ADHD heeft.’*). Eigenlijk zegt ze dus: ‘Sia is druk omdat ze druk is’. ADHD is echter geen verklaring voor Sias gedrag. Het is eigenlijk een manier om samen te vatten dat ze druk gedrag vertoont en zich niet kan concentreren.

Reflectievragen om na te denken over een casus

- In welke mate hielp een classificerende diagnose je om het gedrag of de klachten van de cliënt te beschrijven?
- In welke mate gebruikte je de diagnose ook als verklaring?
- Welke mogelijke oorzaken of beïnvloedende factoren heb je verder onderzocht?
- Welke informatie heb je onderzocht die niet door de diagnose zelf wordt beschreven?

Vertekening 8. Individuen verwarren met groepen

Uitleg

In wetenschappelijk onderzoek worden vaak groepen met elkaar vergeleken. Bijvoorbeeld mensen met en zonder een classificerende diagnose, of mensen met verschillende soorten ondersteuningsnoden. Zo kunnen onderzoekers **verschillen tussen groepen** nagaan. Die verschillen **zeggen echter niet automatisch iets over één individuele persoon**.

Bijvoorbeeld: mensen zijn gemiddeld groter in Nederland dan in Japan. Dat betekent niet dat elke Nederlander groter is dan elke Japanner, of dat we op basis van lengte kunnen zeggen of iemand uit Nederland of Japan komt. Toch gebeurt het regelmatig dat we groepsverschillen één-op-één vertalen naar individuen.

Daarnaast doen we **soms het omgekeerde**: we zien kenmerken of gedrag bij één persoon en trekken daaruit conclusies (generaliseren) over een hele groep.

Gerelateerde begrippen: *Ecologische fout*, *Generalisatiefout*

Voorbeeld

Hulpverlener Sam legt aan Violet (31 jaar) uit dat *“haar hersenen anders zijn omdat ze autisme heeft”*. Hoewel er in wetenschappelijk hersenonderzoek soms kleine gemiddelde verschillen worden gevonden tussen mensen met en zonder een diagnose autisme, klopt dit niet voor elk individu. De gedetecteerde verschillen in deze studies zijn vaak klein en niet consistent. Sommige personen met de diagnose vertonen deze kenmerken bijvoorbeeld niet. Omgekeerd zijn er ook personen zonder de diagnose waarbij deze kenmerken wel aanwezig zijn.



Reflectievragen om na te denken over een casus

- Welke kennis over een bepaalde groep speelde een rol in het diagnostische proces?
- Hoe heb je deze kennis vertaald naar de specifieke cliënt?
- Hoe heb je eventuele wetenschappelijke bevindingen op groepsniveau uitgelegd aan de cliënt?
- Welke conclusies heb je op basis van deze cliënt getrokken over andere cliënten met gelijkaardige moeilijkheden?

Deel 3. Praktische handvaten en tips

Tijdens een diagnostisch proces kunnen allerlei automatische (denk)processen optreden. Deze processen zijn eigen aan ons denken en kunnen onze besluitvorming vertekenen. Deze vertekeningen kunnen we nooit helemaal voorkomen. We kunnen hun invloed wel kleiner maken door ze bewust te herkennen, te benoemen en mee te nemen in onze afwegingen.

Hiervoor is **een kritische en (zelf)bewuste houding of reflexiviteit een essentiële vaardigheid**. Onderstaande praktische handvaten en tips kunnen je helpen om deze vaardigheid te versterken.

Wees bewust van je eigen denkproces

- Sta bewust stil bij welke informatie je na een gesprek, observatie of testafname vooral is opgevallen en bijgebleven.
- Onderzoek welke verwachtingen of hypothesen je hebt voor en *tijdens* een diagnostisch traject, en waarop deze zijn gebaseerd.
- Wees alert op patronen in je denken. Feedback van collega's kan helpen om deze zichtbaar te maken.
- Sta stil bij je eigen referentiekader of de 'bril' waardoor je naar een cliënt kijkt. In het volgende onderdeel gaan we hier dieper op in.

Zoek andere verklaringen

- Zoek actief naar, en sta open voor informatie die indruist tegen je verwachtingen of hypothesen.
- Wees bereid om conclusies bij te stellen op basis van nieuwe informatie of inzichten.
- Speel advocaat van de duivel en bedenk minstens één alternatieve hypothese of verklaring.
- Stel conclusies uit wanneer je twijfelt of er nog belangrijke informatie ontbreekt.

Betrek verschillende perspectieven

- Bespreek complexe situaties en twijfels met collega's.
- Ga op zoek naar feedback bij collega's.
- Vraag naar feedback van de cliënt en betrokkenen.
- Maak gebruik van supervisie en intervisie om je redenering kritisch te onderzoeken.

Onderbouw je redenering

- Wees transparant over het denkproces. Maak argumenten voor keuzes, beslissingen en/of conclusies expliciet en documenteer ze.
- Vermeld welke onzekerheden, onduidelijkheden of alternatieve verklaringen er nog zijn.

Sta stil bij welke taal je gebruikt

- Denk na over welke termen en woorden je gebruikt om cliënten te beschrijven. Sommige termen hebben een negatieve connotatie, en kunnen al snel leiden tot bepaalde vooringenomen ideeën of vooroordelen.
- Beschrijf concreet gedrag en vermijd algemene termen.
- Stel de cliënt niet gelijk aan een diagnose ("dat is typisch voor een ADHD-er").
- Onderzoek of je de cliënt of de situatie ook op een meer neutrale manier zou kunnen beschrijven.

Deel 4. Sta stil bij je bril

Onze automatische denkprocessen worden mee bepaald door ons referentiekader. **Iedereen kijkt vanuit een eigen referentiekader naar situaties.**

Die 'bril' bepaalt mee waar onze aandacht naartoe gaat, welke informatie we onthouden, hoe we informatie interpreteren en welke informatie meer gewicht krijgt bij het maken van beslissingen.

Ons referentiekader wordt gevormd door:

- **Persoonlijke invloeden:** overtuigingen, waarden, ervaringen, emoties, kennis, vaardigheden, opleidingsachtergrond, professionele expertise ...
- **Organisatiegebonden invloeden:** de visie en cultuur van de organisatie, gehanteerde procedures en richtlijnen, verwachtingen en heersende opvattingen binnen het team, teamdynamieken ...
- **Maatschappelijke invloeden:** heersende maatschappelijke normen en waarden, de tijdsgeest, diagnostische trends of modes, beleidskeuzes, wetenschappelijke ontwikkelingen ...
- **Relationele invloeden:** de interactie tussen hulpverlener en cliënt, de mate van vertrouwen en samenwerking, wederzijdse verwachtingen, mogelijke asymmetrie in de verhouding waarbij de hulpverlener als expert wordt gezien ...

Ons referentiekader kunnen we nooit volledig uitschakelen. We kunnen ons wel zoveel mogelijk actief afvragen in welke mate het eigen referentiekader ons denkproces en besluitvorming kleurt. Sta daarom regelmatig stil bij je eigen bril. Onderstaande reflectievragen ondersteunen je om dieper na te denken over je eigen referentiekader:

Persoonlijke invloeden

- Wat is je eigen culturele, sociale en economische achtergrond? Welke waarden en normen vind je belangrijk en waarom? Wat beschouw je als 'normaal' en wat als 'abnormaal'? Hoe wordt dat bepaald? Op welke manier zou dit je werk beïnvloeden?
- Welke ingrijpende gebeurtenissen heb je meegemaakt? Hoe heb je die ervaren? Ben je zelf geconfronteerd geweest met bepaalde diagnoses, bij jezelf of in je nabije omgeving? Hoe heb je dat ervaren? Hoe ben je daarmee omgegaan?
- Welke opleiding(en) heb je genoten en wat stond daarin op de voorgrond?
- Welke werkervaringen heb je als positief of negatief ervaren? Hoe kwam dat? Welke impact hebben deze ervaringen gehad? Hoe kunnen deze ervaringen je huidige werk kleuren of beïnvloeden?
- Zijn er bepaalde cliënten of thema's waar je moeilijker mee overweg kan of die je net heel nauw aan het hart liggen? Hoe raken zij jou? Welke kenmerken van jezelf spelen hierin een rol?

Organisatiegebonden invloeden

- Wat is de visie van de organisatie op diagnostiek? Wat wordt er verstaan onder diagnostiek? Hoe wordt dit naar de cliënten gecommuniceerd?
- Welke cliënten kunnen bij jou terecht? Gaat het over specifieke moeilijkheden/ ondersteuningsnoden? Hoe zou dit je diagnostische besluitvorming kunnen beïnvloeden?
- Welke protocollen en richtlijnen worden er gebruikt? Worden er vaste protocollen gebruikt? Welke blinde vlekken zouden hierdoor kunnen ontstaan?
- Hoe verloopt een teamoverleg? Worden er twijfels besproken en kritische vragen gesteld? Hoeveel ruimte is er om een afwijkende mening uit te spreken? Welke invloed hebben meer uitgesproken of ervaren teamleden op de besluitvorming?
- Welke beleidskeuzes en wetgeving hebben invloed op de manier waarop hulpverlening, onderwijs of begeleiding wordt georganiseerd? Waar botsen beleidsmatige keuzes met je eigen visie en waarden?
- Zijn er bepaalde problematieken of thema's die nu meer aandacht krijgen dan vroeger? Welke diagnoses zijn eerder 'populair' en 'niet populair'? Hoe komt dat?

Maatschappelijke invloeden

- Welke normen en waarden zijn maatschappelijk gangbaar? Zijn dit normen en waarden die ook in het verleden, of een andere cultuur gelden? Welke hedendaagse tendensen vind je moeilijk om te begrijpen of aanvaarden?
- Welke maatschappelijke verwachtingen worden er gesteld (bv. verwachtingen op school)? Wat wordt als 'normaal' of 'typisch' beschouwd? Is dit al altijd zo geweest?

Relationele invloeden

- Hoe verhoud je jou tegenover de cliënt? In welke mate zie je jezelf als expert tegenover de cliënt? Hoe ga je om met het machtsverschil dat eigen kan zijn aan je professionele rol?
- Welke signalen van vertrouwen of wantrouwen merk je op in de interactie met de cliënt?
- Betrek je de cliënt voldoende in het proces? Wanneer en hoe vaak neem je beslissingen voor de cliënt in plaats van met de cliënt?
- Wanneer beschouw je de samenwerking met de cliënt als een 'goede samenwerking'? Wat vind je daarbij belangrijk? Welke verwachtingen heb je van de cliënt? Is de cliënt hiervan op de hoogte?
- Welke verwachtingen denk je dat de cliënt van jou heeft? Hoe weet je dit?
- Hoe reageer je wanneer de cliënt een andere visie heeft dan jou?

