Kwaliteitscentrum Diagnostiek

Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek 2.0

Kwaliteitscentrum
Diagnostiek

Coördinerend directeur
Kimberly Van Nieuwenhove

Auteurs
Kimberly Van Nieuwenhove en Eefje Claerhout

Werkgroep
Jan Bachot, Laurent Bursens, Dorothy De Maesschalck, Ilse Noens, Herbert Roeyers, Sarah Schaubroeck, Meneia Steel Lebre, Sophie Tessier, Pieter Vanvolsem en Sara Wouters

Redactie
Femke Cathelyn, Vicky Hennissen en Floor Moerman

Vormgeving en redactie
Eefje Claerhout

Verwijzing
Om te verwijzen naar deze publicatie, gebruik: Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (2026). *Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek 2.0*. 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

Inleiding 5

Het diagnostisch proces 6

Definitie 7

Onderdelen van het diagnostisch proces 7

Verhelderen 9

Beschrijven 12

Verklaren 13

Adviseren 14

Evalueren 15

Rapporteren van diagnostische bevindingen 16

Intermezzo - Een taal voor diagnostiek 18

Zeven kwaliteitspijlers 21

Breed kijken naar functioneren 22

De unieke cliënt begrijpen 24

De cliënt actief betrekken 26

Sensitief omgaan met diversiteit 28

Methoden en instrumenten doelgericht inzetten 30

Reflectief handelen 32

Interdisciplinair samenwerken 34

Tot slot 36

Referentielijst 38

Bekijk de richtlijn online ↓

Achtergrond

De Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek (AIRD) werd in 2020 ontwikkeld om een gedeeld kader voor kwaliteitsvolle diagnostiek te creëren, over sectoren en disciplines heen. Intussen is de richtlijn geëvolueerd tot een breed gedragen referentiekader voor de diagnostische praktijk. Daarnaast groeide de AIRD uit tot een richtinggevend kader voor het beleid. Op die manier draagt ze bij aan een gemeenschappelijke visie op kwaliteitsvolle diagnostiek.

De huidige actualisatie gebeurde naar aanleiding van ontwikkelingen en evoluties in de wetenschappelijke literatuur en de professionele praktijk. De aanbevelingen in deze richtlijn zijn gebaseerd op een combinatie van wetenschappelijke evidentie, praktijkervaringen, en consensus tussen experten. We focusten onder meer op thema's die de voorbije jaren aan aandacht hebben gewonnen, zoals diversiteitssensitief werken. Daarnaast lag de nadruk bij deze herwerking op het verbeteren van de toegankelijkheid van de richtlijn.

Inleiding

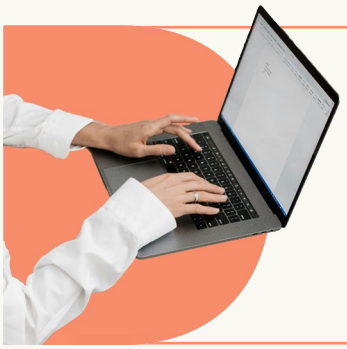
De AIRD ondersteunt hulpverleners bij het realiseren van kwaliteitsvolle diagnostiek. Deze richtlijn draagt onder meer bij aan:

- een systematische en wetenschappelijk onderbouwde diagnostische praktijk;
- accurate, transparante, efficiënte en betrouwbare besluitvorming;
- meer vertrouwen in de uitkomsten van het diagnostisch proces;
- het kritisch reflecteren over de eigen diagnostische praktijk;
- en een betere communicatie, samenwerking en afstemming tussen hulpverleners, organisaties en cliënten.

Deze richtlijn is bedoeld voor hulpverleners, uit diverse sectoren en disciplines, die in hun dagelijkse praktijk diagnostische activiteiten uitvoeren. De richtlijn is vooral gericht op diagnostiek binnen het biopsychosociale domein, en minder op louter somatische diagnostiek. Ze kan worden toegepast in uiteenlopende professionele contexten, zoals zorg, welzijn, onderwijs en justitie.

Doorheen de richtlijn hanteren we een aantal terugkerende termen.

- **Hulpverlener:** de professional die in de dagelijkse praktijk diagnostische activiteiten uitvoert, ongeacht sector, discipline of functie.
- **Cliënt:** de persoon op wie het diagnostisch proces betrekking heeft. Bij kinderen en jongeren verwijst de term cliënt in deze richtlijn in principe ook naar het cliëntsysteem, waaronder ouders of opvoedingsverantwoordelijken. Bij volwassenen verwijst de term cliënt in de eerste plaats naar de persoon zelf. Relevante personen uit de context worden betrokken wanneer dit aangewezen is. Omwille van de leesbaarheid wordt in deze richtlijn doorgaans de term cliënt gebruikt. Waar het onderscheid van belang is, wordt expliciet verwezen naar de context, het cliëntsysteem of andere betrokkenen.
- **Diagnostiek:** een overkoepelende term die zowel kan verwijzen naar het diagnostisch proces in het algemeen (zie definitie), of een diagnostisch traject bij een individuele cliënt.
- **Zorg en ondersteuning:** kan zowel verwijzen naar formele hulp- en zorgverlening als naar informele en andere vormen van ondersteuning. De best passende zorg en ondersteuning sluit aan bij de noden, mogelijkheden en context van de cliënt. Diagnostiek en zorg en ondersteuning zijn nauw met elkaar verweven. Diagnostiek kan daarbij zowel voor als tijdens zorg en ondersteuning plaatsvinden.



De AIRD is een basisrichtlijn. De focus ligt op de kernprincipes van het diagnostisch proces, en de zeven kwaliteitspijlers. Voor verdere verdieping verwijzen we waar mogelijk naar aanvullende materialen, zoals de kennispagina's op onze website, e-learnings en verdiepende richtlijnen.

Het diagnostisch proces

Definitie

Diagnostiek is een belangrijk fundament voor kwaliteitsvolle zorg. Het is nooit een doel op zich, maar steeds een middel om doelgerichte en persoonsgerichte zorg te realiseren.

In deze richtlijn definiëren we kwaliteitsvolle diagnostiek als: het **systematisch proces** van het **verzamelen en analyseren** van informatie, naar aanleiding van een **hulp- of zorgvraag**, **verwijzing** of **maatschappelijke opdracht**. Het doel is om, **samen met de cliënt**, meer **inzicht** te krijgen in een situatie of probleem, en om te komen tot de best passende **zorg en ondersteuning**.

Onderdelen van het diagnostisch proces

Binnen een diagnostisch proces kan je een aantal onderdelen onderscheiden:

- **Verhelderen:** waarom komt deze cliënt op dit moment naar hier?
- **Beschrijven:** wat is er aan de hand?
- **Verklaren:** waarom is dit aan de hand?
- **Adviseren:** hoe kan deze cliënt het best ondersteund worden?
- **Evalueren:** hoe evolueert de situatie en is er bijsturing nodig?

De verschillende onderdelen van het diagnostisch proces zijn geen afzonderlijke of strikt opeenvolgende fasen. Ze vormen een samenhangend geheel en vloeien vaak in elkaar over.

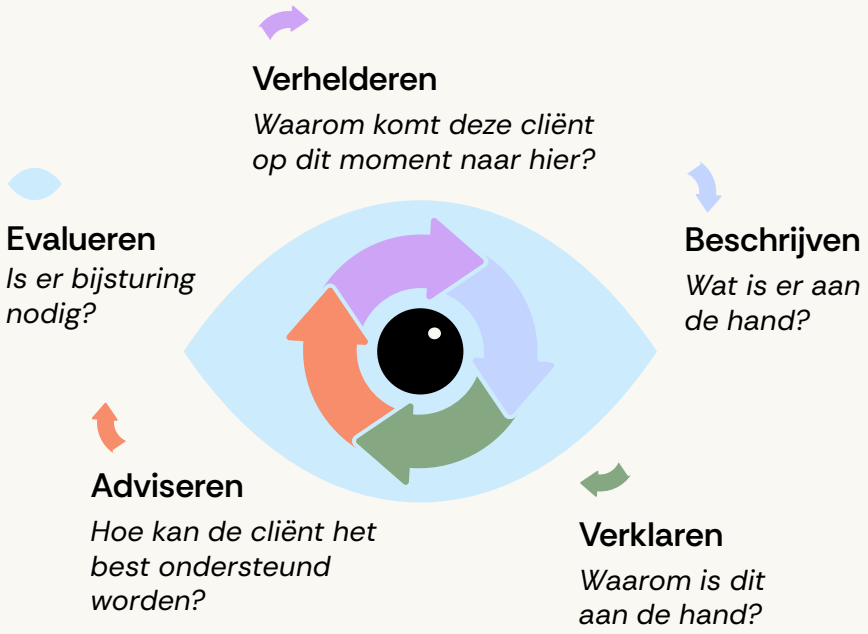
Het diagnostisch proces is ook **cyclisch**: naarmate het proces vordert, kunnen nieuwe inzichten ervoor zorgen dat eerdere stappen opnieuw worden bekeken, of onderdelen van het diagnostisch proces opnieuw worden doorlopen.

Geen enkel diagnostisch traject verloopt op dezelfde manier. Het is een **dynamisch proces** dat wordt **afgestemd op de vraag, de cliënt en hun context**. De vraag, het perspectief, de ervaringen, noden en voorkeuren van de cliënt geven richting doorheen het hele proces.

Afhankelijk hiervan kunnen bepaalde onderdelen:

- meer of minder nadruk krijgen;
- en/of op verschillende momenten in het traject aan bod komen.

Figuur 1. Diagnostiek als proces van verhelderen, beschrijven, verklaren, adviseren en evalueren.



- **Verhelderen:** het in kaart brengen en **verduidelijken van de hulpvraag** van de cliënt en de context.
- **Beschrijven:** een zo **volledig mogelijk beeld** van de situatie vormen door onder andere de ervaren klachten, positieve factoren en context in kaart te brengen.
- **Verklaren:** het in kaart brengen van hoe alle relevante factoren met elkaar **in verband staan, om inzicht te krijgen** in het ontstaan én het in stand houden van de ervaren moeilijkheden.
- **Adviseren:** nagaan op welke manier(en) de cliënt het best **kan worden ondersteund**.
- **Evalueren:** het doorlopend **afstemmen en bijsturen** van het proces, bijvoorbeeld bij nieuwe informatie, veranderde omstandigheden en gewijzigde hulpvragen.

Er circuleren verschillende termen om te verwijzen naar het diagnostisch proces en de verschillende onderdelen ervan. Hierna vermelden we bij elk onderdeel enkele verwante begrippen.

Verhelderen

Diagnostiek start altijd vanuit een vraag, een bezorgdheid, of een nood. **Het in kaart brengen en verduidelijken** van de hulpvraag vormt het vertrekpunt van het diagnostisch proces. Dit wordt ook **vraagverheldering** genoemd.

Tijdens vraagverheldering breng je, samen met de cliënt, de vragen, bezorgdheden, noden en verwachtingen in kaart. Op basis daarvan wordt de hulpvraag helder geformuleerd. Waar relevant stem je ook af met het cliëntsysteem, andere betrokkenen of verwijzers.

Een zorgvuldige vraagverheldering is essentieel omdat:

- de hulpvraag niet altijd meteen duidelijk is, of verborgen zit achter een andere vraag;
- er meerdere hulpvragen aanwezig kunnen zijn;
- betrokkenen verschillende perspectieven op de situatie kunnen hebben;
- er uiteenlopende verwachtingen over het doel, de aard, en het verloop van het diagnostisch proces kunnen zijn.

Een zorgvuldig geformuleerde hulpvraag leidt tot een **gedeeld begrip** tussen hulpverlener(s), de cliënt en andere betrokkenen. Zo kan het diagnostisch proces doel- en persoonsgericht vorm krijgen.

In de praktijk wordt niet altijd voldoende aandacht besteed aan vraagverheldering. Soms worden al stappen gezet vóórdat voldoende duidelijkheid bestaat over de hulpvraag, het doel van het diagnostisch proces, en de verwachtingen van de cliënt en andere betrokkenen.

Dit kan ervoor zorgen dat de gehanteerde focus onvoldoende aansluit bij de noden van de cliënt, dat relevante informatie over het hoofd wordt gezien, of dat tijd en middelen worden besteed aan diagnostiek die weinig bijdraagt aan het beantwoorden van de hulpvraag. Daarnaast blijft het mogelijk onduidelijk wat diagnostiek wel en niet kan opleveren. Dit kan leiden tot misverstanden of teleurstelling.

Een zorgvuldige vraagverheldering helpt om de verwachtingen van alle betrokkenen af te stemmen, het diagnostisch proces doelgericht vorm te geven, en het maximaal te laten aansluiten bij de noden van de cliënt.

Verwante begrippen zijn **intake**, **klachtenanalyse** en **verhelderende diagnostiek**.

Wie heeft welke hulpvraag?

De hulpvraag komt niet altijd uitsluitend van de cliënt zelf. Ook ouders of opvoedingsverantwoordelijken, naasten, verwijzers, of andere betrokkenen kunnen bezorgdheden of verwachtingen hebben die aanleiding geven tot een vraag naar diagnostiek.

De vragen van verschillende betrokkenen vallen niet noodzakelijk samen en kunnen soms zelfs tegenstrijdig zijn. Een belangrijk onderdeel van vraagverheldering is daarom het in kaart brengen van **wie welke hulpvraag heeft** en **hoe verschillende betrokkenen de situatie ervaren**.

Volgende vragen kunnen richting geven:

- Wie nam het initiatief voor de aanmelding: de cliënt, een naaste, of een verwijzer?
- Wat is de reden van de aanmelding? Wat zijn de ervaren moeilijkheden of bezorgdheden?
- Is er sprake van een lopend hulpverleningstraject? Zo ja, welke vragen of doelen werden daarin geformuleerd?
- Welke wensen en verwachtingen zijn er met betrekking tot het diagnostisch traject? Wat zou iedereen graag willen bereiken?
- Welke hulpvragen hebben de verschillende betrokkenen? Zijn er uiteenlopende vragen? Zijn er verschillen of spanningen tussen de perspectieven van verschillende betrokkenen?
- Hoe ervaren de cliënt en andere betrokkenen de aanmelding en het diagnostisch proces?

Tip

Maak de verschillende vragen, perspectieven en verwachtingen rond diagnostiek bespreekbaar. Er moet voldoende draagvlak zijn om het diagnostisch proces verder vorm te geven.

Wat is de aard van de hulpvraag?

De hulpvraag geeft richting aan het diagnostisch proces en de uitkomst ervan. De aard van de vraag bepaalt mee welke acties nodig zijn, en welke onderdelen van het diagnostisch proces meer of minder nadruk krijgen.

Bekijk bij het verhelderen van de hulpvraag of er sprake is van een beschrijvende, verklarende of adviesgerichte vraag.

- Een **beschrijvende vraag** richt zich op het in kaart brengen van het functioneren van de cliënt, met aandacht voor onder meer de aanwezige moeilijkheden, sterktes en ondersteuningsnoden (bv. 'Wat zijn de moeilijkheden die deze leerling ervaart op school?')
- Een **verklarende vraag** richt zich op mogelijke factoren die bijdragen aan het ontstaan, het versterken, of het in stand houden van de ervaren moeilijkheden (bv. 'Waarom loopt deze persoon vast in sociale situaties?')
- Een **adviesgerichte vraag** richt zich op het identificeren van mogelijke zorg en ondersteuning (bv. 'Welke ondersteuning kan deze persoon helpen om beter te functioneren op school of op het werk?')

Diagnostiek als proces

In de praktijk zijn hulpvragen niet altijd scherp afgebakend. Vaak bevatten ze zowel beschrijvende, verklarende als adviesgerichte elementen. Het is daarom belangrijk om tijdens de vraagverheldering na te gaan waar de nadruk op ligt. Die nadruk kan gaandeweg verschuiven, naarmate meer informatie beschikbaar is of nieuwe inzichten zijn ontstaan.

Waarom wordt deze hulpvraag gesteld?

Soms neemt een aanmeldingsvraag al een zeer concrete vorm aan (bv. 'Is er sprake van ADHD?' of 'Heeft deze persoon recht op meer intensieve ondersteuning op school?'). Het is belangrijk om te achterhalen waarom deze specifieke vraag gesteld wordt. Vaak schuilt een **diepere nood, bezorgdheid of verwachting** achter een concrete vraag. De geformuleerde hulpvraag en de achterliggende nood zijn dus niet altijd hetzelfde.

→ Bv. een vraag naar een classificerende diagnose kan voortkomen uit een nood aan meer inzicht in de ervaren moeilijkheden, erkenning van de aanwezige problemen, handvaten voor begeleiding, of duidelijkheid over mogelijke zorg en ondersteuning.

Het verhelderen van de verwachtingen helpt om het doel scherp te stellen en af te stemmen over verdere stappen.

Waar wordt deze hulpvraag in kaart gebracht en beantwoord?

Wanneer de hulpvraag concreet en helder is, stem je het vervolg van het traject, in samenspraak met de cliënt, verder af.

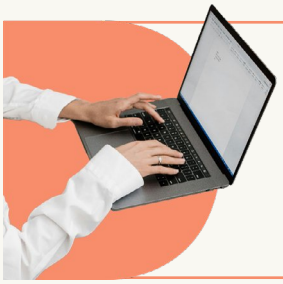
Soms kan al een passend advies worden gegeven, en/of kan de cliënt toegeleid worden naar geschikte zorg en ondersteuning.

Wanneer een uitgebreid diagnostisch proces aangewezen is, ga je na waar dat proces het best kan worden verdergezet. Daarbij hou je rekening met de kennis, expertise, bevoegdheden en beschikbaarheid van de betrokken hulpverlener(s) en organisatie(s).

De cliënt kan mogelijk volledig binnen de eigen werking verder worden opgevolgd. Het is ook mogelijk dat het diagnostisch traject geheel of gedeeltelijk elders wordt verdergezet. Daarbij kan samengewerkt worden met andere hulpverleners of organisaties.

Tip

Zorg voor een goede afstemming met andere betrokken hulpverleners. Zo kan je continuïteit zoveel mogelijk garanderen.



De e-learning Vraagverheldering gaat verder in op dit thema. Praktijkvoorbeelden illustreren hoe de wie-, wat-, waarom- en waar-vragen kunnen worden ingezet in de diagnostische praktijk.

Beschrijven

Beschrijven richt zich op de vraag **wat er aan de hand is**. Hiervoor verzamel je relevante informatie om de situatie zo volledig mogelijk in kaart te brengen. Daarbij gaat aandacht naar de ervaren moeilijkheden, sterktes, en contextuele factoren op verschillende domeinen.

Je brengt **verschillende factoren** in kaart:

- ervaren moeilijkheden en klachten;
- fysiek, sociaal, psychisch en cognitief functioneren;
- hulpverleningsgeschiedenis;
- persoonlijke betekenisverlening/ ziektetheorie;
- ontwikkelingsverloop;
- huidige leefomstandigheden;
- belangrijke gebeurtenissen en levensvragen (bv. rond identiteit, zingeving of andere thema's die belangrijk en betekenisvol zijn voor de cliënt);
- relaties en interpersoonlijk functioneren;
- normen, waarden en culturele achtergrond;
- toekomstperspectief, (levens)doelen en plannen;
- positieve factoren en sterktes.

Niet alle factoren moeten telkens even uitgebreid aan bod komen. Welke informatie relevant is, hangt af van de hulpvraag en de context van de cliënt. Het doel is niet om zoveel mogelijk informatie te verzamelen, maar om een voldoende breed en genuanceerd overzicht van de situatie te krijgen.

Tip

Verken niet alleen wat moeilijk loopt, maar ook welke sterktes, hulpbronnen en positieve factoren aanwezig zijn, en in welke situaties moeilijkheden niet of minder optreden.

Diagnostiek als proces

Beschrijven gebeurt niet alleen aan het begin van een diagnostisch proces. Je hebt tijdens het volledige traject aandacht voor aanvullende informatie. Enkele richtvragen:

- Is de beschrijving nog actueel en passend?
- Zijn er belangrijke veranderingen in de situatie?
- Is er nieuwe relevante informatie?

Verwante begrippen zijn **probleemanalyse** en **onderkennende diagnostiek**.

Verklaren

Verklaren richt zich op het **begrijpen** van **hoe en waarom** bepaalde moeilijkheden ontstaan, aanwezig blijven of veranderen. De vraag die hier centraal staat is: 'Waarom is dit aan de hand?'

Om inzicht te krijgen in de situatie, breng je alle relevante beïnvloedende factoren met elkaar in verband. Dit leidt tot een onderbouwd en samenhangend verklarend model. Dit wordt ook het **integratief** of **verklarend beeld** genoemd. Het verklarend model geeft weer hoe bij deze specifieke cliënt verschillende biologische, psychologische, sociale en contextuele factoren elkaar beïnvloeden.

Je gaat dus na hoe verschillende persoons- en contextfactoren met elkaar samenhangen en hoe ze bijdragen aan het ontstaan, in stand houden, versterken of verminderen van de ervaren moeilijkheden. Daarbij gaat aandacht naar **zowel belemmerende als beschermende invloeden**. Zo kom je tot een beter begrip van **de unieke situatie** van de cliënt.

Om mogelijke verklaringen te kunnen formuleren, is **een brede kennis nodig over menselijke ontwikkeling en menselijk functioneren**, en over de wisselwerking tussen persoons- en contextfactoren. Daarbij breng je **verschillende bronnen** samen, zoals wetenschappelijke en theoretische kennis, professionele praktijkervaringen, en bredere ervaringskennis van cliënten. Ook de kennis, visie en de beleving van de individuele cliënt is essentieel.

Kennis uit deze verschillende bronnen is nodig om hypotheses te kunnen formuleren over mogelijke verklaringen voor de ervaren moeilijkheden.

Diagnostiek als proces

Je vult verklarende inzichten gaandeweg aan, of stelt ze bij op basis van nieuwe informatie. Ook veranderingen in de situatie of context kunnen de samenhang tussen verschillende factoren beïnvloeden. Enkele richtvragen:

- Is het verklarend beeld nog actueel en passend?
- Zijn er nieuwe inzichten?
- Is de samenhang tussen verschillende factoren veranderd?

Verwante begrippen zijn **etiologische diagnostiek** en **verklaringsanalyse**.

Adviseren

Adviseren richt zich op de vraag **welke zorg en ondersteuning** het best aansluit bij de noden van de cliënt. Je formuleert samen met de cliënt concrete doelen, en gaat na welke aanpak wenselijk, haalbaar en minimaal noodzakelijk is om het functioneren en welbevinden van de cliënt te bevorderen. De centrale vraag hierbij is: 'Hoe kan de cliënt het best ondersteund worden?'

Volgende vragen kunnen richting geven:

- Welke veranderingen of resultaten streeft de cliënt na?
- Welke ondersteuningsnoden zijn er, bij de cliënt, het cliëntsysteem en eventueel andere betrokkenen?
- Welke aanpak sluit het best aan bij de cliënt?

Tip

Ga niet alleen na welke problemen of moeilijkheden ondersteuning vragen. Kijk ook naar welke (levens)doelen de cliënt wil bereiken, en wat kan bijdragen aan hun algemeen functioneren, welzijn en levenskwaliteit.

Bij het opstellen van adviezen hou je rekening met de noden, wensen en mogelijkheden van de cliënt en hun context. Ook de sterktes en bestaande zorg en ondersteuning neem je mee. Wanneer er voldoende draagvlak is voor de adviezen, maak je concrete afspraken over de verdere begeleiding of ondersteuning, én over de verdere opvolging van het proces.

Diagnostiek als proces

Doelen en ondersteuningsnoden kunnen in de loop van het diagnostisch proces veranderen. Het is daarom belangrijk om deze regelmatig te evalueren, en het diagnostisch traject op basis hiervan bij te sturen. Enkele richtvragen:

- Zijn de doelen hetzelfde gebleven?
- Zijn er andere of bijkomende verwachtingen?
- Is het lopende diagnostisch traject nog passend?

Verwante begrippen zijn **indicatieanalyse en indicerende diagnostiek**.

Evalueren

Diagnostiek is geen eenmalige gebeurtenis, maar een doorlopend proces van **afstemmen en bijsturen**. Nieuwe informatie, veranderde omstandigheden of gewijzigde hulpvragen kunnen aanleiding geven om eerdere beschrijvingen, verklaringen en/of adviezen aan te vullen of te herzien.

Diagnostische conclusies zijn **niet definitief** en steeds een **momentopname**. Ze vormen een onderbouwde interpretatie van het functioneren van een persoon in een bepaalde situatie, én op een specifiek moment. Ze bieden **de best mogelijke beschrijving, verklaring en/of advies** op basis van de informatie en inzichten die je op dat moment hebt. Beschouw ze daarom als **werkhypotheses** die je verder kan toetsen, verfijnen en herformuleren.

Tip

Evalueer diagnostische inzichten, conclusies en beslissingen doorheen het proces en pas ze, waar nodig, aan.

Diagnostiek is geen geïsoleerde gebeurtenis die losstaat van zorg en ondersteuning. Diagnostiek en hulpverlening kunnen gelijktijdig verlopen en elkaar wederzijds informeren. Zorg en ondersteuning kan bijvoorbeeld al worden opgestart vóór of tijdens het diagnostisch proces. Daarnaast kunnen inzichten die tijdens de hulpverlening ontstaan het diagnostisch proces verrijken.

Diagnostiek als proces

Ook na afloop van een diagnostisch traject kunnen cliënten aanleiding zien om eerdere conclusies opnieuw te bekijken. Het is dan ook belangrijk om duidelijke afspraken te maken over waar of bij wie ze terechtkunnen voor verdere opvolging.

Rapporteren van diagnostische bevindingen

Op bepaalde momenten tijdens het diagnostisch proces worden bevindingen samengebracht in een (voorlopige) conclusie, en gedeeld. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de vorm van een gesprek of een verslag.

Je kan een verslag opstellen om het diagnostisch proces te documenteren, om inzichten en conclusies te bespreken met de cliënt, om informatie over te dragen bij een verwijzing, om samenwerking tussen diensten te ondersteunen, om rechtentoekenning te onderbouwen, om te rapporteren in het kader van een opdracht van een externe instantie ...

Rapporteren kan dan ook meerdere functies vervullen:

- **Documenterende functie.** Je registreert relevante stappen, gebruikte informatiebronnen, gemaakte afwegingen en de onderbouwing van conclusies op een duidelijke en navolgbare manier. Een zorgvuldige rapportering maakt het diagnostisch proces transparant en ondersteunt de kwaliteit en betrouwbaarheid van het proces.
- **Informerende functie.** Je rapporteert diagnostische bevindingen helder, respectvol en toegankelijk, afgestemd op het begripsniveau van de cliënt. In het verslag is er aandacht voor zowel sterktes, hulpbronnen en mogelijkheden, als voor kwetsbaarheden en ondersteuningsnoden. Een duidelijk verslag bevordert een gedeeld begrip tussen alle betrokkenen. Daarbij is het belangrijk om te benadrukken dat diagnostische bevindingen steeds tijds- en contextgebonden zijn, en dat het verslag dus een momentopname is.
- **Handelingsgerichte functie.** Je vertaalt diagnostische inzichten en conclusies naar concrete aanknopingspunten en adviezen voor verdere zorg en ondersteuning. Een verslag ondersteunt ook de continuïteit van zorg. Je kan het gebruiken als werkinstrument in de verdere zorg en ondersteuning. Het levert handvaten op voor opvolging, evaluatie en eventuele bijsturing.

Afhankelijk van het doel en de beoogde lezer kan de inhoud, vorm en mate van detail van een verslag verschillen. Het is belangrijk om rekening te houden met:

- het doel van de rapportering;
- voor wie het rapport bedoeld is;
- wie inzage heeft of kan krijgen;
- en welke informatie noodzakelijk en relevant is om te rapporteren en te delen.

Tip

Betrek de cliënt zoveel mogelijk bij het opstellen en delen van een verslag. Communiceer transparant over het doel en de bestemming van het verslag en de informatie die erin wordt opgenomen.

Intermezzo - Een taal voor diagnostiek

Binnen het diagnostisch veld worden verschillende, soms nauw aan elkaar verwante, begrippen gebruikt. Sommige van deze begrippen verwijzen naar het ruimer diagnostisch proces en de verschillende onderdelen ervan, zoals de diagnostische cyclus en handelingsgerichte diagnostiek. Andere begrippen, zoals classificerende diagnostiek of inschalingsdiagnostiek, zeggen meer iets over het doel dat met diagnostiek wordt nagestreefd. Hieronder lichten we enkele veelgebruikte begrippen toe.

Diagnostische cyclus

De diagnostische cyclus van De Bruyn en Ruijssenaars[1] stelt het diagnostisch proces voor als een cyclisch proces tussen aanmelding en advies. Daarbij worden vier onderdelen onderscheiden: klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse, en indicatieanalyse.

De diagnostische cyclus is geen strikt stappenplan. Het is niet altijd nodig om alle onderdelen te doorlopen. Verschillende onderdelen kunnen ook overlappen, en tijdens het proces kan worden teruggekeerd naar vorige onderdelen.

Handelingsgerichte diagnostiek

Handelingsgerichte diagnostiek (HGD)[2] is een kader dat vertrekt vanuit de hulpvraag, om te komen tot passende aanbevelingen voor verdere zorg en ondersteuning.

HGD wordt gekenmerkt door een aantal uitgangspunten. Het diagnostisch proces verloopt doelgericht, systematisch en transparant. Afstemming met de cliënt en andere betrokkenen staat centraal. Er wordt aandacht besteed aan zowel ondersteuningsnoden als aan positieve factoren. En er wordt rekening gehouden met zowel persoons- als contextfactoren, als hun onderlinge wisselwerking.

HGD wordt doorgaans opgebouwd aan de hand van vijf fases: intake, strategie, onderzoek, integratie en advies. Niet elke fase hoeft daarbij steeds even uitgebreid te worden doorlopen.

Casusformulering

Casusformulering is een manier om alle relevante informatie over een cliënt samen te brengen en te integreren tot een samenhangend verklarend beeld. Het verwijst op die manier zowel naar het diagnostisch proces in het algemeen, als naar het verklarend beeld. Casusformulering is gericht op het grondig begrijpen en het in kaart brengen van hoe moeilijkheden ontstaan, welke factoren eraan bijdragen en welke processen ze in stand houden. Dit wordt gezien als de basis voor het formuleren van haalbare doelen en passende adviezen.

Assessment

Assessment kan verwijzen naar het volledige diagnostisch proces of naar een onderdeel ervan. Het Engelse woord *assessment* betekent beoordeling of taxatie en verwijst meestal naar een gestructureerde manier om kenmerken, vaardigheden of het functioneren van een persoon of groep in kaart te brengen (bv. bij een sollicitatieprocedure). In die betekenis sluit assessment meer aan bij het begrip inschalingsdiagnostiek.

Procesdiagnostiek

Procesdiagnostiek verwijst naar diagnostiek die opgestart of voortgezet wordt tijdens een hulpverleningstraject. Zorg en ondersteuning moet daarbij niet wachten tot diagnostische vragen (volledig) zijn uitgeklaard. Daarnaast betekent procesdiagnostiek ook dat nieuwe informatie, veranderde omstandigheden, en ervaringen en inzichten tijdens de hulpverlening het diagnostisch traject (verder) aanvullen of bijsturen.

Classificerende diagnostiek

Bij classificerende diagnostiek wordt nagegaan of de klachten of kenmerken van een persoon beantwoorden aan de criteria van een bepaalde classificatie of classificerende diagnose, zoals DCD of gegeneraliseerde angststoornis.

Deze criteria staan opgelijst in internationale classificatiesystemen, zoals de *International Classification of Diseases* (ICD)[3] en de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM).[4]

Een classificerende diagnose kan soms ook een voorwaarde zijn voor toegang tot bepaalde vormen van zorg, ondersteuning of tegemoetkomingen. Classificerende diagnostiek kan deel uitmaken van een ruimer diagnostisch proces, maar valt er niet mee samen.

Inschalingsdiagnostiek

Bij inschalingsdiagnostiek worden (gestandaardiseerde) instrumenten gebruikt om het functioneren van een persoon in kaart te brengen, de ernst van moeilijkheden te beoordelen, en/of de ondersteuningsnoden in te schatten. Daarbij wordt bijvoorbeeld nagegaan hoe sterk bepaalde klachten aanwezig zijn, welke beperkingen iemand ervaart in het dagelijks functioneren, en hoeveel of welke zorg en ondersteuning nodig is.

Inschalingsinstrumenten worden in sommige contexten ook ingezet om het recht op financiële steun of andere vormen van zorg en ondersteuning te bepalen. Inschalingsdiagnostiek kan deel uitmaken van een ruimer diagnostisch proces, maar valt er niet mee samen.

De kennispagina ‘Classificerende diagnostiek’ geeft meer uitleg over classificerende diagnostiek.

Zeven kwaliteitspijlers

De zeven kwaliteitspijlers geven houvast om diagnostiek op een systematische, inclusieve en cliëntgerichte manier vorm te geven. Ze dragen bij aan een zorgvuldig onderbouwd en afgestemd proces en geven richting doorheen een diagnostisch traject. De pijlers zijn onderling nauw verbonden en versterken elkaar.

Breed kijken naar functioneren

Om een zo volledig mogelijk beeld van het functioneren te krijgen, is het belangrijk om breed te kijken. Daarbij heb je aandacht voor verschillende factoren die het functioneren kunnen beïnvloeden.

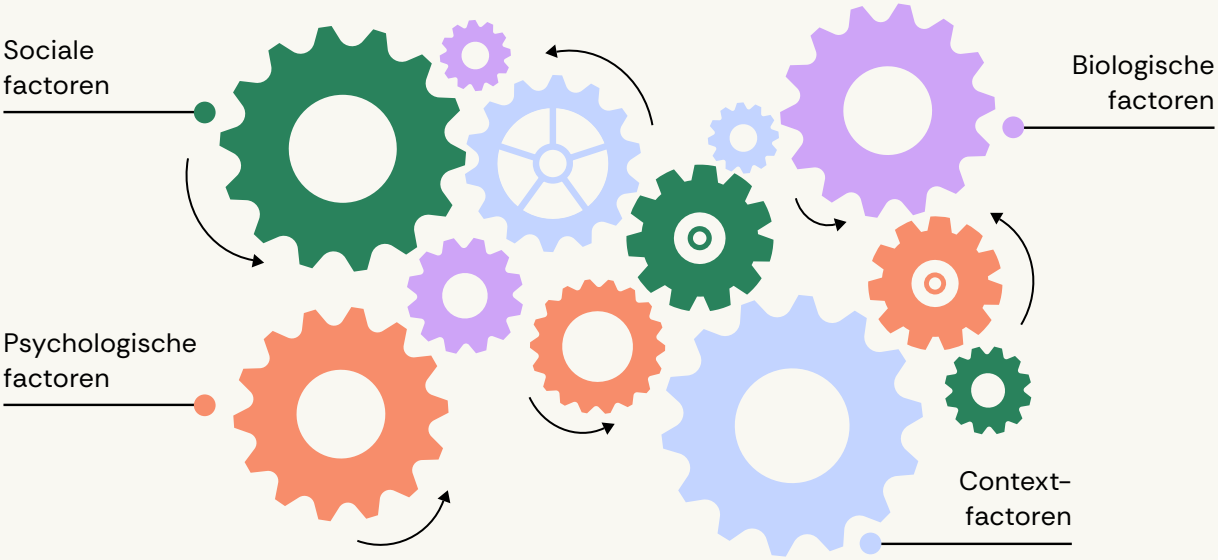
Als referentiekader schuiven we **het dynamisch-ecologisch biopsychosociaal (DEBPS) model** (zie Figuur 2) naar voren. Centraal staat het idee dat **menselijk functioneren een wisselwerking is tussen biologische, psychologische, sociale, en contextfactoren.** Dit model bouwt verder op inzichten uit het biopsychosociaal model van Engel,[5] het transactioneel model van Sameroff[6] en het ecologisch model van Bronfenbrenner.[7]

Moeilijkheden, uitdagingen en herstelprocessen kan je zelden verklaren vanuit één enkele factor. Biologische, psychologische, sociale en contextuele factoren dragen samen bij aan het ontstaan, het tot uiting komen, de verdere ontwikkeling, en het versterken en verminderen van moeilijkheden. Het is belangrijk om verschillende domeinen in rekening te brengen om een zo volledig mogelijk beeld van de situatie te vormen. Daarbij besteed je zowel aandacht aan belemmerende als beschermende factoren.

Het DEBPS-model biedt een algemeen kader om verschillende mogelijke beïnvloedende factoren in beeld te brengen, maar het verklaart niet hoe deze factoren in een specifieke situatie met elkaar samenhangen.

Het is dan ook noodzakelijk om dit algemeen kader te vertalen naar het niveau van het individu.

Figuur 2. Het dynamisch-ecologisch biopsychosociaal (DEBPS) model



Biologische factoren: algemene gezondheid, genetische invloeden, neurobiologische invloeden, immuniteit, cardiovasculaire systemen, hormonale systemen, medicatiegebruik …

Psychologische factoren: gedrag, gewoonten en levensstijl, cognitie en emotie, identiteitsbeleving, persoonlijkheid en temperament, leerervaringen en levensgebeurtenissen, existentiële thema's, coping …

Sociale factoren: sociaal netwerk en contacten, sociale rollen, ervaring van sociale steun en sociale druk, hulpverleningsnetwerk en voorgaande ervaringen, gezinscontext, opvoedingsgeschiedenis en gehechtheidservaringen …

Contextfactoren:

- **Sociale determinanten of leefomstandigheden:** sociaaleconomische situatie (SES), toegang tot zorg, gezondheidsgeletterdheid, woonomstandigheden, armoede, werk en opleiding, discriminatie, racisme, uitsluiting …
- **Structurele determinanten of bredere maatschappelijke factoren:** economie, politiek, beleid, cultuur, dominante denkbeelden, maatschappelijke normen en waarden …

Factoren beïnvloeden elkaar wederzijds en kunnen doorheen de tijd veranderen. Niet elke factor zal op elk moment even bepalend zijn.

Noot. De opgesomde factoren geven richting, en de indeling is een hulpmiddel om structuur te brengen in de complexiteit. In de praktijk zijn de verschillende factoren sterk verweven en niet steeds duidelijk van elkaar te onderscheiden. Verschillende factoren bevinden zich dan ook op het snijvlak tussen verschillende domeinen.

De unieke cliënt begrijpen

Een kwaliteitsvol diagnostisch proces is gericht op het **begrijpen van de unieke cliënt**, om inzicht te krijgen in hun situatie en ervaren moeilijkheden. De focus op de unieke cliënt loopt als een rode draad doorheen alle onderdelen van het diagnostisch proces.

Breed kijken is belangrijk om een zo volledig mogelijk overzicht te krijgen van de unieke situatie van de cliënt. Je besteedt hierbij aandacht aan die biologische, psychologische, sociale en contextuele factoren die relevant zijn voor deze cliënt. Het is dus niet noodzakelijk dat elk domein of alle factoren even uitgebreid in kaart worden gebracht.

Een valkuil is dat informatie wordt verzameld omdat ze standaard bevraagd wordt, eerder dan dat ze echt relevant is. De nadruk moet liggen op informatie die helpt om de hulpvraag en de unieke situatie van de cliënt in kaart te brengen.

Enkele richtvragen: Heb ik voldoende zicht op wat voor deze cliënt belangrijk is in het dagelijks leven? Heb ik voldoende rekening gehouden met de biologische, psychologische, sociale, en contextuele factoren die een rol spelen in deze situatie?

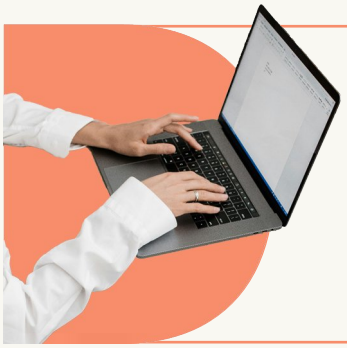
Begrijpen gaat niet alleen over welke factoren aanwezig zijn, maar vooral over **hoe deze factoren bij deze cliënt op elkaar inwerken**. Bij twee cliënten met gelijkaardige moeilijkheden kunnen heel verschillende verklaringen meespelen, afhankelijk van hun levensloop, context, sterktes en kwetsbaarheden.

Het begrijpen van de unieke cliënt vraagt aandacht voor de levensgeschiedenis, en voor de manier waarop ervaringen doorheen de tijd hebben bijgedragen aan de huidige situatie. Het vraagt meer dan het in kaart brengen van afzonderlijke factoren. Het vereist **inzicht in hoe biologische, psychologische, sociale en contextuele factoren bij deze persoon en in deze situatie met elkaar samenhangen en elkaar beïnvloeden.**

Door deze samenhang **samen met de cliënt** te onderzoeken, ontstaat een onderbouwd en samenhangend begrip van de situatie. Dit helpt begrijpen hoe moeilijkheden zijn ontstaan, geëvolueerd en/of in stand gehouden worden, maar ook welke factoren bescherming bieden of herstel kunnen ondersteunen.

Informatie verzamelen leidt niet automatisch tot een begrip van de situatie. Begrip ontstaat door informatie en bevindingen samen te brengen en te interpreteren op basis van wetenschappelijke kennis, theoretische inzichten en klinische expertise. Tegelijk is het essentieel om aandacht te hebben voor de manier waarop de cliënt zelf betekenis geeft aan hun situatie en ervaringen.

Algemene kaders en wetenschappelijke kennis kunnen richting geven aan het diagnostisch proces, maar krijgen pas betekenis wanneer ze worden vertaald en geïnterpreteerd in het licht van de unieke cliënt in hun unieke context.



In de Richtlijn Casusformulering ligt de focus op het beschrijven en begrijpen van de unieke situatie van de cliënt, in combinatie met het formuleren van onderbouwde hypotheses over de oorzaken van de ervaren moeilijkheden. De richtlijn geeft zowel theoretische inzichten als praktische tips.

De cliënt actief betrekken

Het actief betrekken van de cliënt tijdens het diagnostisch proces wordt ook **participatie** genoemd. Participatie houdt in dat je de cliënt erkent als volwaardige partner, én als expert van hun eigen leven en ervaringen. Je stemt het diagnostisch proces af op wat voor de cliënt belangrijk is, en op de mogelijkheden binnen hun specifieke situatie.

Doordat cliënten actief participeren, verbetert de kwaliteit van het diagnostisch proces. Cliënten voelen zich ook meer gehoord en in hun kracht gezet. Dit draagt bij aan vertrouwen, motivatie, een beter afgestemde aanpak, en een groter draagvlak voor het diagnostisch proces en de daaruit voortvloeiende adviezen.

Participatie is **maatwerk**. Hoe je de cliënt betrekt, moet aansluiten bij hun voorkeuren, mogelijkheden, wensen en noden. Dit vraagt om een open, respectvolle, niet-wetende en vraaggestuurde basishouding. Ook bij minder mondige cliënten blijft het belangrijk om te zoeken naar manieren waarop je hen actief kan betrekken.

Wetenschappelijke kennis en professionele praktijkervaring mogen niet automatisch meer gewicht krijgen dan de kennis en ervaringen van de cliënt. Betekenisvolle participatie houdt in dat je de cliënt erkent als actieve kennisdrager en betekenisgever, en dat je hun stem niet alleen hoort, maar ook meeneemt in de besluitvorming.

De basis voor participatie is informeren. Om betekenisvol te kunnen participeren, moet de cliënt beschikken over voldoende duidelijke en transparante informatie. Informeer cliënten daarom goed over het concrete verloop van het diagnostisch traject, de kostprijs, hun rechten, op welke manier ze al dan niet toestemming kunnen geven, waar ze terecht kunnen met vragen, welke hulpverleners hoe en wanneer betrokken worden, welke informatie waar en waarom wordt opgevraagd, wat er met de verzamelde informatie gebeurt …

Naast het krijgen van informatie, kunnen cliënten ook op verschillende andere manieren actief participeren. Cliënten kunnen:

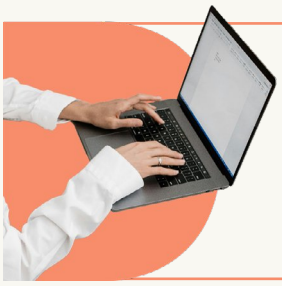
- **geraadpleegd** worden over hun ervaringen en verwachtingen;
- **advies geven** over het verloop van het diagnostisch proces, en de interpretatie van informatie;
- samen met de hulpverlener hypotheses en inzichten ontwikkelen (**co-creatie**);
- en/of **meebeslissen** over prioriteiten, doelen en vervolgstappen.

Het **Lundy-model**[8] beschrijft vier minimale voorwaarden voor betekenisvolle participatie. Cliënten moeten:

- de mogelijkheid krijgen om hun perspectief in een veilige context te delen (**ruimte**);
- passende manieren aangereikt krijgen om hun ervaringen te delen (**stem**);
- kunnen rekenen op actieve en respectvolle luisterbereidheid van de hulpverlener(s) (**publiek**);
- ervaren dat hun inbreng effectief wordt meegenomen en meeweegt (**invloed**).

Wanneer cliënten zich niet veilig voelen om hun perspectief te delen, onvoldoende geïnformeerd zijn om een mening te vormen, of ervaren dat hun inbreng weinig of geen impact heeft, is er sprake van **schijnparticipatie**. Geef de cliënt daarom voldoende ruimte, stem, publiek en invloed.

Cliënten hebben ook het recht om niet of minder actief te participeren. Dit recht moet gerespecteerd worden, maar het is belangrijk dat deze keuze goed geïnformeerd is.



Op de kennispagina 'Participatie' kan je verschillende modellen en handvaten terugvinden om participatie in de praktijk te brengen.

Sensitief omgaan met diversiteit

Diversiteitssensitiviteit is het bewust, kritisch en respectvol afstemmen van het diagnostisch proces op de diversiteit binnen onze samenleving. Hierbij hou je rekening met factoren zoals culturele achtergrond, leeftijd, levensbeschouwing, migratiegeschiedenis, taal, sociaaleconomische situatie, gender(identiteit), seksuele geaardheid, neurodiversiteit, talenten en beperkingen …

Sensitief omgaan met diversiteit is cruciaal omdat ervaringen, gedrag, ondersteuningsnoden en mogelijkheden niet los gezien kunnen worden van iemands **identiteit, waarden en normen**. Deze aspecten beïnvloeden mee hoe moeilijkheden, maar ook sterktes, worden ervaren, geuit en geïnterpreteerd. De metafoor van de caleidoscoop en kruispuntdenken helpen om deze complexe wisselwerking te begrijpen.

- Net zoals bij een **caleidoscoop** kunnen, afhankelijk van de situatie of verschuivingen in de context, bepaalde aspecten van iemands identiteit meer of minder zichtbaar zijn.
- **Kruispuntdenken** houdt in dat elke persoon zich op een kruispunt van diverse identiteiten bevindt, zoals leeftijd, gender(identiteit), etniciteit, seksuele oriëntatie, familiesamenstelling, cultuur, huidskleur, gezondheid … Deze verschillende aspecten beïnvloeden elkaar voortdurend en kunnen doorheen de tijd veranderen.

Een diversiteitssensitieve benadering vertrekt vanuit hoe cliënten zelf invulling geven aan hun identiteit, en welke aspecten het meest betekenisvol zijn op een bepaald moment.

Bepaalde identiteitskenmerken krijgen tijdens een diagnostisch proces soms disproportioneel veel aandacht, vooral wanneer ze afwijken van wat als normaal wordt beschouwd. Andere relevante factoren blijven op die manier soms onderbelicht.

Zo ontstaat het risico dat bepaalde moeilijkheden vooral worden toegeschreven aan bijvoorbeeld iemands etnisch-culturele achtergrond, gender(identiteit) of beperking. Een diversiteitssensitieve benadering draagt bij aan het vormen van een breed en genuanceerd beeld van de cliënt en hun context, en voorkomt dat moeilijkheden te snel worden verklaard vanuit één aspect van iemands identiteit.

Sensitief omgaan met diversiteit vraagt een **open, vragende, reflectieve en nieuwsgierige basishouding.** Hierbij:

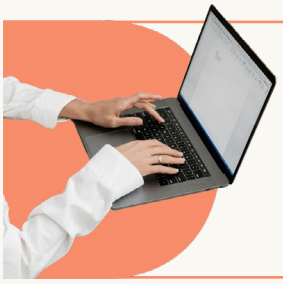
- begrijp je dat verschillende perspectieven naast elkaar kunnen bestaan;
- stem je je communicatiestijl af op de cliënt;
- en durf je ook bij onzekerheid of handelingsverlegenheid in dialoog te gaan, en verken je actief de betekenis die de cliënt geeft aan hun identiteit en ervaringen.

Door verschillen te (h)erkennen en bespreekbaar te maken, ontstaat ruimte voor afstemming. Open dialoog en actief luisteren zijn daarvoor essentieel.

Diversiteitssensitief werken is belangrijk binnen de context van een individueel diagnostisch traject. Maar het is ook nodig om er aandacht voor te hebben binnen de bredere organisatorische en maatschappelijke context.

Racisme en discriminatie op basis van persoonskenmerken, zoals geloof, leeftijd, gender(identiteit), seksuele oriëntatie of handicap, leiden tot structurele ongelijkheden in de maatschappij. Dit kan leiden tot uitsluiting op vlak van wonen, werk, onderwijs, zorg ...

Ervaringen van structurele ongelijkheid hebben een invloed op het functioneren van cliënten, en dragen mogelijk bij aan het ontstaan of verergeren van moeilijkheden. Als individuele hulpverlener kan je structurele ongelijkheden niet oplossen. Toch kan je een belangrijke impact hebben. Een eerste betekenisvolle stap is het **(h)erkennen van het bestaan en de impact van deze ongelijkheden**. In een diagnostisch traject is het belangrijk om ervaringen van racisme en discriminatie actief te bevragen. Hierbij respecteer je de grenzen van de cliënt.



Op de kennispagina 'Diversiteitssensitiviteit' vind je verschillende modellen en handvaten om diversiteitssensitief werken in de praktijk te brengen.

Methoden en instrumenten doelgericht inzetten

Er bestaan verschillende methoden en instrumenten: (on)gestructureerde gesprekken en observaties, bestaande gegevens (bv. informatie uit een dossier), en/of (gestandaardiseerde) testen en vragenlijsten. Om kwaliteitsvol en onderbouwd te werk te gaan, zet je instrumenten en methoden **doelgericht** in. Hierbij hou je rekening met:

- de hulpvraag van de cliënt;
- de informatie die relevant is om te verzamelen;
- de vooropgestelde hypotheses;
- de kenmerken (leeftijd, taal, cultuur ...), context en voorkeuren van de cliënt;
- en de eigenschappen van de methode of het instrument.

Kwalitatieve methoden, zoals open gesprekken of spontane observaties, kunnen helpen om de context en beleving van de cliënt in kaart te brengen. Er is ruimte om de vragen tijdens een gesprek of de focus van een observatie aan te passen. Dit kan op basis van de voorkeuren en kenmerken van de cliënt, en op basis van wat er zich tijdens het gesprek of de observatie aandient. Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat een bepaalde moeilijkheid samenhangt met specifieke situaties, relaties of gebeurtenissen, kan je hier verder op doorvragen in een gesprek, of kan je er tijdens observaties extra aandacht aan besteden.

Kwantitatieve instrumenten, zoals gestandaardiseerde vragenlijsten of testen, kunnen helpen om bepaalde aspecten van het functioneren of de situatie systematisch in kaart te brengen. Bij kwantitatieve instrumenten is het belangrijk dat je ze correct afneemt, en ze scoort en interpreteert volgens de instructies in de handleiding. Je moet ook rekening houden met de kenmerken en beperkingen van het instrument, zoals de meetpretentie (wat beoogt het instrument te meten) en doelgroep, de mate van betrouwbaarheid (zijn de resultaten consistent) en validiteit (meet het instrument inderdaad wat het beoogt te meten), de aanwezigheid en representativiteit van normgroepen, en eventuele talige of culturele bias.

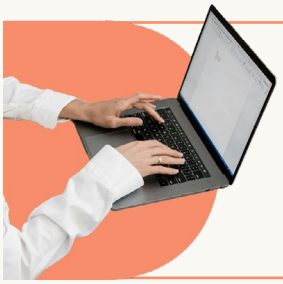
Het **doelgericht combineren van instrumenten, methoden en perspectieven** helpt om een breed en genuanceerd beeld te krijgen van de situatie, en draagt bij tot een beter onderbouwde besluitvorming. Door informatie uit verschillende bronnen met elkaar in verband te brengen, kan je nagaan in welke mate bevindingen elkaar bevestigen, aanvullen of tegenspreken. Dit wordt ook **triangulatie** genoemd.

Bij triangulatie verzamel je informatie op verschillende manieren en breng je deze informatie met elkaar in verband. Dit kan door:

- **verschillende methoden** en instrumenten in te zetten;
- **verschillende informanten** te bevragen, en verschillende contexten in kaart te brengen;
- **verschillende hulpverleners en disciplines** te betrekken zodat perspectieven elkaar aanvullen en blinde vlekken worden gereduceerd.

Het is belangrijk om **transparant en grondig te documenteren** over de keuze van de ingezette instrumenten en methoden, de omstandigheden waarin deze werden gebruikt, de verkregen informatie, en de conclusies en beslissingen die eruit volgen.

Triangulatie betekent niet dat je zoveel mogelijk instrumenten of methoden moet inzetten. De gekozen instrumenten, methoden en perspectieven moeten relevant zijn voor het beantwoorden van de hulpvraag en bijdragen aan goed onderbouwde conclusies.



De kennispagina 'Instrumenten en methoden' geeft verdere verdieping rond dit thema. In het lespakket 'Kwaliteitsvolle instrumenten en methoden' wordt onder meer dieper ingegaan op de kenmerken van kwalitatieve methoden en kwantitatieve instrumenten.

Reflectief handelen

Hoe we naar menselijk functioneren kijken, is niet neutraal. Onze blik beïnvloedt welke klachten, uitdagingen of ervaringen we centraal stellen, welke verklaringen we naar voren schuiven of aannemelijk vinden, en welke adviezen we formuleren.

Onze **oordeels- en besluitvorming wordt beïnvloed door verschillende factoren** die vaak onbewust of onzichtbaar aanwezig zijn. Het gaat hierbij onder meer over:

- **Vertekeningen in het denkproces en andere vormen van bias**, zoals (onbewust) meer aandacht of gewicht geven aan informatie die je verwachtingen bevestigt; of je sterker laten beïnvloeden door eerste indrukken, recente of opvallende informatie ...
- **Persoonlijke factoren**, zoals overtuigingen, waarden, ervaringen, verwachtingen, kennis, vaardigheden, opleidingsachtergrond, professionele expertise ...
- **Organisatiegebonden factoren**, zoals de visie, cultuur, opdracht en erkenningsvoorwaarden van je organisatie, gehanteerde procedures en richtlijnen, verwachtingen en heersende opvattingen binnen het team, teamdynamieken die de besluitvorming kunnen beïnvloeden ...
- **Maatschappelijke invloeden**, zoals heersende maatschappelijke normen en waarden, de tijdsgeest, diagnostische trends, beleidskeuzes, wetenschappelijke ontwikkelingen ...
- **Relationele invloeden**, zoals 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 ...

Reflectief handelen betekent dat je deze invloeden bewust (h)erkent en dat je er op een (zelf)kritische wijze bij stilstaat doorheen het diagnostisch proces. Dit vraagt **een kritische en (zelf)onderzoekende houding** waarbij je bewust stilstaat bij:

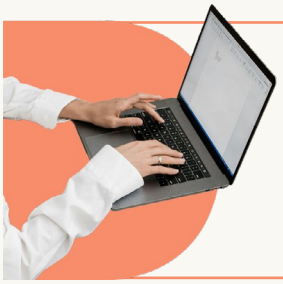
- hoe keuzes en beslissingen tot stand komen binnen het diagnostisch proces;
- hoe je informatie verzamelt, weegt en interpreteert;
- en welke aannames daarbij een rol spelen.

Bias kan je nooit volledig uitsluiten, maar je kan de invloed ervan wel verminderen door het actief te benoemen en mee te nemen in de besluitvorming.

Reflectief handelen is geen afzonderlijk moment van reflecteren of terugblikken, maar een houding die aanwezig is doorheen alle onderdelen van het diagnostisch proces.

Om reflectief handelen te ondersteunen kan je **verschillende principes** toepassen, zoals:

- actief feedback opzoeken en verschillende perspectieven betrekken (bv. via overleg met collega's, supervisie, intervisie, of feedback van cliënten);
- alternatieve hypotheses overwegen of bewust de rol van 'advocaat van de duivel' opnemen;
- argumenten expliciet maken en grondig onderbouwen;
- onzekerheden tijdens het proces benoemen;
- diagnostische conclusies uitstellen wanneer er nog onvoldoende informatie beschikbaar is, of wanneer de beschikbare informatie nog onvoldoende duidelijkheid schept;
- openstaan voor nieuwe informatie en bereid zijn om conclusies bij te stellen;
- ruimte creëren voor reflectie op team- en organisatieniveau (bv. de eigen werking, diagnostische werkwijzen en procedures kritisch evalueren, en daarbij ook ervaringen en feedback van cliënten betrekken);
- ...



De Reflectiegids gaat verder in op dit thema. Er wordt dieper ingegaan op veelvoorkomende vormen van vertekening, bias en beïnvloedende factoren, en op manieren om hier reflectief mee aan de slag te gaan.

Interdisciplinair samenwerken

Interdisciplinair samenwerken betekent dat hulpverleners met verschillende professionele achtergronden hun visie, expertise en handelen **actief op elkaar afstemmen**. Het doel is om te komen tot een samenhangend begrip van de situatie en tot een afgestemde aanpak.

De inbreng van verschillende disciplines kan **bijdragen aan een breder beeld van het functioneren** van de cliënt, en hun context. Verschillende disciplines brengen elk hun eigen expertise en referentiekader mee, waardoor het functioneren vanuit meerdere invalshoeken kan worden benaderd.

Door perspectieven samen te brengen, versterkt interdisciplinair samenwerken het diagnostisch proces. Het stimuleert:

- een brede kijk op het functioneren en een rijkere beeldvorming;
- een gedeeld inzicht in de ondersteuningsnoden en doelstellingen van het diagnostisch proces;
- de afstemming van diagnostische activiteiten en vervolgstappen;
- continuïteit en samenhang in de verdere zorg en ondersteuning.

Samenwerking kan zowel binnen als buiten de grenzen van het eigen team of de eigen organisatie. In samenspraak met de cliënt kan je ook hulpverleners uit andere organisaties, diensten, of sectoren betrekken. Welke disciplines bij een diagnostisch traject worden betrokken, hangt onder meer af van de hulpvraag, context en doelstellingen van het diagnostisch proces.

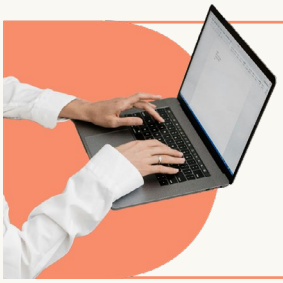
Samenwerken op zich heeft een belangrijke meerwaarde. Door samen te overleggen, elkaar aan te vullen, te bevragen en waar nodig bij te sturen, worden blinde vlekken sneller zichtbaar en kan de besluitvorming beter onderbouwd worden. Samenwerken stimuleert zo reflectief handelen.

Interdisciplinair samenwerken is meer dan het naast elkaar plaatsen van verschillende perspectieven. Je moet de verschillende perspectieven actief met elkaar in verband brengen, en integreren tot een samenhangend geheel.

Daarnaast vraagt interdisciplinair samenwerken ook aandacht voor het samenwerkingsproces zelf. Om verschillende perspectieven actief met elkaar in verband te brengen, is een veilige omgeving nodig, met ruimte voor verschillende standpunten en een bereidheid om eigen aannames kritisch te bevragen. Dit proces wordt ondersteund door een open samenwerkingscultuur, heldere afspraken over rollen en verantwoordelijkheden, zorgvuldige informatie-uitwisseling en voldoende mogelijkheden voor gezamenlijk overleg.

Bij interdisciplinair samenwerken moet je je bewust zijn van sociale processen die de besluitvorming kunnen beïnvloeden. Factoren zoals teamdynamieken, impliciete machtsverhoudingen, groepsdruk, dominante stemmen, of de neiging om snel consensus te bereiken, kunnen ertoe leiden dat bepaalde perspectieven onvoldoende aan bod komen.

Het is aangewezen om gebruik te maken van methodieken die structuur brengen in het overleg, ervoor zorgen dat verschillende perspectieven systematisch worden meegenomen, en die de besluitvorming mee ondersteunen.



In de Praktische Richtlijn Samenwerken (PRIS) wordt dieper ingegaan op acht principes om op een kwaliteitsvolle manier samen te werken: Persoon centraal, Participatief werken, Rolverdeling & teamsamenstelling, Reflectief handelen, Informatie uitwisselen, Interactief teamoverleg, Samenwerkingscompetenties, en Sociale dynamieken.

Tot slot

Het werken volgens richtlijnen is een hulpmiddel voor de praktijk, maar het vervangt nooit het professioneel oordeel van een hulpverlener. Richtlijnen zijn geen strakke protocollen die je in elke situatie op dezelfde manier kan volgen. Ze moeten steeds afgestemd worden op de unieke situatie van de cliënt. Wat in het algemeen een goede aanbeveling is, kan in een specifieke context of voor een specifieke cliënt minder passend zijn. Professionele afweging blijft daarom noodzakelijk.

De AIRD is een richtinggevend kader voor kwaliteitsvolle diagnostiek. Met deze richtlijn willen we een houvast bieden om de beschreven principes te vertalen naar de dagelijkse praktijk. De infographic is hierbij een praktisch hulpmiddel. Het brengt de onderdelen van het diagnostisch proces en de zeven kwaliteitspijlers samen in één handig overzicht.

Heb je vragen over de inhoud van deze richtlijn? Neem contact op via communicatie@kcdvzw.be.

Kwaliteitsvolle diagnostiek

Diagnostiek start altijd vanuit een **vraag of bezorgdheid**. In een diagnostisch proces wordt **systematisch** informatie verzameld en geanalyseerd om de situatie te **beschrijven**, te **begrijpen**, en te **adviseren** over passende zorg en ondersteuning. **Het diagnostisch proces wordt afgestemd op de vraag, de cliënt en hun context.**

Verhelderen

Het in kaart brengen en **verduidelijken van de hulpvraag** van de cliënt en de context.

Beschrijven

Een zo **volledig mogelijk beeld** van de situatie vormen door onder andere de ervaren moeilijkheden, positieve factoren en context in kaart te brengen.

Verklaren

Het in kaart brengen van hoe alle relevante factoren met elkaar **in verband staan, om inzicht te krijgen** in het ontstaan én het in stand houden van de ervaren moeilijkheden.

Adviseren

Nagaan op welke manier(en) de cliënt het best **kan worden ondersteund**.

Evalueren

Het doorlopend **afstemmen en bijsturen** van het proces, bijvoorbeeld bij nieuwe informatie, veranderde omstandigheden en gewijzigde hulpvragen.

Kwaliteitscentrum Diagnostiek

Vlaanderen
is zorgzaam en gezond samenleven

Zeven kwaliteitspijlers

1. Breed kijken naar functioneren

Menselijk functioneren, maar ook moeilijkheden en uitdagingen ontstaan vanuit de **wisselwerking tussen verschillende factoren**.

- Je hebt oog voor biologische, psychologische, sociale en contextuele factoren.
- Je hebt aandacht voor kwetsbaarheden én sterktes.

2. De unieke cliënt begrijpen

Het **centraal stellen, beschrijven en begrijpen** van de unieke cliënt draagt bij tot zorg en ondersteuning op maat.

- Je verzamelt informatie die relevant is voor deze specifieke cliënt.
- Je brengt de samenhang tussen biopsychosociale en contextuele factoren voor deze situatie in kaart.

3. De cliënt actief betrekken

De cliënt als **actieve en gelijkwaardige partner** betrekken, zorgt voor meer vertrouwen en gedragenheid.

- Je informeert de cliënt en andere betrokkenen op een transparante manier.
- Je creëert een veilige ruimte waarin de stem van de cliënt gehoord en meegenomen wordt.

4. Sensitief omgaan met diversiteit

Identiteit, waarden en normen geven mee vorm aan iemands ervaringen, noden en mogelijkheden.

- Je luistert vanuit een nieuwsgierige, niet-wetende basishouding.
- Je houdt rekening met verschillende aspecten van iemands identiteit (taal, gender, cultuur, levensbeschouwing ...)
- Je (h)erkent dat verschillende perspectieven naast elkaar kunnen en mogen bestaan.

5. Methoden en instrumenten doelgericht inzetten

Verschillende methoden en instrumenten helpen om informatie te verzamelen en mogelijke verklaringen te onderzoeken.

- Je vertrekt vanuit de hulpvraag, de eigenschappen en voorkeuren van de cliënt, de vraagstelling, en de kwaliteit van de methode of het instrument.
- Je documenteert keuzes, beslissingen, resultaten en conclusies transparant en grondig.

6. Reflectief handelen

Een **kritische en (zelf)onderzoekende houding** vermindert denkfouten en andere vormen van bias.

- Je (h)erkent dat verschillende factoren de besluitvorming beïnvloeden.
- Je zoekt actief feedback op bij collega's en de cliënt.
- Je overweegt verschillende perspectieven.

7. Interdisciplinair samenwerken

Verschillende expertises en invalshoeken helpen om de situatie breed in kaart te brengen en om tot een gedeeld begrip te komen.

- Je voorkomt blinde vlekken door informatie samen te brengen, elkaar te bevragen, aan te vullen, en waar nodig bij te sturen.
- Je creëert een beter onderbouwde besluitvorming door samen te overleggen.

Meer weten?

Referentielijst

1. De Bruyn, E. E. J., & Ruijssenaars, A. J. J. M. (2015). De diagnostische cyclus in de praktijk. Casuïstiek, achtergronden, beschouwingen en context. Acco.

2. Pameijer, N., Kramer, A., & Draaisma, N. (2024). *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg en de JGGZ: Samen van vraag naar plan*. Acco.

3. World Health Organization. (2019-2021). International Classification of Diseases (11th Edition).

4. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition, text revision, Nederlandse vertaling).

5. Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science, 196(4286), 129-136. https://doi.org/10.1126/science.847460

6. Sameroff, A. (Ed.). (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11877-000

7. Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (2007). The Bioecological Model of Human Development. In Handbook of Child Psychology (eds W. Damon & R.M. Lerner). https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114

8. Lundy, L. (2007). *'Voice' is not enough: conceptualising Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child*. British Educational Research Journal, 33, 927-942. https://doi.org/10.1080/01411920701657033

KCD