

## BIJLAGE. Klinisch oordeel bij intellectueel en/of adaptief zwak functioneren<sup>1</sup>

---

### In 't kort

Wat is een klinisch oordeel precies? Waarop baseer je je best bij het vormen van een klinisch oordeel?

In het eerste deel van deze bijlage krijg je een antwoord op deze twee vragen. We leggen uit hoe je als CLB-medewerker tijdens een diagnostisch traject samen met je CLB-team een klinisch oordeel vormt na het opstellen van het integratief beeld. Het vormen van een klinisch oordeel vergt diagnostische expertise, het opbouwen van diagnostische ervaring binnen een multidisciplinair team, kennis over en vertrouwdheid met de leerling en zijn omgeving. Als je het HGD- traject op een doelgerichte en systematische manier doorloopt, vermindert de kans op denkfouten in je besluitvorming. Ontbreekt belangrijke informatie om tot een besluitvorming te komen? Keer dan terug naar de strategiefase en plan bijkomend onderzoek. Kies bij voorkeur een ander onderzoeksinstrument om je beeldvorming verder aan te vullen.

Wat betekent een klinisch oordeel bij het stellen van de diagnose verstandelijke beperking? In het tweede deel wordt specifiek ingegaan op het vormen van een klinisch oordeel over de aan- of afwezigheid van een verstandelijke beperking. We zetten de meest voorkomende uitdagingen op een rij en geven handvatten om hiermee om te gaan. De validiteit en betrouwbaarheid van de ingewonnen informatie afwegen helpt je verder naar het vormen van een goed klinisch oordeel. Kritisch denken en reflecteren zijn hierbij essentieel.

Hoe kunnen we het klinisch oordeel in ons CLB versterken? Deze bijlage eindigt met een aantal tips voor wie met zijn collega's samen wil werken aan een beter klinisch oordeel.

### ■ Een klinisch oordeel: wat en hoe?

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

---

<sup>1</sup> Deze bijlage is een bewerking van Schaubroeck, S. (2019). Klinisch oordeel: kritisch denken in de grijze zone. *Caleidoscoop*, 31(1), 10-19. De bijlage legt specifiek de nadruk op klinisch oordeel bij verstandelijke beperking, dit door middel van aangepaste voorbeelden, toepassingen en aanvullingen.



## Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

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

### **Het klinisch oordeel van onder het stof. Meten is in ieder geval meer weten!**

Het woord 'klinisch oordeel' wekt bij sommige collega's wat weerzin op omdat het vaak aanzien wordt als het tegenovergestelde van een statistisch oordeel. Een klinisch oordeel is een oordeel dat gebaseerd is op een hoog niveau van diagnostische expertise, het opbouwen van diagnostische ervaring binnen een multidisciplinair team, kennis over en vertrouwdheid met de leerling en zijn omgeving. De bedoeling is om de kwaliteit, de validiteit en de nauwkeurigheid van de beslissingen of aanbevelingen van een diagnosticus in een specifieke casus te verbeteren.

Met klinisch oordeel bedoelen we dus zeker niet 'je buikgevoel volgen' of 'op eigen oordelen afgaan.' Het is niet de bedoeling om vanuit een vaag gevoel te komen tot een klinisch oordeel. Onderzoek heeft uitvoerig aangetoond dat dit niet tot een degelijke diagnostiek leidt<sup>2</sup>. Hoe ervaren een diagnost ook is in zijn job, puur op basis van zijn expertise en ervaring is hij niet in staat om een kwaliteitsvol oordeel te vormen. Diagnosten lopen het risico om keer op keer (dezelfde) beoordelingsfouten of denkfouten te maken<sup>3</sup>. Een systematische, multidisciplinaire werkwijze die gebruik maakt van wetenschappelijke inzichten is aan te raden.

### **Wie oordeelt? Een klinisch oordeel maak je in teamverband**

Een klinisch oordeel is niet gebonden aan een bepaalde discipline. Iedereen die bijdraagt aan de diagnostiek van een leerling, is best betrokken bij het klinisch beoordelen van die leerling. We verzamelen zoveel mogelijk informatie om op een professionele manier een afweging te maken. Om een klinisch oordeel te kunnen vormen, moet je dus aan goede diagnostiek doen. Hierbij zijn drie elementen essentieel. Ten eerste hebben CLB-medewerkers hiervoor nood aan diagnostische expertise, zowel vanuit hun opleiding als via doorgaande professionalisering. Ten tweede is 'training on the job' belangrijk. Zo bouwen ze diagnostische ervaring op binnen een multidisciplinair team. Ten derde is directe ervaring met de leerling die wordt beoordeeld en kennis over die leerling en zijn omgeving cruciaal<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> Van Rooijen, K., & Bartelink, C. (2010). Gebruik van instrumenten in de praktijk. Geraadpleegd op 12 februari 2019 van [https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Gebruik\\_van\\_instrumenten.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Gebruik_van_instrumenten.pdf)

<sup>3</sup> Witteman, C., Claes, L., & van der Heijden, P. (2017). *Psychodiagnostische besluitvorming. Deskundig oordelen in de klinische praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom; Witteman, C., van der Heijden, P., & Claes, L. (2014) *Psychodiagnostiek. Het onderzoeksproces in de praktijk* (eerste druk). Utrecht: De Tijdstroom

<sup>4</sup> Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K.A., Snell, M.E., Spreat, S., Tassé, M.J., Thompson, J.R., Verdugo-Alonso, M.A., Wehmeyer, M.L., & Yeager, M.H. (2010). Chapter 8: Role of clinical judgment in diagnosis, classification and development of systems of support. In R.L. Schalock, S.A. Borthwick-Duffy, V.J. Bradley, W.H.E. Buntinx, D.L. Coulter, E.M. Craig... & M.H. Yeager. *Intellectual disability: Definition, classification, and system of supports* (11th ed.) (pp. 92-109). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.



## Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

Een klinisch oordeel is vaak nodig wanneer onderzoeksresultaten niet eenduidig zijn. Als het aannemen of verwerpen van een hypothese belangrijk is voor aanbevelingen, rust er bij die onduidelijkheid een grote professionele verantwoordelijkheid op je schouders. Draag deze verantwoordelijkheid niet alleen. Ga in overleg met collega's, coördinator, vestigingsverantwoordelijken of directie. Neem tijdens teamoverleg verschillende professionele standpunten mee en maak actief gebruik van de kennis en vaardigheden van je collega's. Door je besluitvormingsproces met hen te delen, hoeden zij jou ook voor mogelijke denkfouten<sup>5</sup>.

### Wanneer maak je een klinisch oordeel? Vanuit een integratief beeld

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

### Kwaliteitsvolle diagnostiek zorgt voor een gedegen besluitvorming

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

Hoe zorg je voor kwaliteitsvolle diagnostiek? Om onze diagnostiek kwaliteitsvol te houden gebruiken we volgende evidence-based aspecten<sup>6</sup>:

- Wetenschappelijk gefundeerde kennis: dit is kennis over de ontwikkeling en het leren van leerlingen, effectief onderwijs<sup>7</sup> en 'goede' opvoeding. Op basis van deze kennis

---

<sup>5</sup> Zie Witteman, C., Claes, L., & van der Heijden, P. (2017). Hoofdstuk 3: Beslissen in teams. In C. Witteman, L. Claes, & P. van der Heijden. *Psychodiagnostische besluitvorming. Deskundig oordelen in de klinische praktijk* (pp 73-83). Utrecht: De Tijdstroom

<sup>6</sup> Over evidence-based interventies wordt veel geschreven maar ook evidence-based diagnostiek is essentieel. Zie Pameijer N., & van Beukering T. (2015). *Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering*. Leuven: Acco; Verschueren, K., & Koomen, H. (Red.) (2016). *Handboek diagnostiek in de leerlingenbegeleiding: Kind en context*. Antwerpen: Garant.

<sup>7</sup> Zie voor meta-analyses over effectief onderwijs: Marzano, R. (2009) *Wat werkt op school? Research in actie*. Vlissingen: Bazalt Educatieve uitgaven; Hattie, J. (2013). *Leren zichtbaar maken*: Nederlandse vertaling van

bepaal je wat relevant is om te onderzoeken met het oog op het kiezen van een geschikte interventie.

*Bijvoorbeeld: Het inzetten van ondersteunende en alternatieve communicatie blijkt effectief wanneer communicatie door middel van spraak moeilijk loopt. Onderzoek raadt aan om verschillende middelen naast elkaar te gebruiken en om hiervoor als multidisciplinair team (logopedist, leerkrachten, ondersteuner, CLB-team, geneesheer-specialist...) samen te werken<sup>8</sup>.*

- Psychometrisch sterke onderzoeksmiddelen: dit zijn instrumenten met een goede betrouwbaarheid en validiteit, degelijke<sup>9</sup> normen én klinische relevantie. Indien dit voor je onderzoeksvraag niet beschikbaar is, ga dan voor het best mogelijke alternatief.<sup>10</sup> Specifiek voor leerlingen die intellectueel en/of adaptief zwakker functioneren betekent dit niet enkel een goede psychometrische basiskwaliteit maar ook een optimale toepasbaarheid binnen de doelgroep<sup>11</sup>. Differentiëren de normen voldoende voor leerlingen die (zeer) laag scoren? Zijn er aanwijzingen voor de toepassingen bij mensen met een verstandelijke beperking (zoals toegelaten aanpassingen in de instructies)? Is het materiaal vlot hanteerbaar (geen te lange afnameduur, aantrekkelijk materiaal...)?<sup>12</sup> Gevalideerde onderzoeksinstrumenten<sup>13</sup> geven een meer objectieve inschatting van het functioneren. Resultaten van een test of vragenlijst worden zoveel mogelijk weergegeven als een betrouwbaarheidsinterval<sup>14</sup> eerder dan als één cijfer. Hou bij de interpretatie altijd rekening met dit betrouwbaarheidsinterval.

*Een klinisch oordeel is bij verstandelijke beperking vaak aangewezen als een score van twee standaarddeviaties onder het gemiddelde binnen het betrouwbaarheidsinterval van de score valt. Het is dan onduidelijk of iemand wel of niet voldoet aan het criterium.*

- Gedegen besluitvorming: Door diagnostiek – overeenkomstig de principes van handelingsgericht werken – op een doelgerichte, systematische en transparante

---

Visible learning for teachers. Sint-Niklaas: Abimo en Mitchell, D. (2015). *Wat écht werkt: 27 evidence based strategieën voor het onderwijs*. Huizen: Pica.

<sup>8</sup> Zie 'Strategie 17: Ondersteunende en alternatieve communicatie' in Mitchell, D. (2015). *Wat écht werkt: 27 evidence based strategieën voor het onderwijs*. Huizen: Pica.

<sup>9</sup> Kwaliteitsvol, voldoende recent, leerling sluit voldoende aan bij normgroep.

<sup>10</sup> Zie overzichten diagnostisch materiaal en de diagnostische fiches van Prodia in de Materialendatabank, [www.cap-vademecum.be](http://www.cap-vademecum.be), <http://intranet.vrijclb.be/professionals/kansenbevordering3/faire-diagnostiek> en [www.cotandocumentatie.nl](http://www.cotandocumentatie.nl), geraadpleegd op 24 augustus 2018.

<sup>11</sup> Zie Bijlage Faire diagnostiek van cognitief functioneren en Bijlage Faire diagnostiek van adaptief gedrag.

<sup>12</sup> Kraijer, D. & Plas, J. (2014). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Pearson.

<sup>13</sup> "Gevalideerde instrumenten zijn instrumenten waarbij er onderzoek is gedaan naar de validiteit en betrouwbaarheid. De instrumenten meten daadwerkelijk wat ze moeten meten, ook als ze gebruikt worden in verschillende situaties door verschillende personen." Zie Nederlands Jeugdinstituut (z.d.) Het belang van gevalideerde en gestandaardiseerde instrumenten. Geraadpleegd op 10 september 2018 van <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Het-belang-van-gevalideerde-en-gestandaardiseerde-instrumenten.html>.

<sup>14</sup> Het betrouwbaarheidsinterval is de zone tussen twee punten die aangeeft hoe groot de marge is waarbinnen bijvoorbeeld 95 % of 99 % van hetzelfde soort metingen valt. Magez, W. (2008). Het IQ van Marjolein. 'IQ voor Dummies'. *Caleidoscoop*, 20(5), 6-8.

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

*Bijvoorbeeld: Je bouwt reflectiemomenten in bij teamoverleg en stemt af met leerling, ouders en school. Zowel voor jezelf en je collega's als voor de leerling, ouders en school is het zo duidelijk hoe je te werk gaat. Gelijkgerichte afspraken over het verloop van een teamoverleg, kunnen ervoor zorgen dat de tijd voor teamoverleg optimaal wordt benut om elkaar verder te helpen binnen de diagnostische trajecten.*

### **Denkfouten vermijden? Bouw systematisch reflectiemomenten in!**

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

#### **Vaak voorkomende denkfouten**

We overlopen enkele denkfouten waarvoor je best alert bent bij het vormen van een klinisch oordeel. Deze kunnen zowel op zich als in combinatie voorkomen<sup>15</sup>.

- Beschikbaarheidsfout (availability error): je besluitvorming wordt beïnvloed door de mate waarin je voorbeelden van zo'n besluit kunt voor de geest halen. Wat het recentst gebeurde of het meest dramatische krijgt zo het meest gewicht in je oordeel. *Bijvoorbeeld: De voorbije week was er een incident op school waarbij Lindsay haar zelfcontrole volledig kwijtraakte. Daardoor ben je eerder geneigd om haar te*

---

<sup>15</sup> Er zijn meer denkfouten die kunnen voorkomen binnen het diagnostisch traject. In dit artikel beperken we ons tot denkfouten die kunnen voorkomen in de integratie-en-aanbevelingsfase. Voor meer informatie verwijzen we naar Witteman, C., van der Heijden, P. & Claes, L. (2014) *Psychodiagnostiek. Het onderzoeksproces in de praktijk* (eerste druk). Utrecht: De Tijdstroom; Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., & Yeager, M.H. (2010). Chapter 8: Role of clinical judgment in diagnosis, classification and development of systems of support. In R.L. Schalock, S.A. Borthwick-Duffy, V.J. Bradley, W.H.E. Buntinx, D.L. Coulter, E.M. Craig... & M.H. Yeager. *Intellectual disability: Definition, classification, and system of supports* (11th ed.) (pp. 92-109). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; Witteman, C., Claes, L., & van der Heijden, P. (2017). *Psychodiagnostische besluitvorming. Deskundig oordelen in de klinische praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom; Ruijsenaars, A., van den Bergh, P. & Schoorl, P. (2008). *Orthopedagogiek. Ontwikkelingen, theorieën en modellen: een inleiding*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant; De Bruyn, E., Ruijsenaars, A., Pameijer, N. & Van Aarle, E. (2003). *De diagnostische cyclus. Een praktijkleer*. Leuven-Heusden: Acco





## Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

*beoordelen als beperkt in het omgaan met stress terwijl je er minder rekening mee houdt dat zo'n incident slechts een keer per jaar voorkomt.*

- Representativiteitsfout (representativeness error): je laat je oordeel afhangen van hoe vergelijkbaar het functioneren van een leerling is met het prototype van een bepaald functioneringsprobleem. "Als iets eruitziet als een eend, zwemt als een eend en kwaakt als een eend, dan is het waarschijnlijk een eend." Zo heb je minder oog voor mogelijke atypische presentaties of combinaties van klachten.  
*Bijvoorbeeld: Traumagerelateerde problemen niet erkennen bij een leerling met een verstandelijke beperking omdat die zich op een heel andere manier uiten dan bij een leerling met een gemiddeld cognitief functioneren.*
- Blinde volgzzaamheid (blind obedience): wat de autoriteiten zeggen, bepaalt (mee) je advies.  
*Bijvoorbeeld: Omdat een leerling – volgens de regelgeving – niet in aanmerking komt voor een bepaald type verslag, ga je ervan uit dat hij dit ook niet nodig heeft.*
- Affectieve fout (affective error): je gevoelens, zoals meevoelen met de leerling, sympathie voor een bepaalde ouder of wat je graag zou hebben dat waar is, vertroebelen je besluitvorming.  
*Bijvoorbeeld: Je schat de beperkingen en participatieproblemen van een leerling of de opvoedingssituatie zwaarder in, omdat je graag zou hebben dat hij in aanmerking komt voor extra ondersteuning van het schoolteam.*
- Verankeringsfout (anchoring error): de informatie die je eerst binnenkrijgt, raakt verankerd en zorgt voor onjuiste beslissingen of aanbevelingen.  
*Bijvoorbeeld: Door vaak te werken met leerlingen die problemen hebben met adaptief gedrag, verandert je inschatting van wat op welke leeftijd verwacht wordt aan adaptieve vaardigheden.*
- Volharding in overtuiging (belief perseverance): je blijft vasthouden aan de juistheid van je eigen mening, zelfs wanneer er informatie is die deze ontkracht of weerlegt. Strijdige informatie zie je toch als een positieve bevestiging en niet als reden om nieuwe hypotheses te formuleren.  
*Bijvoorbeeld: Je gaat ervan uit dat medicatie de gedragsproblemen van een leerling zullen oplossen. Wanneer er na de opstart van medicatie nog steeds gedragsproblemen zijn, dring je aan op een hogere dosis eerder dan na te denken over andere mogelijke interventies.*
- Mandaatsbias (commission bias): je wil iets doen, om het even wat. Je voelt je verplicht om aanbevelingen te geven terwijl je geen duidelijkheid hebt over wat het probleem kan verhelpen.  
*Bijvoorbeeld: Tia volgt buitengewoon onderwijs type2 opleidingsvorm 2 (OV2). Op het einde van haar derde schooljaar in fase 1 twijfelt de school sterk aan de*



## Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

*haalbaarheid van fase 2. Ze vragen met oog op het nieuwe schooljaar een attestwijziging naar OV1. De ouders willen niet dat Tia overstapt naar OV1 omdat ze vrezen dat Tia daar te weinig uitdaging zal krijgen en dat ze het moeilijk gedrag van de andere leerlingen zal overnemen. Beide partijen vragen een snel advies want er is een wachtlijst voor OV1. Je besluit vertrouwen te hebben in de school en hun advies OV1 te volgen. De wijziging in verslag maak je in de vakantie in orde.*

- Stuwkracht van een diagnose (diagnosis momentum): je denkt verder binnen een reeds gestelde diagnose, in plaats van ook alternatieve diagnoses in overweging te nemen. *Bijvoorbeeld: Je kadert de gedragsproblemen van een leerling binnen zijn verstandelijke beperking en denkt niet na over de mogelijke rol van bijvoorbeeld medicatie, veranderingen in dagverloop, gedrag van andere leerlingen, pijn ... die hiertoe kunnen leiden.*
- Omgevingseffect (framing effects): je laat je inschatting van het functioneren van de leerling beïnvloeden door de wijze waarop zijn omgeving ernaar kijkt of ermee omgaat. *Bijvoorbeeld: Je schat de zelfverzorging van een leerling hoger in door geen rekening te houden met geboden ondersteuning, terwijl een leerling weinig voor zichzelf zorgt zonder die ondersteuning.*

Door deze en andere denkfouten tijdens ons diagnostisch traject zijn we als diagnosten overmoedig (overconfidence in own capability)<sup>16</sup>. We overschatten de kwaliteit van ons eigen oordeelsvermogen. Hoe ervaren een diagnost ook is, hij heeft nood aan een systematische en transparante besluitvorming om tot kwaliteitsvolle diagnostiek te komen. Om fouten in de besluitvorming te voorkomen, moeten we ons bewust zijn van mogelijke denkfouten en ons denken bijsturen. Cognitieve vuistregels kunnen efficiënt en nuttig zijn, maar kunnen enkel leiden tot voorlopige conclusies.

De klinische oordeelstrategieën van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities<sup>17</sup> sluiten nauw aan bij het handelingsgericht diagnosticeren. Deze strategieën voorkomen volgens de AAIDD het maken van denkfouten die de beslissing op een negatieve manier zouden kunnen beïnvloeden. In onderstaande tabel vertaalden we ze naar de CLB-praktijk.

---

<sup>16</sup> Witteman, C., van der Heijden, P. & Claes, L. (2014) *Psychodiagnostiek. Het onderzoeksproces in de praktijk*. (eerste druk) Utrecht: De Tijdstroom

<sup>17</sup> American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. De AAIDD is toonaangevend in het domein van mensen met een verstandelijke beperking. De organisatie heeft haar basis in de VS maar wereldwijd leden. Het is de grootste en oudste interdisciplinaire organisatie die zich inzet voor mensen met een verstandelijke beperking. Ze promoot onder andere wetenschappelijk onderzoek en praktijkmodellen. <http://aaid.org/> De organisatie publiceerde het eerste handboek over verstandelijke beperking in 1921 en de op dit moment laatste en elfde editie dateert van 2010. Schalock, R.L. et al. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and system of supports* (11th ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

AAIDD: Klinische oordeelstrategieën	Vertaling voor CLB-praktijk
<p>Verhelder en omschrijf precies de gestelde vraag en maak uit of het gaat over een vraag naar diagnose, classificatie of ondersteuning.</p> <p>Resultaat: definiëren welke onderzoeksactiviteiten moeten gebeuren en welke info verzameld moet worden voor de essentiële vragen die spelen.</p>	<p>Verhelder de hulpvraag en ga na of het om een onderkende, verklarende of indicerende vraag gaat.</p> <p>Wat moeten we weten om de hulpvraag te kunnen beantwoorden?</p> <p>Resultaat: een kwaliteitsvolle strategiefase kunnen doorlopen</p>
<p>Breng in kaart of verzamel een uitgebreide geschiedenis (sociaal, medisch en schools functioneren)</p> <p>Resultaat: het begrijpen van persoonlijke en contextfactoren die een invloed hebben op de beperking, met inbegrip van persoonlijke en familiale geschiedenis, mogelijke etiologie, onderwijsgeschiedenis en het verloop van de beperking</p>	<p>Breng op basis van dossieranalyse en het bevragen van de relevante voorgeschiedenis en ondernomen activiteiten en effecten de geschiedenis van een leerling breed maar doelgericht in kaart.</p> <p>Resultaat: het formuleren van hypothesen en onderzoeksvragen in het kader van het verzamelen van bijkomende relevante informatie om een inzicht te hebben in de wisselwerking tussen de leerling en zijn context en binnen het functioneren van een leerling.</p>
<p>Breng in kaart of verzamel een breed assessment.</p> <p>Resultaat: het geeft je een volledig beeld op iemands functioneren.</p>	<p>Functioneren van de leerling in zijn context breed verkennen en doelgericht in kaart brengen.</p> <p>Hypothesen breed opmaken (ook opmaken alternatieve hypothesen).</p> <p>Resultaat: het geeft je een volledig beeld op iemands functioneren</p>
<p>Synthetiseer de verkregen informatie</p> <p>Resultaat: je verkrijgt data en informatie om</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>hypothesen op te maken en de testen</li> <li>het relatieve gewicht en de mogelijke combinatie van informatie als basis te kunnen gebruiken voor beslissingen en aanbevelingen.</li> </ol>	<p>Cluster de verkregen informatie;</p> <p>Resultaat: je verkrijgt data en informatie om</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>hypothesen en onderzoeksvragen op te maken (strategiefase).</li> <li>af te wegen welke gegevens en combinatie van gegevens doorslaggevend zijn bij het</li> </ol>





## Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

c. de kwaliteit, de validiteit en de juistheid van beslissingen en aanbevelingen te verbeteren op basis van verkregen data	aannemen, verwerpen of aanhouden van een hypothese (. c. te kunnen komen tot kwalitatieve doelen-behoefte-aanbevelingen.
--	---

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

### 1. Gebruik toetsingscriteria

Je verkleint de kans dat denkfouten of andere subjectieve en onbewuste processen je besluitvorming overheersen door toetsingscriteria te bepalen voorafgaand aan het onderzoek<sup>18</sup>. Bepaal dus op voorhand bij welke resultaten je de hypothese aanneemt of verwerpt. De toetsingscriteria neem je er terug bij wanneer je de onderzoeksresultaten interpreteert en opneemt in het integratief beeld. Goede toetsingscriteria vind je in de handleiding van het onderzoeksinstrument of vanuit het theoretisch kader achter je hypothese. Soms haal je toetsingscriteria ook uit praktijkkennis en persoonlijke opvattingen. Denk bijvoorbeeld aan “op gepaste wijze interacties aangaan met personen”. Het hangt van je eigen referentiekader af wat jij voor deze leerling binnen deze context een gepaste wijze vindt om interacties aan te gaan.

*Bijvoorbeeld: Aannemen dat een leerling een zwakke gekristalliseerde intelligentie (Gc) heeft als dit zowel blijkt uit het intelligentieonderzoek (WISC-V) als bevestigd wordt door het verhaal van minstens twee informant(en) (leerkracht, ouder...).*

### 2. Onderzoek of je ongelijk zou kunnen hebben

Vanuit je achtergrond en ervaring heb je snel een voorkeurshypothese. Je ziet de oorzaak van een gedragsprobleem eerder biologisch, psychologisch of sociaal. Onderzoek of het ook iets anders zou kunnen zijn dan waar je in eerste instantie aan denkt. Dit kan door het gebruik van alternatieve hypothesen of het op zoek gaan naar elementen die je hypothese weerleggen. Vind je evidentie die tegen jouw hypothese pleit? Ben je zeker dat er geen andere verklaring kan zijn voor het gedrag? Wat zouden je collega's als mogelijke verklaringen aanbrengen? Neem voor jezelf of voor je teamgenoten ook eens de rol van de advocaat van de duivel op. Daag hen uit om breder te kijken.

<sup>18</sup> Pameijer, N., & van Beukering, T. (2015). *Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering*. Leuven/Den Haag: Acco.



## Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

*Bijvoorbeeld: Nood aan voorspelbaarheid en structuur, doet snel een belletje ‘vermoeden autismespectrumstoornis’ rinkelen. Een gehechtheidsproblematiek, recente schoolverandering of wijziging in de thuissituatie kunnen er ook voor zorgen dat een leerling nood heeft aan een duidelijke structuur of voorspelbaarheid.*

*Bijvoorbeeld: Overgewicht betekent niet meteen een ongezonde levensstijl maar kan ook een medische oorzaak hebben.*

### 3. Hoed je voor schijnantwoorden

Wanneer je geen oordeel kan uitspreken, blijft de hypothese aangehouden. Dit betekent dat we geen antwoord kunnen geven op alle onderzoeksvragen. We weten (nog) niet of de hypothese wordt aangenomen of verworpen. Voor cliënten is dat duidelijker dan schijnantwoorden zoals “het schijnt dat...” of “het lijkt erop dat...” Als het antwoord noodzakelijk is om een belangrijke beslissing te nemen, dan keer je beter terug naar een eerdere stap in de onderzoeksfase<sup>19</sup>. Denk er dan aan om voor een andere onderzoeksmethode te kiezen. Eenzelfde type instrument gebruiken bij eenzelfde type onderzoeksvraag levert meestal vergelijkbare uitkomsten op. Kies daarom eerder voor een onderzoeksmiddel dat je aanvullende informatie geeft die noodzakelijk is om de hypothese te kunnen aanvaarden of verwerpen. Als je bijvoorbeeld vooral gebruik hebt gemaakt van meetinstrumenten, kies dan voor een gesprek of een observatie. Vraag andere betrokkenen om informatie om zo je beeld nog te verbeteren of je hypothese te bevestigen of weerleggen.

*Bijvoorbeeld: De school en ouders van Theo (4 jaar) zouden graag weten of hij een verstandelijke beperking heeft. Om de diagnose ‘verstandelijke beperking’ te kunnen stellen, moet de ernst van de functioneringsproblemen op een betrouwbare manier kunnen worden vastgesteld. Bij kinderen jonger dan 5 jaar is dit vaak niet mogelijk<sup>20</sup>. Daarom onderzoeken we of er sprake is van een globale ontwikkelingsachterstand. Om deze hypothese te kunnen toetsen, plannen we zowel een observatie, gesprek met de kleuterleidster en beide ouders, maken we gebruik van gegevens uit het dossier van Kind & Gezin... Daaruit blijkt dat Theo nooit naar een crèche ging, vaak afwezig is op school en al veel ziekenhuisopnames achter de rug heeft. In ons integratief beeld stellen we ons vragen bij de oorzaak van de vertraagde ontwikkeling. Is die te wijten aan beperkte cognitieve vaardigheden of aan een tekort aan adequate stimulering? Samen met de ouders en de school bekijken we hoe Theo’s ontwikkeling kan gestimuleerd worden. De ontwikkeling van Theo wordt verder opgevolgd om later te kunnen bepalen of er al dan niet sprake is van een verstandelijke beperking.*

---

<sup>19</sup> Pameijer, N., & van Beukering, T. (2015). *Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering*. Leuven/Den Haag: Acco.

<sup>20</sup> Zie Theoretisch deel – Categoriele classificatie, Criteria verstandelijke beperking.

### ■ Klinisch oordeel en verstandelijke beperking: uitdagingen in de praktijk

Diagnostiek bij leerlingen die intellectueel en adaptief zwakker functioneren is vaak een uitdaging. Bijkomende functioneringsproblemen, beperkingen in onderzoeksinstrumenten en –methoden maken het moeilijker om een objectieve inschatting te maken. We gaan in op enkele veel voorkomende vragen en klinische oordeelstrategieën die helpend kunnen zijn bij het inschatten van intellectueel functioneren en adaptief gedrag.

#### Hoe interpreteer ik onderzoeksresultaten wanneer mijn leerling niet volledig past in de meest passende normgroep?

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

Om te weten of verschillen tussen de leerling en de normgroep bepalend zijn voor de score van de leerling, hebben we theoretische kennis nodig over de samenhang van deze factoren (vb. leeftijd, geslacht, taal, cultuur) met wat in het onderzoek wordt gemeten (bv. intelligentie, schoolse vorderingen)<sup>21</sup>. Zo weten we dat er een verband is tussen mate van acculturatie en prestaties op cognitieve tests bij allochtone leerlingen. Uit vergelijkend onderzoek bleek dat leerlingen die sterk gericht waren op de Vlaamse gezinscultuur en minder op hun etnische cultuur, vrijwel niet verschilden van het Vlaamse gemiddelde op de intelligentietest. Leerlingen die sterk gericht waren op hun etnische cultuur en zich minder op de Vlaamse gezinscultuur richtten, scoorden tussen de 10 en de 20 IQ-punten lager dan het Vlaamse gemiddelde<sup>22</sup>.

Zorgen bepaalde factoren bij de leerling (bv. taal, cultuur) ervoor dat het onderzoeksresultaat minder betrouwbaar of valide is? Wees dan extra voorzichtig met je interpretatie. Ga na of de score voldoende weergeeft wat ze pretendeert te meten. Bekijk de standaardmeetfout en het betrouwbaarheidsinterval van je resultaat. Vul de cijfers aan met kwalitatieve informatie uit observatie, gesprek... Maak je oordeel op basis van alle aanwezige informatie. Heb je twijfels of bedenkingen bij de validiteit of betrouwbaarheid van de onderzoeksgegevens, verwoord dit dan ook in je verslaggeving<sup>23</sup>.

*Bijvoorbeeld: Michael (9 jaar) behaalt een  $IQ_{CHC}$  in de grijze zone. Zijn Gf ligt significant hoger dan zijn Gc. Vanuit de inschatting door ouders en leerkracht scoort hij behoorlijk*

<sup>21</sup> Zie [Bijlage Faire diagnostiek van cognitief functioneren](#) en [Bijlage Faire diagnostiek van adaptief gedrag](#).

<sup>22</sup> Van de Vijver, F., Schittekatte, M., & Fontaine, J. (2016). Allochtone leerlingen. In K. Verschuere & H. Koomen (Red.). *Handboek Diagnostiek in de leerlingenbegeleiding: Kind en context* (pp. 323-337). Antwerpen/Apeldoorn: Garant-Uitgevers.

<sup>23</sup> Van de Vijver, F., Schittekatte, M., & Fontaine, J. (2016). Allochtone leerlingen. In K. Verschuere & H. Koomen (Red.). *Handboek Diagnostiek in de leerlingenbegeleiding: Kind en context* (pp. 323-337). Antwerpen/Apeldoorn: Garant-Uitgevers



## Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

*op adaptief gedrag. In het integratief beeld stellen we ons vragen bij de validiteit van de IQ-meting. Michael komt uit een kansarm gezin en tijdens de afname viel ons op dat hij afhankelijk van de items sommige gemakkelijke vragen foutief had maar moeilijkere vragen dan weer juist. We spreken daarom niet van een verstandelijke beperking (noch van vermoeden van...) maar zetten extra in op het versterken van Gc en zijn schoolse vaardigheden.*

- Hoe weeg ik de criteria voor verstandelijke beperking af wanneer ik door testonderzoek slechts een onvolledig beeld krijg op het intellectueel functioneren?**

Wanneer vragen rijzen over de interpretatie van de testgegevens staat een systematische werkwijze voorop. Begin bij het betrekken van de leerling, ouders, verzorgers en leerkrachten bij de interpretatie van de testgegevens. Ga na welke testresultaten in de lijn liggen van wat zij zelf ervaren thuis of in de klas en welke testresultaten er sterk van verschillen. Dit kan richting geven aan een betere interpretatie.

Deze interpretatie gebeurt na het opmaken van het integratief beeld. Neem alle relevante onderzoeksgegevens erin op. Vul de testgegevens aan met informatie over het intellectueel functioneren verkregen uit de analyse van beschikbare gegevens, observaties, gesprekken met de leerling, ouders, leerkrachten.... Ook hierin kunnen gegevens gevonden worden die pleiten voor of tegen het toekennen van de diagnose verstandelijke beperking.

- Functioneringsproblemen bij de leerling zorgen ervoor dat een standaardafname niet mogelijk is. Hoe kan ik de resultaten goed interpreteren?**

Eerst en vooral kiezen we voor een onderzoeksinstrument waarbij de functioneringsproblemen zo min mogelijk invloed kunnen hebben op het onderzoek. Ook tijdens het onderzoek trachten we de mogelijke invloed van functioneringsproblemen te beperken<sup>24</sup>. Bijlage Bepaling IQ<sub>CHC</sub> bij leerlingen met (vermoeden van) een bijkomende problematiek geeft aan hoe je de juiste intelligentietest kiest en wat je kan helpen om een zo goed mogelijke bepaling te doen van het IQ<sub>CHC</sub>.

Geef bij het verwerken van je onderzoeksresultaten ook aandacht aan mogelijke observaties. Wat viel op tijdens de testafname? Waren er problemen bij het begrijpen of uitvoeren van opdrachten die je onvoldoende hebt kunnen opvangen binnen de marge van de gestandaardiseerde instructies? Als bijvoorbeeld de score voor het globaal IQ<sub>CHC</sub> minder valide is omwille van taalproblemen, bekijk dan de indexscores die niet of minder negatief beïnvloed worden door de mondelinge taalvaardigheid<sup>25</sup>. Die deelscores kunnen

<sup>24</sup> Zie Fase 2 – Uitbreiding van zorg: Onderzoeksfase

<sup>25</sup> Zoals bijvoorbeeld Gf, Gv, niet-talige Gsm en Gs of de NVI binnen de Wisc-V. Zie ook Magez, W. & Rauws, G. (2017) Bepalen van een Niet-Talige Index (NiTaL), CAP. Geraadpleegd op 10 september 2018 van [http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/nital\\_0.pdf](http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/nital_0.pdf)



## Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

dan bijvoorbeeld mee bepalen in welke mate de hypothese 'verstandelijke beperking' verder wordt meegenomen in het HGD-traject. Kan je op basis van alle gegevens moeilijk een uitspraak doen over de verschillende brede cognitieve vaardigheden of blijken de testresultaten te uiteenlopend? Maak gebruik van de werkschema's op het CHC-platform om aanvullend testonderzoek te doen om tot een beter inzicht te komen in het IQ<sub>CHC</sub>.

Neem bij de interpretatie van de bekomen resultaten altijd bijkomende informatie over het functioneren van de leerling binnen zijn context in acht. Betrek andere informatie uit observatie, gesprek... Bespreek de informatie met de leerling en zijn context. Herkennen zij het diagnostisch beeld thuis en in de klas?

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

### Er is een belangrijk verschil tussen de verschillende onderzoeksresultaten. Wat is doorslaggevend?

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

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

Als de onderzoeksresultaten tegenstrijdig zijn en dus niet met elkaar rijmen, analyseer dan de beschikbare data. Wat is de samenhang van de gegevens over het functioneren? Welke gegevens liggen in de lijn van eerder verkregen informatie? Welke gegevens kan je moeilijker plaatsen binnen het totale functioneren van een leerling? Hoe beïnvloedt de context de prestaties? Wat is mogelijke kost/risico of winst voor verschillende mogelijkheden vanuit de info (vals positief afwegen tegenover vals negatief)?

*Bijvoorbeeld: Er zijn grote verschillen tussen eerder intelligentieonderzoek (WISC-III, 6 jaar) en het recent intelligentieonderzoek bij Farouk (WISC-V 9 jaar). We gaan op zoek naar mogelijke verklaringen voor de verschillen. De verschillen kunnen te wijten zijn aan verschillen in de inhoud van de intelligentietests: De WISC-III brengt Gf niet in kaart terwijl de WISC-V dit wel doet. We zien vooral een groot verschil op Gc en Gv. De verschillen kunnen ook te wijten zijn aan de leeftijd waarop de tests werden afgenomen:*



testresultaten op 6 jaar zijn niet zo stabiel als op 9 jaar. Ook de begeleiding die Farouk kreeg tussen de eerste en tweede intelligentietest kan een verklaring zijn: de school heeft bijvoorbeeld ingezet op kennisopbouw en het versterken van Farouks communicatieve vaardigheden, Farouk draagt vanaf 8 jaar een bril waardoor hij vlotter kon volgen tijdens de les.

Het gebeurt ook dat je verschillen in resultaten hebt die verkregen zijn van verschillende informanten. Vraag je dan af welke informant je de meest betrouwbare en valide informatie kan aanleveren. Bekijk wat maakt dat de onderzoeksresultaten elkaar tegenspreken. Denk hierbij aan motieven van de betrokkenen, neiging om sociaal wenselijk te antwoorden... Door in de intakefase zicht te krijgen op de motieven van betrokkenen kan je nu inschatten in welke mate die motieven de uitkomsten misschien beïnvloeden<sup>26</sup>.

De belangrijkste informatiebron bij onderzoek is de leerling in kwestie. Sommige leerlingen hebben echter onvoldoende inzicht in hun eigen functioneren waardoor andere mensen belangrijke informanten worden. De beste informanten kennen de leerling goed, hebben de leerlingen geobserveerd in verschillende omgevingen of situaties en op verschillende momenten/gedurende een langere tijd/periode<sup>27</sup>. Ook bij het inzetten van medeonderzoekers is het belangrijk om ervoor te zorgen dat zij onbevooroordeeld gegevens kunnen verzamelen<sup>28</sup>. Door met hen goed af te spreken welke informatie je graag verkrijgt, waartoe, hoe en over welke periode, zorg je voor informatie die je zo goed mogelijk kan interpreteren.

### De onderzoeksresultaten voldoen aan enkele maar niet aan alle criteria voor een diagnose verstandelijke beperking. Hoe wegen we verder af?

Het gebruik van een klinisch oordeel wordt vooral toegepast wanneer de resultaten van het intelligentieonderzoek of het onderzoek naar adaptief gedrag zich in de grijze zone bevinden. Wanneer de resultaten duidelijk niet voldoen aan de criteria, dan kan er geen afweging gebeuren en is een klinisch oordeel niet aan de orde. Wanneer wel voldaan is aan de criteria maar er wordt getwijfeld aan de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten, is een klinisch oordeel ook een meerwaarde.

---

<sup>26</sup> Pameijer, N., & van Beukering, T. (2015). *Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering*. Leuven / Den Haag: Acco.; Verschueren, K., & Koomen, H. (Red.) (2016). *Handboek diagnostiek in de leerlingenbegeleiding: Kind en context*. Antwerpen: Garant.

<sup>27</sup> Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., ... & Yeager, M.H. (2010). Chapter 8: Role of clinical judgment in diagnosis, classification and development of systems of support. In R.L. Schalock, S.A. Borthwick-Duffy, V.J. Bradley, W.H.E. Buntinx, D.L. Coulter, E.M. Craig... & M.H. Yeager. *Intellectual disability: Definition, classification, and system of supports* (11th ed.) (pp. 92-109). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

<sup>28</sup> Pameijer, N., & van Beukering, T. (2015). *Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering*. Acco: Leuven.

	IQ-criterium <b>onder</b> betrouwbaarheids- interval	IQ-criterium <b>binnen</b> betrouwbaarheids- interval	IQ-criterium <b>boven</b> betrouwbaarheids- interval
Criterium adaptief gedrag <b>onder</b> betrouwbaarheidsinterval	Voldaan aan criteria IQ en adaptief gedrag	ONBESLIST	Niet voldaan aan IQ- criterium
Criterium adaptief gedrag <b>binnen</b> betrouwbaarheidsinterval	ONBESLIST	ONBESLIST	Niet voldaan aan IQ- criterium
Criterium adaptief gedrag <b>boven</b> betrouwbaarheidsinterval	Niet voldaan aan criterium adaptief gedrag	Niet voldaan aan criterium adaptief gedrag	Niet voldaan aan criteria IQ en adaptief gedrag

Als de onderzoeksresultaten slechts voldoen aan enkele criteria voor het aanvaarden van de hypothese, analyseer dan – net zoals bij tegenstrijdige resultaten – alle beschikbare data en bekijk wat maakt dat ze niet alle criteria voor het aanvaarden van de hypothese bevestigen. Nagaan waarom één (onderdeel van een) criterium afwijkend scoort, mag er echter niet toe leiden dat dit de eindbeslissing volledig bepaalt. Wanneer de meerderheid van de gegevens niet in de richting van het aanvaarden van de hypothese wijzen, kan je de hypothese niet behouden. Dat is ook het geval wanneer bepaalde gegevens (ook al is het maar ongeveer een vierde van alle informatie) duidelijk tegen de hypothese pleiten. Het opmaken van toetsingscriteria vooraleer je het onderzoek start, kan hierbij helpend zijn.

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

*Bijvoorbeeld: Het  $IQ_{CHC}$  van Daisy (10 jaar) voldoet duidelijk aan het intelligentiecriterium voor verstandelijke beperking maar voor adaptief gedrag scoort ze in de grijze zone (cut-off van min 2 standaarddeviaties ligt in het behaalde betrouwbaarheidsinterval). Op de schoolvakken haalt ze zwakke resultaten maar ze*



## Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

*is praktisch en sociaal wel behoorlijk vaardig. Uit een analyse van de onderzoeksresultaten samen met de leerkracht en de ouders blijkt dat Daisy op sommige items vaak hoger scoort omdat ze bij het helpen in de brasserie van haar ouders geleerd heeft hoe om te gaan met klanten, hoe zelfstandig de vaatwasmachine te vullen/de afwas te doen... Op andere praktische en sociale items scoort ze dan weer behoorlijk lager. Op basis van deze bijkomende informatie wordt beslist om de diagnose verstandelijke beperking toch toe te kennen.*

Bij verstandelijke beperking stelt het CLB-team zelf de categoriale classificatie. Ook dan kan het betrekken van externe expertise voor verdere uitklaring nuttig zijn.

*Bijvoorbeeld: Wanneer het intelligentie criterium in de grijze zone valt (met uitval op talige subtests) en het adaptief gedrag enkel een duidelijke uitval kent op sociale vaardigheden, kiest het CLB-team ervoor om eerst verder uit te klaren of er mogelijk sprake is van ASS.*

### Kritisch denken en reflecteren: essentieel bij klinisch oordeel

Iedereen die bijdraagt aan de diagnostiek van leerlingen, maakt gebruik van een klinisch oordeel, hetzij voor het toekennen van een categoriale diagnose, het dimensioneel classificeren aan de hand van ICF-CY of het in kaart brengen van onderwijs-, opvoedings- en ondersteuningsbehoeften. Belangrijk hierbij is wel dat mensen die bijdragen tot een klinisch oordeel hiervoor voldoende zijn geprofessionaliseerd<sup>29</sup>, de bestaande standaarden en protocollen toepassen en professioneel actief zijn in de diagnostiek. Bij het vormen van een klinisch oordeel is het dus belangrijk om een reflecterende diagnost te zijn.

### ■ Aan de slag met klinisch oordeel in je CLB

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

- **Groei samen met je collega's.** Bevraag elkaar, vraag naar explicitering van elkaars denkproces, reflecteer samen.
- **Maak tijd om te oefenen op kwaliteitsvolle diagnostische besluitvorming.** Groeien vergt tijd. Plan momenten in om samen te oefenen in het gebruik van diagnostische instrumenten, het stellen van alternatieve hypothesen, het interpreteren van onderzoeksresultaten...
- **Zet in op intervisie.** Help je collega's bewust te blijven van mogelijke denkfouten en stuur elkaar bij. Zo krijg je feedback op mogelijke fouten en successen en groei je verder als diagnost.
- **Structureer voor jezelf je denkproces door het uit te schrijven of te tekenen.** Zo word je ertoe gedwongen actief te reflecteren. Je verslag opmaken tijdens het lopen van een traject kan hier ook bij helpen.
- **Professionaliseer jezelf in diagnostiek.** Volg interessante bijscholingen, lees relevante literatuur, oefen nieuwe onderzoeksinstrumenten in.

<sup>29</sup> Professionalisering binnen de pijlers van kwaliteitsvolle diagnostiek.



## Specifiek Diagnostisch Protocol bij cognitief zwak functioneren en verstandelijke beperking

- **Ga kritisch om met de bronnen die je raadpleegt.** Neem niet zomaar aan wat je hoort of leest, niet tijdens je onderzoek maar ook niet wat je eigen professionalisering betreft.
- **Probeer via verschillende wegen je conclusies te bevestigen.** Baseer je oordeel op informatie die je op verschillende manieren en van verschillende betrokkenen hebt ingewonnen.