

BIOPSYCHOSOCIAAL METHODISCH WERKEN MET ICF ALS TOOL

Een leidraad voor de
Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR)

Nadja Brocatus & Caroline De Wreede

Versie najaar 2022

© Sig vzw - 2022 - Alle rechten voorbehouden
Sig vzw, Pachthofstraat 1, 9308 Gijzegem (Aalst)
info@sig-net.be - www.sig-net.be

Eerste druk 2022



INCLUSIE IN-ZICHT

INHOUD

Het biopsychosociaal model en ICF	4
Nood aan meer informatie?.....	5
Basisprincipes/pijlers van het ICF-model	5
Wat is de meerwaarde?	6
De therapeutische relatie en het relatiegericht communiceren bij het biopsychosociaal methodisch handelen	8
1. De therapeutische relatie en een relatiegerichte aanpak.....	8
Hoe maak je contact?.....	11
Hoe toon je betrokkenheid?	11
Hoe toon je begrip en empathie?	12
Hoe creëer je vertrouwen en veiligheid?	13
Hoe zorg je blijvend voor een goede relatie? Hoe houd je de vinger aan de pols?	14
Hoe ga je om met moeilijkheden in de therapeutische relatie?.....	15
Wees je bewust van je eigen communicatiegedrag; wat werkt relatiebevorderend en wat niet?	16
Hoe kan je je cliënt motiveren?	17
Synthese aan de hand van concrete tips voor een goed gesprek met ouders	18
2. Gesprekken met kinderen	19
3. Gesprekken met ouderen	20
Informatieverwerking bij ouderen	21
Sensorische functies en functionele problemen.....	21
HET ICF-model met de verschillende componenten.....	23
1. Overzicht van de componenten van de ICF.....	23
1.1 Functies en anatomische eigenschappen	23
1.2 Activiteiten	23
1.3 Participatie	23
1.4 Externe factoren.....	24
1.5 Persoonlijke factoren	24
2. ICF-componenten en hun domeinen	24
Classificeren volgens ICF	25
1. Belangrijk!	25
2. Zoekfunctie.....	26
Het invullen van het ICF-model: een aantal tips	27
Biopsychosociaal methodisch handelen: wat betekent dit voor de verschillende fases van de klinisch cyclus?	28

Fase 1: het verzamelen van informatie.....	28
Fase 2: assessment, analyse van gegevens en diagnose.....	29
Fase 3: het opstellen van het zorgplan	30
Fase 4: het uitvoeren van de interventies.....	31
Fase 5: de evaluatie.....	32
Verloop van een planbespreking	33
Wat zijn de hulpvragen?	33
Wat is het kernprobleem (visie van het team)?.....	33
Is er overeenkomst tussen de hulpvraag van de cliënt en het kernprobleem volgens het team, zowel op het vlak van visie als op het vlak van doelen?.....	34
Wat is het hoofddoel?.....	34
Welke factoren kunnen de behandeling belemmeren?	34
Welke zijn de revalidatie(plan)doelen?.....	35
Welke afspraken worden/werden gemaakt?.....	35
Wat is de categoriale diagnose?	35
Leesbare verslaggeving	36
1. Tien basisprincipes om tot leesbare verslaggeving te komen	36
2. Aandachtspunten voor een narratief verslag	37
3. Kwalitatieve etiketten voor testcores	37
Structuur van een onderzoeksverslag.....	39
Structuur van een narratief verslag	39
Structuur van een verslag met een ICF-schema	43
Structuur van een evolutieverslag	44
Structuur van een eindverslag	44
De verschillende procedures bij het biopsychosociaal methodisch handelen	45
1. Procedure van intake tot revalidatieplan.....	45
2. Procedure opmaak van het revalidatieplan en -proces	45
3. Procedure bij de start van de therapie	46
4. Procedure bij een interne bespreking van het therapieproces.....	46
5. Procedure bij een externe bespreking van het therapieproces.....	47
6. Procedure bij een gesprek met het cliëntensysteem	48
Hulpvragen in functie van kwaliteit van leven	50
Inleiding.....	50
Een eerste hulpbron	50

Vragen die gesteld kunnen worden tijdens het intakegesprek	52
Vragen m.b.t. het centrum	52
Vragen m.b.t. de doorverwijzing	52
Vragen m.b.t. de verwachtingen	52
Vragen m.b.t. de zorg en de last	53
Vragen voor het kind	54
Vragen gerelateerd aan de verschillende componenten van ICF	54
Bijlagen.....	55
Voorbeelden van hulpvragen	55
Hulpvragen van ouders	55
Hulpvragen van het kind	56
Hulpvragen van jongeren	56
Voorbeelden van kernproblemen	57
Voorbeelden van hoofddoelstellingen	59
Voorbeelden van niet-beïnvloedbare belemmerende factoren	60
Voorbeelden van ondersteunende factoren	61
Verkennen en exploreren	61

Deze bundel bevat informatie afkomstig van:

- De website <https://icfplatform.weebly.com/>
- De Sig-intervisiewerkgroep 'ICF in de praktijk'
- Studiedag en Workshops van Nadja Brocatus 'Het biopsychosociaal methodisch handelen met ICF als tool'
- De module 'De therapeutische relatie' uit het opleidingsonderdeel 'Professionele identiteit en werkplekleren' van de opleiding Logopedie aan de Arteveldehogeschool

Dankbetuiging: we houden eraan alle leden van de Sig-intervisiewerkgroep 'ICF in de praktijk' te bedanken voor hun bijdrage aan deze publicatie.

HET BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL EN ICF

Het biopsychosociaal model is een uitbreiding van een medisch model over het menselijk functioneren, waarin niet alleen aandacht is voor biomedische aspecten, maar ook voor psychologische en sociale factoren die medebepalend zijn voor de gezondheidstoestand en het functioneren van een individu. Het biopsychosociaal model is een integraal werkmodel voor gezondheidswerkers die de focus van hun praktijk leggen op het bevorderen van gezondheid, zoals omschreven door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 1948: “Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken”.

Psychologische en sociale aspecten worden in het biomedische model genegeerd, terwijl ze wel een belangrijk onderdeel vormen van de gezondheidstoestand.

Het uitgangspunt van het biopsychosociaal model (BPS-model) is het menselijk functioneren als een samenspel tussen biologische, individuele en sociale factoren. Handicap is niet enkel een persoonsgebonden, lichamelijk of mentaal probleem, maar de mate waarin iemand dingen kan doen (activiteiten) en kan meedoen in de samenleving (participatie) hangt ook af van omgevingsfactoren (bv. de ondersteuning door mensen of middelen en persoonlijke factoren, bv. hoe men zelf het probleem ervaart). Met de ICF kan je dit op een heldere en eenvormige manier in kaart brengen.

De ICF is de vertaling van de in 2001 gelanceerde *International Classification of Functioning, Disability & Health* van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en vervangt de *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH). De ICF biedt een kader om een omvattende beschrijving te geven van het functioneren van een persoon. De ICF biedt een gemeenschappelijk taalgebruik en denkkader dat bruikbaar is voor al wie werkt met mensen met een beperking en dit in diverse werkvelden zoals gezondheidszorg, onderwijs, revalidatie, wetenschappelijk onderzoek, enz.

De ICF wil allerm minst een nieuwe manier van ‘etiketjes plakken’ zijn, integendeel. ICF biedt een kader om het menselijk functioneren in zijn totaliteit te benaderen en bepaalt vandaaruit begeleidings- en behandelingsdoelen. Met ICF maak je de omslag van een stoornisgerichte visie op behandeling/begeleiding naar een behandeling/begeleiding gericht op de concrete kwaliteit van leven en dat is waar het uiteindelijk om gaat.

Als toepassing van het biopsychosociaal redeneren leidt het gebruik van ICF tot kwaliteitsvolle en inclusieve ondersteuning en zorg. ICF is een internationaal aanvaard systeem dat helpt om een holistische visie op het menselijk functioneren in de praktijk te realiseren.

De ICF wordt in toenemende mate als beeldvormend/diagnostisch kader gebruikt door overheidsinstanties (bv. VAPH, Riziv, FOD), onderwijs (cf. gemotiveerde verslagen door het CLB) en in verschillende sectoren van de gezondheids- en welzijnszorg.

NOOD AAN MEER INFORMATIE?

We verwijzen graag naar **de website van het ICF-platform**: <https://icfplatform.weebly.com/>

Je vindt er videofragmenten met uitleg over de meerwaarde van het inzetten van ICF in verschillende settings: <https://icfplatform.weebly.com/video.html>

De volgende artikels geven eveneens inzicht in de inzetbaarheid van ICF bij het biopsychosociaal handelen in de klinische praktijk van een Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR):

- Brocatus, N. (2009). Internationale classificatie van het menselijk functioneren – *ICF, Cursustekst, Gent, Arteveldehogeschool*.
- Brocatus, N. (2012). [Het BPS-model: een implementatie in de klinische praktijk van een CAR d.m.v. ICF](#). *Signaal 78*, 6-15.
- Brocatus, N. (2015). ICF in de klinische praktijk: een hype of een meerwaarde? *Logopedie*, juli-augustus 2015, 106-118.

BASISPRINCIPES/PIJLERS VAN HET ICF-MODEL

Het biopsychosociale model dat aan de basis ligt van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is een descriptief conceptueel kader dat klinici de mogelijkheid geeft om op een systemische en dynamische manier naar de cliënt en diens¹ probleem te kijken. In dit conceptueel referentiekader gelden de volgende wetmatigheden:

- Interventies op één domein of een factor in een domein brengen/brengt veranderingen teweeg in de andere domeinen en op de andere factoren in het domein. *Alle pijlen in het model zijn wederkerig. Alle componenten in het model beïnvloeden elkaar wederzijds*. Treedt er een verandering op in één component in een domein, dan heeft dit automatisch zijn repercussies op de andere componenten en domeinen.
- De interacties zijn specifiek en *staan niet in een voorspelbare een-op-eenrelatie tot elkaar*. De interactie tussen twee componenten is niet lineair. Er bestaat dus *geen direct oorzakelijk verband* tussen twee componenten.
- De gezondheidstoestand is overkoepelend en oefent dus invloed uit op alle componenten binnen de ICF. In het schema is er geen sprake van hiërarchie. Alle componenten van het model zijn *gelijkwaardig in betekenis en in gewicht*. Bij het in beeld brengen van het functioneren van een cliënt is het domein van de ‘functies en anatomische eigenschappen’ dus niet belangrijker dan het domein van de ‘persoonlijke factoren’.

¹ We kiezen in deze tekst voor genderinclusief taalgebruik. Voor de voornaamwoorden gebruiken we ‘die/diens’ i.p.v. ‘hij, hem, zijn / zij, haar, haar’.

Een ander belangrijk principe dat aan de basis ligt van het 'ICF-denken' is dat men in de eerste plaats kijkt naar *de mens achter de stoornis*. Dit betekent dat het eerste doel van de therapeut niet langer het remediëren van de stoornis (functie) is, maar *het verbeteren van de kwaliteit van leven* van de persoon met de stoornis. De WHO definieert kwaliteit van leven als "*het beeld dat een persoon heeft vanuit zijn positie in het leven, ..., in relatie tot zijn objectieven, zijn verwachtingen, zijn normen en zijn bezorgdheid*" (Leplège & Coste, 2001).

WAT IS DE MEERWAARDE?

Het biopsychosociaal model brengt *het totaalfunctioneren van de cliënt* (en niet alleen de stoornis) in kaart. Het biedt een ruggengraat voor het opstellen van een brede samenhang, zodat alle dimensies van het menselijk functioneren met alle factoren die dit functioneren beïnvloeden in beschouwing genomen worden. Zo krijgen we niet alleen een zicht op de stoornis, maar ook op de mens met de stoornis. Het is namelijk de totale mens die de verschijningsvorm van de stoornis bepaalt.

De meerwaarde zit ook in *de gelijkwaardigheid van de verschillende ICF-componenten en -factoren*. Persoonlijke factoren zoals copingstijl, attitude, enz. zijn even belangrijk als functies en activiteiten. Dit betekent een 'opwaardering' van de contextfactoren (externe en persoonlijke) en van de component 'participatie'.

Het '*alles beïnvloedt alles-principe*', weergegeven door de wederkerige pijlen die alle componenten met elkaar verbinden, geeft *meer ingangspoorten voor het verstrekken van zorg*, meer aangrijpingspunten om de kwaliteit van leven en het welbevinden positief te beïnvloeden en de stoornis te remediëren.

Het model brengt het functioneren met stoornissen en beperkingen in kaart met het nodige respect voor de hulpvragen, terug te vinden in externe en persoonlijke factoren. Deze manier van zorg verlenen richt zich namelijk op het *verbeteren van de kwaliteit van leven*. Het is de cliënt die bepaalt wat nodig is om diens kwaliteit van leven, diens welbevinden te verhogen. Diens *hulpvragen staan centraal*. Heel het team werkt aan dezelfde doelen, met name de doelen van de cliënt en het cliëntstelsel.

Het in kaart brengen van het functioneren met het ICF-model maakt de visie van het team of de therapeut en de aanpak die voorgesteld wordt *transparant voor alle betrokkenen*. Het is pas door deze transparantie dat er aan *shared decision making* gedaan kan worden. De cliënt en diens cliëntstelsel krijgen een beter inzicht in de problemen en de aanpak, wat het meebeslissen mogelijk maakt en de *zelfwerkzaamheid stimuleert*.

Het ICF-model kan gebruikt worden om de effecten van behandeling op alle domeinen te visualiseren bij een evolutiemeting.

De cliënt zelf kijkt ‘breder’ naar diens stoornis omdat die inzicht krijgt (psycho-educatie) in het probleem en alle aspecten die het probleem bepalen. Hoe meer inzicht een cliënt heeft, hoe minder machteloos die zich voelt (*empowerment*) en hoe minder gefixeerd die is op het probleem. Hetzelfde geldt voor de omgeving. Deze attitude *optimaliseert de samenwerkingsrelatie en de evolutie*. Bij evolutiemetingen kunnen we nagaan of de interventies ook resulteren in effecten op participatieniveau en op het niveau van de contextfactoren (omgevingsfactoren en persoonlijke factoren) en dus niet alleen op het vlak van functies en activiteiten door onderzoeken af te nemen.

Het model maakt de communicatie tussen de therapeut, de cliënt en diens omgeving makkelijk en dus beter. Dat geldt ook voor het overleg tussen de therapeuten onderling, tussen het team en het netwerk waarmee het samenwerkingsverbanden heeft. Het gebruik van de ICF-taal is een taal die begrijpbaar is voor iedereen, dus ook voor cliënten. Bijkomend wordt elk begrip gedefinieerd. Dit maakt dat er geen misverstanden kunnen ontstaan tussen gezondheidswerkers over bepaalde begrippen, zoals bijvoorbeeld ‘psychomotorische functies’.

Kortom: het model biedt een overzichtelijk conceptueel kader voor het methodisch handelen in de gezondheidszorg. Meer concreet: een kader voor het organiseren van intakegesprekken, adviesgesprekken, het formuleren van onderzoeksvragen en het plannen van onderzoeken, voor het opstellen van een samenhang, een behandelplan met behandeldoelen, een revalidatieprogramma en een evaluatie van de effecten van het revalidatieprogramma, en dit met de garantie voor een kwaliteitsvolle zorgverlening. Zorgverlening gebaseerd op dit biopsychosociale model is niet alleen een verfrissende manier van denken, het helpt ons ook het klinisch redeneren te sturen naar een mensgeoriënteerde, holistische, vraaggestuurde en contextgerichte zorgverlening, gericht op empowerment en inclusie. Bijkomend trekt het model ons weg van het ‘stoornisdenken’ dat ertoe leidt dat we een mens vernauwen tot diens stoornis. We gebruiken ICD-10 voor het formuleren van een categoriale diagnose. De handelingsgerichte of beschrijvende diagnose wordt ons aangereikt door het ingevuld ICF-model.

Gebaseerd op Brocatus, N. (2015). ICF in de klinische praktijk; een hype of een meerwaarde? Logopedie, juli-augustus 2015, 106-118.

DE THERAPEUTISCHE RELATIE EN HET RELATIEGERICHT COMMUNICEREN BIJ HET BIOPSYCHOSOCIAAL METHODISCH HANDELEN

1. DE THERAPEUTISCHE RELATIE EN EEN RELATIEGERICHTE AANPAK

De therapeutische relatie kan misschien het best worden gedefinieerd als “een uitwisseling tussen therapeut en cliënt die zich ontwikkelt met als doel gedachten, overtuigingen en emoties te delen, in een poging om verandering te bevorderen.” Het is een relatie die gekenmerkt wordt door een veilige, open en niet-oordelende sfeer, die zorgt voor vertrouwen en vertrouwelijkheid.

De therapeutische alliantie (term uit de cognitieve gedragstherapie) bouwt daarop verder. Bij een therapeutische alliantie gaat het om de consistentie van de gehanteerde strategieën en uitwisselingen die verandering bevorderen. Ook in onze therapie willen we verandering bewerkstelligen; verandering van gedrag, maar ook verandering van denken, bv. ‘Ik kan niet spreken’, ‘Ik zal nooit kunnen lezen, rekenen...’, enz. De alliantie ontwikkelt zich dus uit de therapeutische relatie. Behalve dat de therapeut in staat is om passende zorg te leveren, brengt de therapeut bij het ontwikkelen van die alliantie de bijbehorende kennis en vaardigheden in voor het ontstaan van de alliantie. *Een alliantie is het samengaan van de wil en motivatie van de cliënt en de passie van de therapeut met het doel verandering te bevorderen.*

Wat is het belang van het opbouwen van een kwaliteitsvolle therapeutische relatie? Je moet een sterke therapeutische alliantie vormen, zodat cliënten kunnen focussen op de moeilijkheden die ze zullen ervaren wanneer ze jouw behandelruimte verlaten, in plaats van tijdens de sessie tijd te verspillen met automatische gedachten over jou, of over zichzelf in relatie of over het therapeutisch proces. Of de behandeling kans heeft op slagen ligt voor 40% bij de sociale omgeving, het netwerk, de naasten, de familie, voor 15% bij de methodieken, voor 15% bij de verwachtingen van de cliënt en voor 30% bij de relatie therapeut-client.

Een goede relatie kan niet ontstaan zonder dat de therapeut zichzelf inbrengt in het contact. Cliënten zijn het meest gebaat bij een warme, begripsvolle en betrokken behandeling. De persoon van de therapeut speelt dus een grote rol in de communicatie: pas wanneer de persoon van de therapeut meedoet in het gesprek, kan er menselijk en echt contact ontstaan tussen therapeut en cliënt. Goede hulpverlening kan ontstaan als er een basis is van vertrouwen, pas dan zal de cliënt zich durven uiten en kan een aanzet tot verandering ontstaan.

De huidige gezondheidszorg is erop gericht zo snel mogelijk de verantwoordelijkheid over te dragen op de cliënt en diens eigen netwerk (= empowerment). Bijkomend wordt er verwacht om vraaggestuurd te werken. Dit vraagt van zorgverleners om meer naast de cliënt te staan, de cliënt te waarderen in diens moeite en in diens kunnen, het zelfvertrouwen helpen opbouwen en richting kunnen geven.

In een relatiegerichte aanpak ben je je als therapeut heel bewust van het feit dat je niet een stoornis, maar een mens behandelt en dat het installeren en onderhouden van een kwaliteitsvolle relatie belangrijk is.

In een relatiegerichte behandeling ga je samen met de cliënt op pad. De vraag van de cliënt is het uitgangspunt (= vraaggestuurd). Het contact in de relatiegerichte behandeling wordt beschouwd als de belangrijkste bron van informatie en geeft de therapeut een belangrijke aanzet om de cliënt zo goed mogelijk te ondersteunen in diens vraag of behoefte. Het is essentieel dat er een band opgebouwd wordt met de cliënt en diens cliëntsysteem. Zonder relatie is er geen behandeling en hulpverlening mogelijk. Relationale aspecten als aandachtigheid, ruimte scheppen en samen optrekken laten een beter resultaat tot zelfredzaamheid zien, dan wanneer er geen of weinig aandacht besteed wordt aan het interactioneel werken (Wampold, 2009; in Buijten, 2017). Mensen ervaren een relatie als prettig wanneer ze gezien worden als mens, wanneer ze met respect aangesproken worden, wanneer er voldoende ruimte en begrip is voor het eigen verhaal en wanneer er balans is in openheid en echtheid tussen beide partijen. De therapeutische relatie is cruciaal voor effectief werken.

Je kan je rol als hulpverlener op twee manieren zien. Je kan de hulpvrager ofwel zien als een afhankelijk persoon die jij, vanuit je deskundigheid, zo snel mogelijk wil helpen met deskundige adviezen en training. Ofwel kan je de hulpvrager zien als een onafhankelijk, evenwaardig iemand die onder de juiste omstandigheden goed in staat is om diens eigen problemen op te lossen en aan te pakken en die een noodzakelijke inbreng heeft in diens eigen behandelproces.

Echte aandacht en dicht bij de ander staan geeft een belangrijke dimensie aan de behandeling. De ander zien en waarderen als mens, in plaats van alleen als cliënt, is fundamenteel belangrijk. In die waardering worden de positieve uitkomsten van de behandeling ervaren.

Maar hoe doe je dat? Wat vraagt dit van jou als therapeut? Hoe ontwikkel je de fijngevoeligheid die ervoor nodig is om dicht bij de ander te kunnen staan en te kunnen aansluiten op de ander?

De therapeutische relatie is opgebouwd uit generieke elementen:

- Ten eerste zijn dit de counselings- en luistervaardigheden, de getoonde empathie en passende uitingen van positieve waardering (bv. aanmoediging en positieve affirmatie) van de therapeut, maar ook het feedback vragen van de cliënt, het realiseren van

congruentie en oprechtheid, alsmede het product van de inspanningen, waaronder de gevoelens van vertrouwen van de cliënt, wederzijds respect en een positieve band. Cliënten hechten veel belang aan oprechtheid, eerlijkheid en verbinding.

- Het tweede belangrijke generieke element van de therapeutische relatie is de werkalliantie. Bordin (1979) (in Kaeantzis e.a., 2019) stelt dat de alliantie de relationele 'band' omvat en gekenmerkt wordt door wederzijds respect en elkaar aardig vinden, alsook een openlijke 'overeenstemming' over de prioriteiten voor het werk in de sessie en de behandeling als geheel. Elke sessie waarin niet aan de orde gesteld wordt waarom de cliënt de therapie aangegaan is, is gewoon geen goede sessie. De relatie komt onder druk te staan als cliënt en therapeut andere prioriteiten hebben, als de ideeën van de therapeut die van de cliënt overrulen of andersom, als de cliënt een agenda doordrukt waar de therapeut het niet mee eens is. Zo kunnen er ook problemen ontstaan als de doelen die voor een sessie geformuleerd zijn, niet aansluiten op het werk dat daadwerkelijk in de sessie gedaan wordt.
- Andere generieke elementen van de therapeutisch relatie zijn onder meer: het vermogen van de therapeut om met de cliënt te werken aan een structuur voor de sessie, die structuur te volgen in het juiste tempo, feedback uit te lokken voorafgaand aan, tijdens en na de interventies, en na afloop van de sessie.
- Samenwerking houdt in dat de therapeut de cliënten uitnodigt om een actieve rol te spelen in het therapieproces, terwijl de therapeut voornamelijk iemand is die 'samen met de cliënt werkt' of de rol van begeleider heeft; iemand die de voortgang van de cliënt kan bevorderen, in de richting van de door de cliënt gewenste doelen. Het is de cliënt die de verandering zal moeten teweegbrengen. In feite betekent de term 'samenwerking' (collaboration) in cognitieve gedragstherapie letterlijk 'gezamenlijk werk' of '*shared work*' (Beck 1995; Dattilio & Hanne, 2012; Tee & Kazantzis, 2011; in Kaeantzis e.a., 2019) met het bevorderen van de actieve deelname van de cliënt aan de therapeutische uitwisseling als bijzonder kenmerk van de therapeutische relatie. Hoewel de bijdragen van de cliënt en therapeut idealiter in evenwicht zijn, zijn er momenten waarop de therapeut het voortouw neemt, en momenten waarop de cliënt uitgenodigd wordt de leiding te nemen in het therapeutische werk, zowel tijdens de sessies als tussen de sessies in.

Hoe maak je contact?

Een goed contact tussen cliënt en therapeut is een voorwaarde voor het succesvol uitvoeren van interventies (Van Yperen, Roosma & Veerman, 2008; in Buijten, 2017). In het contact met de ander ben je continu aan het kijken, aftasten, reageren, afstemmen en aansluiten. In de behandeling zoek je naar de juiste condities en voorwaarden voor het contact.

Contact maken met de cliënt is als het ware een uitnodiging om samen een behandelingsproces aan te gaan. Wanneer je als therapeut contact maakt, is het belangrijk dat je jezelf als eerste zo eerlijk mogelijk aan de ander presenteert. Door initiatief te nemen leg je je kaarten op tafel (Benjamin, 1977; in Buijten, 2017). Contact maken met de ander betekent: 'Dit ben ik en ik ben benieuwd wie jij bent.'

Cliënten hebben het recht om te begrijpen wat de intenties en de strategieën zijn in de helpende relatie (Hill, 2004; in Buijten, 2017). Therapeuten hebben de ethische verantwoordelijkheid om cliënten volledig te informeren over het behandelingsproces, wie je bent als therapeut, hoe je als therapeut te werk gaat en welke methoden en technieken je hanteert. Op die manier kunnen cliënten ook een keuze maken of ze hieraan willen werken of niet.

In de praktijk wordt vaak op formele wijze contact gemaakt. Therapeuten vertellen bijvoorbeeld wat ze doen, wat hun taken zijn, waarvoor ze hier zitten, hoe het contact/de behandeling eruit gaat zien en wat de cliënt van hen kan verwachten. Dit is vaak een korte monoloog bij de start van de behandeling. De cliënt hoort deze aan en kan er enkele vragen bij stellen. Het contact maken vindt op deze manier eenzijdig plaats. Wanneer je er als begeleider voor kiest om op een informele manier contact te maken, zal je merken dat het contact sneller een gezamenlijke vorm krijgt. Hierdoor ontstaat er openheid en wordt er een basis gelegd voor een vertrouwensband. Je kunt op een informele manier contact maken door bijvoorbeeld na een kort algemeen praatje eerst iets over jezelf te vertellen. Je kunt iets vertellen over hoelang je werkt als therapeut, hoelang je werkt bij deze dienst, wat je drijfveren zijn en wat je stijl van werken is. Vervolgens vraag je zo informeel mogelijk hoe het met de cliënt is. Je zult merken dat de cliënt binnen de kortste keren zelf gaat vertellen over diens motieven, behoeften, eventuele obstakels en problemen.

Hoe toon je betrokkenheid?

In opleidingen en organisaties wordt soms benadrukt niet te persoonlijk betrokken te raken bij de cliënt. Maar is het überhaupt mogelijk om niet persoonlijk betrokken te raken in het behandelingsproces? Daarbij komt dat persoonlijke betrokkenheid van de therapeut voor de

cliënt juist als gewenst en ondersteunend ervaren wordt (Schaap, Bennum, Schindler & Hoogduin, 1993).

Er bestaan veel misverstanden over wat betrokkenheid en empathie zijn. In een betrokken empathisch gesprek gaat het erom dat de begeleider evalueert vanuit het perspectief van de cliënt. Hierbij vraagt de therapeut zich af: Wat denk ik, wat wil ik, wat voel ik als ik mij inbeeld deze cliënt te zijn (Leijssen, 2003)? Dit is pas mogelijk wanneer de therapeut de eigen mening tijdelijk kan opschuiven om de volledige ervaringswereld van de cliënt binnen te treden. Vanuit een niet-veroordelende behandelingsverantwoordelijkheid erkent de begeleider de ervaringen van de cliënt zonder goed- of afkeuring. Dit lijkt gemakkelijker dan het is. Het vraagt een constante oefening in het bewustzijn van je eigen beoordelingsvermogen. Daarbij vergt het een grote dosis professionele discipline (Leijssen, 2003), want zo iets is niet gebruikelijk in een gesprek. Het bewustzijn van je beoordelingsvermogen begint met jezelf vragen te stellen over normen en waarden, vooral wanneer je werkt met cliënten die anders zijn of in een andere situatie zitten. Om bewust te zijn van je beoordelingsvermogen moet je jezelf afvragen hoe het komt dat je zo vasthoudend bent in je eigen overtuigingen. Pas na bewustwording kan er openheid ontstaan voor de overtuigingen van de ander. Je hoeft het niet altijd eens te worden, maar je kunt wel beter invoelen wat betekenissen zijn voor de ander. Wanneer je beter kunt invoelen, kun je ook beter begrip opbrengen. En begrip tonen is een belangrijk aspect in het empathisch gesprek.

Het expliciet uitdrukken van empathie en begrip is noodzakelijk voor het veranderingsproces van cliënten (Leijssen, 2003). Wanneer de therapeut onvoldoende empathische reflecties geeft, kan de cliënt dit ervaren als een gebrek aan belangstelling en begrip. Die zal dan vaak zichzelf herhalen uit nood zich gehoord te voelen. Met een empathische reactie laat je merken dat je het verhaal van de cliënt accepteert, zodat de cliënt zich verder durft te uiten. Die zal dan ook meer bereid zijn om samen te werken. Je advies zal beter aansluiten bij diens beleving en de kans dat je boodschap gehoord wordt, is groter. Wanneer je je best doet om de ander zo goed mogelijk te begrijpen, zal de cliënt dit vanzelf aanvoelen.

Hoe toon je begrip en empathie?

Begrip heeft alles te maken met nuancering van eigen oordelen en taboes. In elke vorm van behandeling wordt de structuur van de relatie in het therapieproces in hoge mate bepaald door de therapeut. Het beeld dat de therapeut van zichzelf heeft, diens houding en handelingen hebben invloed op het therapeutisch proces. Daarom is het belangrijk dat de therapeut een groot reflectievermogen heeft en veel zelfbegrip om werkelijk begrip te kunnen hebben voor de ander.

Wanneer een therapeut zich inzet om de gevoelens en persoonlijke betekenissen van de cliënt te begrijpen, wanneer die deze van binnenuit kan zien en wanneer de therapeut erin slaagt diens begrip aan de cliënt **te laten zien**, spreken we over een empathische, begripvolle houding. Een begripvolle, empathische houding kan je niet aanleren, maar moet je zelf ontwikkelen.

Het omvat niet alleen over je begrip vertellen, maar ook je op zo'n manier te gedragen dat je cliënt het zelf kan zien. (Denk hierbij aan het belang van non-verbale communicatie: je boodschap wordt voor 55% bepaald door het non-verbale, voor 38% door het paraverbale en voor 7% door het verbale). Wees dus niet terughoudend of afstandelijk. Houd niet vast aan je vragenlijst of gespreksmodel, want dan zal de cliënt je van de gewenste antwoorden voorzien in plaats dat die leert reageren op jou als mens. Laat de cliënt zonder terughoudendheid zien wie je bent, zodat die zonder reserve ook kan tonen wie die is.

Hoe creëer je vertrouwen en veiligheid?

In de therapie wordt er veel gevraagd van de cliënt. De cliënt zal zich kwetsbaar voelen en het aanleren van nieuw gedrag en nieuwe vaardigheden niet altijd als gemakkelijk ervaren. Hiervoor is veel begrip en geduld nodig van jou als therapeut. De cliënt moet ervan overtuigd zijn dat die je kan vertrouwen. Mocht de cliënt je niet zien zitten en hier is geen communicatie over mogelijk, dan zal de cliënt waarschijnlijk niet veel vorderingen maken.

Onderzoek op het gebied van cliëntrelaties laat zien dat de kwaliteit van de relatie bepaald wordt door zekerheid, vertrouwen, en veiligheid en stabiliteit. Hoe zorg je ervoor dat de cliënt vertrouwen in je krijgt en dat er een goede samenwerking ontstaat? Het antwoord op die vraag is niet gemakkelijk, omdat een 'goede' relatie door iedereen anders ervaren wordt. Voor het creëren van vertrouwen en veiligheid zijn er een aantal basisvoorwaarden te geven:

- Je bent leergierig, geïnteresseerd en onderzoekend van aard; je kunt goed luisteren.
- Je bent betrouwbaar; je bent duidelijk in je communicatie.
- Je hebt vakkennis.
- Je komt je afspraken na.
- Je durft ergens op terugkomen.
- Je bent flexibel in je onderhandeling over besluiten die genomen moeten worden.
- Je durft jezelf te laten zien in het contact; je durft open te zijn.
- Je bent bereid om iets extra's te doen voor de cliënt.
- Je kunt gevoelens toelaten.
- Je bent je bewust van je eigen referentiekader en kan hierdoor goed onderscheid maken in wat van jou is en wat van de ander.
- Je oordeelt niet over de ander.

- Je bent reflectief op je eigen handelen.

Besteed ook aandacht aan de sterke kanten van de cliënt, de mogelijkheden die de cliënt heeft en het netwerk dat beschikbaar is of opgebouwd kan worden. Waardeer de cliënt dus 'on the spot'.

Wanneer je merkt dat de vragen van de cliënt erg hoog zitten, of dat er sprake is van angst en onzekerheid, neem dan het initiatief om de cliënt eerst gerust te stellen. Dit geruststellen doe je zonder het probleem te marginaliseren of te bagatelliseren, maar je verzekert de cliënt diens vermogen tot handelen en de mogelijkheid om obstakels te overwinnen. Daarnaast complimenteer je de cliënt met het aangaan van diens problemen. Je geeft de cliënt aan dat je vertrouwen hebt in diens eigen kunnen en dat die op jou kan rekenen op het moment dat dit nodig is.

Je kunt je cliënt ook geruststellen door het geven van psycho-educatie. Dat wil zeggen dat je de cliënt leert omgaan met diens vragen door het verwerven van kennis en inzichten en het leren van vaardigheden in het omgaan met diens beperking of stoornis. Hierdoor ontstaat niet alleen meer vertrouwen in jou als therapeut, de cliënt krijgt ook meer zelfvertrouwen.

Het is helpend om aan *shared decision making* te doen: diagnostiek te bespreken, de visie van de cliënt of jouw visie op diens functioneren te vragen, het behandelplan te onderhandelen en de aanpak van de realisatie van de doelen te onderhandelen.

Hoe zorg je blijvend voor een goede relatie? Hoe houd je de vinger aan de pols?

Wanneer er een veilige sfeer ontstaan is en wanneer therapeut en cliënt voldoende vertrouwen hebben in elkaar, werken ze in een samenwerkingsverband samen als teamgenoten. Het is niet de bedoeling dat alleen de therapeut het proces stuurt, dit doe je samen. Daarom is het belangrijk om een gemeenschappelijk doel te hebben, zodat je samen weet waar je naartoe werkt, met afspraken over de activiteiten om dat doel te kunnen bereiken. Het kan de relatie een geweldige stimulans geven wanneer afgesproken doelen behaald zijn. Probeer de doelen daarom zo klein mogelijk te houden, zodat de kans om ze te behalen groot is.

Door de relatie en het contact gedurende het therapieproces te blijven bespreken, kan op tijd bijgestuurd worden en wordt voortijdige uitval of stagnering voorkomen.

Kortom: je behoudt de goede relatie door voortdurend aan *shared decision making* te doen en door het therapieproces in alle openheid op regelmatige tijdstippen te evalueren in een 360° feedback.

Hoe ga je om met moeilijkheden in de therapeutische relatie?

In de therapeutische relatie kunnen tal van moeilijkheden ontstaan. Je kunt het bijvoorbeeld oneens zijn over bepaalde inzichten, je kunt je ergeren aan het gedrag van de ander, je kunt je bedreigd voelen omdat de ander boos is en je kunt geïrriteerd geraken omdat de ander niet naar je wil luisteren. Om hierop op een professionele manier te kunnen reageren kun je verbindend communiceren, gebaseerd bijvoorbeeld op de *Geweldloze communicatie* van Rosenberg. Je kan ook je coachingvaardigheden inzetten.

In de *Geweldloze communicatie* stel je vast dat de ander op geen enkele manier verantwoordelijk is voor je boosheid of irritatie. Je geeft de ander dus niet de schuld. Wat de ander zegt of doet, kan alleen een aanleiding zijn voor wat je voelt, maar het is nooit de oorzaak. De oorzaak van boosheid ligt in veel gevallen in het eigen denken, ook als je je daarvan in eerste instantie niet bewust bent. Vaak gaat achter de boosheid of irritatie een niet-gevulde behoefte schuil. Daarom is het een waardevol signaal dat je wakker schudt. Het vraagt dat je je bewust wordt van je niet-gevulde behoeftes. Het vraagt heel wat oefening om steeds weer de gedachte 'Ik ben boos omdat zij...' bewust te vervangen door 'Ik ben boos omdat ik behoefte hebt aan...'.

Dus, wees je bewust van wat niet goed loopt en stel het bespreekbaar. Doe aan meta-communicatie. Metacommunicatie wil zeggen: praten over de communicatie. In de metacommunicatie bespreek je wat er aan de hand is tussen jullie door er vanop een afstand naar te kijken. Wanneer je metacommuniceert kun je uitleggen dat je bijvoorbeeld iets vanuit je boosheid zegt, of dat je verbaasd bent om iets te horen. Hierbij is het goed om je bewust te zijn van hoe je je voelt en wat je ervaart. Het kan heel verhelderend zijn om hier iets over te zeggen. Bijvoorbeeld: 'Ik voel mij aangevallen als je zo over mij praat', of 'Ik word er helemaal vrolijk van als ik dit hoor'. Zulke mededelingen kunnen ervoor zorgen dat de huidige manier van communiceren bevordert of bijgestuurd wordt, of dat misverstanden uitgeklaard worden. Mededelingen die je doet over hoe je zaken ervaart, kunnen niet in twijfel getrokken worden. De ander kan tenslotte niet ervaren wat jij ervaart.

Wees je bewust van je eigen communicatiegedrag; wat werkt relatiebevorderend en wat niet?

Wees je bewust van je eigen communicatiegedrag. Soms creëer je onbewust obstakels. We bespreken er hier een aantal.

- Je bent in elke sessie meer aan het woord dan je cliënt.
 - Door zelf steeds meer aan het woord te zijn maak je een grote kans om de communicatie van je cliënt te blokkeren. Je leert die dat deze de afhankelijkheidspositie kan/mag innemen en dat jij het wel zal vertellen. Bijkomend kan het zijn dat je hierdoor overkomt als iemand die het beter weet, als de meerdere naar wie geluisterd moet worden en de cliënt leert je als dusdanig te zien. Je bent misschien de cliënt aan het adviseren en je wordt je hierdoor niet goed bewust van diens innerlijke referentiekaders, terwijl de cliënt zich door jouw toedoen te veel bewust wordt van het jouwe.

- Je onderbreekt vaak.
 - Laat jij over het algemeen je gesprekspartner uitspreken of maak je vaak zinnen af voor die? Ben je geneigd de cliënt te onderbreken omdat je snel diens bedoeling begrijpt? Merk je dat je vanuit je ervaring en kennis snel conclusies trekt?
 - Een onderbreking scheidt een groot obstakel in de communicatie, terwijl je dit misschien doet met de beste intenties; je wilt laten zien dat je de cliënt begrijpt of je wilt belangstelling tonen door tussendoor vragen te stellen. Door vaak te onderbreken leiden we onze gesprekspartner echter te veel af van wat die eigenlijk wil vertellen.

- Wat zijn je reacties?
 - Hoe reageer je op de overtuigingen van de gesprekspartner? Reageer je op wat die verteld heeft, of reageer je op wat die volgens jou moeten vertellen had? Ben je voldoende uitnodigend?

Hoe kan je je cliënt motiveren?

Motiveren is aanzetten tot veranderingen. Motiveren is ook met redenen onderbouwen waarom je een bepaalde handeling doet of gedaan hebt. Als je relatiegericht behandelt, gebruik je motiveren om met de cliënt te kijken hoe die diens problemen de baas kan worden door nieuwe vaardigheden aan te leren. Ook kijk je hoe (ongezonde) omstandigheden veranderd kunnen worden in een gebalanceerd, prettig en veilig leefklimaat. Het inzichtelijk maken van problemen en situaties heeft een motiverende werking: het creëren van inzicht leidt tot een reden tot veranderen. Leergedrag, verandering en motivatie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Mensen komen niet zomaar tot verandering. Er zijn vier belangrijke redenen waarom mensen blijven zitten waar ze zitten.

- Ten eerste veranderen mensen alleen wanneer ze dat echt zelf willen, de omstandigheden het toelaten en omdat ze zien dat het een voordeel kan opleveren.
- Ten tweede veranderen mensen niet vanwege absolute, maar vanwege relatieve voor- en nadelen. Een keuze is nooit alleen maar gebonden aan objectieve waarden en normen: de voor- en nadelen worden bekeken vanuit het eigenbelang. Individuele omstandigheden spelen een belangrijke rol. Het is dus niet een absoluut gebrek aan voordelen of de aanwezigheid van nadelen van de huidige situatie die mensen tot verandering beweegt. Mensen veranderen pas als de voorgestelde alternatieve situatie relatief meer voordelen of minder nadelen biedt.
- Ten derde zijn mensen ingesteld op het gebruiken van zo weinig mogelijk mentale energie. Mensen zijn van nature geneigd tot het behalen van zoveel mogelijk rendement, met zo min mogelijk moeite.
- En ten slotte ervaren mensen soms de nadelen van hun situatie niet echt als nadeel omdat ze zich ervoor kunnen afsluiten.

Om tot handelen te komen, moet je gemotiveerd zijn: **je moet het willen**. Dit vraagt om:

- heldere, haalbare doelen: Je start als therapeut al met motiveren in het eerste contact in je vraagstelling: Hoe zou het voor jou zijn als de situatie anders zou zijn? Wat zou er dan precies anders zijn?... Dit zijn voorbeelden van doel-vragen.
- een haalbare aanpak met duidelijke strategieën
- inzicht in deze doelen en strategieën
- een aanhoudende focus op de doelen
- een goede zelfregulatie

In de therapie is het dus belangrijk om intenties, redenen tot verandering en bedoelingen goed te blijven monitoren.

Synthese aan de hand van concrete tips voor een goed gesprek met ouders

- Er bestaat geen recept voor het spreken met ouders. Het gaat wel over attitude en modeling: omgaan met het kind of de ouders, luisteren naar de mening van een ander, enz.
- Betrek ouders en ga een samenwerkingsrelatie aan: Wat gaan we samen doen en hoe zien we het?
- Werk verbindend en ga betrokken om met ouders: Neem tijd voor ouders, gebruik een open houding, sta stil bij de beleving van ouders tijdens en na een gesprek, enz.
- Stel je in de eerste plaats op als mens en dan pas als deskundige. Bewaak wel je professionaliteit als zorggever en beluister wat het kind en de ouders nodig hebben.
- Communiceren doe je altijd, ook via een luisterende houding. Leer luisteren naar ouders, zonder te willen oplossen. Luisteren is niet hetzelfde als akkoord gaan of gelijk geven. Luister zonder te oordelen of veroordelen. Hou rekening met contexten.
- Stel open vragen, let op verbale en non-verbale aanwijzingen, toets af: 'Bedoel je dat...' of 'Kan het zijn dat...', reflecteer en toon empathie door een emotie te benoemen.
- Vermijd dat je onderbreekt, problemen minimaliseert, in discussie gaat of kritiek uit. Probeer het standpunt van de ouder te begrijpen.
- In plaats van 'Ja, maar ...' gebruik je 'Ja, en ...'. Zo laat je de ouder in diens waardigheid en kan je ook je eigen professionele visie toevoegen of je bezorgdheden benoemen.
- Maak ruimte voor stiltes. Het zijn vaak momenten waarop iets in beweging gezet wordt. Geef ruimte voor ventilatie!
- Vraag je af hoe je dingen ziet. Welke bril heb je op? De meerwaarde van de zorgverlener zit in het feit dat hij iets anders ziet. Weet dat iedereen anders ordent en denkt. Hulpverleners steken energie in het zien en tonen aan ouders van de complexiteit, om daarna de krachten van de ouders zelf naar boven te halen.
- Zorg dat de ouder erkenning voelt, dan krijg je als zorgverlener veel meer ruimte om iets te (mogen) veranderen. Behandeldoelen zijn steeds 'onderhandelde doelen'. Zoek samen naar oplossingen, laat de ouder mee beslissen wat helpend of zinvol kan zijn.

2. GESPREKKEN MET KINDEREN

Kinderen worden nog al te vaak niet gehoord, niet betrokken in de beslissingen. Jammer genoeg geldt in Vlaanderen shared decision making vaak nog niet voor kinderen.

Kinderen vormen om meerdere redenen een aparte doelgroep wat betreft communicatie en voorlichting. Kinderen zijn vaak gesloten over hun klachten en zorgen. Hierdoor is de zorgverlener geneigd om via de ouders te communiceren. Een gevolg van deze vaak te eenzijdige gerichtheid op de ouders is dat vooral jonge kinderen daardoor maar een fractie van de tijd dat het gesprek duurt aan het woord zijn. Uit onderzoek blijkt dat slechts 4% van alles wat in een consult gezegd wordt door jonge kinderen gezegd wordt. Ze krijgen wel vragen voorgelegd over bijvoorbeeld hun klachten of over hoe het op school gaat, maar de meeste informatie over de stoornis en de behandeling wordt aan de ouders gegeven en niet aan hen (Tates e.a., 2002a en 2002b; Van Dulmen, 1998; in Van Dulmen e.a., 2011). Zorgverleners achten kinderen wel competent voor het beantwoorden van vragen over hun klachten, maar vervolgens betrekken ze hen zelden in de besluitvorming. Een verklaring is dat zorgverlener en ouder grotendeels samen, dus los van het kind, bepalen in welke mate het kind kan participeren in de gesprekken. De start van een gesprek is daarbij cruciaal; kinderen blijken actiever in de gesprekken waarin de zorgverlener het kind van in het begin stimuleert om deel te nemen aan het gesprek. Kinderen nemen zelf ook vaker het initiatief in die gesprekken, waarin zorgverlener en ouder een steunende rol aannemen (Tates, 2007; in Van Dulmen e.a., 2011). Ouders laten echter vaak in hun gedrag zien dat ze zichzelf beschouwen als de woordvoerder van hun kind. Zorgverleners zijn geneigd deze vaak hardnekkige rol van ouders op een gegeven moment maar te accepteren, met als gevolg dat het kind buiten spel staat. Metacommunicatie kan dit voorkomen. Onder metacommunicatie wordt verstaan: praten over het gesprek of het gespreksverloop zelf, bijvoorbeeld door te laten weten wie (als eerste) het woord mag voeren (Tates, 2007; in Van Dulmen e.a., 2011).

Uit ontwikkelingspsychologisch onderzoek blijkt dat kinderen meer begrijpen van medische zaken dan vaak aangenomen wordt en dat ze, mits aangesproken op hun eigen niveau, in staat zijn om een adequate bijdrage te leveren aan gesprekken met volwassenen.

Een gesprek met ouders én kind is geen sinecure. De zorgverlener moet aandacht besteden aan alle betrokkenen, zodat niemand zich in de kou voelt staan omdat er niet naar hun ervaringen, perspectieven en zorgen geluisterd wordt. Communiceren in een dergelijke triade vereist andere communicatievaardigheden.

We geven een aantal tips (Tates, 2007; in Van Dulmen e.a., 2011):

- Spreek het kind aan bij de voornaam.
 - Nodig eerst het kind uit om de klacht te verwoorden.
 - Ga niet klakkeloos mee in het woordvoederschap van de ouder.
 - Check de informatiebehoefte van het kind.
 - Bespreek de diagnose en het advies ook met het kind.
 - Gebruik metacommunicatie om de gespreksrollen te verduidelijken.
- Als je als zorgverlener het welbevinden van kinderen wilt verbeteren, moet je de participatie van kinderen in de behandeling serieus nemen. Dit betekent dat je ook aandacht moet hebben voor de wensen, ideeën en zorgen van jonge cliënten over hun stoornis en behandeling en voor de (acceptatie)problemen die ze daarbij ervaren, dicit Dedding e.a. (2004) (in Van Dulmen e.a., 2011).

3. GESPREKKEN MET OUDEREN

Communicatie met ouderen gecompliceerd kan worden door een aantal factoren, zoals verminderde informatieverwerking, verminderde sensorische functies en functionele problemen. Daarnaast zijn de attitude van de cliënten en de zorgverleners ten aanzien van een bepaalde ziekte en het verouderingsproces van invloed. Vaak hebben ouderen een pessimistischer beeld van de behandeling dan de zorgverlener. Dit kan het gesprek tussen beiden negatief beïnvloeden. Aan de andere kant is er ook literatuur waaruit blijkt dat ouderen even goed of zelfs beter met de emoties rond een stoornis kunnen omgaan dan jongeren, onder andere omdat ze in een andere levensfase verkeren en daardoor een ander toekomstperspectief hebben volgens Tallarico e.a. (2005) (in Van Dulmen e.a., 2011). Omdat oudere cliënten een andere attitude bij en kennis over een bepaalde ziekte, stoornis of beperking kunnen hebben dan jongere cliënten, is het van belang dat een zorgverlener het begrip van, de verwachtingen over, en de gevoelens met betrekking tot de ziekte, stoornis of beperking evalueert. Dit betekent dat de zorgverlener actief checkt wat de cliënt weet, denkt, voelt en verwacht. Daarnaast is het belangrijk om erachter te komen wat voor deze specifieke cliënt het doel van een behandeling is.

Informatieverwerking bij ouderen

Volgens Kessels (2003) (in Van Dulmen e.a., 2011) kan het geheugen onderhevig zijn aan het leeftijdsgerelateerde geheugenverlies. In de literatuur wordt een aantal belangrijke cognitieve veranderingen aangegeven die samengaan met ouder worden. Al deze veranderingen hebben te maken met een vermindering van informatieverwerking, waarbij cognitieve inspanning geleverd moet worden. Voor deze informatieverwerking zijn mentale hulpmiddelen nodig en de meeste ouderen hebben simpelweg minder mentale hulpmiddelen beschikbaar voor het verwerken van informatie. Ten eerste verwerken ouderen informatie over het algemeen langzamer dan jongeren volgens Salthouse (1996) (in Van Dulmen e.a., 2011). Ten tweede vermindert de werking van het werkgeheugen (de hoeveelheid informatie die een persoon tegelijkertijd bewust kan verwerken en opslaan) met de leeftijd volgens Park e.a. (1996) (in Van Dulmen e.a., 2011). Ten derde geven Zacks & Hasler (1997) (in Van Dulmen e.a., 2011) aan dat de inhibitie vermindert, dat wil zeggen de vaardigheid om de aandacht weg te leiden van irrelevantie informatie met de jaren. Hierdoor zijn ouderen minder goed in staat om te gaan met ongestructureerde informatie. Het resultaat van het minder worden van mentale hulpmiddelen is dat veel ouderen tekorten in het geheugen hebben voor taken die cognitieve inspanning vereisen, zoals het opnieuw oproepen van informatie. Verder blijkt het geheugen afhankelijk te zijn van geslacht. Vrouwen presteren op dit gebied doorgaans beter dan mannen. De zorgverlener kan hiermee rekening houden door prioriteiten te stellen en de informatie te beperken tot het bespreken van onderwerpen die op dat moment het meest belangrijk zijn.

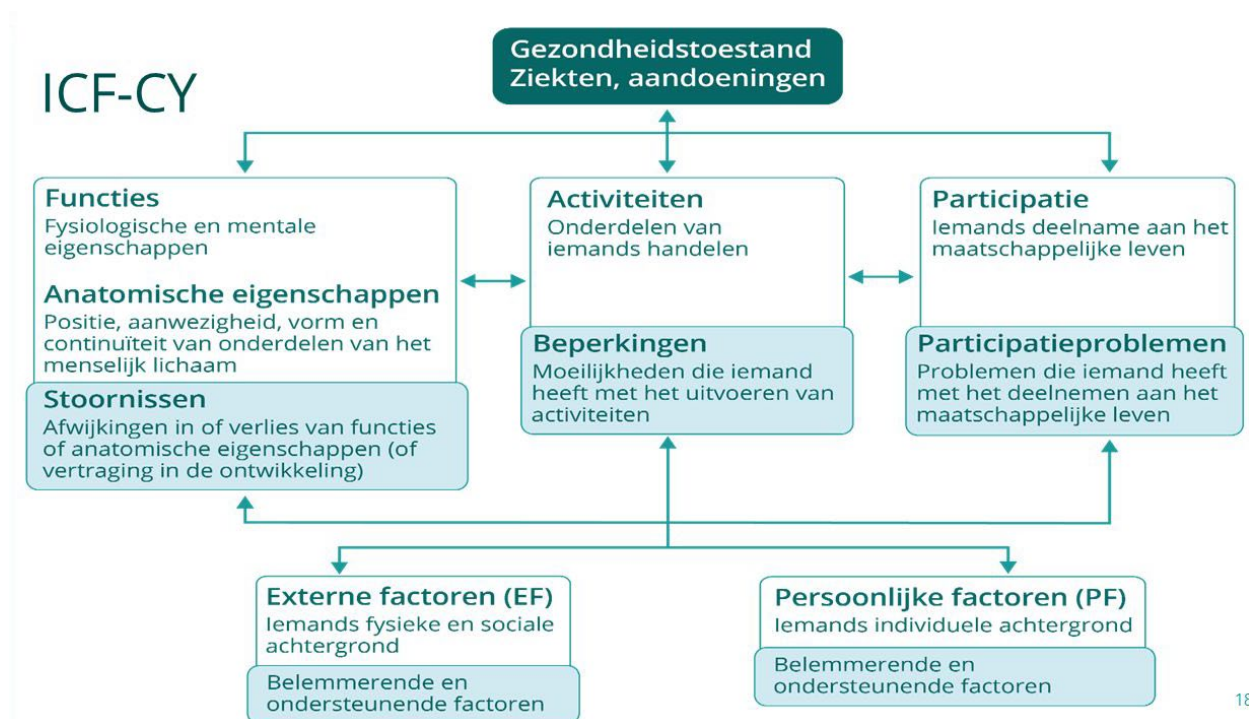
Sensorische functies en functionele problemen

Van de personen ouder dan 65 heeft ongeveer 10% problemen met zien en 30% met horen volgens Keller e.a. (1990) (in Van Dulmen e.a., 2011). Dit kan leiden tot misverstanden, verwarring en verminderde therapietrouw volgens Greene & Adelman (2003) (in Van Dulmen e.a., 2011). Check daarom regelmatig door het stellen van gerichte vragen of de informatie verstaan en begrepen werd.

Bronnen bij dit hoofdstuk

- Brunklaus, O. (2015) *Interactieve vaardigheden in de zorg*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
- Buijten, B. (2017). *Relatiegerichte behandeling*. Antwerpen: Coutinho.
- de Bok, A. (2020). *De therapeutische relatie in de ggz*. Leuven: LannooCampus
- Hafkenscheid, A. (2021). *De therapeutische relatie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Kaeantzis, N., Dattilio, F.M. en Dobson K.S. (2019). *De therapeutische relatie bij cognitieve gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Leijssen, M., & Adriaensen, H. (2003). Echtheid in cliëntgerichte therapie, geïllustreerd bij een cliënt met een persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 29(1), 25-51.
- Neijenhuis, K. (2018). *Zorg voor communicatie. Een goed gesprek is in balans*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam Uitgeverij.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L., & Hoogduin, K. (1993). *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons.
- van Dulmen, S., van Weert, J. en Jansen, J. (2011). *Communiceren in de zorg. Verpleegkundige-patiëntgesprekken in theorie en praktijk*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Verhulst, J. (2008). *Het hulpverlenend gesprek. Een praktische handleiding*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

HET ICF-MODEL MET DE VERSCHILLENDE COMPONENTEN



1. OVERZICHT VAN DE COMPONENTEN VAN DE ICF

1.1 Functies en anatomische eigenschappen

Functies zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme. Anatomische eigenschappen betreffen de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. Onderdelen van het menselijk lichaam zijn lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen. Stoornissen zijn afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.

1.2 Activiteiten

Activiteiten zijn onderdelen van iemands handelen. Beperkingen zijn de moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.

1.3 Participatie

Participatie is iemands deelname aan het maatschappelijk leven. Participatieproblemen zijn problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.

1.4 Externe factoren

Externe factoren vormen de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven. Bij externe factoren wordt aangegeven in welke mate een factor een ondersteunende factor of een belemmerende factor vormt en dit vanuit het perspectief van de persoon waarvan de situatie beschreven wordt.

1.5 Persoonlijke factoren

Persoonlijke factoren worden in de huidige versie van de ICF niet geclassificeerd. Het is aan de gebruiker om deze, indien nodig, vast te leggen. Hiervan kunnen de volgende aspecten deel uit maken: sociaaldemografische gegevens (*leeftijd, geslacht, etniciteit, land van herkomst, opleidingsniveau, taal, beroep of functie, gezinssamenstelling, positie in het gezin, burgerlijke stand*), relevante² levenservaringen (*met betrekking tot diens persoonlijk leven, onderwijsloopbaan, loopbaan*), hulpvraag, wensen en verwachtingen, behoeften, attitude, overtuigingen, coping, gevoelens, percepties, voorkeuren en interesses, levensdoelen, veerkracht, zelfvertrouwen en zelfrespect, zelfmanagement, talenten, gewoonten, ambities, inzet/motivatie/betrokkenheid, jobtevredenheid. Bij persoonlijke factoren wordt aangegeven in welke mate een factor een ondersteunende factor of een belemmerende factor vormt.

2. ICF-COMPONENTEN EN HUN DOMEINEN

Elke component bestaat uit verschillende domeinen en elk domein uit verschillende categorieën. Hieronder zie je een overzicht met de verschillende componenten en domeinen. De opsplitsing van de domeinen in de verschillende subcategorieën kan je vinden in de ICF-browser.

LICHAAM	
Functies	Anatomische eigenschappen van:
1. mentale functies	1. zenuwstelsel
2. sensorische functies en pijn	2. oog, oor en verwante structuren
3. stem en spraak	3. structuren betrokken bij stem en spraak
4. functies van hart en bloedvatstelsel, hematologisch systeem, afweersysteem en ademhalingsstelsel	4. hart en bloedvatstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel
5. functies van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel	5. spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel
6. functies van urogenitaal stelsel en reproductieve functies	6. urogenitaal stelsel
7. functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies	7. structuren verwant aan beweging
8. functies van huid en verwante structuren	8. huid en verwante structuren

² Met 'relevant' bedoelen we die ervaringen die op dit moment het functioneren beïnvloeden.

ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE
<ol style="list-style-type: none"> 1. leren en toepassen van kennis 2. algemene taken en eisen 3. communicatie 4. mobiliteit 5. zelfverzorging 6. huishouden 7. tussenmenselijke interacties en relaties 8. belangrijke levensgebieden 9. maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven
EXTERNE FACTOREN
<ol style="list-style-type: none"> 1. producten en technologie 2. natuurlijke omgeving en door de mens aangebrachte veranderingen daarin 3. ondersteuning en relaties 4. attitudes 5. diensten, systemen en beleid

CLASSIFICEREN VOLGENS ICF

1. BELANGRIJK!

Classificeren in het ICF-model doe je volgens de ICF en niet op basis van je 'gevoel' of eigen logica. Dit betekent dat je bij het classificeren **ALTIJD** de browser gebruikt. Je vindt de browser door in Google 'ICF-browser Nederlands online' in te geven. Of je klikt op deze link:

<https://class.whofic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-CY-nl.cla>

Gebruik altijd de ICF-CY, dus de Children en Youth-versie. Deze wordt up-to-date gehouden. Dus ook voor volwassenen gebruik je deze versie.

Waarom is browsen een absolute must?

Door het gebruik van de browser en de zoekfunctie in de browser leer je de ICF-taal, de mensentaal. Je wordt verplicht je stoornistaal achterwege te laten, omdat ICF geen stoornisbegrippen bevat, tenzij in de inclusie- en exclusiecriteria. Bijkomend leer je om biopsychosociaal te denken in plaats van stoornisgericht. Je wordt verplicht om na te denken over wat je precies gezien hebt, wat je precies wenst te beschrijven en hoe je dit het best formuleert in eenduidige taal die iedereen begrijpt. Het verhindert je om te communiceren met stoornislabels. Het helpt je ook om bevindingen en observaties uit onderzoek te groeperen, te classificeren en te duiden.

2. ZOEKFUNCTIE

Gebruik de zoekfunctie van de browser. Geef het begrip in dat je wil zoeken. Vind je dit niet onmiddellijk terug, zoek dan een synoniem. Geef het zoeken met synoniemen niet te snel op. Zo leer je denken en praten in ICF-taal.

Als je een woord typt in de zoekbalk en je delete letter per letter krijg je automatisch alle begrippen die beginnen met de letters die op dat moment nog in de zoekbalk staan (zie figuur hieronder). Zo vind je sneller wat je zoekt.

Stoornistaal vind je niet terug in ICF, tenzij bij de inclusie- en exclusiecriteria, wat handig is. Formuleer dus dat wat je wil plaatsen in het ICF-model in functioneringstaal en mensentaal (concreet) en niet in stoornistaal (labels).



The screenshot shows a web browser window titled "Browser - ICF-CY-nl.cla". At the top, there are two dropdown menus: the first is set to "ICF-CY-nl.cla" and the second is set to "Dutch". Below these is a search input field containing the text "gedrag". To the right of the input field are two buttons: "Search" and "Top". Below the search input is a list of suggestions:

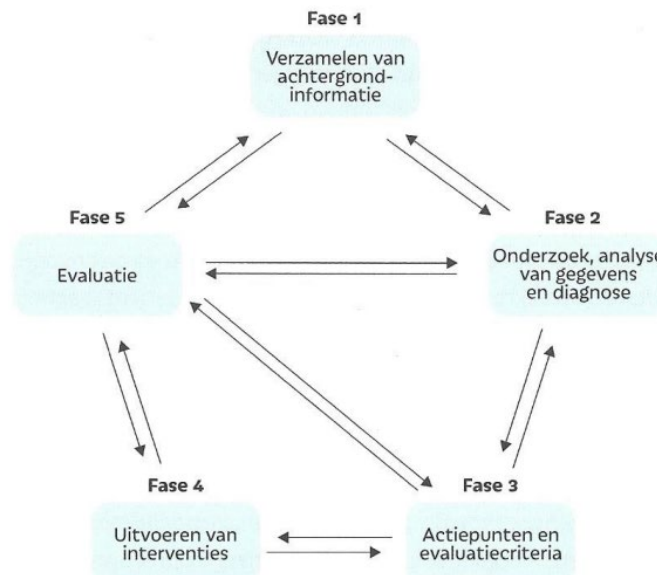
- gedrag
- gedragen
- gedragingen
- gedragskenmerken
- gedragsmatige
- gedragsstijl

HET INVULLEN VAN HET ICF-MODEL: EEN AANTAL TIPS

- Geef je informatie bondig en duidelijk weer. Dit helpt om behandeldoelen duidelijk en helder te kunnen formuleren.
- Zorg ervoor dat je informatie niet meerdere keren in het schema plaatst, ook al lijkt het onder verschillende domeinen thuis te horen. Maak een weloverwogen keuze in welke component de informatie thuishoort. Zo houden we het schema overzichtelijk. Als het schema te vol komt te staan, is het niet meer bruikbaar.
- Het ICF-model is een *momentopname van het nu* van het functioneren van de cliënt met de externe en persoonlijke factoren die dat functioneren beïnvloeden. Voorgeschiedenis hoort in een addendum. Belangrijke levenservaringen uit het verleden die het functioneren van de cliënt nu nog beïnvloeden, worden in persoonlijke factoren geclassificeerd.
- In het team spreek je af of testresultaten en observaties gemaakt tijdens de afname van tests genoteerd worden in een addendum of in het ICF-model. Wanneer je testresultaten wil noteren IN het ICF-model, lees dan altijd grondig de handleiding van de test, meer bepaald de validiteit; wat bedoelt de test te meten? Zo weet je op welke termen je moet zoeken in de browser voor het classificeren van de resultaten, en zo komt de informatie in de juiste component, onder het juiste hoofdstuk terecht. Een tip: leg een lijst aan met welke resultaten van welke test in welke componenten thuishoren. Zo hoeven de collega's niet telkens opnieuw te browsen als het om vaak gebruikte tests gaat.
- Vermijd voorbeelden.
- Focus op relevante informatie. Zo houden we het model overzichtelijk. Niet heel het functioneren kan in detail in kaart gebracht worden.
- De verantwoordelijke therapeut/coördinator zorgt voor de eindredactie van het ICF-schema, zodat het bruikbaar is voor invoering in een rapport en distributie naar derden. Die verwijdert overbodige en/of dubbele en minder relevante informatie en corrigeert classificatiefouten.
- Vergeet niet: naast het vastleggen van wat iemand niet kan, is het ook belangrijk om weer te geven wat iemand wel kan! Breng dus ook de sterktes in kaart.

BIOPSYCHOSOCIAAL METHODISCH HANDELEN: WAT BETEKENT DIT VOOR DE VERSCHILLENDE FASES VAN DE KLINISCHE CYCLUS?

We willen aan de hand van het procesmodel van methodisch werken belangrijke accenten van het biopsychosociaal methodisch werken duiden. We doen dit door het methodisch handelen volgens de biopsychosociale visie uit te zetten tegenover het methodisch handelen volgens het medisch model.



Figuur 1: Procesmodel van methodisch werken uit het boek 'Methodisch werken in de gezondheidszorg' (Coussens e.a., jaar)

Fase 1: het verzamelen van informatie

Biopsychosociaal methodisch handelen betekent dat je van bij het intakegesprek de gegevens uit een dossierstudie en uit het intakegesprek classificeert in het ICF-model. Het intakegesprek is gericht op het verkennen van de hulpvragen in functie van kwaliteit van leven en het in kaart brengen van het totale functioneren met de beïnvloeding van externe en persoonlijke factoren. Er is aandacht voor zowel de belemmeringen als de sterktes. Er wordt standaard een intakegesprek met het kind georganiseerd om de hulpvragen van het kind te kunnen achterhalen en om de persoonlijke en externe factoren als ondersteunend of belemmerend te kunnen duiden.

Het methodisch handelen volgens het stoornismodel maakt geen gebruik van het ICF-model. De gegevens worden in een verslag weergegeven. Het intakegesprek focust zich op de stoornis, op de problemen, het ontstaan van de problemen en de voorgeschiedenis van de stoornis. Het accent ligt op het in kaart brengen van de belemmeringen.

Biopsychosociaal model	Medisch model
<ul style="list-style-type: none"> • Gegevens worden geordend in het ICF-model • Intakegesprek: <ul style="list-style-type: none"> • gericht op hulpvragen in functie van kwaliteit van leven • alle ICF-componenten worden in kaart gebracht • gericht op belemmeringen én sterktes • er is ook een intakegesprek met het kind <p>→ ICF-model</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gegevens worden genoteerd in verslagen • Intakegesprek: <ul style="list-style-type: none"> • stoornis • voorgeschiedenis • achterhalen van de oorzaken • gericht op belemmeringen <p>→ intakeverslag</p>

Fase 2: assessment, analyse van gegevens en diagnose

Het doel van de diagnostische fase bij het biopsychosociaal methodisch handelen is het in beeld brengen van het totale functioneren met de beïnvloeding van externe en persoonlijke factoren. In functie van dit doel worden onderzoeksvragen geformuleerd. Daarnaast richten de onderzoeksvragen zich op het beantwoorden van de hulpvragen. Het onderzoek is vraaggestuurd. Dit betekent dat er naast de afname van gestandaardiseerde tests ook interviews en observaties uitgevoerd zullen worden. Alle onderzoeksgegevens worden door de teamleden geordend in het ICF-model van de cliënt. Op het einde van deze fase wordt er zowel een handelingsgerichte (beschrijvende) als een categoriale diagnose geformuleerd. Tijdens het adviesgesprek wordt de visie op het functioneren van de cliënt met de ondersteunende en belemmerende factoren vergeleken met de visie van de cliënt en het cliëntstelsel. Beide visies worden op elkaar afgestemd. Cliënt en cliëntsystemen maken aanvullingen en formuleren bedenkingen. Ook de visie van het team op het kernprobleem wordt afgestemd op de hulpvragen van de cliënt en het cliëntstelsel, zodat beiden het eens kunnen zijn over de hoofddoelstelling en de revalidatieplandoelen. Er wordt aan *shared decision making* gedaan, waardoor cliënt en cliëntstelsel empowered worden.

Bij het methodisch handelen volgens het medisch model richt de diagnostische fase zich hoofdzakelijk op het in kaart brengen van de aard en de ernst van de problemen en de stoornissen. De cliënt doorloopt een onderzoeksbatterij voorzien voor die bepaalde problematiek. Het onderzoek is aanbodgestuurd en bestaat vooral uit de afname van gestandaardiseerde tests met het oog op een categoriale diagnose. Elk teamlid noteert diens bevindingen in een disciplinespecifiek onderzoeksverslag. Tijdens het adviesgesprek deelt het team de onderzoeksresultaten mee, formuleert een voorstel tot behandeling en vraagt of de cliënt en het cliëntstelsel het hiermee eens zijn. De onderzoeksbevindingen kunnen niet bijgestuurd worden door cliënt en cliëntstelsel, omdat ze hiervoor de expertise missen. Er wordt ook niet onderhandeld over de doelen. Er wordt niet aan *shared decision making* gedaan.

Biopsychosociaal model	Medisch model
<p>Het onderzoek</p> <ul style="list-style-type: none"> • doel: in beeld brengen van het functioneren • formuleren van onderzoeksvragen gericht op het totaal functioneren • plannen en uitvoeren van onderzoek, interviews, observaties → vraaggestuurd • ordenen en analyseren van de onderzoeksresultaten in ICF-model • classificerende en handelingsgerichte diagnose <p>Het adviesgesprek</p> <ul style="list-style-type: none"> • het functioneren vanuit perspectief van de therapeut t.o.v. perspectief van de cliënt • kernprobleem vs. hulpvragen • de conclusies/diagnoses (handelingsgericht en categoriaal) • het advies • de onderhandeling van de behandeldoelen i.f.v. kwaliteit van leven 	<p>Het onderzoek</p> <ul style="list-style-type: none"> • doel: inventariseren van de problemen • formuleren van onderzoeksvragen gericht op de aard en de ernst van de stoornis • plannen en uitvoeren van onderzoek → aanbodgestuurd • ordenen en analyseren van onderzoeksresultaten • classificerende diagnose <p>Het adviesgesprek</p> <ul style="list-style-type: none"> • de onderzoeksresultaten • de diagnose (categoriaal) • een advies • peilen naar motivatie/haalbaarheid

Fase 3: het opstellen van het zorgplan

Bij het methodisch handelen volgens de biopsychosociale visie worden de hoofddoelstelling en de revalidatieplandoelen bepaald tijdens de planbespreking. Vervolgens worden deze onderhandeld met de cliënt en het cliëntstelsel tijdens het adviesgesprek. De doelen worden zo SMART mogelijk geformuleerd, zodat er objectief bepaald kan worden of doelen al dan niet behaald worden.

De revalidatieplandoelen zijn subdoelen van de hoofddoelstelling. De disciplinespecifieke doelen zijn subdoelen van de revalidatieplandoelen. Zo werken alle teamleden aan de gemeenschappelijke en overkoepelende revalidatieplandoelen.

Het formuleren van doelen bij het methodisch handelen volgens het medisch model gebeurt door de teamleden. De doelen worden geformuleerd als acties voor de zorgverleners. Hierdoor zijn ze ook moeilijk onderhandelbaar. Cliënt en cliëntstelsel hebben weinig in te brengen in acties die zorgverleners ondernemen. De doelen die ze met deze acties willen bekomen zijn hierdoor minder of niet transparant en dus ook minder tot niet bespreekbaar en onderhandelbaar. Bij het methodisch handelen volgens het medisch model formuleert elk teamlid diens disciplinespecifieke doelen vanuit diens onderzoeksgegevens.

Biopsychosociaal model	Medisch model
<ul style="list-style-type: none"> - gericht op het individu vanuit een holistische visie - gericht op zorg voor kwaliteit van leven: disciplineoverschrijdend - de cliënt met diens functioneren, verwachtingen en visie op kwaliteit van leven staan centraal - één hoofddoelstelling met gemeenschappelijke, overkoepelende revalidatieplandoelen - doelen voor alle ICF-componenten - SMART-geformuleerde doelen (boomstructuur) op basis van de onderhandelde doelen <ul style="list-style-type: none"> - <i>bv. Jan leest met behulp van de aangeleerde leesstrategieën een tekst van AVI-niveau 4 vlot en correct (= 80%) tegen het einde van semester 1.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - gericht op de stoornis - vanuit stoornisspecifieke kennis – disciplinespecifiek - de therapeut en diens kennis, deskundigheid staan centraal - disciplinespecifieke doelen gebaseerd op de disciplinespecifieke onderzoeksgegevens - doelen zijn acties voor de zorgverleners <ul style="list-style-type: none"> - <i>bv. trainen van de visueel-ruimtelijke vaardigheden</i>

Fase 4: het uitvoeren van de interventies

We willen hier focussen op een concrete therapieessessie; hoe verloopt deze wanneer ze gebaseerd is op de biopsychosociale visie en wanneer ze gebaseerd is op het medisch model?

Een therapieessessie die kadert in het biopsychosociaal handelen start met een inleidend gesprek dat peilt naar het welbevinden van de cliënt om dan over te gaan naar een follow-upgesprek van de vorige behandeling. Vervolgens wordt de agenda van de cliënt samengelegd met de agenda van de therapeut: wat wil de cliënt graag behandeld zien en wat wil de therapeut behandeld zien. Bij de start van de behandeling werd het behandelproces met de onderhandelde behandeldoelen gevisualiseerd, zodat alle betrokkenen, ook kinderen, weten aan welk doel er op een specifiek moment gewerkt wordt. Er wordt een topic gekozen waarvoor de rationale verwoord wordt. Ook de methodieken en werkwijzen worden onderhandeld. Op het einde van de sessie wordt de behandeling geëvalueerd: wat neemt de cliënt mee, wat heeft die geleerd, hoe zal die het geleerde gebruiken buiten de therapeutische context? Vervolgens worden transfermogelijkheden onder de vorm van opdrachten onderhandeld.

Het verloop van een sessie volgens het medisch model is meer eenrichtingsverkeer. De therapeut bepaalt de agenda, de methodiek en de werkwijze. Die verwoordt de rationale en de behandeling gaat van start. Er vindt zelden een evaluatie plaats op het einde van de sessie. Er worden vaak wel taken meegegeven, maar ook deze worden niet onderhandeld.

Biopsychosociaal model	Medisch model
<ul style="list-style-type: none"> - inleidend gesprek → welbevinden - follow-up van de vorige behandeling - agenda van de cliënt wordt samengelegd met de agenda van de therapeut - de rationale wordt verwoord - de methodiek en werkwijze worden onderhandeld - evaluatie van de behandeling - transfermogelijkheden worden onderhandeld - de therapeut coacht de cliënt 	<ul style="list-style-type: none"> - inleidend gesprek - therapeut zegt waarop er gewerkt zal worden - de rationale wordt verwoord - therapeut bepaalt de methodiek en de werkwijze - er wordt eventueel een taak meegegeven - de therapeut is adviserend, instruerend vanuit diens deskundigheid

Fase 5: de evaluatie

Bij het biopsychosociaal methodisch handelen wordt er regelmatig geëvalueerd. Zo wordt elke sessie op het einde geëvalueerd. De tijdstippen van evaluatie worden vooraf onderhandeld en gepland, aangezien de doelen gekoppeld werden aan een bepaalde behandeltermijn. Een 360° evaluatie is noodzakelijk om het totale functioneren van de cliënt opnieuw in kaart te brengen. Dit betekent dat niet alleen het behandelende team evalueert, maar ook de cliënt en het cliëntsysteem. Het 'oude' ICF-model wordt op tafel gelegd en er wordt bekeken wat er veranderd is. De onderhandelde doelen worden eveneens op tafel gelegd en er wordt bekeken welke doelen gerealiseerd werden en welke nog niet. Nieuwe hulpvragen worden verkend. De doelen worden aangepast aan de nieuwe hulpvragen en de nieuwe bevindingen over het verloop van het therapieproces en het huidig functioneren met de beïnvloeding van de contextfactoren.

Evalueren als onderdeel van het methodisch handelen volgens het medisch model houdt in dat de aanvangsonderzoeken opnieuw afgenomen worden en dat op basis van deze gegevens de evolutie en de nieuwe behandeldoelen bepaald worden.

Biopsychosociaal model	Medisch model
<ul style="list-style-type: none"> - uitvoering met 360° meetpunten op vooraf vastgelegde tijdstippen <ul style="list-style-type: none"> - van de SMART-doelen - van het functioneren - nieuw ICF-model van het huidig functioneren in samenspraak - bepalen van nieuwe hulpvragen - nieuwe onderhandelde doelen 	<ul style="list-style-type: none"> - uitvoering met meten d.m.v. herafname van startonderzoeken i.f.v. besprekingen - nieuwe acties voor de zorgverleners

VERLOOP VAN EEN PLANBESPREKING

Deel 1: Handelingsgerichte diagnose

Wat zijn de hulpvragen?

- De hulpvragen beschrijven de problemen waar het kind, de ouders en/of de omgeving op dit moment last van hebben in het dagelijks leven. De hulpvragen beschrijven de verwachtingen, de wensen die kind, ouders en/of omgeving hebben ten aanzien van onderwijs en behandeling.
- Waar maken mensen zich zorgen over, waar botsen mensen op, waar hebben ze last van? Wat hebben ze op dit moment nodig om hun kwaliteit van leven te verbeteren? Noteer deze hulpvragen letterlijk. Zo voorkom je interpretaties van teamleden. Ouders en kind herkennen zich in de formulering en voelen zich gehoord. De hulpvragen kunnen in deze formulering aangewend worden in het adviesgesprek, zodat hierop antwoord gegeven kan worden.
- Bevraag alle betrokkenen.
- Bevraag de hulpvragen op de verschillende domeinen.
- Rangschik de hulpvragen volgens belangrijkheid. Er bestaan meerdere hulpvragen. Het is belangrijk om na te gaan waar de prioriteiten liggen.
- Hulpvragen kunnen veranderen gedurende de behandeling. Voorafgaand aan iedere bespreking moeten de hulpvragen opnieuw geïnventariseerd worden.
- Let op: vertaal de hulpvragen samen met de cliënt en het cliëntstelsel in concrete doelen! Doe dit d.m.v. coachende vaardigheden.
 - Wat willen ze veranderen? Hoe zal het voor hen zijn als dit veranderd is?
 - Welke stappen willen ze zetten?
 - Belang: de vertaling van hulpvragen in concrete doelen biedt een betere aansturing voor de behandeling. Het geeft meer informatie waar mensen concreet naartoe willen en wat daarvoor nodig is.

Wat is het kernprobleem (visie van het team)?

- Het kernprobleem beschrijft de visie van het team ten aanzien van:
 - het grootste probleem waar het kind, diens ouders of omgeving in het dagelijkse leven tegenaan loopt
 - een aspect waardoor de ontwikkeling van het kind stagneert, nu of in de toekomst.Het betreft dus het probleem dat volgens het team in de komende periode de meeste aandacht moet krijgen. Een kernprobleem is altijd iets dat beïnvloedbaar/veranderbaar/trainbaar is en zo leidt tot een hoofddoelstelling waarop het team zich in onderwijs en behandeling gaat richten.
- Wat beperkt deze cliënt (en diens cliëntstelsel) het meest in diens participatie?

- Wat staat het meest de kwaliteit van leven in de weg?
- Op welke activiteiten botst de cliënt en diens omgeving het meest, wat is het meest remmend voor het functioneren?
- Om vast te stellen wat het kernprobleem is, moeten teamleden disciplineoverstijgend denken. Men dient het totale functioneren van de cliënt te bekijken.
- Het kernprobleem zorgt voor het bepalen van de prioriteit in de behandeling (hoofddoel). Het zorgt er ook voor dat je als team op één lijn komt te zitten. Dit richt het team op het hoofddoel van de revalidatie.
- Formuleer het kernprobleem (visie van het team)
 - Het kernprobleem is steeds iets dat beïnvloedbaar is door training, stimulatie. Dit betekent dat het zich situeert op niveau van activiteiten en/of participatie.
 - Beschrijf het probleem in het functioneren, niet de oorzaak.
 - Beschrijf het kernprobleem zo specifiek mogelijk in mensentaal.

Is er overeenkomst tussen de hulpvraag van de cliënt en het kernprobleem volgens het team, zowel op het vlak van visie als op het vlak van doelen?

- Is het belangrijkste probleem voor de cliënt en het cliëntstelsel gelijk aan het kernprobleem volgens het team?
 - Komen de doelen die door de cliënt en het cliëntstelsel vooropgesteld worden overeen met de doelen geformuleerd door het team?
- ⇒ Als dit niet het geval is, moet dit op het adviesgesprek besproken worden. Er kan niet samen op weg gegaan worden als de visies niet overeenstemmen.

Wat is het hoofddoel?

- Waar willen we samen aan werken om de levenskwaliteit te verbeteren?
- Welke sterktes gaan we hierbij gebruiken? Op welke manier kunnen we de ondersteunende/sterke factoren gebruiken tijdens de behandeling?

Welke factoren kunnen de behandeling belemmeren?

- Het gaat hier over belemmerende factoren waarvan we veronderstellen dat we ze niet kunnen beïnvloeden. Deze factoren kunnen liggen op sociaal, psychisch, fysiek en/of materieel vlak. Voorbeelden: ziekte van een ouder, beperkte draagkracht van een ouder, een bemoeizieke grootouder, enz.

Welke zijn de revalidatie(plan)doelen?

- Een revalidatieplandoel beschrijft altijd het resultaat dat de teamleden wil bereiken binnen een bepaalde termijn. Het geeft de verwachte mate van vooruitgang aan. In feite is het dus een afspraak in meetbare termen over datgene wat het kind of diens ouders willen bereiken binnen een bepaalde termijn. Het resultaat is datgene wat bij het kind en/of diens ouders/omgeving gezien wordt. In de beschrijving moet duidelijk zijn wat het kind/ouders doen, waar, wanneer en eventueel hoe het kind/ouders het doet.
- De revalidatieplandoelen worden volgens de SMART-criteria geformuleerd, zodat ook geëvalueerd kan worden of een doelstelling behaald is.
- Vanuit de hoofddoelstellingen formuleren de teamleden de revalidatieplandoelen die onderhandeld werden met de cliënt en het cliëntstelsel.
- Volg bij het formuleren/bepalen van doelen de volgende volgorde:
 - persoonlijke factoren
 - externe factoren
 - participatie
 - activiteiten
 - functies
- Formuleer de vijf meest prioritaire zorgdoelen (geen disciplinespecifieke doelen). Spreek samen af wie de hoofdverantwoordelijke is voor het realiseren van deze doelen.

Welke afspraken worden/werden gemaakt?

- Met de cliënt en het cliëntstelsel (inclusief de ruimere omgeving), enz.
- Een afspraak is een handeling/interventie/aanpak die een teamlid geacht wordt te gaan doen na een planbespreking.

Deel 2: Categoriele diagnose

Wat is de categoriele diagnose?

- Wat is hier aan de hand?
- Wat is de rode draad, de samenhang?
- Noteer de categoriele diagnose volgens ICD-10 bovenaan in het ICF-model.

In het bovenstaande gedeelte over 'Verloop van een planbespreking' maakten we gebruik van:
Bos, M. (2004). *Handleiding bij het KinderRAP. Versie 4.0*. Sint-Maartenskliniek. Nijmegen.

LEESBARE VERSLAGGEVING

1. TIEN BASISPRINCIPES OM TOT LEESBARE VERSLAGGEVING TE KOMEN

De onderstaande tips gelden zowel voor een narratief verslag, een puntsgewijs verslag als een verslag met een ingevoegd ICF-schema.

TIEN BASISPRINCIPES	EXTRA AANDACHTSPUNTEN
Een goed verslag heeft een duidelijke structuur en heldere inhoud en is beknopt (maximum 4 bladzijden).	Rapporteer enkel relevante informatie en doe dit beknopt en helder in korte zinnen. Geef enkel voorbeelden als het echt noodzakelijk is.
Een goed verslag schrijf je met de cliënt als het ware op je schouder.	Geef informatie respectvol weer.
Een goed verslag gebruikt de taal van de betrokkene en probeert hulpverleningstaal te vermijden.	Let op met afkortingen en vakjargon.
Een goed verslag blijft weg van hypotheses.	Schrijf concreet. Schrijf of de hypothese afgetoetst is bij externen.
Een goed verslag respecteert ethische en deontologische principes.	Stem het verslag af op de lezer.
Een goed verslag rapporteert de belangrijkste revalidatiedoelen.	Formuleer hulpvragen en doelen concreet.
Een goed verslag is constructief geschreven zonder te verbloemen.	Let op met woordkeuzes.
Een goed verslag is gericht op hulpbronnen.	Focus op positieve factoren en actoren.
Een goed verslag is geschreven vanuit meerstemmigheid en bevat geen herhaling.	Lees wat de ander schrijft en pik hierop in, val niet in herhaling. Schrijf enkel wat belangrijk is. Geef aan waar de informatie vandaan komt.
Een goed verslag begint vanuit een goede voorbereiding en een heldere visie.	Zorg voor een duidelijke visie op het functioneren en wat relevant is in de beschrijving ervan, op het kernprobleem, op de prioritaire revalidatiedoelen.

2. AANDACHTSPUNTEN VOOR EEN NARRATIEF VERSLAG

De vorm:

- Gebruik **volwaardige zinnen** met een onderwerp en een persoonsvorm.
- Formuleer zinnen zoveel mogelijk **actief**.
- Voorkom dat je tegenwoordige en verleden tijd door elkaar gebruikt. Plaats best alles in de **tegenwoordige tijd**, tenzij iets heel duidelijk in de verleden tijd moet staan.
- Twee volwaardige zinnen krijgen een **punt** tussenin, geen komma.
- Schrijf **getallen tot twintig** als woord, zeker in een samenstelling, bv. vierpuntsgreep, drielettergreepig woord.
- Gebruik **zo weinig mogelijk afkortingen**. Wanneer je toch een afkorting gebruikt, gebruik je de officiële afkorting en gebruik je eenzelfde vorm voor het volledige verslag: bijvoorbeeld = bv., in plaats van = i.p.v., niet ipv
Tip: het is aan te bevelen om in doorlopende tekst *bijvoorbeeld* voluit te schrijven (zie <https://www.taaltelefoon.be/bijvoorbeeld-afkorting>)
- **Vermijd 'gaan'** als hulpwerkwoord. Gebruik het eigenlijke werkwoord in de plaats.
Bv. Het kind gaat geen tabel gaan gebruiken. → Het kind gebruikt geen tabel.
- Vermijd hoogdravende of ouderwets overkomende taal. Bv. derhalve → dus
- Herlees en **schrap overbodige woorden**.
- **Herhaal niet** wat er al staat. Als je dezelfde bevindingen hebt, kan je eventueel de zin aanpassen.
- Laat je niet 'verleiden' om overal iets schrijven. Niet alles hoeft ingevuld te worden.

3. KWALITATIEVE ETIKETTEN VOOR TESTSCORES

PERCENTIELSCORES

< 5	zeer laag
5 - 14	laag
15 - 24	benedengemiddeld
25 - 75	gemiddeld
76 - 85	bovengemiddeld
86 - 95	hoog
> 95	zeer hoog

FUNCTIEGEBIEDEN (bronnen: WISC-V + Ruiters, Hurks en Timmerman, 2017)

IQ-score M = 100, sd = 15	standaardscore M = 10, sd = 3	percentiel	interpretatie
≥ 130	≥ 16	≥ 98	zeer hoog
120-129	14-15	91-97	hoog
110-119	12-13	75-90	hooggemiddeld hoog in het gemiddelde gebied
90-109	8-11	25-74	gemiddeld
80-89	6-7	9-24	laaggemiddeld laag in het gemiddelde gebied
70-79	4-5	2-8	laag
≤ 69	≤ 3	< 2	zeer laag

SCHOOELSE VAARDIGHEDEN (bron: Prof. Dr. A. Desoete)

percentiel	zone	interpretatie
75 - 100	A	goed
74 - 50	B	leerjaaradequaot
49 - 26	C	leerjaaradequaot
25 - 17	D	zwak
16 - 11	D	subklinisch
10 - 1	E	klinisch

Let wel: de termen *subklinisch* en *klinisch* zijn 'stoornisbegrippen' en geen mensentaal.

STRUCTUUR VAN EEN ONDERZOEKSVERSLAG

STRUCTUUR VAN EEN NARRATIEF VERSLAG

I. Personalia

- De naam van de persoon schrijven we als volgt: Voornaam NAAM (bv. Karen KLIMOP).
- De geboortedatum heeft de vorm dd/mm/jjjj (bv. 09/01/2020).
- Bij het adres worden straat en gemeente gescheiden door een streepje (bv. Melkerij 25 – 9900 Eeklo).
- Leeftijd bij onderzoek: cijfers + j en m (bv. 9j6m).
- Huidige klas: cijfer + voluit (bv. 3^e leerjaar, 2^e kleuterklas).

II. Hulpvragen

- Splits de hulpvragen van de verschillende betrokkenen op.
- Gebruik zoveel mogelijk de taal van de hulpvrager. Zo verhinder je de hulpvraag vanuit je eigen perspectief te interpreteren. Cliënten voelen zich ook meer gehoord en begrepen als je over hun hulpvragen praat in hun eigen bewoordingen. MET de ouders praten over hun kind in de taal van de ouders werkt empowerend en leidt tot inzicht.

III. Voorgeschiedenis

- Beschrijving van de aanvangsklachten
- Beschrijving van de voorgeschiedenis
- Beschrijving van de vroegere hulpverlening

IV. Handelingsgerichte of beschrijvende diagnose

a. Persoonlijke factoren

→ *kunnen een positieve (ondersteunende) of negatieve (belemmerende) invloed hebben*

- Persoonlijke voorkeuren en interesses van de cliënt
- Copingstijl
- Attitude/motivatie hoe de cliënt staat tegenover bepaalde specifieke taken of opdrachten, diens job, hulpverlening in het algemeen, enz.
- Probleembesef/probleembeleving/persoonlijke beleving
- Persoonlijkheidstrekken/talenten (Wanneer persoonlijkheidstrekken/temperamentkenmerken vaststaande gegevens zijn die door meerdere personen bevestigd worden, dan kan je deze classificeren bij functies.)

b. Externe factoren

→ *fysieke en sociale omgeving waarin de cliënt leeft; kunnen een positieve (ondersteunende) of negatieve (belemmerende) invloed hebben*

- Producten en technologie:
 - Medicatie
 - Hulpmiddelen: bril, gehoorapparaten
 - Financiële situatie
- Ondersteuning en relaties
 - Leefomgeving/gezin
 - Huidige school en klas, werkomgeving
 - Personen in de context van de vrijetijdsbesteding/buitenschoolse activiteiten
 - Hulpverlening: enkel huidige hulpverlening!
- Attitude van de omgeving: hoe staan school, ouders, partners, kinderen, grootouders, hulpverleners tegenover de problematiek, de hulpverlening, hulpmiddelen, enz.

c. Participatie

→ *Participatie is iemands deelname aan het maatschappelijk leven. Participatieproblemen zijn problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.*

- Participatie binnen het gezin, binnen de ruime familie, enz.
- Participatie op school in de klas, op de speelplaats, op het werk
- Participatie tijdens recreatie en vrije tijd, bv. meedoen aan sport, hobbycontexten, buitenschoolse activiteiten, enz.

d. Activiteiten

→ *Activiteiten zijn onderdelen van iemands handelen; beperkingen zijn moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.*

➔ Niet alle onderdelen en titels moeten ingevuld worden.

➔ Let op dat je geen vakjargon gebruikt, wel functioneringstaal = ICF-taal.

- Leren en toepassen van kennis
 - Taalontwikkeling: Hoe zijn de taalvaardigheden nu in het dagelijks leven? Gebruikt het kind correcte zinnen? Is er een variatie aan woordenschat? Enz.
 - Hoe gaat het leren van schoolse vaardigheden (lezen, schrijven, rekenen), zowel in de klas, tijdens huiswerk als bij onderzoek?
 - Kan het kind voldoende focussen, voldoende aandacht richten en volhouden, aandacht verdelen? Is het kind snel afgeleid? Enz.
 - Doen alsof, fantaseren, enz.
- Algemene taken en eisen
 - Werkhouding: starten en stoppen met een taak, werktempo, volhouden, plannen en organiseren, afwerken, enz.
 - Uitvoeren van enkelvoudige en meervoudige taken
 - Dagelijkse routine en wat als dit doorbroken wordt
 - Omgaan met eisen, stress, crisissituaties, iets nieuws, onvoorspelbaarheid, enz.
- Communicatie
 - Begrijpen van taal, zowel letterlijk als figuurlijk, zowel verbaal als non-verbaal
 - Spreken of zich (anders) uiten, oogcontact, emoties uiten, lichaamstaal, enz.
 - Converseren, een gesprek voeren
- Mobiliteit

- iets dragen, iets verplaatsen en manipuleren: tekenen, kleuren, knippen, plakken, werpen, vangen, enz.
- Stappen en zich verplaatsen: rennen, klimmen, springen, zwemmen, fietsen, enz.
- Zelfverzorging
 - Wassen
 - Aan- en uitkleden
 - Eten en drinken
 - Toiletgang
- Tussenmenselijke interacties en relaties
 - Algemeen: afwachten of zelf initiatief nemen, reactie op initiatief tot contact door anderen, enz.
 - Relaties met onbekenden
 - Relaties met vrienden/vriendinnen: zowel op school als thuis
 - Familierelaties, broers en zussen, enz.
- Spelen: waarmee, alleen, samen, enz.

e. Functies en anatomische eigenschappen

→ *Anatomische eigenschappen betreffen de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. Onderdelen van het menselijk lichaam zijn lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen. Stoornissen zijn afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.*

→ *Functies zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme. Stoornissen zijn afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen. Opmerking: Gedurende de kindertijd en adolescentie kunnen stoornissen optreden in de vorm van achterstand of vertraging in de ontwikkeling van functies. Het betreft een constant gegeven; wat in elke omgeving en situatie voorkomt, dus niet plaats- of situatieafhankelijk.*

- Mentale functies
 - Intellectuele functies
 - Globale psychosociale functies: algemene mentale functies die, naarmate ze zich gedurende het leven ontwikkelen, nodig zijn om de mentale functies die leiden tot de ontwikkeling van tussenmenselijke vaardigheden - belangrijk bij het aangaan van sociale interacties, in termen van zowel betekenis als doel - te begrijpen en constructief te integreren.
 - Intra-persoonlijke functies en temperament
 - Energieniveau en beheersing: zichzelf onder controle kunnen houden en beheersen, impulsief reageren, enz.
 - Slaap: inslapen en doorslapen, slaapritueel, omstandigheden bij slapen
 - Aandacht: vasthouden, veranderen, verdelen en delen van aandacht
 - Geheugen: visueel en auditief geheugen, korte en langere termijn, enz.
 - Psychomotorische functies: motorische onrust, handvoorkeur, werkrichting, enz.

- Stemming: Hoe voelt het kind zich algemeen? Eerder opgewekt of somber, emotieregulatie, bereik/spectrum van gevoelens, enz.
- Perceptie: auditieve en visuele perceptie
- Denken: verwerkingssnelheid, denktempo, logisch denken, redeneren, enz.
- Hogere cognitieve functies: executieve functies (beslissingen nemen, organisatie en planning, abstract denken, cognitieve flexibiliteit, tijdmanagement, enz.)
- Mentale functies gerelateerd aan taal
- Mentale functies gerelateerd aan rekenen
- Sensorische functies en pijn: gehoor, visus, enz.
- Stem en spraak: articulatie, nasaliteit, prosodie, heesheid, vloeiendheid en ritme, enz.
- Functies van het bewegingssysteem: reflexen, spiertonus, stabiliteit/evenwicht, tics, enz.

V. Kernprobleem

→ *Het kernprobleem beschrijft de visie van het team ten aanzien van:*

- *het grootste probleem waar het kind, diens ouders of omgeving in het dagelijkse leven tegenaan loopt*
- *een aspect waardoor de ontwikkeling van het kind stagneert, nu of in de toekomst*

Het betreft dus het probleem dat volgens het team in de komende periode de meeste aandacht moet krijgen. Een kernprobleem is altijd iets dat beïnvloedbaar/veranderbaar/trainbaar is en zo leidt tot een hoofddoelstelling waarop het team zich in onderwijs en behandeling zal richten. Het kernprobleem wordt benoemd op activiteiten- of participatieniveau.

VI. Categoriele diagnose

- Diagnose aan de hand van ICD-10
- Beschrijving van de klinische redenering die leidt tot de categoriele diagnose
- In dit gedeelte vermelden we ook voor welke groep het kind in aanmerking komt.

VII. Hoofddoelstelling

→ *De hoofddoelstelling is de afspraak over datgene wat het team met het kind of de ouders wil bereiken binnen een bepaalde termijn (veelal tot de volgende planbespreking).*

De hoofddoelstelling wordt gezamenlijk vastgesteld door het team en het kind en/of ouders op basis van de hulpvraag, het kernprobleem, niet-beïnvloedbare belemmerende en ondersteunende factoren. De hoofddoelstelling geeft richting aan de onderwijs- en behandelingsdoelstellingen van de individuele teamleden en wordt geformuleerd in termen van wat het kind doet of wat de ouders doen.

VIII. Niet-beïnvloedbare belemmerende factoren

→ *De niet-beïnvloedbare belemmerende factoren beschrijven problemen die niet beïnvloedbaar of niet trainbaar zijn, maar zodanig van omvang zijn dat ze in belangrijke mate bepalen hoe onderwijs en behandeling vorm krijgen en hoe het hoofddoel bereikt wordt.*

IX. Ondersteunende en sterke factoren

→ *Ondersteunende factoren zijn factoren die de behandeling positief kunnen beïnvloeden. Deze worden alleen beschreven als de factoren afwijken van wat normaal gesproken te verwachten is.*

X. Revalidatieplandoelen

→ *Een revalidatieplandoel beschrijft altijd het resultaat dat een teamlid wil bereiken binnen een bepaalde termijn. Het geeft de verwachte mate van vooruitgang aan. In feite is het dus een afspraak in meetbare termen over datgene wat het kind of diens ouders willen bereiken binnen een bepaalde termijn. Het resultaat is datgene wat bij het kind en/of diens ouders/omgeving gezien wordt. In de beschrijving moet duidelijk zijn wat het kind/ouders doen, waar, wanneer en eventueel hoe het kind/ouders het doet.*

De revalidatieplandoelen worden volgens de SMART-criteria geformuleerd, zodat ook geëvalueerd kan worden of een doelstelling behaald is.

Vanuit de hoofddoelstellingen formuleren de teamleden de revalidatieplandoelen die onderhandeld werden met de cliënt en het cliëntstelsel.

XI. Besluit

→ *Het besluit mag geen herhaling zijn van wat hierboven al beschreven staat. Het besluit betreft het selecteren van de juiste setting voor de hulpverlening. Is een CAR de aangewezen dienst om de hulp te verlenen of wordt er besloten tot een doorverwijzing of het afwachten of uitstellen van hulp? Dit besluit wordt gemotiveerd.*

XII. Afspraken

→ *Hier worden afspraken genoteerd die gemaakt werden of zullen worden met doorverwijzers en cliënten en het cliëntstelsel.*

XIII. Extra informatie

XIV. Addendum

STRUCTUUR VAN EEN VERSLAG MET EEN ICF-SCHEMA

Een verslag met een ICF-schema wordt opgebouwd volgens dezelfde structuur als het narratief verslag. Het enige verschil bestaat erin dat bij het onderdeel 'Handelingsgerichte of beschrijvende diagnose' het ingevulde ICF-schema ingevoegd wordt.

STRUCTUUR VAN EEN EVOLUTIEVERSLAG

Een evolutieverslag heeft dezelfde structuur als een onderzoeksverslag. Het betreft immers het maken van een nieuwe momentopname; hoe functioneert de cliënt nu? Hoe is de beïnvloeding van de contextfactoren op het functioneren? Welke hulpvragen spelen momenteel? Wat zijn de huidige kernproblemen? Wat is nu de hoofddoelstelling? Welke zijn de nieuwe revalidatieplandoelen?

STRUCTUUR VAN EEN EINDVERSLAG

Ook in een eindverslag wordt het huidig functioneren van de cliënt met de beïnvloeding van diens externe en persoonlijke factoren geschetst. Het verslag kan dus dezelfde structuur behouden als een evolutieverslag. Het is mogelijk dat er nog hulpvragen geformuleerd worden en dus ook weergegeven worden, maar dat deze behandeld zullen worden in een andere dienst. Er kunnen eveneens nog een hoofddoelstelling en behandeldoelen geformuleerd worden voor de gezondheidswerker naar wie verwezen wordt. Het besluit omvat een verantwoording voor de beslissing van het beëindigen van de behandeling in de huidige dienst.

DE VERSCHILLENDE PROCEDURES BIJ HET BIOPSYCHOSOCIAAL METHODISCH HANDELEN

1. PROCEDURE VAN INTAKE TOT REVALIDATIEPLAN

- De persoon die het intakegesprek voert, maakt een ICF-schema aan en vult de gegevens van de intake in. Deze persoon vult ook alle andere gegevens bekomen van verwijzers en betrokken hulpverleners aan in het ICF-schema.
- Alle onderzoekers betrokken bij het aanvangsonderzoek noteren hun bevindingen in het ICF-schema. De kwantitatieve testresultaten worden aangevuld in het addendum.
- Voor de revalidatieplanbespreking bedenkt elke onderzoeker wat diens visie is op de:
 - Handelingsgerichte diagnose:
 - eventuele bijkomende gesignaleerde hulpvragen
 - het kernprobleem
 - de overeenkomst tussen de hulpvragen en het kernprobleem
 - het hoofddoel
 - ondersteunende en niet-behandelbare belemmerende factoren
 - revalidatieplandoelen
 - Categoriele diagnose
 - Opvolging en afspraken
- De coördinator redigeert het ICF-schema **vóór** de revalidatieplanbespreking en modereert het team.
- Voorbeelden van kernprobleem, hoofddoel, ondersteunende en beperkende factoren (zie bijlage).

2. PROCEDURE OPMAAK VAN HET REVALIDATIEPLAN EN -PROCES

- Bij de start van de therapie wordt een revalidatieplan opgemaakt door de verantwoordelijke therapeut/coördinator op basis van het onderzoeksverslag (en het ICF-schema, dat al dan niet geïntegreerd is in het verslag).
- Er is één revalidatieplan per jaar per cliënt.
- Het revalidatieplan bestaat uit:
 - personalia: naam, geboortedatum, school/werk, leeftijd, ...
 - de therapiefrequentie, de verantwoordelijke therapeut, de behandelende therapeuten

- de hulpvragen
- het hoofddoel
- de revalidatieplandoelen
 - de behandelende therapeuten kunnen subdoelen aan de revalidatieplandoelen toevoegen
- het therapieproces; in dit onderdeel van het elektronisch dossier worden belangrijke gegevens over het verloop van het revalidatieproces genoteerd: informatie over contacten met externen, over gemaakte afspraken, enz.

3. PROCEDURE BIJ DE START VAN DE THERAPIE

Het revalidatieplan is opgemaakt door de coördinator of de verantwoordelijke therapeut. Deze persoon blijft verantwoordelijk voor het registreren van gegevens i.v.m. het revalidatieproces: gesprekken, overlegmomenten, afspraken, enz.

- Elke behandelende therapeut vult bij de revalidatieplandoelen subdoelen aan. Deze subdoelen zijn SMART geformuleerd.
- Elke behandelende therapeut
 - bevraagt de hulpvragen opnieuw
 - bespreekt deze behandeldoelen tijdens de eerste therapie met de cliënt en het cliëntsysteem (*shared decision making*).
 - bekijkt of er een match is tussen de hulpvragen en de voorgestelde behandeldoelen
- Mocht er geen match zijn, dan geeft de therapeut dit door aan de coördinator/verantwoordelijke therapeut.
- Elke behandelende therapeut is verantwoordelijk voor het updaten van de behandeldoelen (= de subdoelen van de doelen in het revalidatieplan).

4. PROCEDURE BIJ EEN INTERNE BESPREKING VAN HET THERAPIEPROCES

Vóór dit overleg voert elke betrokken therapeut de volgende activiteiten uit:

- De therapeut vult het ICF-schema met recente/nieuwe informatie in het groen aan. Irrelevante/verouderde informatie wordt doorgehaald. De verantwoordelijke therapeut/coördinator verwijderd de informatie definitief na het overleg.
- Elke behandelende therapeut denkt kritisch na over de vooropgestelde revalidatieplandoelen en de subdoelen die hieraan gekoppeld zijn:

- Welke doelen zijn bereikt? Welke nog niet?
- Hoe werd er bepaald of deze doelen al dan niet bereikt zijn?
 - Werden er tests uitgevoerd?
 - Werden de cliënt en het cliëntsysteem bevroegd?
- Wat maakt dat deze wel/niet behaald zijn?
- Moeten er doelen aangepast worden? M.a.w. moeten er nieuwe doelen geformuleerd worden?

STRUCTUUR en INHOUD van het overleg:

- De verschillende revalidatieplandoelen met de subdoelen worden besproken:
 - Welke zijn bereikt, welke nog niet? Op basis van welke informatie werd dit beslist?
 - Wat maakt dat de doelen wel en niet bereikt zijn?
 - Aan welke hulpvragen zijn we in welke mate al tegemoetgekomen?
 - Zijn er nieuwe hulpvragen?
 - Zijn er nieuwe revalidatieplandoelen, subdoelen?
 - Hoe verloopt het revalidatieproces?
- Met andere woorden, het totale revalidatieplan wordt overlopen, geëvalueerd en aangepast.
- Er worden conclusies geformuleerd m.b.t.:
 - de categoriale diagnose die bij aanvang gesteld werd
 - het al dan niet verderzetten van het revalidatieproces
 - de setting: Is een CAR nog de aangewezen dienst om het revalidatieproces verder te zetten?
 - nieuwe noden aan afspraken, overleg?

5. PROCEDURE BIJ EEN EXTERNE BESPREKING VAN HET THERAPIEPROCES

Vóór dit overleg voert elke betrokken therapeut de volgende activiteiten uit:

- De therapeut vult het ICF-schema met recente/nieuwe informatie in het groen aan. Irrelevante/verouderde informatie wordt doorgehaald. De verantwoordelijke therapeut/coördinator verwijdert de informatie definitief na het overleg.
- Elke behandelende therapeut denkt kritisch na over de vooropgestelde revalidatieplandoelen en de subdoelen die hieraan gekoppeld zijn:
 - Welke doelen zijn bereikt? Welke nog niet?

- Hoe werd er bepaald of deze doelen al dan niet bereikt zijn?
 - Werden er tests uitgevoerd?
 - Werden de cliënt en het cliëntsysteem bevroegd?
- Wat maakt dat deze wel/niet behaald zijn?
- Moeten er doelen aangepast worden? M.a.w. moeten er nieuwe doelen geformuleerd worden?

Vóór het overleg redigeert de coördinator/verantwoordelijke therapeut het ICF-schema en het revalidatieplan.

STRUCTUUR en INHOUD van het overleg:

- Het team geeft een status praesens van het functioneren van de cliënt op basis van het geactualiseerde ICF-schema.
- Het team bevroegt de visie van de externe professionelen over het functioneren.
- Het team bevroegt de hulpvragen.
- Het team onderhandelt de toekomstige revalidatieplandoelen of het team brengt de externe professionelen op de hoogte van de beslissingen genomen tijdens de interne therapieprocesbespreking.
- In overleg worden de nodige besluiten geformuleerd.

RAPPORTAGE VAN HET OVERLEG

- De verantwoordelijke therapeut/coördinator vult de nieuwe gegevens aan in het ICF-schema en past de doelen aan in het revalidatieplan. De gemaakte afspraken worden genoteerd in het onderdeel van het elektronisch dossier dat het therapieproces weergeeft.

6. PROCEDURE BIJ EEN GESPREK MET HET CLIËNTSYSTEEM

Vóór dit overleg voert elke betrokken therapeut de volgende activiteiten uit:

- De therapeut vult het ICF-schema met recente/nieuwe informatie in het groen aan. Irrelevante/verouderde informatie wordt doorgehaald. De verantwoordelijke therapeut/coördinator verwijderd de informatie definitief na het overleg.
- Elke behandelende therapeut denkt kritisch na over de vooropgestelde revalidatieplandoelen en de subdoelen die hieraan gekoppeld zijn:
 - Welke doelen zijn bereikt? Welke nog niet?

- Hoe werd er bepaald of deze doelen al dan niet bereikt zijn?
 - Werden er tests uitgevoerd?
 - Werden de cliënt en het cliëntsysteem bevroegd?
- Wat maakt dat deze wel/niet behaald zijn?
- Moeten er doelen aangepast worden? M.a.w. moeten er nieuwe doelen geformuleerd worden?

Vóór het overleg redigeert de coördinator/verantwoordelijke therapeut het ICF-schema en het revalidatieplan.

STRUCTUUR en INHOUD van het overleg:

- Het team geeft een status praesens van het functioneren van de cliënt op basis van het geactualiseerde ICF-schema.
- Het team bevroegt de visie van de externe professionelen over het functioneren.
- Het team bevroegt de hulpvragen.
- Het team onderhandelt de toekomstige revalidatieplandoelen of het team brengt de externe professionelen op de hoogte van de beslissingen genomen tijdens de interne therapieprocesbespreking.
- In overleg worden de nodige besluiten geformuleerd.

RAPPORTAGE VAN HET OVERLEG

- De verantwoordelijke therapeut/coördinator vult de nieuwe gegevens aan in het ICF-schema en past de doelen aan in het revalidatieplan. De gemaakte afspraken worden genoteerd in het onderdeel van het elektronisch dossier dat het therapieproces weergeeft.

HULPVRAGEN IN FUNCTIE VAN KWALITEIT VAN LEVEN

Uit het 'Ondersteunend document voor het bevragen van hulpvragen i.f.v. kwaliteit van leven' van de Sig-intervisiewerkgroep 'Methodisch handelen met ICF als tool' (Sig, 2021)

INLEIDING

Het is onze taak, als gezondheidswerkers, om te streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor onze cliënten. Gezien levenskwaliteit door iedereen anders ingevuld wordt dienen we dit in onze diagnostische fase goed in kaart te brengen, zodat we vraaggestuurde zorg kunnen bieden. Dit gedeelte wil ondersteuning bieden bij het in kaart brengen van de hulpvragen gericht op kwaliteit van leven, meer bepaald bij het stellen van vragen in een gesprek met cliënt en cliëntstelsel die peilen naar kwaliteit van leven.

EEN EERSTE HULPBRON

Wetenschappelijk onderzoek³ wijst uit dat ondanks het feit dat iedereen diens levenskwaliteit anders invult er toch bepaalde kernelementen zijn die bij iedereen van toepassing zijn. Schalock spreekt van drie hoofdfactoren die onderverdeeld worden in acht levensdomeinen. De mate waarin deze levensdomeinen vervuld zijn, bepaalt de levenskwaliteit van een persoon. We maken hierbij een kanttekening. Immers, het kan zijn dat de persoon volgens deze criteria niet zo'n goede kwaliteit van leven heeft, maar van zichzelf toch vindt dat dit wel het geval is. Het is diens persoonlijke visie, diens perspectief dat bepalend is.

Dit weerhoudt ons niet om via vragen te peilen naar de toestand van deze levensdomeinen tijdens een intakegesprek of interview. De onderstaande tabel kan hierbij ondersteuning geven.

³ Buntinx, W.H.E., & Schalock, R.L. (2010). Models of disability, quality of life, and individualised supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294.

Factoren	Domeinen	Indicatoren
Welzijn	Emotioneel welbevinden	<ul style="list-style-type: none"> - voldoening (tevredenheid, stemming, plezier) - zelfconcept (identiteit, zelfwaardering) - vrijheid van stress (voorspelbaarheid, controle)
	Materiaal welbevinden	<ul style="list-style-type: none"> - financiële status (inkomen, voordelen) - arbeid (werkstatus, werkomgeving) - woonplaats (type van residentie, eigenaarschap)
	Fysiek welbevinden	<ul style="list-style-type: none"> - gezondheid (functioneren, symptomen, fitheid, voeding) - ADL (zelfredzaamheid, mobiliteit)
Onafhankelijkheid	Persoonlijke ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> - onderwijs (prestaties, status) - persoonlijke competentie (cognitief, sociaal, praktisch) - prestaties (succes, realisaties, productiviteit) - vrije tijd (hobby's)
	Zelfbepaling	<ul style="list-style-type: none"> - autonomie (persoonlijke controle, onafhankelijkheid) - persoonlijke doelen en waarden (wensen, verwachtingen) - keuzes (mogelijkheden, opties, voorkeuren)
Sociale participatie	Sociale relaties	<ul style="list-style-type: none"> - interacties (sociale netwerken, sociale contacten) - relaties (familie, vrienden, leeftijdsgenoten) - ondersteuning (emotioneel, fysiek, financieel, advies)
	Maatschappelijke participatie	<ul style="list-style-type: none"> - maatschappelijke inclusie en participatie - rollen (bijdrage, vrijwilliger) - ondersteuning (ondersteuningsnetwerk, diensten)
	Rechten	<ul style="list-style-type: none"> - mensenrechten (respect, waardigheid, gelijkheid) - burgerrechten (burgerschap, toegankelijkheid)

VRAGEN DIE GESTELD KUNNEN WORDEN TIJDENS HET INTAKEGESPREK

Het is de bedoeling om tijdens het intakegesprek de antwoorden geformuleerd in de vragenlijst verder te exploreren (Zie verder in bijlage: 'Exploreren').

Vele CAR kiezen ervoor om de cliënten na aanmelding een vragenlijst te bezorgen die ze ingevuld terugbezorgen aan het CAR vóór het eerste gesprek. Dit zorgt ervoor dat cliënten vooraf kunnen nadenken over voor hen moeilijkere vragen en hiervoor ook de nodige tijd kunnen nemen. Dit zorgt er ook voor dat de interviewer zich kan voorbereiden en focussen op belangrijke topics.

Vragen m.b.t. het centrum

- Geef eerst informatie over het centrum.
 - Vraag of ze de folder gelezen hebben en of er vragen over zijn.
- Geef informatie over de bedoeling van het gesprek.
- Exploreer hun verwachtingen m.b.t. het gesprek.

Vragen m.b.t. de doorverwijzing

- Ga je akkoord met de doorverwijzing of voel je je eerder verplicht om op deze doorverwijzing in te gaan?
 - Zo neen, waarom ga je toch in op de doorverwijzing?
 - Zo ja, zien jullie deze moeilijkheden ook?
 - Heb je gevraagd waarover de leerkracht zich dan zorgen maakt? Vind je dat de school te veeleisend is? Wat bedoel je daarmee? Wat vraagt de juf dat jullie eróver vinden? Op welke vlakken vinden jullie dat het kind overbevraagd is? Ervaart het kind stress? Kan het niet mee in de klas, wat betekent dat dan?
- Zou je hulp zoeken als je niet zou doorverwezen zijn?
 - Zo ja, waarvoor?
 - Zo neen, wat maakt dat je dat niet zou doen?

Vragen m.b.t. de verwachtingen

- Wat verwacht je van het onderzoek?
 - Ben je een beetje bang voor de resultaten?
 - Bang voor wat precies?
- Wat verwacht van je van de therapie?
 - Wat zal er voor jullie anders zijn als de therapie hier afgerond is?
 - Wat zou je graag hebben dat er veranderd is op het einde van de rit?
- Wat verwacht je van ons als therapeut?
- Ik zou graag hebben dat CAR ... mij/mijn kind helpt met:

Vragen m.b.t. de zorg en de last

- Waarover maak je je momenteel zorgen?
- Waar liggen jullie 's nachts aan te denken, te piekeren?
- Wat maakt voor jou momenteel het leven wat lastig?
 - Gaat jouw leven zoals je het zou willen? Wat maakt dat dit niet lukt?
 - Hoe belemmert dit jou?
- Zijn er zaken die je graag zou doen maar die je niet kan doen?
 - Welke zaken?
 - Hoe komt het dat je die zaken niet kan doen?
- Wat zou er moeten veranderen/Wat heb je nodig in jouw leven om minder bezorgd te zijn, om het leven minder lastig te ervaren?
 - Wat zouden jullie/jullie kind graag willen bereiken? Wat is daarvoor nodig?
 - Wat wil je dat er in de plaats van het probleem komt?
 - Hoe wil je dat het straks anders is? Wat wil je dat er straks beter gaat?
 - Hoe wil je dat de situatie wordt?
 - Wat wil je dat het resultaat wordt?
 - Hoe zou jij willen dat de situatie eruit komt te zien?
 - Hoe zou het eruit zien op positie 10 op de schaal?
 - Stel, het probleem is opgelost, wat gaat er dan beter?
 - Wat kun je doen als je dat bereikt hebt? Wat zou jij kunnen doen als het probleem is opgelost?
 - Wondervraag
 - Toekomstprojectievraag: stel, het is een jaar later en het probleem is naar tevredenheid opgelost, waaraan zou je dat merken? Wat gaat er dan beter?
 - Verkennen gewenste toestand vanuit perspectiefwisseling: Wat zouden anderen zeggen dat de gewenste toestand is? Waaraan zouden anderen merken dat het probleem opgelost is? Waaraan zouden anderen merken dat het beter gaat? Hoe zouden anderen willen dat de situatie wordt? Hoe zouden anderen de positie 10 op de schaal definiëren?
 - Verhelderen wat de positieve opbrengsten van de gewenste toestand zijn: Wat zou het verschil zijn? Hoe zou dat helpen? Wat zou daarvan het voordeel zijn? Wat zou het voordeel zijn als je dat voor elkaar krijgt? Wat zou daar goed aan zijn? Hoe zal dat een verbetering voor je zijn? Hoe zal het je helpen? Voor wie zou dat een voordeel zijn? Voor wie is dat een verbetering? Wat zou het voor jou mogelijk maken als het probleem is opgelost?
- Zijn er zaken waarbij jullie meer ondersteuning kunnen gebruiken?
 - Hoe kunnen anderen je hierbij ondersteunen om dit mee mogelijk te maken?
 - Wie?
- Wat gaat er al goed?
 - Over welke zaken ben je tevreden zoals ze nu zijn en hoop je nog lang te kunnen behouden?

Vragen voor het kind

- Schaalvraag: Op een schaal van 1 tot 10, hoe gaat het nu met je? Wat zit hier allemaal in? Wat nog? Wat nog? Wat heb je nodig om naar een cijfer hoger te gaan? Wat zal er dan anders lopen?
- Wondervraag
- Techniek van drie huizen: huis van de zorgen, de krachten/leuke dingen, de dromen; bv. <https://samenwerkenwijaanveiligheid.nl/wp-content/uploads/2013/04/Vb.vragen.3huizen.pdf>
- Wenskaart laten schrijven
- Change and stay: Wat wens je dat er blijft en dat er verandert?

Vragen gerelateerd aan de verschillende componenten van ICF

Dit kan je doen wanneer je de biopsychosociale visie aan de cliënten en het cliëntsysteem uitgelegd hebt en wanneer je ook de rationale uitgelegd hebt van het volledig functioneren in kaart te brengen volgens het ICF-model.

Je overloopt de verschillende componenten startend met de 'Persoonlijke factoren' en je brengt de sterktes, de zwaktes, de ondersteunende factoren en de belemmeringen in kaart.

VOORBEELDEN VAN HULPVVRAGEN

Hulpvragen van ouders

- Een hulpvraag is een probleem waarbij de cliënten hulp willen om een bepaald doel of een bepaalde uitkomst te bereiken.
- Hulpvragen moeten altijd letterlijk genoteerd en weergegeven worden. Dit om interpretaties van de therapeuten te voorkomen en omdat kind en ouders zich zouden herkennen in de formulering en zich zouden gehoord voelen door de therapeuten.
- Hulpvragen moeten verkend worden, zodat ze voldoende concreet, specifiek en in observeerbaar gedrag verwoord zijn.
- Hulpvragen hebben betrekking op een verbetering van kwaliteit van leven. Het is door de oorspronkelijke hulpvraag verder te verkennen dat de hulpvraag met betrekking tot kwaliteit van leven boven water zal komen.

Voorbeelden

- *We willen dat T. bij zijn start in de kleuterklas kan stappen.*
- *We willen dat Q. mondiger is, dat hij meer zijn mannetje kan staan.*
- *We willen dat L. vlot samen kan spelen met andere kinderen.*
- *We willen dat N. zich goed voelt in zijn vel en gelukkig is, dat hij wat minder onzeker is.*
 - *Deze hulpvraag moet zeker verder geconcretiseerd worden. Hoe zullen de ouders zien dat hij minder onzeker is, wat zal er dan veranderen in zijn gedrag?*
→ *Hulpvragen moeten verkend worden tot ze voldoende concreet, specifiek en in observeerbaar gedrag verwoord zijn.*
- *We willen dat als de juf een opdracht geeft dat P. begrijpt wat ze moet doen en daar ook zelfstandig aan begint.*
- *We willen kunnen omgaan met N. zijn woedebuien.*
- *We willen dat G. duidelijker, meer verstaanbaar en in zinnen praat.*
- *We willen dat T. wat langer aandachtig kan zijn.*
- *Mama wil graag weten of haar zoontje autistisch is of niet.*
- *Ik wil tips om op de juiste manier om te gaan met P. Vooral op momenten dat ik merk dat ik geen contact krijg met hem.*
- *Mama wenst dat X. leert omgaan met situaties die anders verlopen dan hij zich voorgesteld had, zodat hij rustig kan blijven zonder uit te barsten.*

- *We willen weten hoe we F. het beste kunnen helpen als ze het moeilijk heeft.*
- *We willen weten hoe we moeten reageren als M. niet gehoorzaamt, zijn eigen zin doet.*
- *We willen weten of het eerste leerjaar haalbaar zal zijn, want op school zeggen ze dat dit niet het geval is.*
- *Mama wil weten of er mogelijk sprake zou kunnen zijn van ADHD, gezien de klachten die ze hoort van de leerkracht.*

Hulpvragen van het kind

- *Ik wil graag leren meer/beter stil te zitten.*
- *Ik wil beter woordjes leren lezen.*
- *Ik wil leren om thuis niet meer in te zetel te bonken.*
- *Ik wil leren om niet meer te schoppen en ruzie te maken (op school met A).*
- *Ik wil graag dat mama en papa weer lief zijn tegen hem.*
- *Ik wil beter leren vragen stellen (bv. waar iets staat in de klas).*
- *Ik wil beter leren puzzelen.*
- *Ik wil leren kloklezen.*
- *Ik wil minder fouten maken bij het schrijven van woorden.*
- *Ik wil een bal beter kunnen gooien en vangen.*
- *Ik wil handenstand kunnen in de turnles.*

Hulpvragen van jongeren

- *Ik wil een beter rapport.*
- *Ik zou graag minder boos/verdrietig zijn.*
- *Ik zou mij graag beter voelen.*
- *Ik wil minder onbeleefde dingen zeggen.*
- *Ik wil mij in de klas meer op mijn gemak voelen.*
- *Ik wil minder verlegen zijn.*
- *Ik wil mij minder vervelen.*
- *Ik wil durven om iets luidop te zeggen in de klas. Nu ben ik daar bang voor.*
- *Ik zou graag iemand hebben om mee te babbelen, om tegen te kunnen vertellen waarmee ik zit.*
- *Help mij om beter om te kunnen gaan met angstige gedachten.*
- *Hoe moet ik mij gedragen tegenover anderen als ik mij aan iets stoort?*
- *Hoe kan ik omgaan met mijn woedebuien?*
- *Ik wil een vertrouwenspersoon aan wie ik alles kan vertellen.*

- *Ik wil hulp bij het studeren en hulp bij het plannen van mijn huiswerk.*
- *Ik wil geen paniekaanvallen meer.*
- *Ik wil sneller kunnen lopen, zodat ik kan meedoen in de turnles.*
- *Ik maak mij zorgen over mijn concentratie in de klas. Ik ben bang dat er iets mis mee is.*

VOORBEELDEN VAN KERNPROBLEMEN

- Het kernprobleem beschrijft de visie van het team ten aanzien van:
 - het grootste probleem waar de cliënt en het cliëntsysteem in het dagelijkse leven tegenaan loopt;
 - een aspect waardoor de ontwikkeling van het kind stagneert, nu of in de toekomst, waardoor het functioneren van de cliënt belemmerd wordt.
- Het betreft dus het probleem dat volgens het team in de komende periode de meeste aandacht moet krijgen.
- Een kernprobleem is altijd iets dat beïnvloedbaar/veranderbaar/trainbaar is en zo leidt tot een hoofddoelstelling waarop het team zich in behandeling zal richten. Het kernprobleem wordt benoemd op activiteiten- of participatieniveau.
- Het benoemen van een kernprobleem is een middel om:
 - prioriteit te stellen in onderwijs en behandeling;
 - als team op één lijn te komen;
 - het team te helpen richten (niet te veel willen vanuit deskundigheid en aanbodzijde i.p.v. vanuit de vraagzijde).
- Het kernprobleem wordt omschreven vanuit een professioneel oogpunt. Dit maakt het verschil tussen de hulpvraag en het kernprobleem zichtbaar:
 - De hulpvraag beschrijft de visie van de cliënt en het cliëntsysteem.
 - Het kernprobleem beschrijft de visie van het team. De visie van de ouders kan meegenomen worden in de afweging voor het uiteindelijke kernprobleem. Het blijft echter een teemaangelegenheid.
- Het kernprobleem wordt zo specifiek mogelijk en in dagelijkse taal omschreven. Zo specifiek mogelijk is van belang om werkelijk een toegevoegde waarde te hebben voor het team. Het is dus geen herhaling van de diagnose of van de functies en anatomische eigenschappen van het kind.
- Het kernprobleem kan geformuleerd worden op activiteitsniveau, dat is het meest gewenst. Het activiteitsniveau geeft concrete informatie voor de hoofddoelstelling aan alle teamleden. Niet: 'het kernprobleem is de communicatie', maar: 'het kernprobleem is: K. kan op school niet duidelijk maken wat hij thuis doet of gedaan heeft'. Aan het

begin van een revalidatieproces, bijvoorbeeld na een recent letsel, kan het kernprobleem zich op het niveau van functies en anatomische eigenschappen bevinden (bv. de revalidatie kan niet verder als het probleem rondom de sterke spasticiteit, de pijn of de verwonding niet opgelost is). Aan het eind van een revalidatieproces zal het kernprobleem zich vaker op participatieniveau bevinden. Denk aan het kernprobleem van een puber; de hulpvraag is: 'Ik wil zelfstandig wonen'. Kernprobleem: zelfstandig wonen is niet mogelijk zonder hulp en structuur van buitenaf.

- We gaan ervan uit dat er maar één kernprobleem benoemd wordt. In de revalidatieplanbespreking kan het echter moeilijk zijn om tot één gezamenlijk kernprobleem te komen. Zeker in de beginsituatie, waarbij er wellicht nog onvoldoende bekend is over de cliënt of wanneer het een cliënt betreft waarbij op velerlei gebied problemen zijn. Toch is het van belang om wel naar één kernprobleem te streven, omdat het als team op één lijn komen en prioriteiten durven stellen, in het belang van de cliënt en de omgeving is. Het vaststellen van een kernprobleem wil namelijk niet zeggen dat er aan niets anders gewerkt kan worden, het gaat om wat er in de komende periode prioriteit krijgt.
- Als er op het gebied van de omgeving (ouders, partner) belangrijke problemen gesignaleerd zijn die het functioneren of de ontwikkeling van de cliënt bedreigen, kan het relevant zijn ook een kernprobleem op het gebied van de omgeving te benoemen. In dat geval kan er, naast het kernprobleem van de cliënt, ook een kernprobleem zijn dat gericht is op de omgeving.

Voorbeelden

- *K. geeft op school niet aan waar hij nood aan heeft. Hij geeft niet aan dat hij iets niet begrepen heeft. Hij neemt geen contact met de leerkracht en de klasgenoten. De klasgenoten van K. sluiten hem uit.*
- *P. wil vaak iets doen wat ze niet kan en stoot steeds op frustraties die zich uiten in woedeaanvallen. Haar ouders hebben fysieke problemen, waardoor de dagelijkse verzorging van hun kind ervaren wordt als zwaar.*
- *T. neemt zelf weinig initiatief, is algemeen weinig actief. Hij stapt nog niet zelfstandig en maakt weinig verbale uitingen.*
- *S. vertoont druk en moeilijk gedrag, zowel thuis als op school. Dit zorgt voor zeer veel spanningen bij mama, de leerkracht en de klasgenoten.*
- *K. heeft het moeilijk om zijn behoeften en noden duidelijk te uiten. Hij heeft ook moeilijkheden om taal te begrijpen en vertoont onaangepast gedrag, zowel thuis als op school. Zijn ouders hebben hoge verwachtingen.*

- *Q. begrijpt niet wat er rondom hem gebeurt en wat er van hem verwacht wordt in verschillende situaties, waardoor hij onaangepast gedrag vertoont, opdrachten niet uitvoert, boos wordt.*
- *M. neemt geen contact met anderen. Ze luistert en reageert niet op vragen, nieuwe oefeningen en opdrachten.*
- *Z. heeft aandachtsproblemen en vertoont motorische en verbale onrust, wat het participeren in de klas belemmert. Bijkomend verloopt het leren van schoolse vaardigheden moeizaam en vertraagd. Ze is moeilijk verstaanbaar doordat ze bepaalde klanken niet uitspreekt.*
- *M. heeft leerproblemen zowel op het vlak van lezen, spelling als rekenen. Hij heeft veel tijd nodig om opdrachten en handelingen uit te voeren, om taal te begrijpen. Hij participeert niet of weinig tijdens de klasactiviteiten.*

VOORBEELDEN VAN HOOFDDOELSTELLINGEN

- De hoofddoelstelling is de afspraak over datgene wat het team met de cliënt en het cliëntensysteem wil bereiken binnen een bepaalde termijn (veelal tot de volgende vergadering).
- De hoofddoelstelling wordt gezamenlijk vastgesteld door het team en de cliënt en het cliëntensysteem op basis van de hulpvraag, het kernprobleem, niet-beïnvloedbare belemmerende en ondersteunende factoren.
 - De hoofddoelstelling wordt afgesproken op de revalidatieplanbespreking. Als de cliënt en het cliëntensysteem niet aanwezig zijn op de planbespreking, wordt de hoofddoelstelling onderhandeld tijdens het adviesgesprek.
 - Als er geen match is tussen het kernprobleem (= de visie van het team) en de hulpvragen van de cliënt en het cliëntensysteem, dan is de eerste hoofddoelstelling het verschil in standpunt tussen beiden op te helderen.
- De hoofddoelstelling geeft richting aan de behandeldoelstellingen van de individuele teamleden en wordt geformuleerd in termen van wat de cliënt of wat het cliëntensysteem doet.
- De hoofddoelstelling wordt geformuleerd op basis van het door het team geformuleerde kernprobleem. De hoofddoelstelling wordt geformuleerd op itemniveau en moet zo SMART mogelijk geformuleerd zijn. Er kan ook een termijn genoemd worden voor het behalen van de hoofddoelstelling, maar over het algemeen heeft de hoofddoelstelling betrekking op de volledige komende behandelperiode, tot aan de volgende revalidatieplanbespreking.
- We gaan ervan uit dat er één hoofddoelstelling vastgesteld wordt.

Voorbeelden

- *K. functioneert zelfstandig en veilig bij het verplaatsen, zijn persoonlijke verzorging en zijn dagbesteding.*
- *K. verplaatst zich binnenshuis zonder zich steeds aan meubilair vast te houden, de afstand is onbeperkt.*
- *De ouders rapporteren aan derden wat de mogelijkheden van K. zullen zijn in de nabije toekomst met betrekking tot leren en bewegen.*
- *K. schat goed in wat hij wel en niet kan voor hij ergens aan begint, waardoor hij minder woedebuien uit frustratie vertoont.*
- *T. uit zich verbaal en kan zich duidelijk maken t.o.v. anderen.*
- *T. neemt zelf initiatief tot spel.*
- *Het cliëntsysteem geeft informatie over de problematiek van K. aan derden. Ze ondersteunen de vaardigheden die K. leert tijdens de therapie door die thuis met K. te oefenen.*
- *X. vertoont meer sociaal vaardig gedrag: ze maakt contact, groet, speelt samen met andere kinderen.*
- *X. toont copingstrategieën om met een zekere mate van onvoorspelbaarheid om te gaan. Ze blijft hierbij rustig en houdt rekening met anderen.*
- *M. richt zijn aandacht meer en concentreert zich gedurende een vijftal minuten op een taak.*
- *A. communiceert haar basisnoden in de voor haar veilige contexten, zoals haar thuis- en haar schoolomgeving.*
- *E. geeft zijn mening, zegt wat hij wil zeggen in situaties die met hem in therapie besproken en geoefend werden.*
- *J. reageert non-verbaal en verbaal op (voldoende luide) geluiden en spraak.*

VOORBEELDEN VAN NIET-BEÏNVLOEDBARE BELEMMERENDE FACTOREN

De niet-beïnvloedbare belemmerende factoren beschrijven problemen die niet beïnvloedbaar of niet trainbaar zijn en dus ook geen onderwerp kunnen uitmaken van het revalidatieplan. Ze bepalen in belangrijke mate hoe de behandeling vorm krijgt en hoe het hoofddoel bereikt wordt, aangezien men hiermee bij het opstellen van het revalidatieplan rekening zal moeten houden. Het werkt relatiebevorderend als de belemmerende factoren geformuleerd worden in de taal van de cliënt of het cliëntsysteem om te voorkomen dat ze hiervan schrikken.

Voorbeelden

- *Moeder kampt met alcoholisme.*

- *De ouders vertellen dat ze in hun gezin vier kinderen hebben die nood hebben aan ondersteuning en hulpverlening, wat het systematisch opvolgen en toepassen van wat geleerd wordt in therapie momenteel niet haalbaar maakt.*
- *Het kind heeft momenteel beperkte intellectuele mogelijkheden.*
- *De stemmingsstoornis/angststoornis van de cliënt belemmert momenteel zijn participatie.*
- *Mama vertelt dat de pluspapa weinig verdraagzaam is tegenover het gedrag van Y. De pluspapa is momenteel niet bereid te participeren aan het revalidatieproces.*
- *Y. zit in een zeer grote klasgroep waardoor de leerkracht weinig extra aandacht kan geven aan zijn functioneren.*
- *Het gezin is gevlucht voor de oorlog en heeft onderweg een aantal traumatische ervaringen beleefd.*

VOORBEELDEN VAN ONDERSTEUNENDE FACTOREN

Ondersteunende factoren zijn factoren die de behandeling positief kunnen beïnvloeden. Deze worden alleen beschreven als ze afwijken van wat normaal gesproken te verwachten is.

Voorbeelden

- *De cliënt vertoont een uitzonderlijk doorzettingsvermogen.*
- *De ouders bieden heel veel ondersteuning en participeren optimaal in het revalidatieproces.*
- *De cliënt bezit een grote motivatie/doorzettingsvermogen, trouwe vrienden, stimulerend gezin, goed inzicht in eigen mogelijkheden.*
- *X. ligt heel goed in de klasgroep.*
- *M. beschikt over uitzonderlijke goede taalfuncties en communicatievaardigheden.*
- *De zorgwerking van de school ondersteunt M. optimaal voor het leren lezen, schrijven, rekenen en het ontwikkelen van zijn vaardigheden.*

VERKENNEN EN EXPLOREREN

1. EXPLORERENDE VRAGEN STELLEN

- *Wat trekt je daarin aan? Vertel eens meer?*
- *Waar zit het probleem volgens jou?*
- *Hoe kunnen we dit aanpakken?*
- *Wat maakt dat deze oplossing werkt?*

- Weet je wat er misging?
- Wat werd er gezegd, waardoor je het gevoel kreeg dat er iets misging?
- Wat was het effect daarvan?
- Waaraan merkte je dat ...?
- Wat is het precies waardoor je zo enthousiast wordt?
- Hoe zou het eruit zien als je het zelf mocht doen?
- Wat zorgt ervoor dat je je zo opstandig voelt?
- Waarin loop je vast?
- Hoe heb je dat de vorige keer aangepakt?
- Beschrijf eens ...
- Geef eens wat meer details.
- Verhelder eens wat er meespeelde toen ...
- Vertel er mij eens wat meer over ...
- Neem het eens stapsgewijs door ...
- Wat maakt dat belangrijk voor jou?
- Hoe was dit voor jou?
- Hoe voelde je je erbij?
- Ik zie niet wat je echt wilt, kan je mij helpen dat duidelijker te krijgen?
- Dit verbaast mij, wat maakt dat je er zo naar kijkt?
- Ik heb er zelf een ander idee over, ik ben benieuwd hoe jij dit ziet.

2. HERFORMULEREN EN SAMENVATTEN

- Op twee niveaus:
 - op inhoudelijk niveau: 'We hebben al drie ideeën besproken ...'
 - op belevings- en gevoelsniveau: 'Ik heb de indruk dat je het vooral moeilijk hebt met ...'
- Herformuleren
 - Bedoel je dat ...?
 - Vat ik het goed samen met ...?
 - Je bedoelt dat je het moeilijk vindt dat ...
 - Wat je enthousiast maakt, is ...?
 - Waar je niet goed uitkomt, is ...?
 - Waaraan je twijfelt, is ...?

3. GEVOELSREACTIES GEVEN EN UITLOKKEN

- Een persoonlijke mededeling:
 - Ik vind het ook niet gemakkelijk als ...
 - Dat zou mij ook kwaad maken ...
 - Ik weet soms ook niet wat zeggen als ...
 - Ik word er stil van ...
 - Toen ik iets vergelijkbaars meemaakte, wist ik me met mijn enthousiasme ook geen raad ...
- Vragen naar de beleving:
 - Wat voelde je toen ze dat tegen je zeiden?
 - Hoe zou je je voelen als je je doel zou realiseren?
 - Wat was je innerlijke reactie op het hele gebeuren?
 - Hoe zou het voor je zijn als je wist dat het in orde zou komen?
 - Vertel eens wat meer over je ontgoocheling.
 - Hoe voelden de anderen zich bij dat succes?
 - Je voelt je geraakt daardoor, niet? Wat gebeurde er met je?
 - Zijn er meer mensen in je team die daar opstandig van worden?
 - Het is echt lastig om dit mee te maken, niet?