

# Richtlijnen Casusverslagen

*behorende bij de Registratieregeling Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP.*

## Deel 1: Algemene eisen en procedure

Voor het registratietraject stelt u zes casusverslagen op, waarvan drie betrekking hebben op diagnostiek en drie op behandeling en/of begeleiding.

### *Het beoordelingsformulier*

De supervisor beoordeelt alle zes casusverslagen voor het registratietraject. Om dit aan te tonen stuurt u de commissie het ingevulde beoordelingsformulier toe, dat door u en de supervisor is ondertekend. Dit formulier vindt u op de webpagina met de formulieren voor het registratietraject.

### *Laatste casus, het 'masterpiece'*

Van de in totaal zes verslagen levert u één diagnostiekverslag en één behandel/begeleidingsverslag ter inhoudelijke en formele beoordeling aan bij de registratiecommissie, vergezeld van het beoordelingsformulier.

De commissie toetst deze twee casussen aan het niveau waaraan een zelfstandig werkend geregistreerd Kinder- en Jeugdpsycholoog moet voldoen. Na registratie wordt u namelijk geacht zelfstandig onderzoek en behandeling / begeleiding te kunnen doen.

### *Keuze van de casus*

Bij de keuze van de casus ten behoeve van het registratietraject houdt u rekening met het volgende:

- De casus is kindspecifiek (geen groepsbehandeling/ begeleiding).
- De diagnostiekcasusverslagen zijn handelingsgericht, met een indicerend doel.
- Het opstellen en laten beoordelen van de casusverslagen spreidt u over het traject zodat u ontvangen feedback kunt verwerken in een volgend verslag. Het niveau van de casusverslagen geeft blijk van uw leerproces tijdens het traject.
- Uw casusverslagen laten diversiteit zien in onderwerp en methodieken.
- De casus bevat altijd direct contact met cliënt en het (cliënt)systeem.

### *Welke casus legt u voor aan de commissie als masterpiece?*

- Kies tegen het einde van het traject een recente casus (max. 1 jaar oud, op het moment van indienen). Zo toont u aan welke kennis en ervaring u tijdens het traject heeft opgedaan.
- Kies een casus met meervoudige problematiek. Het betreft een aanmeldingsklacht waarbij sprake kan zijn van bijkomende problematiek (comorbiditeit) en/of waarbij sprake is van meerdere mogelijke oorzaken (meerdere verklarende hypothesen). De diagnostiek en behandeling zal daardoor ook meer complex zijn.
- Een casus waarin u alleen werkt volgens een standaard protocol volstaat niet (bijv. een Cogmed Werkgeheugen Training). Als u wel een bepaald protocol volgt, geef aan waarom u dat doet en hoe het is ingebed in het gehele onderzoek c.q. de gehele behandeling/begeleiding.
- Kies een casus waarin u uw specifieke inbreng toont, bv. in wat zich af heeft gespeeld in de interactie tussen u en het kind, de ouder/leerkracht/anderen. Tip: kies een casus waarbij sprake is van sociaal-emotionele en/of gedragsproblemen. Hierin komen bovengenoemde aspecten gemakkelijker tot uiting.

### *Algemene richtlijnen voor elke casus*

Een casus is:

- Volledig;
- Logisch van opbouw;
- Leesbaar;
- Begrijpelijk.

Let ook op de vorm: taalgebruik/spelling, layout, wie is de "lezer"...

In het kader van het traject is de casus bovendien:

- Volledig en consequent geanonimiseerd;
- Ondertekend door uzelf en - voor gezien - door de supervisor;
- Maximaal acht pagina's (exclusief bijlages);
- Zo recent mogelijk, maar zeker niet ouder dan 1 jaar op het moment van indienen;
- Voorzien van paginanummers (bijlages doorgenummerd).

### *Anonimisering*

Elk verslag dat u aan de supervisor en/of de commissie voorlegt is volledig en consequent geanonimiseerd:

- Gebruik geen namen van instellingen en organisaties.
- Verwijder namen van familieleden, onderzoeksdata, geboortedata, beroep, plaatsnamen en dergelijke of pas deze aan door ze te vervangen door een letter of omschrijving (bv. 'X' of 'moeder').
- Fingeren van namen mag. In dat geval vermeldt u in een noot dat de namen gefingeerd zijn.
- Als de didactische leeftijd van de cliënt van belang is, noteert u bij de persoonsgegevens de geboortemaand en het – jaar.
- Bijlagen ook anonimiseren.

### *Gebruik van de richtlijnen*

De richtlijnen geven aan welke criteria, naast de toetsing aan de Beroepscode, de registratiecommissie gebruikt bij de beoordeling van de casus. De gegeven indeling is géén dwingend voorschrift.

NB. Overal waar 'school' gebruikt wordt, wordt ook bedoeld '(voorschoolse) opvang of instelling'. Overal waar 'ouders' staat, wordt ook bedoeld 'verzorgers'. Overal waar 'hij' staat wordt ook 'zij' bedoeld.

## Deel 2 - Richtlijn voor de rapportage van een diagnostiekcasus, bij handelingsgericht hypothesetoetsend onderzoek

Opgesteld: september 2007, laatste revisie: januari 2017

*Theoretisch referentiekader: Algemene Standaard Testgebruik van het NIP (2010), Praktijkrichtlijnen voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in het onderwijs (2013), De diagnostische cyclus van de Bruyn e.a. (2015), Handelingsgerichte diagnostiek in het onderwijs van Pameijer en Beukering (2015) en Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg van Pameijer en Beukering (2011).*

Deze richtlijn betreft een casus die volgens handelingsgerichte diagnostiek is opgesteld, met andere woorden: diagnostiek die een bijdrage levert aan de besluitvorming rond behandeling. Diagnostiek wordt breed gedefinieerd: het gericht verzamelen en integreren van informatie met als doel verantwoorde besluitvorming rondom specifieke vragen.

*Welke informatie moet u verstrekken zodat de casus beoordeeld kan worden?*

Het cliëntverslag: de genummerde kopjes bevatten dat wat u, gezien genoemd referentiekader, in een verslag ten behoeve van het kind/de jeugdige en eventuele opdrachtgever opneemt.

De bijlage(n) zijn extra informatie speciaal ten behoeve van de beoordeling door de supervisor en/of registratiecommissie.

N.B. Deze bijlagen, inclusief de protocollen, maken deel uit van het dossier en worden in de praktijk niet aan de opdrachtgever of aan derden verstrekt. (Zie §3.3 van de Algemene Standaard Testgebruik, NIP, 2010).

*Wat is essentieel bij opstellen van het diagnostiekverslag?*

- Kernachtige weergave per fase;
- De gemaakte keuzes verantwoorden. Logisch voortborduren op de voorafgaande fase (trechtermodel);
- Initiële hulpvraag is leidend met oog voor alternatieve hypothesen.

### D.1. Persoonsgegevens

*Waar moet u op letten?*

- Anonimiseren: het kind/de jeugdige is door de gegevensvermelding niet herkenbaar.

*Welke gegevens vermeldt u?*

- Naam;
- Geboortedatum;
- Leeftijd;
- Jongen/meisje;
- Naam onderzoeker;
- Datum onderzoek.

En indien niet ergens anders vermeld en afhankelijk van de instelling:

- Naam instelling waarbinnen het onderzoek werd gedaan;
- Naam en adres ouders, samenstelling gezin;
- Naam school en leerkracht, groep/klas;
- Aanmelder, verwijzer, indien van toepassing opdrachtgever;
- Geldigheidsduur rapport en bewaartermijn dossier.

## **D.2. Intake-gegevens** (informatie van ouders, kind/jeugdige en/of school)

*Waar moet u op letten?*

- De intakegegevens geven een beeld van dit kind/deze jeugdige met zijn problemen, zijn sociale context en de protectieve factoren in zijn huidige leefsituatie.
- Geen interpretaties.
- De intakegegevens worden niet gepresenteerd alsof het nieuwe onderzoeksgegevens zijn.
- Hulpvraag expliciet en bondig formuleren.
- Bronnen vermelden: welke informatie komt van wie?
- Intake-informatie beperken tot wat relevant is met oog op een verklaring van de klachten.
- Informatie clusteren en eventueel zelf concluderend samenvatten.

*Hoe deelt u de intakegegevens in en welke gegevens vermeldt u?*

Vermeld kort en voor zover relevant voor de vraagstelling van het onderzoek:

- Reden van aanmelding.
- Informatie van de ouders (zo mogelijk ook van kind/jeugdige zelf):
  - Klachten/problemen;
  - Attributies;
  - Wat al gedaan;
  - Opvoedingsaanpak ten aanzien van het probleem;
  - Positieve factoren: wat wel goed gaat;
  - Wensen en verwachtingen (t.a.v. het onderzoek);
  - Hulpvragen ouders/kind.
- Informatie van derden:
  - Klachten/problemen;
  - Schoolloopbaan, didactische gegevens uit het leerlingvolgsysteem
  - Attributies;
  - Wat al gedaan;
  - Positieve factoren: wat wel goed gaat;
  - Wensen en verwachtingen (t.a.v. het onderzoek);
  - Hulpvragen school.
- Voorgeschiedenis :
  - Ontwikkelingsgegevens over kind/jeugdige;
  - Medische gegevens over kind/jeugdige;
  - Gegevens over gezin, opvoedingsstijl, specifieke kenmerken, e.d.;
  - Gegevens over school, aanpak door leraar, pedagogisch klimaat klassenmanagement, specifieke kenmerken, e.d.
- Eerder onderzoek
  - Aard en uitkomst van het onderzoek
  - Naam onderzoeker/instelling
  - Data

## **D.3. Probleemanalyse**

*Waar moet u op letten?*

- Geef aan op welke gebieden er momenteel problemen zijn en welke dit zijn (kort, schematisch), alsmede de positieve factoren op deze gebieden.

- Problemen zijn overzichtelijk geclusterd en onderbouwd met voorbeelden van concrete gedragingen.
- Doel van de probleemanalyse is een *ernsttaxatie*: stel vast of klachten van hulpvrager ook werkelijke problemen zijn.
- Informatie van objectiverende vragenlijsten (CBCL/TRF, SEV, BRIEF e.d.) gebruiken/weergeven om de probleemanalyse te onderbouwen, op basis van ernst. Tevens toevoegen welke ernsttaxatie wordt gedaan (bijv. volgens Rutter, CBCL of DSM V)

*Welke clustering kunt u aanbrengen?*

Clusters zijn bijvoorbeeld (afhankelijk van werksetting):

- Cognitieve en functieontwikkeling;
- Sociaal-emotionele ontwikkeling;
- Psychoseksuele ontwikkeling;
- Lichamelijke/medische ontwikkeling;
- Werkhouding;
- Leerontwikkeling.

#### **D.4. Vraagstelling voor onderzoek**

*Waar moet u op letten?*

- Onderzoeksvragen sluiten aan bij de hulpvraag.
- Afhankelijk van de hypothesen: onderkende, verklarende en/of indicerende onderzoeksvragen formuleren.
- Houd een brede visie aan en wees alert op andere verklaringen van probleemgedrag (geen tunnelvisie).
- Onderzoeksvragen beperken; keuzes maken op basis van waarschijnlijkheid.
- Het is aanbevolen om ook vragen te formuleren naar omgevingsfactoren en niet alleen naar cliëntfactoren.
- Onderzoeksvraagstelling(en) uitsplitsen in onderkendend, verklarend of indicierend.
- Er moet in het masterpiece altijd een verklarende, onderkende en indicerende onderzoeksvraag zijn.

## **In verplichte bijlage: diagnostische hypothesen ofwel oriënterend diagnostisch beeld**

*Waar moet u op letten?*

- Hypotheses één richting op stellen.
- Hypotheses als bewering formuleren, niet als vraag.
- De hypotheses komen niet in het cliëntverslag! De bevestigende vorm waarin hypothesen gesteld zijn is verwarrend. Formuleer ze voor de cliënt daarom in de vorm van onderzoeksvraagstellingen.
- Hypothesen (en onderzoeksvraagstellingen) kunnen van onderkende, verklarende of indicerende aard zijn.
- Hypotheses beperken; keuzes maken op basis van waarschijnlijkheid.
- Vermeld met welke onderzoeksmiddelen u de hypotheses gaat toetsen, wat de toetsingscriteria zijn en waarom u op basis van de uitkomsten van het onderzoek de hypothesen aanneemt, verwierpt of aanhoudt.

*Hoe zorgt u voor een theoretische verantwoording van het diagnostisch proces?*

- Formuleer de verschillende mogelijke oorzaken van de geclusterde problemen, en/of de in stand houdende factoren, op basis van wetenschappelijke kennis en/of gesystematiseerde ervaringskennis.
- Gebruik de positieve factoren bij het inschatten van de waarschijnlijkheid van de hypothesen.
- Expliciteer de (zo mogelijk wetenschappelijke) bronnen.
- Geef waar mogelijk de relatie tussen de verschillende hypothesen aan.

### **D.5. Onderzoeksmiddelen**

*Waar moet u op letten?*

- Onderzoeksmiddelen per onderzoeksvraag vermelden.
- Alle onderzoeksmiddelen bij elkaar zetten en (evt. geclusterd) opsommen.
- Zorg voor een goede diversiteit aan onderzoeksmiddelen: gebruik per onderzoeksvraag voldoende specifiek daartoe geëigende middelen.
- Gesprekken, observaties en diagnostische interviews (al dan niet (semi-)gestructureerd) zijn ook onderzoeksmiddelen.
- Onderzoeksmiddelen zijn zoveel mogelijk COTAN goedgekeurd.
- Andere onderzoeksmiddelen mag u gebruiken, maar geef expliciet aan dat de gebruikte test niet COTAN goedgekeurd is en dat u daarom de resultaten alleen kwalitatief interpreteert.
- Gebruik actuele onderzoeksinstrumenten. Als gebruik van de meest recente testversie niet mogelijk is. Geef aan waarom u de verouderde test gebruikt en de reserves die u mogelijk plaatst bij de resultaten.

### **D.6. Resultaten van het onderzoek**

*Waar moet u op letten?*

- Vat hier al samen en beschrijf de resultaten per onderzoeksvraag. Een opsomming van gegevens per test of onderzoeksmiddel hoort in de bijlage.
- Resultaatweergave clusteren en samenvatten per onderdeel (bijv. aandacht, geheugen, gedrag)

- Resultaten en (deel)conclusies duidelijk scheiden.

*Hoe deelt u de resultaten van onderzoek overzichtelijk in?*

- Algemene indruk;
  - Vraagstelling 1: onderzoeksvraag, onderzoeksresultaat, conclusie;
  - Vraagstelling 2: onderzoeksvraag, onderzoeksresultaat, conclusie;
- Enz.

**In verplichte bijlage: resultaten per onderzoeksmiddel en testcores.**

*Waar moet u op letten?*

- Ruwe- en normscores (en kwalificaties) van tests overzichtelijk weergeven in tabellen, zodat deze verifieerbaar zijn.
- Observatie-informatie altijd opnemen.

**D.7. Samenvatting en conclusies (integratief beeld)**

*Waar moet u op letten?*

- Integratief beeld overstijgt de afzonderlijke resultaten, het is geen opsomming van resultaten.
- Maak duidelijk waarom dit kind/deze jeugdige (met zijn klachten) in deze situatie problemen ondervindt. Simpel gezegd: hoe is het probleem voor dit kind/deze jeugdige in deze situatie?
- De problematiek van het kind/de jeugdige wordt gezien vanuit een transactioneel kader, d.w.z. dat aandacht besteed wordt aan omgevingsfactoren van het kind/de jeugdige.
- Tegenstrijdigheden of niet (volledig) beantwoorde vragen ook vermelden. Hiermee voorkomt u de indruk al te zeer toe te schrijven naar een conclusie.
- Expliciteer de rode draad (verklaring) die u als onderzoeker ziet en noem alle relevante aspecten die het beeld ondersteunen.
- Integratie bevat géén nieuwe informatie en vloeit logisch voort uit eerdere informatie.
- Conclusies sluiten aan op de vraagstellingen.
- Eindconclusie relateren aan hulpvraag en bondig (als antwoord daarop) formuleren.
- Indien DSM-classificering aan de orde is: dit expliciteren in de eindconclusie.

*In welke vorm giet u de antwoorden op de hulpvragen?*

Dit is afhankelijk van de aard van de vraagstelling.

Bij een onderkennende vraag:

- Wat is er aan de hand?
- Hoe ernstig zijn de problemen?

Bij een verklarende vraag:

- Waar zijn de problemen door ontstaan?
- En waar worden ze door in stand gehouden?
- Betrek hierbij *zowel kind-, gezins- als schoolfactoren*
- Beschrijf zo mogelijk ook de relatie tussen de verschillende problemen en de *positieve factoren van kind, gezin en school*.

Bij een indicerende vraag:

- Wat zijn behandel- of begeleidingdoelen?
- En hoe kunnen deze worden bereikt?

## **D.8. Aanbevelingen (indicatiestelling)**

*Waar moet u op letten?*

- Adviezen vloeien logisch voort uit onderzoeksbevindingen en conclusie.
- Prioriteren: van meest wenselijk tot minimaal noodzakelijk.

*Welke aspecten/vragen kunt u hier behandelen?*

- Wat zijn de pedagogische en/of didactische behoeften van het kind/de jeugdige?
- Hoe ziet het meest gewenste onderwijs- en/of hulpverleningsaanbod er uit?
- Welke wetenschappelijke onderbouwing wordt gegeven aan de adviezen?
- Wat beogen we te veranderen, bij het kind/de jeugdige, in de onderwijsleersituatie en het gezin?
- Hoe kunnen we dat bereiken: door wie en waar kan dat gerealiseerd worden?
- Is dat haalbaar in dit geval?
- Wat zijn de alternatieven?
- Wat zijn de argumenten voor en tegen de verschillende mogelijkheden?
- Indicaties voor verdiepingsonderzoek of vervolg.

## **D.9. Adviesgesprek**

*Waar moet u op letten?*

- Aanwezige personen, reacties en acties expliciteren.

*Resultaten gesprek:*

- Herkent het kind/de jeugdige het integratieve beeld?
- Herkennen ouders het integratieve beeld?
- Herkent school het integratieve beeld?
- Welke aanbevelingen kiezen ze en waarom?
- Wanneer en hoe worden de adviezen geëvalueerd?



## Deel 3 - Richtlijn voor het verslag van de behandeling/begeleiding

Opgesteld: juli 2008, laatste revisie: januari 2017

*Referentiekader: er dient zoveel mogelijk gebruik gemaakt te worden van evidence-based behandel/begeleidingsprogramma's.*

*Wie is het subject van de behandeling/begeleiding?*

Let op, een behandelings/begeleidingscasus bevat altijd direct contact met cliënt en het (cliënt)systeem. Subject van de behandeling / begeleiding is de cliënt (Begeleiding van bv. een behandelteam is niet het soort begeleiding waar we in dit kader op doelen).

*Wat is het onderscheid tussen behandeling en begeleiding?*

Het verschil tussen behandelen en begeleiden is niet altijd duidelijk. Wet- en regelgeving, DSM of zorgprogramma geven niet altijd uitsluitel. Het gevolg kan zijn onduidelijkheid en spraakverwarring binnen, maar ook tussen, organisaties.

Over behandelen en begeleiden kan in elk geval wel dit gezegd worden:

- Bij behandelen van een cliënt wordt uitgegaan van de cliënt, de diagnose en de ontwikkelingsproblematiek en haar consequenties. Er is sprake van een duidelijke aanpak van het onderliggende probleem. Het doel is het probleem op te heffen of hanteerbaar te maken.
- Bij begeleiden van een cliënt ligt de nadruk op de persoon met zijn kwetsbaarheden en zijn mogelijkheden op alle levensgebieden. Het doel is nieuwe vaardigheden en inzichten intensief te oefenen.

*Welke informatie moet u verstrekken zodat de casus beoordeeld kan worden?*

- Het cliëntverslag: de genummerde kopjes bevatten dat wat u, gezien genoemd referentiekader, in een verslag ten behoeve van het kind/de jeugdige en eventuele opdrachtgever opneemt.
- De bijlage(n) geven extra informatie speciaal ten behoeve van de beoordeling door de supervisor en/of registratiecommissie.

N.B. Deze bijlagen, inclusief de protocollen, maken deel uit van het dossier en worden niet aan de opdrachtgever of aan derden verstrekt. (Zie paragraaf 3.3 van de Algemene Standaard Testgebruik, NIP, 2010).

*Hoe gebruikt u deze richtlijn?*

- Is het een losse behandel-/begeleidingscasus? Begin bij punt B.1.
- Is het een gecombineerde casus van diagnostiek en behandeling/begeleiding? Sla punt B.1 t/m 4 over en ga naar pagina 11 (behandeling) of pagina 13 (begeleiding)

### **B.1. Persoonsgegevens**

*Waar moet u op letten?*

- Anonimiseren: het kind/de jeugdige is door de gegevensvermelding niet herkenbaar.

*Welke gegevens vermeldt u?*

- Naam;
- Geboortedatum;
- Leeftijd;
- Jongen/meisje;
- Naam onderzoeker;

- Datum onderzoek.

En indien niet ergens anders vermeld en afhankelijk van de instelling:

- Naam instelling waarbinnen het onderzoek werd gedaan;
- Naam en adres ouders, samenstelling gezin;
- Naam school en leerkracht, groep/klas;
- Aanmelder, verwijzer, indien van toepassing opdrachtgever;
- Geldigheidsduur rapport en bewaartermijn dossier.

## **B.2. Reden van aanmelding voor behandeling / begeleiding**

Geef hier een beschrijving van de hulpvragen.

## **B.3. Samenvatting van de intakegegevens** (informatie van ouders, kind/jeugdige en/of school)

*Waar moet u op letten?*

- Maak een selectie van de intakegegevens: vermeld alleen de gegevens die van belang zijn voor het integratief beeld.

*Welke intakegegevens vermeldt u en hoe deelt u de samenvatting van deze gegevens in?*

- Informatie van de ouders (eventueel ook kind/jeugdige zelf)
  - Klachten/problemen;
  - Hoe lang bestaan de klachten;
  - Attributies;
  - Positieve factoren: wat gaat wel goed.
- Informatie van de school
  - Klachten/problemen;
  - Schoolloopbaan
  - Attributies;
  - Positieve factoren: wat gaat wel goed.
- Voorgeschiedenis (kort en voor zover relevant voor de vraagstelling van de behandeling):
  - Ontwikkelingsgegevens over kind/jeugdige;
  - Gegevens over gezin;
  - Gegevens over school;
  - Welke hulp is eerder gegeven. Indien bekend: wat waren de resultaten van de gegeven hulp;
  - Eventuele medicatie hier vermelden of onder apart kopje.

## **B.4. Samenvatting en conclusies (integratief beeld)**

Zie de aandachtspunten in de richtlijnen voor het diagnostiekverslag (p. 7)

***Ga verder op pagina 11 voor het behandelverslag***

***Of op pagina 13 voor het begeleidingsverslag***

## Behandelverslag (vervolg op punt B.1 t/m B.4)

### B.5a. Behandelplan inclusief behandeldoelen

*Waar moet u op letten?*

- Het plan is toegesneden op dit kind/deze jeugdige met zijn specifieke hulpvraag in zijn huidige leefsituatie. Het is geen beschrijving van een standaard methode.
- Problemen aanpakken daar waar ze het beste aangepakt kunnen worden. Daartoe moeten mogelijk meerdere deelnemers in het systeem aangesproken worden.

*Wat vermeldt u in het behandelplan?*

- Het proces van de indicatiestelling;
- Het huidige gedrag (concreet) van kind, ouder of leerkracht. Geef zo mogelijk een schatting van het aantal malen dat dit voorkomt (voormeting via turven van gedrag tijdens observatie in de groep, of via vragenlijsten als CBCL, TRF);
- Stem de instrumenten voor de voor- en nameting af op de gestelde behandeldoelen;
- Het doelgedrag van kind, ouder of leerkracht, zo concreet mogelijk (SMART<sup>1</sup>);
- De interventies die gepleegd gaan worden/gepleegd zijn (bijvoorbeeld interventies in de A-factoren, of in de C-factoren<sup>2</sup>);
- Frequentie en duur van de behandeling;
- Evaluatie tijdstip, effectmeting;
- Eventuele co- behandelaars.

### B.6a. Behandelverloop

*Wat vermeldt u over het behandelverloop?*

- Gepleegde interventies (kort);
- Eventueel bij te stellen behandeldoelen in de loop van de behandeling;
- Eventueel bij te stellen behandelmethoden.

#### **Bijlage: Samenvattingen van de behandelsessies.**

*Waar moet u op letten?*

- Uitgebreide protocollen van de behandeling in deze bijlage zetten, niet in het verslag.

### B.7a. Resultaten

*Wat vermeldt u bij de resultaten?*

- Stand van zaken aan het eind van de behandeling: welke doelen zijn bereikt, en middels hoeveel sessies (concreet en puntsgewijs);
- De resultaten van de nameting bij kind, ouder of leerkracht (nameting via opnieuw turven van gedrag of via opnieuw afgenomen vragenlijsten), of anders een concrete omschrijving in hoeverre het gedrag aantoonbaar verminderd is.

<sup>1</sup> SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel voor de cliënt, Realistisch en in de Tijd gezet.

<sup>2</sup> A-factoren zijn Antecedente-factoren (bijvoorbeeld de situatie), C-factoren zijn de Consequente-factoren (bijvoorbeeld negeren, prijzen, straffen)

**B.8a. Follow-up / boostersessies** (eventueel)

**B.9a. Aanbevelingen**

*Waar moet u op letten?*

- Geef aanbevelingen voor vervolgbehandelingen óf begeleidingen óf verwijzingen naar andere behandelingen en/of instanties.
- Motiveer de aanbeveling/verwijzing.
- Aandacht voor terugvalpreventie.

**B.10a. Follow-up na een langere periode** (indien bekend)

**Begeleidingsverslag** (vervolg op punt B.1 t/m B.4)

### **B.5b. Begeleidingsplan en begeleidingsdoelen**

*Waar moet u op letten?*

- De begeleiding past bij het kind/de jeugdige in zijn huidige leefsituatie.

*Wat vermeldt u in het begeleidingsplan?*

- Doelen t.a.v. kind, ouder en/of leerkracht, zo concreet mogelijk (SMART<sup>3</sup>).
- Middelen/ interventies die u gaat toepassen.

### **B.6b. Resultaten**

*Wat vermeldt u bij de resultaten?*

- Wat is gelukt middels hoeveel gesprekken of spelsessies?
- Wat is niet gelukt en waaraan is dit toe te schrijven?
- Welke andere factoren speelden mogelijk een rol?

|  |
|--|
| <b>Bijlage: Samenvattingen van begeleidingsgesprekken/spelsessies.</b> |
|--|

### **B.7b. Follow-upgegevens** (indien bekend)

### **B.8b. Aanbevelingen**

Geef aanbevelingen voor vervolgbehandelingen óf begeleidingen óf verwijzingen naar andere behandelingen en/of instanties plus motivering.

### **B.9b. Follow-up na een langere periode** (indien bekend)

---

<sup>3</sup> SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel voor de cliënt, Realistisch en in de Tijd gezet.