

Oplossingsgerichte, handelingsgerichte diagnostiek

*Oplossingsgerichte therapie ontmoet handelingsgerichte diagnostiek
in Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentrum Het Laar .*

Nic Christiaen , juni 2024

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Het Laar en De Patio, even voorstellen	4
3. Handelingsgerichte diagnostiek	5
3.1. Ontstaan en evolutie	5
3.2. Inhoudelijk kader	6
3.2.1. Samenwerking met de cliënt	7
3.2.2. De verschillende fases	7
3.2.3. De drie denkmodellen	7
4. Oplossingsgerichte therapie	10
4.1. De vier premisen	10
4.1.1. Mensen hebben zelfhelende krachten	10
4.1.2. De oorzaak van de problemen zegt vaak niets over de oplossing	10
4.1.3. De mogelijkheid om keuzes te maken is essentieel om zich goed te voelen	11
4.1.4. Het verkregen mandaat bepaalt de mogelijke interventies	11
4.2. De Flow chart (Brugs model)	11
5. Oplossingsgerichte therapie ontmoet handelingsgerichte diagnostiek	15
5.1. Doel van een diagnostisch traject	15
5.2. Intake en intakefase	15
5.3. Strategie- en onderzoeksfase	17
5.3.1. Aan de slag met hulpvragen	17
5.3.2. Het ecologisch model	18
5.3.3. Het universele nodenmodel	18
5.3.4. Cognitieve schema's	19
5.4. De integratie- en indicatiefase	19
5.5. De adviesfase en evaluatie	19
5.5.1. Eindbespreking	20
5.5.2. Verslaggeving	20
5.5.3. Evaluatie	20
5.6. Slotwoord	21
Dankjewel	22
Bronnen	23

1. Inleiding :

In de jaren zeventig ontstonden in de Vlaamse Jeugdzorg de eerste onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra, kortweg OOOO. Men ervaarde de nood aan snelle, korte opvang, een grondig diagnostisch onderzoek van de situatie en een advies vooraleer over te gaan tot een meer bestendige hulpverlening. In 1981 werd in Brugge OOOO 't Laar geopend.

In 2010 werd vzw De Patio opgericht, een fusie van enkele kleinschalige voorzieningen uit de Brugse regio, waaronder het Laar.

In 2013 presenteerde de Federatie OOOO Vlaanderen, in samenwerking met het agentschap Opgroeien, het 'Protocol handelingsgerichte diagnostiek in de OOOO', kortweg HGD. De verschillende OOOO in Vlaanderen engageerden zich om op dezelfde manier aan diagnostiek te gaan doen.

Ik werk in het Laar sinds 1995. Eerst als begeleider in de leefgroep, daarna vele jaren als contextbegeleider en sinds kort als afdelingshoofd.

Sinds de oprichting van de Patio werd al snel besloten om te gaan samenwerken op vlak van vorming en bijscholing. Een aantal afdelingen inspireerden hun werking op het zogenaamde Brugs Model, ofte de oplossingsgerichte therapie. Via een aantal in house trainingen maakte ik kennis met dit model. Het klikte meteen. Oplossingsgerichte therapie sluit heel nauw aan bij mijn eigen visie op hulpverlening. Hetgeen ik al jaren bewust en onbewust deed, kreeg een kader en een taal.

Oplossingsgerichte therapie is een Amerikaans-Brugs verhaal. In de USA heet het Solution Focused Therapy, kortweg SFT. In '82 ging systeemtherapeut Steve De Shazer op zoek naar wat werkt in een therapie. Dokter Luc Isebaert, psychiater verbonden aan het SFX ziekenhuis in Brugge, was met zijn team eveneens met deze denkoefening bezig. Zij richtten in '84 het Korzybski instituut op, genoemd naar de linguïst en therapeut Alfred Korzybski, inspiratiebron van oplossingsgericht denken. Een Franse collega ontdekte in '90 dat het Amerikaanse en Brugse team tot dezelfde conclusies kwamen, zonder iets van elkaar af te weten. Vervolgens ontmoeten beide teams elkaar en gingen samenwerken. De Amerikanen noemden de ideeën van het SFX-team 'the Bruges Model'.

Vier jaar geleden gaf het Laar en de Patio mij de mogelijkheid om de therapie opleiding aan het Korzybski instituut te volgen. Ik leerde heel veel bij en poogde zo veel mogelijk mee te nemen in mijn begeleidingen en in de werking van het Laar. Ik raakte ook vaak in de war, want in mijn beleving botsten de ideeën van SFT vaak met de aanpak van HGD.

HGD staat voor een grondige probleemanalyse. De protocollaire toepassing ervan ervaarde ik vaak als tijdsintensief en eerder als een beknotting voor het autonoom handelen. Bij SFT leerde ik dat dit niet per sé nodig is om met een cliënt aan de slag te gaan; *"Of een hypothese correct is of niet, is niet het belangrijkste. De belangrijkste vraag is of ze nuttig is."* En nog; *"focus op de zaken die wel goed gaan, op de uitzonderingen, op de resources..."*

Zo doende moest ik niet lang nadenken over een onderwerp voor mijn eindwerk: Hoe kunnen we met ons team SFT verder implementeren in de werking van een OOOO, dat werkt volgens de principes van HGD? Waar ontmoeten HGD en SFT elkaar? HGD wordt OGHD: oplossingsgerichte, handelingsgerichte diagnostiek.

Dit eindwerk geeft een korte inleiding in de handelingsgerichte diagnostiek en biedt een weergave van hoe we met het team van het Laar aan de slag zijn gegaan met HGD en SFT.

2. Het Laar en de Patio, even voorstellen...

Begin jaren '80 werd Onthaal- en oriëntatiecentrum 't Laar opgericht door enkele ondernemende Brugse hulpverleners. In 't Laar konden tien jongens, tussen twaalf en achttien jaar, worden opgevangen. Zij verbleven er twee maanden. In die periode gingen de jongens niet naar huis of naar school. Er werd intern aan observatie en diagnostiek gedaan. Na twee maanden werd een advies gegeven aan de verwijzende instantie, meestal de jeugdrechtbank.

Ruim veertig jaar later is er veel veranderd in de hulpverlening en is er, anno 2024, ook veel veranderd in het Laar. Naast de aanmeldingen via de gemandateerde voorzieningen, zoals de jeugdrechtbank en het Ondersteuningscentrum Jeugdzorg, kunnen cliënten ook rechtstreeks in het Laar terecht met hun diagnostische vragen. Het zwaartepunt werd verlegd van het residentiële naar het ambulante werk. De context van de jongeren wordt maximaal betrokken. We roepen de hulp in van de ouders, familie, vrienden, school, hobbyclub of andere begeleidende diensten.

In het Laar is er plaats voor vijftien begeleidingen, elf ambulante en vier residentiële begeleidingen. Het Laar heeft ook een crisis-bed. Tegenwoordig wordt er veel meer vraag-gestuurd gewerkt en is het publiek of de begeleidingsperiode minder strak afgebakend. Afhankelijk van de hulpvraag gaan we samen met de cliënten aan de slag voor een periode variërend tussen één en vier maanden. Ambulant als het kan, residentieel als het moet. Het leeuwendeel van de aanmeldingen zijn nog steeds jongens tussen twaalf en achttien jaar. Al kunnen ze tegenwoordig ook wat jonger of ouder zijn. Jaarlijks worden ook een aantal meisjes ambulant begeleid, in samenspraak met De Zandberg uit Varsenare, OOOO voor meisjes.

Het Laar is een afdeling van vzw De Patio. Rond de millenniumwissel was het hulpverleningslandschap in verandering en voelden een aantal kleinschalige jeugdzorgvoorzieningen uit Brugge en ommeland de noodzaak tot het bundelen van hun krachten en knowhow. Deze vruchtbare samenwerking mondde in 2010 uit in een fusie.

De Patio biedt een ruim aanbod aan begeleidingsmodules; begeleidingstehuizen, dagcentrum, contextbegeleiding, HCA, kamertraining, CBAW, ondersteunende modules, opvang voor niet begeleide minderjarigen en een OOOO.

De verschillende afdelingen hebben een grote autonomie in de pedagogische werking, al houdt de Patio ook een algemene lijn aan qua visie. Op de website www.depatiovzw.be staat er: *"Betrokken en met kracht. Binnen de werking van de Patio willen we in de jeugdhulp een antwoord bieden aan de hulpvragen van jongeren en hun omgeving. We vertrekken daarbij vanuit de kracht van mensen."*

Ingegeven vanuit de positieve ervaringen die een aantal afdelingen reeds hadden met het Brugs Model en SFT, werd beslist om deze manier van werken zo ruim mogelijk binnen de werking van de Patio toe te passen. Regelmatig worden er in de Patio zogenaamde in house trainingen georganiseerd. Iedere pedagogische medewerker wordt verondersteld deze vierdaagse inleiding in de oplossingsgerichte begeleiding te volgen. Leefgroep-werkingen baseren zich ook op de theorieën van het positief leefklimaat en de nieuwe autoriteit.

In het Laar volgen de medewerkers, naast de training Brugs Model, ook een inleidende cursus handelingsgerichte diagnostiek, zoals voorgeschreven door de Federatie OOOO.

3. Handelingsgerichte diagnostiek (HGD)

3.1. Ontstaan, evolutie en visie

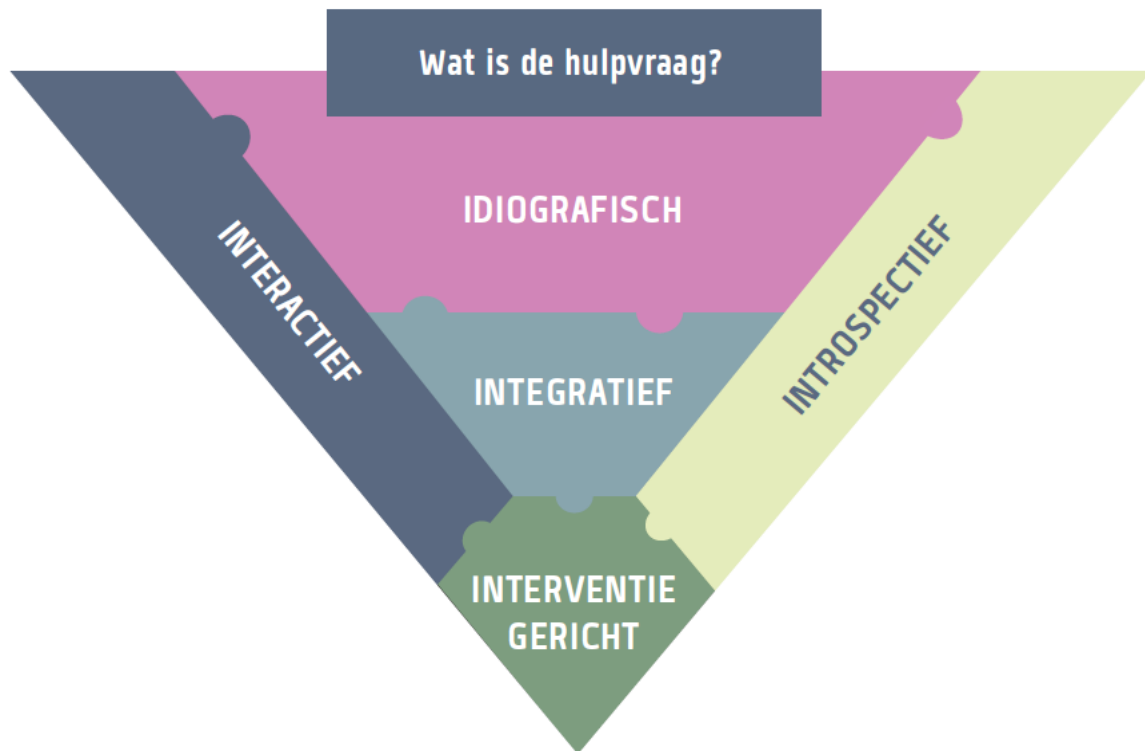
De Onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra zijn een belangrijke diagnostische module binnen de integrale jeugdhulp. Zij hebben een jarenlange expertise opgebouwd in het aanleveren van diagnostiek en advies betreffende de aangewezen hulpverlening in problematische leefsituaties. In het kader van de implementatie van de intersectorale toegangspoort integrale jeugdhulp en de erkenning van de intersectorale multidisciplinaire teams, de zogenaamde MDT's, besliste de federatie OOOO om een diagnostisch protocol te ontwikkelen voor de diagnostiek die door de OOOO wordt aangeleverd. Het protocol dateert van 2013 en is een weergave van de wijze waarop de OOOO hun diagnostisch proces vorm geven en vertrekt vanuit de concrete diagnostische praktijk in de OOOO. Deze is gekenmerkt als een handelingsgericht, interdisciplinair besluitvormingsproces. De OOOO kregen hierbij medewerking van Dokter Guy Bosmans, docent aan de faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen aan de K.U. Leuven. De wetenschappelijke onderbouw en theoretische uitwerking werd aangereikt door psychologe Noëlle Pameijer en gedragswetenschapper Nina Draaisma. Zij schreven het boek *'Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg, een kader voor besluitvorming'* (Pameijer & Draaisma, 2019).

Het protocol had de bedoeling om het wetenschappelijke karakter van de multidisciplinaire diagnostiek van de OOOO te verzekeren: "De kwaliteit van de diagnostiek wordt gewaarborgd door het doorlopen van een gesystematiseerd proces, door het formuleren van hypothesen op basis van een duidelijk en afgebakend theoretisch kader, door het uitvoeren van een wetenschappelijk goed onderbouwd diagnostisch onderzoek en door het integreren van deze gegevens tot een uitvoerbaar handelingsplan op maat van het individu en de gezinscontext," dixit de opstellers van het protocol. (FederatieOOO, 2013)

Het kwaliteitscentrum voor diagnostiek vzw, een initiatief van de Vlaamse overheid, stelde in 2020 richtlijnen op voor goede diagnostiek over de sectoren heen. Zij schuiven de HGD als goede praktijk naar voor. Zij werden gebundeld in de zogenaamde **AIRD**, de algemene intersectorale richtlijnen voor diagnostiek. Men is inmiddels afgestapt van de term 'diagnostisch protocol' omdat deze term de indruk kan wekken dwingend te zijn. In de lijn van de nationale en internationale bewegingen wordt er nu gesproken over een 'richtlijn.' De aanbevelingen zijn bedoeld om richting te geven aan de diagnostische praktijk en deze te ondersteunen. Het is echter niet verplicht deze toe te passen zodat dit het autonoom handelen niet in de weg staat. (Kwaliteitscentrumdiagnostiek, 2022)

Het zogenaamde **5 i-model** (Figuur 1) dat in deze richtlijn wordt voorgesteld is gebaseerd op **casusformulering**. Bij casusformulering wordt naast een grondige analyse van de hulpvraag gestreefd naar een gedeeld en theoretisch begrip over het ontstaan en in stand houden van de ervaren moeilijkheden om tot haalbare handelingsgerichte adviezen te komen. Volgens dit model is een goede casusformulering gefocust op:

- het unieke verhaal van een cliënt, in een unieke context, met een unieke hulpvraag (**idiografisch**)
- het formuleren van onderbouwde hypothesen over het ontstaan en in stand houden van moeilijkheden (**integratief**)
- het bepalen of hulpverlening nodig is en welke interventies aangewezen zijn (**interventiegericht**)
- het bekomen van een gedeeld begrip via interdisciplinaire dialoog en een co-constructief proces met de cliënt (**interactief**)
- een reflexieve praktijk met oog voor de kwaliteit van het diagnostisch proces (**introspectief**)



Figuur 1: 5i-model

3.2. Inhoudelijk kader

“Diagnostiek is een proces van gericht informatie verzamelen en analyseren met als doel het nemen van een onderbouwde en beste beslissing over de in te zetten hulp.” (Deno , 2005)

Iedere medewerker van een OOC dient rekening te houden met de complexiteit van de situatie. In de hulpverlening is er daarbij geen punt van waaruit men het geheel kan overzien. We gebruiken hierbij de metafoer van een doolhof. *Enkel door de gangen van een doolhof te doorwandelen kan men zich een beeld vormen van het doolhof en door systematisch en doordacht te werk te gaan de uitgang van het doolhof vinden.* Men bevindt zich echter in het doolhof en niet op een toren die het geheel overziet. Dit is een belangrijk onderscheid tussen wetenschap en hulpverlening. De wetenschapper zal trachten in zijn onderzoek alle factoren die een rol spelen in het fenomeen dat hij onderzoekt te kennen en te controleren met een onderzoeksmethode die de beste garanties biedt. Deze luxe heeft de hulpverlener niet. De hulpverlener zit in een complex doolhof en zal van binnenuit het doolhof leren kennen en samen met de cliënt de uitgang proberen te vinden. De hulpverlener zal hierbij systematisch en gestructureerd te werk gaan en technieken en hulpmiddelen gebruiken die helpen bij het stellen van een gefundeerde diagnose (Libbrecht, 2016).

3.2.1. Samenwerking met de cliënt, handelingsgerichte hulpvragen als uitgangspunt

De handelingsgerichte diagnostiek ontstaat vanuit een samenwerking met de jongere en zijn context. De info wordt verzameld met het oog een antwoord te bieden op volgende vragen :

- Wat is er aan de hand?
- Waarom is dit aan de hand?
- Wat kan er gedaan worden?

3.2.2. De verschillende fases

HGD is een hypothese-formulerend en hypothese-toetsend proces. Het is een wetenschappelijk verantwoord , gestructureerd , systematisch proces dat bestaat uit verschillende fases :

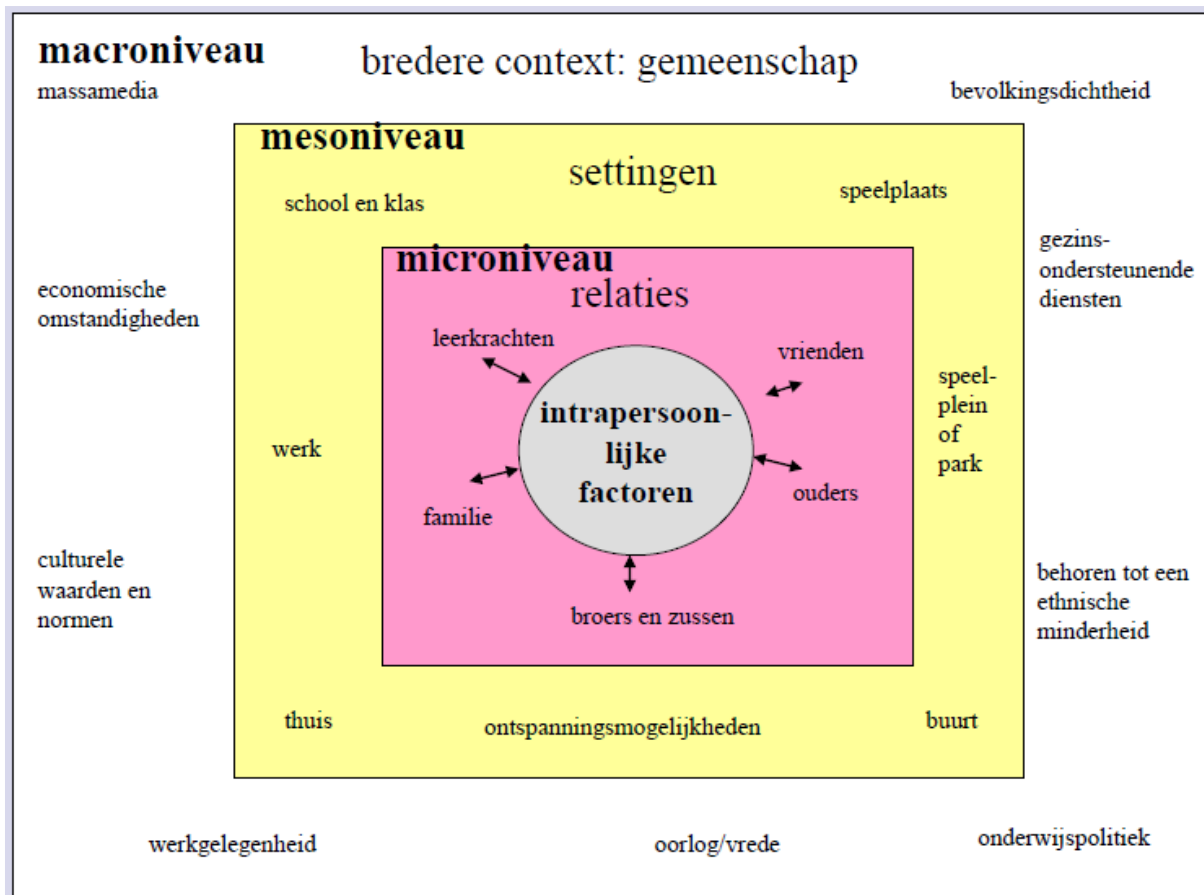
- De intakefase
- De strategiefase
- De onderzoeksfase
- De integratie- en indicatiefase
- De adviesfase en evaluatie

3.2.3. De drie denkmodellen van HGD

De info die de cliënt ons geeft wordt verzameld, geordend en geanalyseerd aan de hand van drie denkmodellen die in relatie staan tot elkaar:

- Het ecologisch model
- Het universele nodenmodel
- Het cognitieve schemamodel

Het **Ecologisch Model** (Figuur 2) ordent de cliënt- en omgevingskenmerken op micro (jongere en gezin), meso- (de directe omgeving van de cliënten) en macroniveau (de brede samenleving). De krachten krijgen een even grote plaats als de beperkingen.



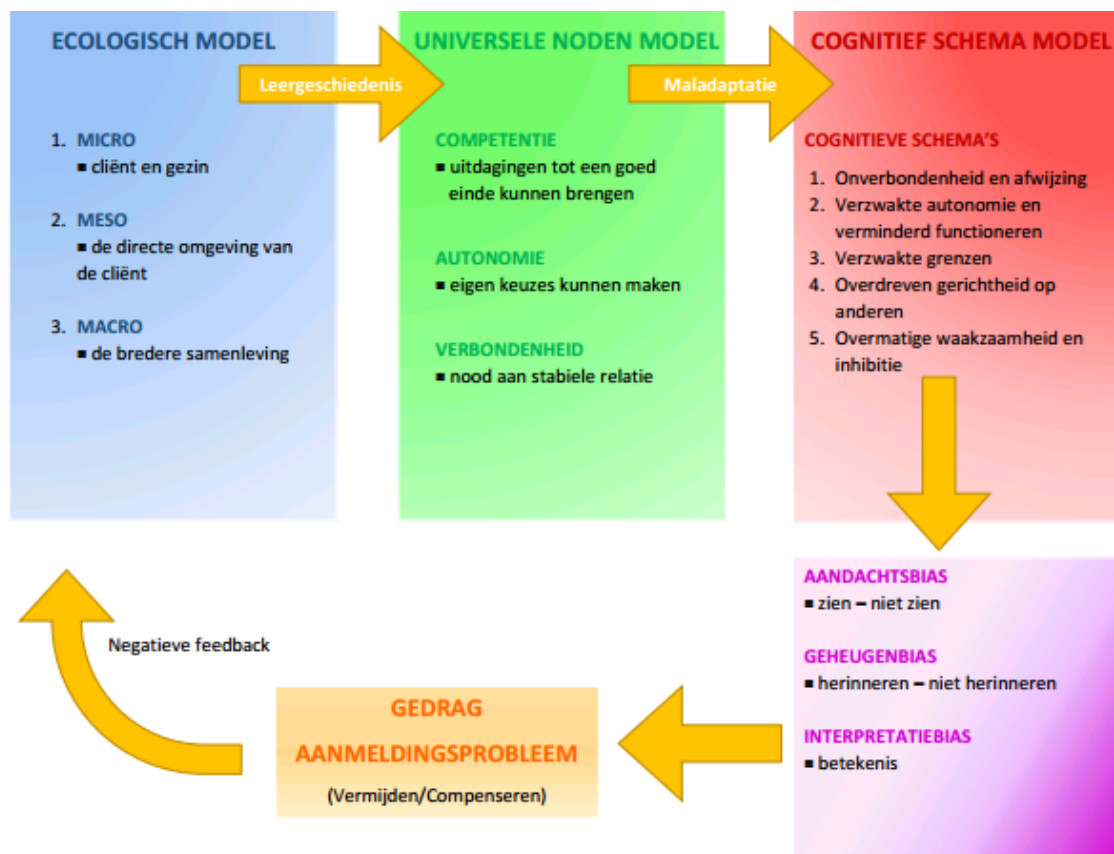
Figuur 2: Het Ecologisch model (FOOOC 2013)

De situatie heeft een positieve of negatieve invloed op de cliënt waardoor de behoeften van de cliënt worden voldaan of niet. Het **Universele Nodenmodel** helpt om op die vraag een antwoord te geven. De drie behoeften worden beantwoord of niet. Deze behoeften zijn:

- Verbondenheid
- Autonomie
- Competentie

Als aan de behoeften van de cliënt niet wordt voldaan zal hij zich aanpassen aan deze situatie door negatieve invloeden (in de vorm van bedreigingen) te vermijden of beperkingen (in de vorm van tekorten) te compenseren. Het resultaat van deze aanpassing kunnen emoties, cognities (gedachten) en gedragingen zijn die als afwijkend kunnen worden beschouwd. Het **Cognitieve schemamodel** tracht op niveau van de cliënt te achterhalen wat de emotionele, cognitieve en gedragsgevolgen zijn van de situatie van de cliënt en hoe deze al dan niet tegemoet komt aan de noden van de cliënt.

De drie denkmodellen kunnen samengevat worden in het onderstaande schema:



Figuur 3: HGD schema (FOOOC 2023)

4. Oplossingsgerichte therapie

Het is uiteraard niet mijn bedoeling om het volledige, omvangrijke gedachtengoed van de oplossingsgerichte therapie hier nog eens dunnetjes samen te vatten. Ik zal mij beperken tot de belangrijkste kapstokken, die ook mijn eigen handelen in de begeleidingen richting hebben gegeven.

4.1. De vier premisen

In het oplossingsgericht werken gelden **vier basisprincipes** (Le Fevere de Ten Hove, 2007):

1. Mensen hebben **zelfhelende krachten**

Iedereen bezit de mogelijkheid om haar of zijn problemen op te lossen. Toch blijven heel wat mensen vastzitten in hun problemen. Dit komt vaak omdat ze zich niet bewust zijn van hun eigen resources, hun eigen oplossingscapaciteiten.

Deze gedachtegang geeft de cliënt perspectief en zelfvertrouwen om zijn problemen aan te pakken en het neemt de begeleider, coach of therapeut een last van de schouders. Deze hoeft zo doende geen expert te zijn van de inhoud en kan zich optimaal concentreren op het proces. De begeleider is geen expert van de inhoud, wel expert in procesbegeleiding. Of anders gezegd; de therapeut is niet verantwoordelijk voor het probleem, wel verantwoordelijk voor de context die hij creëert waarin de cliënt met zijn probleem aan de slag gaat.

SFT kunnen we omschrijven als een procesmodel of metamodel. Het is niet verklarend of interpretatief. De inhoud wordt door de cliënt bepaald. Het proces wordt door de begeleider geleid, in samenwerking met de cliënt. Het is een co-constructie waarbij;

- de objectieven worden uitgeklaard tot haalbare, concrete doelstellingen,
- de eigen resources ontdekt worden, en die van het systeem waartoe men behoort,
- extra resources worden mee gegeven (suggesties) als de cliënt daar om vraagt.

Het is aan de begeleider om de cliënt de blik te laten verleggen of verruimen en zijn eigen resources te laten ontdekken, ingegeven vanuit het gezegde van Alfred Korzybski: *“the map is not the territory.”*

Dit gezegde kan ook begrepen worden vanuit het tweede en derde principe.

2. De **oorzaak** van de problemen **zegt vaak niets over de oplossing**

De oorzaak van problemen bij cliënten of in een team heeft vaak niets te maken met de oplossing. Soms komt het door externe factoren. Een grondige analyse van de problemen is niet altijd nodig om tot een oplossing te komen. Een bevrijdende gedachte. Het zoeken naar oorzaken van problemen en het grondig analyseren ervan is vaak een energievreter. Daar word je niet vrolijk van. Het zoeken naar uitzonderingen, “wanneer stelde het probleem zich niet? Hoe heb je dat gedaan?...”- geeft de cliënt en de begeleider energie.

Dit wil niet zeggen dat SFT de problemen uit de weg gaat, integendeel. Door uitgebreid naar het verhaal van de cliënt te luisteren, en daar horen ook de zorgen en de problemen bij, kunnen uitzonderingen en resources worden gevonden. Mede op die manier wordt tevens een context gecreëerd waarin de cliënt zich goed voelt om aan de slag te gaan (eerste premisse) en werk je als begeleider aan het verkrijgen van mandaat bij de cliënt om suggesties te doen (vierde premisse) . (Lefevere, 2022)

De oorzaak van de problemen kan in verband staan met de problemen. Een diagnose bijvoorbeeld. Hier is het zaak om dit gegeven niet statisch maar dynamisch te bekijken. Jongeren die bijvoorbeeld zeggen “ik ben een adhd’er,” vereenzelvigen zich met hun diagnose. Het werkwoord ‘zijn’ wordt zo doende het best zo veel mogelijk vermeden. Er wordt beter geopteerd voor dynamische werkwoorden. Oplossingsgerichte begeleiding is dan ook een kwestie van de juiste taal te hanteren.

3. De **mogelijkheid om keuzes te maken** is essentieel om zich goed te voelen

Iedereen heeft behoefte aan keuzevrijheid. Bij cliënten ontstaan er vaak problemen omdat ze niet meer kunnen kiezen. Ze zitten vast in rigide patronen van doen en denken die hen leed bezorgen. Ze hebben de indruk geen keuzes meer te kunnen maken of geen keuzes meer te hebben. Ze zien geen alternatieven meer. Als begeleider zomaar een suggestie doen is zelden nuttig. De verandering dient de keuze van de cliënt te zijn.

De begeleider creëert de context en helpt de cliënt bij het exploreren van “*the Map*”, van zijn kaart met mogelijkheden. De begeleider of coach helpt om het keuzepalet (opnieuw) zichtbaar te maken. De cliënt maakt de keuze.

4. Het verkregen **mandaat** bepaalt de mogelijke interventies

Het oplossingsgerichte werken steunt op de relatie met de cliënt, de therapeutische alliantie. Wanneer de hulpverlener de relatie goed inschat en zich bewust is van het mandaat dat hij van de cliënt verkrijgt, wordt er optimaal in de relatie geïnvesteerd. Daarnaast dient de hulpverlener voortdurend te blijven joinen, blijven werken aan de alliantie, aan de context, aan het mandaat. De interventies zijn aangepast aan het relatie-niveau waarin hulpverlener en cliënt zich bevinden op de Flow chart.

4.2. De Flow chart (Brugs model)

Het Korzybski instituut ontwikkelde een flow chart om de verschillende relatieniveaus aan te geven. Hierbij staan vier vragen centraal:

1. Is er een oplossing mogelijk?
2. Is er een hulpvraag?
3. Is het een werkbare hulpvraag?
4. Zijn er passende resources ?

Als er een positief antwoord is op de vraag kan er over gegaan worden naar het volgende relatieniveau. Bij ieder ontkennend antwoord is het nuttig om de interventies tot het huidige niveau te beperken (Van Dam, 2015).

HET BRUGS MODEL

OPLOSSINGSGERICHTE FLOWCHART



WWW.KORZYBSKI.BE

Figuur 3: De Flow-chart (Korzybski instituut 2023)

Probleem of beperking ?

Als er een oplossing mogelijk is spreken we over een probleem.

Beperkingen kunnen niet opgelost worden maar de cliënt kan er wel mee leren omgaan (bijvoorbeeld; dyslectie, autisme, een geamputeerd been, een overlijden van een naaste...)

De vrijblijvende relatie

De cliënt heeft op het eerste zicht geen hulpvraag, vindt dat een ander een probleem heeft of vindt dat hij een probleem heeft waar de begeleider hem niet bij kan helpen.

Als er een hulpvraag is kan er overgegaan worden naar het volgende relatieniveau. Als er geen hulpvraag is spreken we over een vrijblijvende relatie.

In deze relatie is er weinig mandaat voor suggesties, advies, begeleidende opdrachten. Er kunnen wel nuttige interventies worden gedaan, zoals luisteren en joinen, informatie geven, loyaliteit en intenties benoemen.

De zoekende relatie

Is er een werkbare hulpvraag? Als er een werkbare hulpvraag is kan er overgegaan worden naar het volgende relatieniveau. Als dat niet het geval is spreken we over de zoekende relatie.

Een werkbare hulpvraag beantwoordt aan de volgende criteria :

- Voldoende duidelijke doelstelling
- Voldoende bereidheid (motivatie) en geloof bij de cliënt om zelf oplossingen te vinden, te creëren
- het moet een (grote) inspanning vragen (zodat de cliënt des te meer kan bekrachtigd worden)

Positieve ondersteuning is van groot belang:

- complimenteren (voor de inspanningen, om vol te houden...)
- bekrachtigen van het zoeken naar oplossingen
- aandacht voor wat goed loopt
- positieve uitzonderingen zoeken
- hoop induceren (verandering is mogelijk)

Daarnaast is het belangrijk om werkbare doelen te stellen.

- Formuleer op positieve wijze wat je wil bereiken, via een gedetailleerd scenario (visualisatie)
- volgens het SMART principe (specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch, tijdgebonden)

Voorbeelden van nuttige technieken :

- observatie-opdrachten ("let op wat er goed gaat en zo moet blijven," of "wat gebeurt er als de uitzonderingen zich voordoen?")
- schaalvragen ; geven nuance, vertrouwen, hoop, wijzen op wat al goed loopt,

- de mirakelvraag : “tijdens je slaap gebeurt er een wonder. Plots wordt de gewenste situatie werkelijkheid. Hoe ziet die er uit? Wat doe je dan? “ of nog; “wanneer was het wonder al een beetje aanwezig?” (aanknopingspunt naar uitzonderingen)

De consulterende relatie

We weten aan wat we willen werken. We weten alleen niet hoe. In de consulterende relatie gaan we op zoek naar de resources van de cliënt ; “als iets niet werkt, doe iets anders” of “als iets werkt, doe er meer van, en leer het aan een ander.” Voorbeelden van een consulterende relatie ; de cliënt gebruikt zijn resources niet of onvoldoende, of hij vraagt extra tips om met de situatie om te gaan.

Op dit relatieniveau heeft de begeleider voldoende mandaat om uitgebreid suggesties te doen en doe-opdrachten aan te reiken. De suggesties (keuzes) steeds in match met de cliënt en aanvullend op de uitzonderingen en de zaken die de cliënt reeds doet. (gaande van uitzonderingen tot zelfs soms symptoomgedrag)

De expertrelatie

Op dit relatieniveau weet de cliënt waar hij naar toe wil , kan hij resources gebruiken, kent hij zijn eigen handleiding. Hier is de belangrijkste taak van de hulpverlener supporteren (“hoe heb je dat gedaan? Hoe kan je er meer van doen?”).

De Expertrelatie is ook een opportune relatie om preventie resources te installeren. (“ Met hetgeen je nu aan ervaring hebt, wat zijn de zaken waar je aan denkt dat je kan doen mocht je voelen dat het terug wat moeilijker gaat , of bij een tegenslag? Heb je die ergens genoteerd? herinner je ze zo? Staan ze in je gsm?” Of een doe-opdracht: “een brief voor regenachtige dagen”)

5. Oplossingsgerichte therapie ontmoet handelingsgerichte diagnostiek : Oefeningen in het OOC.

5.1. Doel van een diagnostisch traject

“Samen op zoek naar een haalbaar plan voor de toekomst” .

Bovenstaande zin is onze missie. We lieten ons hierbij onder andere inspireren door het oplossingsgerichte gedachtengoed. We maakten gebruik van dynamische werkwoorden. ‘samen’ staat voor ons geloof in de krachten van de cliënt. We spreken niet over een oplossing maar een realistisch of ‘haalbaar plan’, we leggen de lat op een haalbare hoogte voor de cliënt. Met ‘toekomst’ richten we de blik vooruit. We willen uitzicht bieden doorheen samen verworven inzichten.

We hebben deze zin ingekaderd en opgehangen in een aantal gespreksruimtes in huis.

Onderkende of verklarende diagnostiek is nooit een doel op zich maar staat in functie van een gedragen plan voor de toekomst: *“Of hypothesen waar zijn is irrelevant. Zijn ze nuttig? Ze zijn nuttig als blijkt dat je ze kan aanwenden voor een bruikbare strategie.”*

Doorheen de begeleiding ontstaan er veel hypothesen. Voor we er, samen met de cliënt, mee aan de slag gaan, gaan we na of het nuttig is om deze hypothese verder te verkennen. Veel meer dan vroeger, werken we nu vraag-gestuurd. We laten al eens boeiende inzichten onbewerkt, omdat de cliënt geen vragen heeft over dat levensdomein of omdat we ook niet direct een link zien met het domein waarop de hulpvraag zich situeert.

5.2. Intake en intakefase

Wanneer een jongere wordt opgenomen in het Laar plannen we vooraf een **intakegesprek**. We laten hem op een ongedwongen manier kennis maken met ons centrum. We geven een rondleiding en uitleg over onze werking. Dit klinkt op vandaag evident. Toch ligt de tijd dat jeugdrechters jongeren een verblijf in het Laar oplegden en zij vervolgens onmiddellijk werden opgenomen nog niet zo ver achter ons. We waren een van de eerste OOC , ongeveer vijf jaar geleden, die wilden gaan werken met een voorafgaandelijke kennismaking. We moesten ons best doen om jeugdrechters en consulenten te overtuigen. Nu zijn ook verwijzers overtuigd van het nut van deze werkwijze.

Een voorafgaandelijke kennismaking breekt het ijs en stelt de jongere op zijn gemak. Hij ziet dat het eigenlijk wel meevalt, die werking in het Laar, en neemt vervolgens meestal zelf de beslissing om opgenomen te worden.

Het doel van het intakegesprek is de mensen horen en erkennen. We proberen ons meerzijdig partijdig op te stellen en hoop te induceren.

Na het intakegesprek maken we een **handelingsplan** op. Daarin schrijven we neer hoe wij de aanmelding hebben begrepen. We leggen het handelingsplan ook voor aan de jongere en zijn ouders, zodat we zeker zijn dat we de wederzijdse vragen en verwachtingen goed hebben begrepen. We stellen het handelingsplan op aan de hand van volgende vragen aan de jongere, zijn ouders en de aanmeldende dienst:

- Wat zijn de bezorgdheden ?
- Wat werkt er al, wil je behouden?
- Wat zijn de verwachtingen?

We letten er op dat het handelingsplan geen opsomming is van alleen maar problemen bij de aanmelding. We hebben aandacht voor de krachten, de uitzonderingen, de zaken waar de cliënten tevreden over zijn. We gebruiken de taal van de mensen en proberen vakjargon zo veel mogelijk te beperken. Het handelingsplan moet erkenning geven en de opstart zijn van een gezamenlijk engagement. We vragen op die manier mandaat om samen aan de slag te gaan. We maken een overzicht van de acties die ondernomen zullen worden op de verschillende leefdomeinen, zoals persoonlijkheid, context, vrije tijd, school.

Het handelingsplan is een dynamisch werkdocument. Het biedt een leidraad en is een toetssteen doorheen de begeleiding. We nemen het vaak ter hand in de teamvergaderingen en ter voorbereiding van een gesprek. We gaan na bij de cliënt of de hulpvragen van bij de start nog actueel zijn of waar ze zich op heden situeren.

Bij iedere begeleiding wordt een zogenaamd (multidisciplinair) **miniteam** samengesteld dat bestaat uit een psycholoog, contextbegeleider en een individuele begeleider (I.B.). We willen transparant en interdisciplinair te werk gaan. We beschouwen de cliënt als een extra discipline, als expert in zijn situatie.

We plannen wekelijks een gesprek met de jongere en zijn ouders of context. Dat kan individueel zijn of een gezinsgesprek. Bij de intake en de eindbespreking zitten we allen samen rond de tafel ; jongere, ouders, aanmelder en miniteam.

We maakten een **checklist** met mogelijke insteken en vragen tijdens het intakegesprek of de eerstvolgende gesprekken in de intakefase. Uiteraard kunnen deze vragen ook worden gesteld of herhaald in de strategie of onderzoeksfase. We letten er op dat onze vragen dynamisch geformuleerd zijn, 'doen' in plaats van 'zijn'. De checklist is een leidraad met suggesties. Niet alle vragen moeten afgevinkt zijn.

- Voorstelling van wie we zijn.
- Mensen bedanken om er te zijn, om mee rond de tafel te zitten.
- Geruststelling over het groot aantal mensen rond de tafel (psycholoog, contextbegeleider, individuele begeleider in de leefgroep, soms ook het afdelingshoofd)
- Wie zijn jullie en wat brengt jullie hier ?
- Gewenste situatie duidelijk krijgen :
- Mirakelvraag : *"we gaan een periode samen op weg, aan wat zal je merken na die periode dat er stappen vooruit gezet zijn ? "* (elk deel van systeem laten beantwoorden, jongere eerst aan het woord laten)
- Wat is haalbaar binnen een vooropgestelde periode van 3 a 4 maanden ?
- Wat moet gebeuren om voldoende tevreden te zijn ?
- Waar moeten we rekening mee houden om jouw verblijf zo goed mogelijk te laten verlopen ?
- Wanneer hebben de problemen zich voor de eerste maal gemanifesteerd en hoe lang doen ze zich al voor?
- Wanneer loopt het moeilijk ? Hoe frequent komen deze problemen voor? Hoe stoppen ze dan ? wie zorgt daar dan voor ? hoe ziet het er dan uit als de problemen zich niet voordoen ?
- Indien sprake van onveiligheid : duidelijke beschrijving van gebeurde feiten en duidelijke beschrijving van bezorgdheid omtrent dreigend gevaar naar de toekomst als niks verandert. Schaalvraag : 0 is onrustwekkend, niet veilig om thuis te zijn en 10 is situatie waarbij gezin verder kan. Waar staan jullie nu,

welk cijfer geef je ? wat zit er in jouw cijfer, wat zit goed ? wat wil je zien om een hoger cijfer te kunnen geven?

- Welke betekenis geven de cliënten aan de problemen en wat is de reden? Wat maakt dat ze zo reageren? Hoe helpt hen dat?
- Welke positieve elementen zijn aanwezig? Wat loopt goed? Wanneer doet het probleem zich niet voor?
- Wat hebben jullie al geprobeerd of gedaan om de leefsituatie te verbeteren? Wat werkte ?
- Wat maakt dat jullie de kracht vonden om hier vandaag aan tafel te zitten ?
- Wie maakt deel uit van het gezin ? Wie moet volgens jullie betrokken worden?
- Wat deed jou kiezen voor die school ? wat interesseert jou het meest ? met wie kan je goed praten op school ?
- Wat vind je belangrijk te kunnen doen in jouw vrije tijd ? (toont existentiële keuzes die jongere al kan maken, welke programma's kijkt de jongere, welke spellen speelt hij, ...)

5.3. Strategie- en onderzoeksfase

Tijdens de eerste weken van de begeleiding pogen we zo veel mogelijk informatie te verzamelen over de situatie. Het miniteam komt na ongeveer twee weken een eerste keer samen en legt de info vanuit alle disciplines en gesprekken samen.

De eerste hypothesen worden geformuleerd. We willen hierbij de kijk voldoende breed houden, zonder echter verloren te lopen in de veelheid van hypothesen. We gaan voor bruikbare, nuttige en een beperkt aantal hypothesen, in overleg met cliënt gemaakt en in de taal van de cliënt. We formuleren de hypothesen op zo concreet mogelijk gedragsniveau. Ze moeten nuttig zijn, bruikbaar in een strategie voor verbetering in de situatie van de cliënt.

We proberen om 'zijn-taal' ("ik ben bipolair" bijvoorbeeld) te vermijden zodat de cliënt zich niet kan vereenzelvigen met zijn probleem. We pogen taal te gebruiken die ruimte laat voor verandering. We gebruiken dynamische werkwoorden, zoals 'doen' in plaats van zijn.

We beperken de lineaire veronderstellingen en pogen onze hypothesen circulair en allo centrisch te formuleren (bijvoorbeeld: "de jongere liep weg van huis om moeder te ontlasten van nog meer problemen"). We zoeken naar de onderlinge loyaliteiten.

We houden rekening met de ecologie van het systeem. Welke impact hebben mogelijke (oplossings)hypothesen op de andere familieleden en omgeving?

Het symptoom als oplossingspoging of best mogelijke oplossing momenteel (bijvoorbeeld: "Op welke manier helpt de cannabis?").

Onze hypothesen worden transparant besproken met de cliënten. Hypothesen worden bij voorkeur gemaakt met de cliënt in plaats van over de cliënt, het belangrijke adagium in gedachten: *"never assume anything about anybody."*

5.3.1. Aan de slag met hulpvragen

Onze basishouding is er een van authenticiteit, geloof in de krachten van de cliënt en geloof dat zij hun situatie ten goede kunnen veranderen. We zijn aanklappend, houden de regie mee in handen, zonder het werk van de cliënt over te nemen. We pogen de best mogelijke context te creëren waarin de cliënt aan zijn situatie kan werken en mandaat te verkrijgen om in open dialoog te werken.

“Inzicht in functie van uitzicht.” We gaan op zoek naar de functie en het nut van bepaalde gedragingen (“Hoe helpen ze?”) en zoeken met de cliënten naar passende resources en hulpbronnen (zicht op uitzonderingen, “hoe doe je dat?”). Zicht op bepaalde patronen kunnen er enkel komen via gesprekken en samenwerken met de cliënten.

We hebben hierbij aandacht voor permanente cliëntfeedback (“wat vond je goed aan het gesprek, wat neem je mee?”). We willen zo geloof tonen in de competentie van de cliënt om mee zijn proces in handen te nemen. We beschouwen de cliënt als co -expert en ervaringsdeskundige.

5.3.2. Het Ecologisch model

We ordenen de feiten in het **ecologisch model** (cfr. 3.2.2.). We hebben hierbij aandacht voor de kwetsbaarheden en de krachten, de problemen en beperkingen, faciliterende en complicerende factoren op de verschillende niveaus.

- Op het niveau van de jongere (lichamelijke, functionele, cognitieve, emotionele, sociale, specifieke en persoonsontwikkeling, gedrags- en relatie patroon)
- Op het niveau van de sociale context (momentane gezinskenmerken: huisvesting, financiële situatie, kinderlast; functioneren en persoonlijkheidskenmerken ouders, partnerrelatie, opvoedingsvaardigheden en –stijl van de ouders, belangrijke gebeurtenissen, belangrijke gezinsthema’s, intergenerationele factoren, ...)
- Op het niveau van de bredere context (context van de school, de arbeidssituatie, de vrije tijd, de hulpverlening)
- Op het niveau van de samenleving (bijvoorbeeld kans armoede, waarden en normen, religieuze context)

Naast het ecologisch model gebruiken we nog andere manieren om de het systeem in kaart te brengen. We doen dit ook met een **tijdslijn** en met een **genogram**. Ook hier streven we er naar om dit dynamisch en oplossingsgericht te doen. We pogen dit zo breed mogelijk op te stellen. Naast gezin en familie polsen we ook naar de vrienden en belangrijke andere steunfiguren. We gaan na hoe ze elkaar steunen. Zo kunnen cliënten ervaren wie er voor hen is en voor wie zij er zijn: “Naar wie kijk je op, aan wie heb je mooie herinneringen, wie kan je steunen? Bij wie durf je de huissleutel achterlaten?...”

Recent oefenen we ook, in situaties waarin we ons zorgen maken over de veiligheid, met de ideeën en de schema’s van **Signs of Safety** (SOS) en **Partnering for Safety**. Ook hier is het zaak om evenwichtig en afwisselend de zorgen en de krachten te brengen , zodat de cliënt niet afhaakt.

5.3.3. Het universele noden model

Vanuit het **universele nodenmodel** of de **zelfdeterminatietheorie** wordt gesteld dat aan de drie basisbehoeften - autonomie, competentie en verbondenheid- voldaan moet worden om een optimale functionering, groei en welbevinden van een persoon toe te staan (cfr. 3.2.2.). Wanneer een behoefte wordt bevredigd is er sprake van adaptief functioneren. Wanneer een behoefte niet wordt voldaan kan er sprake zijn van mal adaptief functioneren.

We willen in de begeleiding de focus op tekorten verleggen naar de focus op de zogenaamde uitzonderingen. Van focus op problemen naar focus op krachten en resources. Ook in de algemene intersectorale richtlijnen voor diagnostiek (cfr.3.1.) heeft men hiervoor oog. Men spreekt over **casusformulering**. Binnen casusformulering verschuift de aandacht van een probleem-georiënteerd, expert-gedreven model naar een persoon-georiënteerd perspectief waarin de ervaring, beleving,

sterktes en ruimere context van de cliënt worden meegenomen. Door het perspectief en de stem van de cliënt een centrale plaats te geven in het diagnostisch proces, wordt gekomen tot een gedeeld begrip van de situatie en kunnen haalbare doelen en aangepaste interventies worden geformuleerd.

We stellen aan de cliënt de vraag: Wanneer en hoe werd en wordt wel voldaan aan de noden autonomie, competentie en verbondenheid?

Bij deze denkoefeningen met de cliënt maken we ook gebruik van **schaalvragen**.

5.3.4. Cognitieve schema's :

We willen op onze hoede zijn voor hokjes-denken en het strakke keurslijf van het **cognitieve schemamodel** (cfr. 3.2.2. en schema). Er zijn evenveel schema's als er individuen zijn.

We brengen de situatie in kaart en hebben daarbij oog voor de problemen, beperkingen en ook de uitzonderingen en de krachten.

Via de oplossingsgerichte basishouding 'leer' je mensen met een andere bril te kijken, je 'leert' hen als het ware een andere 'bias' aan (bijvoorbeeld door de cliënt terug te laten kijken naar positieve herinneringen).

5.4. De integratie- en indicatiefase:

We maken een **Integratief beeld** op. We bewaken hierbij dat dit geen opsomming is van vicieuze cirkels waarin men vast zit. We proberen geen statisch beeld te schetsen, eerder een dynamisch en evolutief beeld. We hebben hierbij ook aandacht voor procesdiagnose. We benadrukken de sterktes zonder de problemen te negeren. De hulpvragen zijn immers gestoeld op de problemen en cliënten willen antwoorden op de problemen die ze aanbrengen.

De cliënten zijn mede-eigenaar van hun integratief beeld en het haalbaar plan voor de toekomst (cfr. 5.1.). We willen op die manier erkenning en begrip geven en de cliënten activeren om actief mee na te denken. We gebruiken ook liever het woord 'plan' dan 'advies'. Op die manier willen we de cliënten in de rol van co-experten bekrachtigen. We stellen het integratief beeld op in de taal van de cliënten.

We zien symptomen (zoals bijvoorbeeld compenseren of vermijding) als oplossingspoging, een manier van de cliënt om met de problemen om te gaan. Ongewenste gewoontes brengen naast last ook winst. We willen de voordelen van het symptoomgedrag voldoende erkennen en proberen met cliënt te vatten hoe men toch in moeilijkheden gekomen is hiermee. Hoe kan de cliënt de positieve doelen op een andere manier bereiken, via alternatieve coping? "Hoe kan je bereiken wat je belangrijk vindt zonder in de moeilijkheden te geraken?" We willen evolueren van "dit is nog tekort" naar "dit is er al en wat is er nog nodig" (cfr. de universele noden en de casusformulering).

5.5. De adviesfase en evaluatie

We streven naar een begeleidingsperiode van minimaal een maand en maximaal vier maanden. Soms is deze periode langer, bijvoorbeeld omdat de voorgestelde verwachtingen nog niet zijn bereikt of omdat een jongere die in het Laar verblijft nog niet kan overstappen naar een ander verblijf.

Jongeren die in het Laar hebben verbleven krijgen een afscheidsdrink. Zij krijgen ook een afscheidscadeautje in de vorm van een 'terugblik'. Letterlijk te nemen: een blikje met daarin een briefje van elke medewerker waarin staat wat positief is bij gebleven en ook een suggestie voor de toekomst.

We stoppen er ook de rest van het zakgeld of een snoepje in of een polaroid foto van tijdens het verblijf. Er zit ook een symbolische 'tegoedbon voor gesprek' in waarmee we willen zeggen dat de deur blijft open staan voor hen. De jongere maakt ook een visuele impressie van zijn verblijf op een kleine canvas, die dan bij de canvassen van de andere jongeren wordt geplaatst op de muur in de living.

We beëindigen de samenwerking met de cliënten met een eindbespreking en maken ook een verslag op.

5.5.1. Eindbespreking

We plannen de eindbespreking in de laatste weken van de samenwerking. De eindbespreking is niet altijd het laatste gesprek. Op de eindbespreking blikken we met de jongere, zijn ouders en eventueel ook de aanmelder, terug op de samenwerking, en we kijken ook vooruit. We geven conclusies en suggesties voor eventuele vervolg hulpverlening. Deze zijn vooraf al uitgebreid besproken met de jongere en zijn ouders. Vroeger lag de nadruk van de eindbespreking op info-overdracht en advies. Tegenwoordig ligt de nadruk op dialoog en bevestiging van de krachten en de motivatie van de cliënt. Het is de bedoeling om op de eindbespreking alle neuzen in dezelfde richting te hebben en engagementen uit te spreken voor de toekomst, over het samen leven thuis en eventueel in de vorm van een akkoord over vervolg hulpverlening.

5.5.2. Verslaggeving

Op het einde van de begeleiding wordt een zogenaamd oriëntatieverslag opgemaakt. We pogen de verslagen te schrijven in duidelijke taal en heldere antwoorden te formuleren op de vragen van de jongere, ouders en aanmelder.

5.5.3. Evaluatie

Doorheen de contacten met de cliënten vragen we vaak mondelinge feedback. We polsen of een gesprek of een suggestie of tussenkomst nuttig was, we polsen of onze hypothesen nuttig zijn...

Op het einde van de samenwerking doen we dat ook formeel. Jongere en ouders kunnen een digitale tevredenheidsvragenlijst invullen. Daarnaast leggen we de jongere en de ouders bij begin en einde van de samenwerking ook een drie schaalvragen voor :

- (bij de start) In welke mate is er een plan voor de toekomst bij de start van de begeleiding?
- (bij de afronding) In welke mate is er een plan voor de toekomst bij de afronding van de begeleiding?
- (bij de afronding) In welke mate schrijf je de eventuele verandering in cijfer toe aan de tussenkomst van het Laar?

6. Slotwoord

Zowat tien jaar geleden volgde ik de vierdaagse opleiding handelingsgerichte diagnostiek. Ik was op dat moment geen fan van het denkmodel. Ik had het gevoel dat er onevenredig veel tijd in de hypothesevorming werd geïnvesteerd en dat er te veel in hokjes werd gedacht. Het denkmodel voelde bij mij zwaarmoedig aan.

Toen ik enkele jaren later de opleiding aan het Korzybski-instituut aanvatte, zag ik in eerste instantie vooral de verschillen tussen de twee denkmodellen en begon ik te twijfelen aan mijn manier van begeleiden: “Welk nut hebben hypothesen en diagnoses?”

Samen met de collega's gingen we de uitdaging aan om te gaan zoeken naar de verbindingspunten tussen handelingsgerichte diagnostiek en oplossingsgericht werken. We kwamen tot de vaststelling dat beide denkmodellen zeker met elkaar te verenigen zijn. Het heeft er toe geleid dat ik persoonlijk ook de handelingsgerichte diagnostiek meer ben gaan appreciëren. Door met een oplossingsgerichte bril aan handelingsgerichte diagnostiek te gaan doen kan ik nu de sterktes van beide denkmodellen ten volle naar waarde schatten.

We kunnen in het Laar spreken van een “Work in Progress”. We zijn voortdurend op zoek naar manieren om handelingsgerichte diagnostiek en oplossingsgericht werken verder in onze werking te implementeren. We blijven onze werking kritisch bekijken, in samenspraak met de cliënten. En als dat nodig is durven we die grondig te veranderen. We blijven ook investeren in vorming en opleiding. Ook de bedenkers van de denkmodellen doen immers geregeld aan introspectie en verfijning van hun denkmodellen.

De wereld van de hulpverlening is ook voortdurend in beweging. De problemen die de cliënten ons voorschotelen zijn uitdagend en dan spreken we nog niet over de vele veranderingen, nieuwe projecten, schaarste van personeel en middelen...

Solide denkkaders vormen dan een stevige houvast.

Dankjewel !

Ter afronding van dit eindwerk is een woord van dank op zijn plaats.

Ik bedank vzw De Patio om te kiezen voor de oplossingsgerichte therapie als een van de pedagogische leidraden van hun werking, in woord en daad. Zij investeren in opleiding en intervisie en gaven mij de mogelijkheid om de vierjarige opleiding tot oplossingsgericht psychotherapeut te volgen.

Ik bedank ook mijn gedreven collega's om geduldig naar mijn ervaringen uit de opleiding te luisteren en mee te werken aan de implementatie van het oplossingsgericht denkmodel in onze werking.

Voor twee personen een bijzonder woord van dank;

Sébastien Vernieuwe is docent aan het Korzybski-instituut en stafmedewerker in de Patio. Hij houdt iedereen in de Patio enthousiast voor het oplossingsgericht werken, door interne opleidingen te organiseren en ook in de praktijk mee na te denken, door zijn 'Korzybski-bril', in complexe situaties. Met enkele intensieve brainstormsessies was hij een grote hulp in onze poging om de beide denkmodellen, SFT en HGD, met elkaar te verenigen.

Vanessa Hoste is in het Laar coördinator hulptrajecten en kwaliteitscoördinator. Steeds weer slaagt zij er in om vanuit goed onderbouwde denkkaders haar collega's intellectueel te prikkelen. Zij heeft ook de gave om de vele creatieve ideeën van ons team te ordenen en te verwoorden in duidelijke actieplannen.

Een dikke merci, Vanessa en Sébastien. Jullie bijdrage maakte het schrijven van dit eindwerk een stuk makkelijker.

Bronnen:

Federatie OOC. (2013). *Protocol Handelingsgerichte diagnostiek in de Onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra*.

Kwaliteitscentrum diagnostiek. (2022). *Algemene intersectorale richtlijnen diagnostiek*.

Le Fevere de Ten Hove Myriam (2007). *Korte therapie*. Garant.

Isebaert Luc & Lefevere Geert (2022). *De therapeutische alliantie*. Lannoo.

Libbrecht Bart (2016). Onderbouwde diagnoses stellen en adviezen geven in complexe probleemsituaties. Informant

Pameijer Noëlle & Draaisma Nina (2019). *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg*. Acco.

Van Dam Chris (2015). *Coachen naar verandering*. Intersentia.

Het Laar (2022), Eerste aanzet oplossingsgerichte, handelingsgerichte diagnostiek, intern document
www.depatiovw.be