

## 2.5 Onderzoek naar de kwaliteit van diagnostiek in de praktijk

Een *consistente en stap voor stap werkwijze* ontbreekt in veel gevallen. Geregeld formuleert de diagnost direct vanuit de vraag een advies zonder de vragen eerst te verkennen: eerst doen, dan denken (i.p.v. omgekeerd). Diagnostische hypothesen worden lang niet altijd expliciet geformuleerd en correct getoetst. Gebrekkige betrouwbaarheid en validiteit van onderzoeksmiddelen en ongeschikte normen doen eveneens afbreuk aan de kwaliteit van diagnostische uitspraken.

Diagnosticen zien voor de hand liggende diagnoses en interventies soms over het hoofd. Enerzijds baseren ze hun besluitvorming onvoldoende op de beschikbare gegevens, anderzijds verzamelen ze veel meer gegevens dan nodig om een beslissing te nemen. Het *ontbreken van systematiek* kan tot willekeur en subjectiviteit leiden. Door gebrek aan objectieve criteria geven verschillende diagnosten uiteenlopende diagnoses en adviezen bij dezelfde leerling. Het besluitvormingsproces is ook vaak onvoldoende geëxpliciteerd en daardoor niet transparant: noch voor collega's, noch voor leerlingen, leraren en ouders is inzichtelijk hoe de diagnost tot zijn diagnose en advies is gekomen. Welke mogelijkheden heeft hij overwogen, waarom en hoe? Het is vaak niet helder voor de direct betrokkenen.

*Het besluitvormingsproces verloopt dus zelden systematisch en transparant.* Onderzoek van de laatste tien jaar laat zien dat de koppeling tussen hulpvraag, diagnose en advies over het algemeen op irrationele of oneigenlijke gronden gebaseerd is (Van Yperen, 2007). Veelal blijft het beslissingsproces onder het mom van 'intuïtie' of 'inzicht' impliciet en onuitgesproken. Betrokkenen, en soms ook de diagnost zelf, weet vaak niet welke voorkeuren en gegevens uiteindelijk een rol hebben gespeeld bij het nemen van de beslissingen. Naarmate de problematiek ernstiger en complexer is, lijkt de irrationele component in de besluitvorming toe te nemen. Beslissingen over ingrijpende maatregelen, zoals een verwijzing naar een speciale onderwijssetting of uithuisplaatsing, zijn hier voorbeelden van.

Bovendien is een diagnost, net als ieder redenerend mens, vatbaar voor *foutenbronnen en valkuilen in de oordeelsvorming*, omdat zijn geheugen- en informatieverwerkingscapaciteit beperkt is (Witteman e.a., 2014). Dit kan tot fouten in diagnostische besluitvorming leiden. Zo blijken diagnosten vast te houden aan de juistheid van hun eerste indruk en eigen mening, ondanks informatie die deze tegenspreekt ('tunnelvisie'). Zij bevoordelen informatie die zij het eerst verkregen boven informatie die later in het diagnostisch proces naar voren komt. Ze zoeken vaak onbewust uitsluitend naar informatie die consistent is met hun vermoeden, waardoor ze hun eigen opvatting steeds weer bevestigen en zich ten onrechte zeker voelen over oordeel ('overconfidentie'). Daarom zien sommige diagnosten vrijwel in iedere casus hun stokpaardjes wat betreft de diagnose en het advies. Ervaren diagnosten blijken veel

informatie willekeurig en routinematig in te winnen, zonder dat ze daarvoor een expliciete reden hebben. Veel van deze informatie wordt niet benut in de onderwijspraktijk. Ook multidisciplinaire teams verzamelen teveel informatie, zonder na te gaan welke invloed deze informatie op de besluitvorming kan hebben. Na een vergadering beoordelen deelnemers de meerderheid van de besproken gegevens dan ook als irrelevant voor de besluitvorming (Ysseldyke, Algozzine & Thurlow, 2000).

*Diagnostiek is nog steeds vooral gericht op problematische leerling-kenmerken en veel minder op de context waarin de problemen zich voordoen en opgelost moeten worden: de onderwijsleersituatie* (Koomen & Pameijer, 2007). Een gevolg hiervan is dat het vaak niet lukt om concrete en in de groep uitvoerbare adviezen te formuleren. Diagnostiek heeft dus *te weinig aandacht voor de omgeving*: onderwijs, opvoeding, vrije tijd en sociale context. Hierdoor ontbreken concrete adviezen, afgestemd op en uitvoerbaar in een specifieke situatie. Het transactionele kader, met aandacht voor risico- en beschermende factoren van kind/jongere én omgeving, komt onvoldoende tot zijn recht in de diagnostiek en advisering (Prins & Braet, 2014). En van een inhoudelijk integrale indicatiestelling blijkt zelden sprake (Van Yperen, 2007). Onbekendheid met het onderwijs, de gehanteerde methoden en het klassenmanagement werken dit in de hand. Evenals het louter en alleen onderzoeken van de leerling in een kamer buiten de klas (i.p.v. de leerling en de onderwijsleersituatie te observeren, par. 6.4). Ook het gegeven dat niet alle diagnosten op de hoogte zijn van beschikbare effectieve interventies speelt hierbij een rol (par. 7.5). Adviezen bestaan uit ‘versplinterde’ aanbevelingen wanneer de diagnost iedere ‘tekortkoming’ van de leerling vertaalt in een apart aandachtspunt. Leraren hebben echter juist behoefte aan een geïntegreerde aanpak die past bij zijn manier van werken (zoals klassenmanagement). Ook voor de leerling zelf zijn dergelijke ‘losse’ adviezen weinig betekenisvol. Terwijl het juist belangrijk is dat de maatregelen ook betekenis hebben voor de leerling, want daarmee raakt het actief betrokken bij zijn eigen leerproces: de doelen en de weg daarnaar toe (Hattie, 2013).

Een ander kritiekpunt betreft dan ook de *samenwerking* tussen diagnost, school, ouders en kind/jongere. Ondanks alle goede bedoelingen blijkt het *diagnostisch proces nog lang niet altijd afgestemd te zijn op hun vragen*. Soms worden deze vragen zelfs geheel uit het oog verloren. Leerlingen, scholen en ouders krijgen dan een *antwoord op niet-gestelde vragen en geen antwoord op gestelde vragen*.

De daadwerkelijke participatie van *leerlingen, ouders, leraren en andere onderwijsprofessionals* is tijdens het diagnostisch proces dikwijls onvoldoende. Zij fungeren vooral als (passieve) ‘informatiebron en subject van observatie’ in plaats van als (actieve) ‘mede-onderzoeker’. Het doel van de diagnost verschilt daardoor dikwijls van hun hulpvragen, ideeën en motieven. Diagnosten en leraren hanteren vaak een *verschillend referentiekader* waarmee zij hun kennis en ervaring ten aanzien van een leerling verwoorden. Zij hanteren andere termen voor hetzelfde probleemgedrag en de verklaringen en oplossingen hiervoor. Dit verschil is op zich

logisch, elke professional heeft immers zijn eigen jargon, maar het kan de communicatie en samenwerking aanzienlijk belemmeren. Hetzelfde geldt voor de communicatie met ouders en leerlingen. Ouders (leerlingen) die vanuit een geheel ander referentiekader naar hun kind (de situatie) kijken dan de diagnost, zullen zijn diagnose hoogstwaarschijnlijk niet herkennen en moeilijk accepteren. Tenslotte, diagnostische verslagen kunnen beter afgestemd worden op het referentiekader van een specifieke leerling, leraar en ouder, zodat de informatie aansluit bij hun opvattingen en meer voor hen gaat betekenen. Het is de verantwoordelijkheid van de diagnost om zijn vaktaal/jargon betekenisvol te maken voor deze leerling, deze leraar en deze ouders.

*De behoeften van betrokkenen, hoe zij met problemen omgaan en hun beleving van eerdere hulp komen onvoldoende tot hun recht* in de diagnostiek. Leerlingen, leraren en ouders die vanuit een ander kader naar hun kind kijken dan de diagnosticus, zullen diens advies hoogstwaarschijnlijk niet herkennen, noch accepteren. De kans dat zij zich er gemotiveerd voor in zullen zetten is dan ook gering. Ook al zijn cliënten redelijk tevreden over diagnostiek, de kwaliteit ervan vertoont nog belangrijke lacunes (Van Yperen, 2007). Zo ontbreekt de visie van het kind/de jongere, ouders, leraren en andere onderwijsprofessionals op de problematiek nogal eens. Ook hun inspraak bij het formuleren van de doelen en de gewenste ondersteuning laat te wensen over. Een beargumenteerde relatie tussen probleemgedrag, mogelijke verklaringen en oplossingen ontbreekt eveneens. Daardoor blijft vaak onduidelijk waarom een bepaalde interventie nodig is.

Diagnostiek is tot slot vaak *onvoldoende doelgericht*. Men verzamelt routinematig veel informatie, die uiteindelijk niet gebruikt wordt bij het beantwoorden van vragen of nemen van beslissingen. Informatie uitgewisseld in teambesprekingen blijkt bijvoorbeeld weinig samen te hangen met de uiteindelijke beslissing over diagnose en advies. Dossiers en verslagen bevatten vaak een indrukwekkende hoeveelheid informatie. ‘Hoe meer hoe beter’ lijkt de gedachte. De genomen besluiten, de argumenten voor en tegen en de afwegingen die gemaakt zijn, ontbreken echter meestal.