

---

# Aantekeningenbundel te gebruiken bij het onderdeel diagnostiek van Grondslagen psychologische diagnostiek en testtheorie.

## College: Inleiding diagnostiek

Mensen zijn van nature niet goed in diagnosticeren, daarom is het belangrijk om dit te leren

Kern van diagnostiek:

1. Er is een eenduidige vraag aanwezig.
2. Er wordt gebruik gemaakt van heldere concepten en criteria.
3. Valide en betrouwbare operationalisering.
4. Inzichtelijk en replicerbaar.

Kortom: een wetenschappelijke methode

Wat is diagnostiek?

Het is een systematische procedure om informatie te verzamelen die je kan gebruiken om beslissingen te maken over mensen of objecten.

Doelen van diagnostiek:

- Beschrijven
- Classificeren
- Voorspellen
- Verklaren
- Indiceren
- Evalueren

Bij diagnosticeren worden instrumenten gebruikt. Een goed instrument voldoet aan de volgende eisen:

- Gebaseerd zijn op theorie
- Meten wat jij wilt meten
- Meten wat het zegt te meten (validiteit)
- Resultaten moeten herhaalbaar zijn en niet afhankelijk van diagnost (betrouwbaarheid)
- Niet afhankelijk van toeval

Diagnostische vragen: wie vertrouw je? wie mag hier wonen? wie wordt een goede psycholoog? wie krijgt die baan? wie is een terrorist? wie wordt ziek? wie kan mij helpen?

Het gevoel voor diagnostiek is overgevoelig voor gevaar (ernstigere misdaad, eerder schuldig?) en kansen (een op een miljoen versus een op een miljard?) en gaat uit van een *'better safe than sorry'* principe.

Mensen zijn amateur diagnostici: snelle, automatische associaties ; nauwelijks onder eigen controle ; weinig logisch of consequent

Hoe kunnen we onze feilbare inschattingen verbeteren?

- 
- Preciezer vragen: wat wil je weten?
  - Beter waarnemen: betrouwbare en valide instrumenten
  - Beter beslissen: logische beslisregels
  - Fouten vermijden door ze te kennen
  - Beslissingen evalueren
  - Transparantie: repliceerbaar beslissen
  - Eenduidige vraag: grond beslissing impliciet

## **Enkele belangrijke begrippen**

*(Psychological) assessment* is de Engelse omschrijving voor (psycho)diagnostie.

*Test*: procedure in which a sample of an individual's behavior is obtained, evaluated and scored using standardized procedures (door middel van instrument, gestandaardiseerd).

*Instrument*: baseren op een theorie, meet wat jij wilt meten (meetpretentie), meten wat hij zegt te meten (validiteit), betrouwbaar zijn, niet afhankelijk van toeval.

*Doelen van diagnostiek*: beschrijven (concreet of objectief), classificeren (categoriseren), voorspellen, verklaren, indiceren (aanpak) en evalueren.

Bij *classificeren* is het heel belangrijk dat de grenzen van een categorie heel duidelijk zijn en niet al te rekbaar zijn.

---

## College: Model om hypothesen te toetsen

### Impliciete theorievorming:

- Hardnekkig (eenmaal in hoofd: moeilijk uit hoofd te krijgen)
- Is basis kennis (en taal) cliënten

Psychologen helpen tot het komen van een oplossing na zoektocht naar een oplossing door cliënt zelf (advies van anderen, internet etc).

*Expliciete theorievorming:* empirisch getoetste theorieën (=evidence-based/ wetenschappelijke kennis).  
Psychologische (betrouwbaar en valide) meetinstrumenten.

Valkuilen bij probleem oplossen:

- Beschrijving probleemgedrag: subjectief (bijv. onmogelijke ouders)
- Verklaringen of conclusies op grond van eigen ervaring/ hypes (media) / vooroordelen
- Overgeneralisatie
- Simplificeren (meestal is van alles met elkaar verbonden en is het geheel niet op te lossen door maar 1 onderdeel op te lossen)
- Zoeken naar bevestiging van eigen vooronderstelling (hypothese)

### Vertekeningen in oordeelsvorming

- *Causale* (actor-observator) *attributie* (eigen gedrag komt door omgeving en bij anderen door de persoon zelf)
- *Halo-effect*: groep zorgt ervoor hoe jij iets interpreteert
- Subjectieve weging
- Oordeel gebaseerd op te beperkte informatie
- Primacy en recency effecten
- Geen rekening houden met base-rate/prevalentie
- Availability / beschikbaarheid
- Niet kijken naar alternatieven

### Theorieën

- *Empirische cyclus* (de Groot, 1961)
  - Observatie - inductie - deductie - toetsing - evaluatie (klopt de hypothese)
  - Toetsen van hypothese
  - Wetenschappelijkheid

- 
- *Regulatieve cyclus* (van Strien, 1984)
    - Probleemstelling – diagnose – plan – ingreep (plan uitvoeren) – evaluatie (is het probleem opgelost?)
  - *Theoretische disciplineren*
    - Gebruik empirische cyclus
    - Gebruik expliciete theorieën / evidence-based
  - *Methodologische disciplineren*
    - Gebruik verantwoorde instrumenten
    - Expliciteren, transparantie
    - Verantwoording afleggen

## **Psycholoog in de praktijk**

- 1) Informatie verzamelen over reden van aanmelding + ervaren probleem
- 2) Overwegen wat er moet gebeuren (en hoe)
- 3) Indien nodig: onderzoek doen
- 4) Scoren, interpreteren, diagnose stellen (evt. bespreken met collega's)
- 5) Gestelde vragen beantwoorden + advies geven

## **Hypothesentoetsend model**

- 1) Klachtanalyse
  - a. Beleving, woorden cliënt
  - b. Hulpvraag / vraagstelling voor onderzoek
- 2) Probleemanalyse (beschrijven probleemgedrag, probleembeleving in context; concreet) (deze fase is alleen voor de diagnost)
- 3) Verklaringsanalyse (fase a+b alleen voor de diagnost)
  - a. Hypothese formuleren, selecteren
  - b. Instrumenten kiezen + toetsingscriteria formuleren
  - c. Hypothese toetsing
  - d. Integreren tot diagnose
- 4) Indicatie analyse (formuleren van aanbeveling voor behandeling)
- 5) Advies

*Hulpvraag:* vraag naar (soort) hulp waar cliënt behoefte aan heeft

- *Diagnostische hulpvraag:* hulpvraag waar (psycho)diagnostisch onderzoek antwoord op kan geven (soms diagnostisch onderzoek niet nodig)

- 
- *Vraagstelling*: door diagnost ge(her)formuleerde diagnostische hulpvraag , waar diagnostisch onderzoek antwoord op moet geven (afpraak met cliënt)

#### Probleemanalyse

- Objectiveren van probleemgedrag
- Diagnost ordent probleemgedrag (probleemgebieden/clusters)
  - Sociaal functioneren (externaliserend: agressief gedrag, teruggetrokken gedrag)
  - Emotioneel functioneren (evt. opsplitsen/specificeren; internaliserend: angstig; depressief gedrag)
  - Cognitief functioneren (incl. schoolse vaardigheden/ leerprestaties/ taakgedrag/ werkhouding; informatieverwerking/ geheugen/ aandacht/ concentratie)
  - Lichamelijk functioneren
- Diagnost taxeert de ernst
- Indien nodig en relevant wordt er aanvullend onderkennend onderzoek gedaan.

Het resultaat is een beschrijvende/onderkennende diagnose.

### **Probleemclustering**

Doel van probleemclustering is ordening aanbrengen en toegang tot literatuur/wetenschappelijke bronnen. Het richt zit op concreet en huidig gedrag en *niet* op mogelijke oorzaken. Het is dus een middel en geen doel!

*Indicatieanalyse*: aanbevelingen voor behandeling

- Formuleren behandelings- en begeleidingsvoorstellen
- Inschatten kans van slagen
- Formuleren advies

Het resultaat is in dit geval dan een indicerende diagnose. Het is goed om in het rapport kort terug te koppelen hoe het adviesgesprek is verlopen, hoe de cliënt reageert op de bevindingen en welke afspraken er zijn gemaakt.

Wat kan er fout gaan?

- Ontbrekende informatie
- Onjuiste veronderstelling/hypothese
- Tegenstrijdige informatie
- Er duikt opeens nieuwe informatie op
- Fouten in diagnostiek
- Onbetrouwbaar onderzoek etc..

Altijd een (semi)gestructureerde interview houden en de cliënt een vragenlijst laten invullen!

---

## College: Prestatie en intelligentie

*Prestatie (achievement):* hoe goed ben je?

*Neuropsychologisch onderzoek:* wat kun je?

### Wat is intelligentie?

Twee uitersten over intelligentie:

- Edward Gardner
- Charles Edward Spearman

Een veelvoorkomende misvatting bij patiënten en bij verwijzers is dat intelligente mensen geen (mentale) problemen kunnen hebben. Dit staat echter los van elkaar.

*Neuropsychologie* is veelal gelijk aan klinische psychologie. De verschillen zijn echter dat bij neuropsychologie er sprake is van een *patiënt* en niet van een cliënt. Ook is de aanvrager vaker een arts.

Bij een anamnese is het belangrijk om niet alleen naar de klacht te kijken maar om ook de verwachtingen die daarmee worden uitgesproken in achtting te nemen. Ook moeten taalkeuze en taalbeperkingen in beschouwing worden genomen.

Naast anamnese bij een patiënt wordt ook een hetero anamnese gebruikt. Hierbij wordt de voorgeschiedenis van een ziekte zoals deze is geconstrueerd uit mededelingen van andere personen dan de patiënt zelf, zoals familieleden. Hierbij is inzicht en streven naar volledigheid belangrijk.

Bij het rapporteren is het van belangrijk om een eenzijdige boodschap over te brengen, dus geen ondubbelzinnigheid en aan iedereen dezelfde boodschap. Ook moet het rapport een antwoord zijn, of in ieder geval een stap verder in het diagnostisch proces.

---

## College: Diagnostiek van de persoonlijkheid

Er zijn verschillende benaderingen van de persoonlijkheid.

### Biologische benadering

*Biologische benadering* van persoonlijkheid = temperament + karakter

Integratie van opvattingen over de dimensies van temperament:

- *Verskil tussen persoonlijkheid en temperament*: temperament kan al op jonge leeftijd worden geobserveerd is automatisch en sterk erfelijk bepaald.
- Karakter verwijst naar dimensies die op volwassen leeftijd tot volledige ontwikkeling komen en die persoonlijke en sociale effectiviteit beïnvloeden.

Persoonlijkheid is gebaseerd op 3 genetische neurobiologische *trait* disposities waarbij iedere *trait* dispositie wordt geassocieerd met een neurotransmitter systeem:

1. *Novelty seeking wordt geassocieerd met 'low basal activity in dopaminergic system'*
2. *Harm avoidance met 'highactivity in serotonergic sytem'*
3. *Reward dependence met 'low basal noradrenergic system activity'*

### Trektheoretische benadering

1. Galenus (4 *humores* op basis van Hippocrates' Classificatie)
2. Eysenk (Neuroticisme, Psychoticisme, Extraversie)  
Costa & McCrae (Big Five)

### Lexicale benadering

Onderzoek naar alle woorden waarmee persoonlijkheidskenmerken van mensen kunnen worden aangeduid.

### Psycho-analytisch benadering

Vroeger: karakter trekken gekoppeld aan een fase in de psycho-sexuele ontwikkeling (drifttheorie); later: karakter als resultaat van onopgeloste conflicten en afweermechanismen, nog later: invloed van belangrijke figuren (objectrelatietheorie).

### Persoonlijkheidsorganisaties

Persoonlijkheidsorganisaties volgens Kernberg:

- Neurotische persoonlijkheidsorganisatie

- 
- Borderline persoonlijkheidsorganisatie
  - Psychotische persoonlijkheidsorganisatie

Hierbij gaat het om:

1. *Identiteitsintegratie versus identiteitsdiffusie* - egoproces: integratief proces van zelf en ander
2. *Ontwikkelde versus primitieve afweermechanismen* - ontwikkeld is bijv.: verdringing, ontkenning, projectie. Primitief is bijv.: splijting, dissociatie, loochening.
3. *Intacte versus gestoorde realiteitstoetsing* - onderscheid tussen zelf-ander en binnenwereld-buitenwereld.

## **Cognitieve benadering**

Schema's: 'structuren met sterk gepersonaliseerde idiosyncratisch inhoud' □ werken als associatief netwerk en vertekenen de informatieverwerking (door selectieve aandacht, selectieve interpretatie en selectief geheugen). Inhoud van deze schema's is voor een groot deel gevormd door vroege ervaringen.

*Persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-IV:*

- Cluster A: paranoïde, schizoïde, schizotypische
- Cluster B: antisociale, borderline, theatrale, narcistische
- Cluster C: vermijdende, afhankelijke, obsessief-compulsieve

*Barnum effect:* vage persoonlijkheidsomschrijvingen die altijd wel kloppen.

## **Alledaagse vs. Professionele diagnostiek**

- De relatie tussen hulpverlener en hulpvrager:
- Vaardigheden van de hulpverlener op methodisch, diagnostisch en therapeutisch gebied
- De aard van de kennis (theorie)

Wat is persoonlijkheid? De dynamische organisatie binnen het individu van die psychofysische systemen die zijn/haar unieke aanpassing aan de omgeving bepalen (Allport).  
Wat is gestoord? Een duurzaam, star, pervasief en stabiel patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat afwijkend is van de verwachtingen binnen de cultuur, tot uiting komt in de jong volwassenheid en leidt tot beperkingen in sociaal en beroepsmatig functioneren.

Relevantie persoonlijkheidsdiagnostiek:

- 10 – 15% van de normale bevolking
  - Aantallen per leeftijdsgroep zie slides
- Interfereren met de ontwikkeling
- Slecht herstel, grotere kans op terugval en chroniciteit van AS-1 pathologie
- Risicovol gedrag
- Grote kans op suïcide
- Kostbaar voor de maatschappij
- Vroegdetectie verbetert de prognose

---

## Aandachtspunten

Persoonlijkheid en de psychopathologie (bijv. antisociale persoonlijkheidsstoornis e.d.):

- Contextfactoren (bijv. extreme gezinssituatie )
- Culturele factoren
- Gender
- Instabiliteit
  - Soms spontaan herstel
  - Trekken zijn instabiel
- Complex cases (Bij jonge mensen veel ernstiger)
- Normale ontwikkeling

## Gevaren

- Stigmatisering
- Latrogene schade: schade door zorg die iemand krijgt
- Beperkt toekomstperspectief
- Medicatiegebruik

Klinisch oordeel is niet valide. Hoe meer ervaring mensen hebben hoe meer vertrouwen ze krijgen in hun eigen oordeelsbekwaamheid. Semi-gestructureerd is betrouwbaar, het kost wel veel tijd en de test-hertest betrouwbaarheid is hoog.

*Zelfrapportage*: patiënten hebben weinig zelfkennis, geen kennis van psychopathologie, het is wel makkelijk te gebruiken. Er is weinig zicht op interne processen.

## Persoonlijkheidsfunctioneren

Zelf: beperkingen in het gevoel van eigen identiteit

- Identiteit: gevoel van persoonlijke uniciteit, afgebakende grenzen tussen zelf en anderen, stabiel zelfbeeld, eigenwaarde, emoties ervaren en reguleren
- Zelfsturing: doelen op korte en lange termijn, verinnerlijkte normen, zelfreflectie

Interpersoonlijk: onvermogen tot het ontwikkelen van effectief interpersoonlijk functioneren

- Empathie: begrijpen en waarderen van ervaringen en motieven van anderen, inzicht in effect van eigen gedrag op anderen, verschillende gezichtspunten verdragen
- Intimiteit: intense en duurzame intieme relaties, wens en vermogen tot nabijheid, wederkerig en respectvol interpersoonlijk gedrag.

## Type persoonlijkheidsstoornissen

A: vreemd, excentriek (paranoïde, schizoïde, schizotypisch)

B: instabiel (antisociaal, borderline, teatraal, narcistisch)

C: angstig (vermijdend, afhankelijk, obsessief-compulsief)

Tabel met percentages stoornissen in de populatie zie slides. Verschil DSM-IV – DSM-V zie slides.

---

Verschillende types:

- Borderline persoonlijkheidsstoornis
- Obsessief-Compulsieve persoonlijkheidsstoornis
- Vermijdende persoonlijkheidsstoornis
- Schizotypische persoonlijkheidsstoornis
- Antisociale persoonlijkheidsstoornis
- Narcistische persoonlijkheidsstoornis
- Personality Disorder Trait Specified

## **Persoonlijkheidstrekken**

Vijf (bipolaire) trekkendomeinen, geoperationaliseerd in 25 facetten:

1. Negatieve affectiviteit (7 facetten)
2. Onthechting (4 facetten)
3. Antagonisme (6 facetten)
4. Disinhibitie versus dwangmatigheid (5 facetten)
5. Psychoticisme (3 facetten)

---

## College: Bias in de diagnostiek

Een testitem is niet zomaar wat het lijkt, verwachtingen over de testsituatie kunnen de testuitslag bepalen (bijv. moeilijker denken dan het is).

*Bias*: systematische fout in een testuitslag (Reynolds & Livingston)

Vertekening die de validiteit van een testuitslag bedreigt (van de Vijver, 2011)

CTB hypothese: groepsverschillen te wijten aan een inherente fout in de test

Perspectieven hoe je tegen bias aan kan kijken:

- *Statistisch*
- *Juridisch*: jaren '60 – jaren '80, zijn testuitslagen valide genoeg om ze in een rechtzaak te gebruiken?
- *Filosofisch / ethisch*: wat betekent bias ethisch gezien? Mogen we wel op grond van de test beslissingen nemen?
- *Sociaal - cultureel*: CITO-scores, mogen we deze openbaar maken? E.d.
- *Klinisch / praktisch*: als je weet dat een test mogelijk bias heeft voor een groep, wat betekent dit in de praktijk? Welke waarde moet je daar aan hechten?

*Fairness*: onpartijdige toepassing van test:

- Zonder bias
- Gelijke testomstandigheden
- Gelijke gelegenheid ter voorbereiding / leren
- Gelijke groepsuitkomsten (voor zo ver mogelijk)

*Bias: unfair vs. Unbiased: fair*

Drie vormen van vertekening bij een test:

- *Constructbias*: meet niet zoals het zou horen te meten
- *Methodebias*: afname, afnemer, interactie testafnemer en geteste
- *Itembias*: een specifiek item in een test beoordeelt sommige groepen anders.

H&M beweren (VS): intelligentie / iq voorspelt maatschappelijke variabelen zoals inkomen en werk, etnische verschillen in IQ tussen blanke en zwarte Amerikanen is gemiddeld 15 punten (SD = 1).

Gould: er wordt uitgegaan van 4 verschillende aannames:

1. Intelligentie is een getal
2. Dat getal kun je in rang ordenen (en correleert met maatschappelijke verschillen)
3. Intelligentie is erfelijk
4. Intelligentie is onveranderlijk

---

Huidige situatie in de VS: in 1999 hebben APA en AERA Standards opgesteld: fairness is het belangrijkste aandachtspunt bij toetsen en het beoordelen van de kwaliteit van een test. Ook wordt er meer aandacht besteedt aan fairness dan aan bias en er is bijzondere aandacht voor fairness bij minderheden, meertalige kinderen en mensen met beperkingen.

Achtergronden in NL:

- Weinig interesse ('60 en '70)
- W.B. Hofstee signaleert en analyseert het probleem (eind '80)
- Onderzoek naar bias in IQ en assessment tests ('90)
- Ontwikkeling van nieuwe tests, bruikbaar in multiculturele samenleving (vanaf '90)

Hofstee e.a. hebben de toepasbaarheid van psychologische tests bij alloctonen onderzocht (1990): 20 tests, etnocentrisme in bijna alle tests (bias dominante cultuur) en er waren geen normgegevens beschikbaar over de toepasbaarheid van de test voor alloctonen. De tests waren dus beperkt bruikbaar.

Als gevolg van dit onderzoek heeft Hofstee de COTAN gestimuleerd om het criterium bias en toepasbaarheid op te nemen, hij vond dat er onderzoek nodig was naar testbias in NL en herziening van subtests in verband met etnocentrisme. Ook was er grote terughoudendheid bij toepassing van tests bij alloctonen (i.h.b. bij werving en selectie)

Huidige situatie in NL: Bochhah e.a.

- Meer onderzoek, nieuwe tests ontwikkeld
- Aan bestaande tests is niks veranderd
- Boek: deskundigen over testen van etnische minderheden
- 2005: richtlijnen voor het gebruik van diagnostische instrumenten bij etnische minderheden.
  - Bijna niemand kent / gebruikt deze richtlijnen (worden ook niet gebruikt bij opleidingen).
  - Huijding e.a. (2012): voorziet voor verantwoord en fair testgebruik en de rol van de COTAN

## **Oplossingen of schijnoplossingen?**

- Cultuurvrije tests: taal, spreekwoorden, abstracte begrippen
  - Niet mogelijk
- Standaardtests: voorspellende waarde IQ- en capaciteitentests is goed, maar niet alle tests beogen te voorspellen.
- Geen testgebruik, maar interviews en observaties: nog minder validiteit, kind weg met badwater (en-en ipv of-of)

*Nu:* kunnen gestandaardiseerde test verantwoord en fair worden gebruikt bij diverse groepen?

Drie domeinen van testgebruik:

1. Arbeidsmarkt (werving en selectie),
2. Onderwijs (diagnostiek, behandeling en verwijzing) en
3. Geestelijke gezondheidszorg (intake, diagnostiek, monitoring effecten)

- 
- *Verantwoord testgebruik (voor de afname)*: controleer de testbaarheid van de deelnemer, mocht Nederlands niet de eerste taal zijn neem dan de test die zo min mogelijk beroep doet op de taalvaardigheden. Gebruik als dat mogelijk is altijd meer dan één instrument, controleer de validiteit en ga de groepsverschillen na. Controleer ook begrippen, symbolen, afbeeldingen en check mogelijke aanpassingen die je zou mogen of kunnen doen.
  - *Verantwoord testgebruik (tijdens de afname)*: informeer over het doel van de test, de procedure en de tijdsduur.
  - *Verantwoord testgebruik (resultaten en interpretatie)*: normgroepen, bij twijfel over de validiteit geen conclusies trekken. Wat is de waarde van de testscore in de eindbeoordeling en wat is het leerpotentieel? Leg veranderingen en overwegingen vast.

Voorbeelden zie collegeslides.

---

## College: Psychologische diagnostiek praktijkveld neuropsychologie

Waarom neuropsychologie apart? Het is een wezenlijk andere populatie (somatisch), multidisciplinair en ander onderzoek (psychologisch test onderzoek, gedrag uitlokken).

*Neuropsychologie*: cognitie, emotie en gedrag.

Kijken vooral naar hoe het op dit moment gaat, zijn er nu cognitieve problemen?

Anamnese:

- Basis principe gelijk aan KP
- Patiënt ipv cliënt (lopen vaak ook al bij een geriater, e.d.)
- ‘reason to encounter’ (je komt niet zomaar, de kans dat je iets vindt is groter)
- Aanvrager is veelal een arts (je werkt parallel, multidisciplinair)
- Angst (voor slecht maar ook voor goed nieuws, bijv. bij werk)
- (semi-)gestructureerd
- Anders dan een ‘intake’

Wat is voor hen de belangrijkste rede? Niet alleen de klacht maar ook de verwachting wordt daarmee uitgesproken

Inzicht in eigen functioneren? Ziektebesef vs. Ziekte inzicht

Taal keuze en taal beperkingen: open en gesloten vragen, sturend en niet sturend.

Heteroanamnese: zeer belangrijk, inzicht, streven naar volledigheid, moeilijke problematiek, apart óf samen (loyaliteitsconflicten), betrouwbaarheid.

Testonderzoek:

- Hypotheses?
- Belastbaarheid?
- Observatie (vb begripsniveau, angst, frustatietolerantie)
- Alle cognitieve domeinen
  - Wel met richting en voorkomen van redundantie
- Streven naar volledigheid op een efficiënte, betrouwbare en valide wijze
- In staat om bij te stellen onderweg
- Accommodations Adaptive Testing

De score is niet alleen de score, maar ook de weg naar de score toe: observeren. Het is een momentopname! Twee of meer standaarddeviaties onder het gemiddelde: stoornisniveau. Testen zijn ‘slechts’ een middel om gedrag uit te lokken, hypothesen zijn daarom noodzakelijk, plus kennis van cognitieve concepten en een goede observatie.

Interpreteren:

- Wat zie je? Blijf bij de resultaten
- Eerst beschrijven wat je hebt

- 
- Wat waren de hypothesen?
  - Soms weer op nieuw beginnen of een stukje terug gaan
  - Komt het overeen met je indruk?
  - Kun je het verdedigen? Zo nee: verander het □ terug naar resultaten

Rapporteren: aan iedereen dezelfde boodschap, universele taal, ondubbelzinnig, het moet een antwoord zijn of een stap verder in het diagnostische proces.

Rapporteren aan de patiënt:

- Bij BIG: als eerste door de neuropsycholoog
- Veiligheid van de patiënt
- Houd rekening met wat je weet (aandachts- of taalproblemen e.d.)
- Word je nog gevolgd of loop je alleen?
- Is het herkenbaar voor de patiënt?
- Komt het overeen met de verwachting?

Rapporteren aan de aanvrager/team:

*Ethiek*: een tak van de filosofie die zich bezighoudt met de kritische ..... Wanneer kom je met ethiek in aanraking? Altijd. Je bent onderdeel van de maatschappij.