

Vaardighedentoets (Portfolio) psychotherapeut diagnostiek, indicatiestelling en behandelplan

Doelstelling

De volgende drie kerncompetenties en vaardigheden in de Regeling periodieke registratie Wet BIG (Psychotherapeut; artikel 6e) zijn bij dit toetsonderdeel aan de orde:

- a. het stellen van een psychodiagnose op basis van een psychodiagnostisch onderzoek
- b. het stellen van een indicatie voor psychotherapie
- c. het opstellen van een behandelplan voor psychotherapie

De casus diagnostiek, indicatiestelling en behandelplan, het hoofdbestanddeel van deze vaardighedentoets, heeft als doel om jou als deelnemer aan het Toetsingstraject Herregistratie Wet BIG Psychotherapeut de gelegenheid te geven om aan te tonen dat je vaardigheden op het betreffende gebied van voldoende professionele kwaliteit zijn. De toets bestaat uit het maken van een verslag van een casusconceptualisatie, klinische formulering/beschrijvende diagnose, en formulering van het behandelplan. Daarbij is vereist dat alle relevante gegevens gepresenteerd, gecombineerd en samengevat worden. De te gebruiken gegevens zijn in principe afkomstig uit de volgende informatiebronnen:

1. Intakegesprek met patiënt, waarin gegevens over ontwikkelingsgeschiedenis, ziektegeschiedenis en hulpverleningsgeschiedenis en hulpbronnen verzameld worden
2. Psychiatrisch onderzoek
3. Resultaten van psychologisch onderzoek, waaronder persoonlijkheidsonderzoek
4. De DSM-classificatie
5. De hulpvraag van de patiënt

Het betreft een casus met complexe problematiek. Dat wil zeggen: er is sprake van ingewikkelde en/of langdurige problematiek, vaak persoonlijkheidsproblematiek, waarbij de symptoombehandelingen uit de multidisciplinaire richtlijnen onvoldoende effect hebben gehad. De diagnostische procedure mondt uit in een gedifferentieerde en beargumenteerde indicatie voor behandeling en het daaruit voortvloeiende behandelplan.

Het eindverslag moet een neerslag zijn van het denkproces van de psychotherapeut, van gegevensverzameling via hypothesevorming en hypothesetoetsing naar een klinische formulering ofwel beschrijvende diagnose waarin de problematiek van de patiënt, diens voor behandeling relevante kenmerken, de veronderstelde ontstaansgeschiedenis van de problematiek en persoonlijkheid, de relevante eerdere behandelingen en de effecten daarvan leiden tot een indicatiestelling en een behandelplan.

Bij de opbouw van deze vaardighedentoets is uitgegaan van het toetsen van de volgende competenties zoals benoemd in het Opleidingsplan Psychotherapeut.

Competentiegebied	Competenties en indicatoren
Psychotherapeutisch handelen	1.1.1, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5, 1.2.8, 1.2.9, 1.3.2, 1.5.5, 1.5.5, 1.5.6 en 1.5.7
Communicatie	2.1.1, 2.1.3, 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4, 2.3.1, 2.3.2 en 2.3.3
Samenwerking	3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4, 3.2.1 en 3.2.2
Kennis en Wetenschap	
Maatschappelijk handelen	5.1.1 en 5.4.3
Organisatie	6.1.1, 6.3.1, 6.4.1, 6.4.2 en 6.4.3
Professionaliteit	7.1.1 en 7.2.3

Inleiding

Voor het portfolio van deze vaardighedentoets lever je twee onderdelen in, waarvan de eerste bedoeld is om je de gelegenheid te geven je als professional te presenteren. Het tweede onderdeel omvat het daadwerkelijk te toetsen gedeelte.

1. Een kort curriculum vitae (max. 1 A-4) met daarin:
 - a. Een overzicht van gerichte werkervaring in het beroep van psychotherapeut.
 - b. Een overzicht van gevolgde relevante bij- en nascholing gedurende de laatste vijf jaar.
2. Een casus diagnostiek, indicatiestelling en behandelplan.

Werkwijze

De casus die je voor het portfolio diagnostiek, indicatiestelling en behandelplan maakt, dient door jou zelf binnen de eigen praktijksetting te zijn uitgevoerd. Voor de casus dient een verslag gemaakt te worden van een casusconceptualisatie, inclusief indicatiestelling en behandelplan. Bij de selectie van deze casus neem je de volgende voorwaarden in acht:

- a. De casus mag maximaal één jaar oud zijn op de datum van indienen.
- b. Het betreft complexe problematiek.

Format

De beschrijving per casus mag maximaal 3000 woorden beslaan. Lettertype: Times New Roman 12, regelafstand: 1,5.

Het onderstaande format is specifiek bedoeld om je de gelegenheid te geven aan te tonen dat je de benodigde competenties beheerst. Er moet verantwoording worden afgelegd van het diagnostisch proces, de indicatiestelling en het opstellen van het behandelplan, waarbij de

gemaakte keuzes op transparante wijze worden beargumenteerd. Zorg voor de anonimisering van al het aangeleverde materiaal!

In de casusbeschrijving dient onderstaande indeling gebruikt te worden. Per onderdeel is aangegeven hoeveel punten bij de beoordeling van dat onderdeel maximaal behaald kunnen worden.

Integratieve Casusconceptualisatie incl. Klinische formulering en behandelplan

1. Gepresenteerde problemen en hulpvraag	1 punt
<p><i>Relevante patiëntgegevens: geslacht, leeftijd, opleiding, (gezins)context, etc.</i></p> <p><i>Heldere en bondige weergave van de problemen waarmee de patiënt zich aanmeldt en/of waarmee deze verwezen wordt, uitmondend in de actuele hulpvraag.</i></p> <p><i>Setting waarin onderzoek plaatsvindt.</i></p>	
2. Beoordeling mentale status (ev. psychologisch onderzoek)	3 punten
<p><i>Resultaten van psychiatrisch onderzoek conform Bak, Van Diest en De Ruiter (2011): Het psychiatrisch onderzoek. Het status mentalis onderzoek en Luteijn en Barelds (2018): Hoofdstuk 3.</i></p> <p><i>Korte en heldere beschrijving. Informatie ontleend aan de speciële anamnese en status mentalis.</i></p> <p><i>a. Speciële anamnese:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - aard van de klachten - ernst van de klachten en invloed op functioneren - Ontstaan en beloop van de klachten - Waar en wanneer zijn er klachten - Factoren waardoor klachten toe- of afnemen - Begeleidende symptomen - Visie van patiënt op zijn klachten en ervaringen. <p><i>b. Status mentalis:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - eerste indrukken - affectieve functies - cognitieve functies - conatieve functies. 	
3. Ontwikkelingsgeschiedenis	3 punten
<p><i>Overzicht van de levensgeschiedenis van de patiënt voor zover deze bijgedragen heeft aan zijn psychische ontwikkeling en de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid, inclusief belangrijke levensgebeurtenissen en eventuele trauma's</i></p>	
4. Sociale en culturele dynamiek	2 punten
<p><i>Elementen van de huidige sociale omgeving en de culturele achtergrond van de patiënt voor zover deze van invloed is (geweest) op zijn psychische ontwikkeling en de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid</i></p>	
5. Ziektegeschiedenis/hulpverleningsgeschiedenis	4 punten
<p><i>Een overzicht van eerdere periodes in het leven van de patiënt waarin er significante psychische problematiek bestond, de toenmalige diagnoses, de toenmalige behandelingen en de effecten daarvan.</i></p>	

6. Hulpbronnen

2 punten

Hulpbronnen en steunfactoren in de patiënt zelf en in diens omgeving, die een positief effect kunnen hebben op het beloop van de aandoening waarvoor behandeling gezocht wordt.

Hierbij kunnen de GGZ standaarden gebruikt worden: GGZ-standaarden:

<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/info/aan-de-slag>

7. Reflectie en diagnostisch scenario

4 punten

Te gebruiken literatuur: Luteijn en Barelds (2018): Hoofdstuk 1 (1.5.1 – 1.5.3)

a. Reflectie

Korte beschrijving van geconstateerde overeenkomsten en/of tegenstellingen in de informatie uit verwijzing, (eventuele) dossierstudie, van patiënt en de wijze waarop de patiënt zich presenteert.

b. Voorlopige theorie

Verklaringsmodel voor klachten en onderzoek: organisch, psychiatrisch (toestandsbeeld) en/of psychologisch (structureel, persoonlijkheid).

c. Diagnostisch scenario

Vaststelling van volgorde (organisch, psychiatrisch en/of psychologisch) en type onderzoek (onderkendend, verklarend, voorspellend, indicierend en/of evaluerend).

8. Diagnostisch onderzoek

12 punten

Te gebruiken literatuur: Luteijn en Barelds (2018): Hoofdstuk 1, 8 en 9.

De voorlopige theorie over de klachten van de patiënt worden (verder) verbijzonderd naar:

a. Soort psychodiagnostisch onderzoek: onderkendend, verklarend, voorspellend, indicierend en/of evaluerend.

b. Onderzoekshypothese(n): formulering van (afzonderlijke) toetsbare voorspellingen

c. Onderzoeksmiddelen: welke onderzoeksmiddelen zijn geschikt voor het toetsen van de onderzoekshypothese(n)?

d. Afname en verwerking diagnostisch instrumentarium

e. Argumentatie: Bevestiging of weerlegging van de onderzoekshypothese(n).

	Onderkendend	Verklarend	Voorspellend	Indicerend	Evaluerend
Hypothesen					
Keuze instrumentarium					
Toetsbare voorspelling					
Afname en verwerking					

Argumentatie					
--------------	--	--	--	--	--

9. DSM-classificatie

1 punt

De classificatie conform APA (2016). Beknopt overzocht van de criteria DSM-5. Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. Bureau-editie.

10. Klinische formulering max 20 regels, 300 woorden 14 punten

Te gebruiken literatuur Luteijn en Barelds (2018): Hoofdstuk 1.

Integratie onderzoeksgegevens: beschrijving van ontlokkende en instandhoudende factoren van de onderzochte klachten

De klinische formulering ('beschrijvende diagnose') is een overzichtelijke en beknopte weergave van de doorlopen onderzoeksfasen. In de klinische formulering zijn opgenomen:

- 1. aanvraag*
- 2. hulpvraag patiënt*
- 3. reflecties van de onderzoeker met evt. literatuurverwijzingen*
- 4. onderzoekshypothesen per onderzoeksdomein*
- 5. Integratie onderzoeksgegevens: beschrijving van ontlokkende en instandhoudende factoren van de onderzochte klachten***
- 6. Beschrijving gevalideerde hypothesen per diagnostisch domein: onderkennend, verklarend, voorspellend, indicerend of evaluerend.*

Let op: Punten 1 tot en met 4 en punt 6 zijn eerder in het onderzoek al uitgewerkt. Het gaat hier specifiek om het uitwerken van punt 5: de integratie van eerder uitgezochte informatie en de beantwoording van de onderzoeksvragen.

11. Culturele Formulering

4 punten

De culturele factoren die van invloed zijn op behandeling conform Sperry Hst. 13

12. Behandelplan

10 punten

Het behandelplan vloeit voort uit de hulpvraag van patiënt, de classificatie, klinische en culturele formulering en houdt rekening met Nederlandse zorgstandaarden.

Het behandelplan wordt in samenwerking met de patiënt (gedeelde besluitvorming) SMART geformuleerd. De letters van dit acroniem staan voor:

- Specifiek: formuleer het behandeldoel kraakhelder*
- Meetbaar: operationaliseer het behandeldoel, maak het meetbaar*
- Acceptabel: stel uitdagende, realistische behandeldoelen*
- Relevant: kies behandeldoelen die belangrijk zijn voor de patiënt*
- Tijdsgebonden: koppel een tijdsperiode aan het behandeldoel.*

Overleg met patiënt hoe zijn omgeving betrokken kan worden in het behandelplan of erover wordt geïnformeerd (GGZ-standaarden: generieke module 'Naasten'.)

Punten totaal maximaal: 60 punten

Beoordeling

De casus uit het portfolio wordt beoordeeld door twee beoordelaars. Indien de puntentotalen van beide beoordelaars niet identiek zijn, dan wordt het gemiddelde van de twee beoordelingen genomen als eindoordeel.

Er zijn drie categorieën van beoordeling: Een verslag is:

1. Voldoende (minimaal 42 punten)
2. Nog niet voldoende, maar kan met enkele aanpassingen wel voldoende worden (36 t/m 41 punten). Deze aanpassingen dienen dan uiteraard wel van voldoende niveau te zijn en gerealiseerd te worden binnen een tijdsbestek van maximaal 30 dagen. Zo niet: onvoldoende.
3. Onvoldoende (35 punten of minder)
Herkansing: dan kan een nieuwe uitgewerkte casus ingeleverd worden.