

Richtlijnen voor een N=1-verslag nieuwe stijl

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
2. Formele eisen aan het verslag.....	1
3. Onderdelen van het verslag	3
4. Gebruik literatuur	9
5. Specifieke vormen van behandeling.....	10
6. Procedure.....	11
7. Beoordelingscriteria	12
8. Klachten en bezwaar	14
9. Getoetste competenties	15

1. Inleiding

In het N=1-verslag beschrijf je, cognitief gedragstherapeut in opleiding (cgt'er i.o.), het gedragstherapeutisch proces zoals je dat hebt doorlopen met één cliënt, cliëntensysteem of behandelgroep. Door de keuzes die je maakt te onderbouwen en er kritisch op te reflecteren, laat je je bekwaamheid in de cognitieve gedragstherapie zien. Het N=1-verslag is daarom een belangrijk onderdeel van de opleiding en toetsing en een voorwaarde voor het behalen van je registratie als cognitief gedragstherapeut VGCT®.

Als cgt'er werk je evidence based. Dat betekent dat je de keuzes die je maakt voor en in je behandeling baseert op informatie waar wetenschappelijke onderbouwing voor is. De N=1-studie is een vorm van onderzoek die specifiek gaat over jouw cliënt. In een N=1-studie onderzoek je namelijk hoe je jouw cliënt het beste kunt helpen bij zijn hulpvraag en klachten in deze specifieke situatie. Daarvoor gebruik je niet alleen bestaande wetenschappelijke literatuur en zorgstandaarden over wat doorgaans werkt bij dit type klachten en cliënten in soortgelijke situaties, maar onderzoek je ook of dit inderdaad zo werkt bij deze specifieke cliënt. Hiervoor meet je het gedrag (of klachten, emoties, ...) van je cliënt gedurende de behandeling en bekijk je hoe dit verandert door jouw interventie(s). Op basis hiervan trek je conclusies over het resultaat van je interventie(s) en kun je bijsturen waar nodig. Daarnaast doe je in de N=1-studie kennis op die je kunt toepassen in je toekomstige behandelingen en die je kunt delen met collega's.

2. Formele eisen aan het verslag

Het N=1-verslag moet aan een aantal formele eisen voldoen, zoals opgenomen in het meeste recente registratiereglement. Deze eisen zijn:

- De studie heeft betrekking op een behandeling van minstens acht sessies van 45 minuten. De studie mag ook betrekking hebben op een deel van een behandeling van minstens acht sessies van 45 minuten. Dit moet een afgeronde deelbehandeling betreffen

- Alle stappen van het cognitief gedragstherapeutisch proces komen in de behandeling aan de orde
- Alle onderdelen van het cognitief gedragstherapeutisch proces moeten voldoende onderbouwd worden met recente wetenschappelijke literatuur (richtlijn niet ouder dan 10 jaar) Het gaat om een behandeling van één cliënt, cliëntensysteem of behandelgroep
- Het gaat om de behandeling van middelzware of complexe problematiek
- De anonimiteit van de cliënt is volledig gewaarborgd
- Alle onderdelen van het verslag zoals beschreven in deze richtlijnen komen aan de orde Het N=1-verslag bestaat uit maximaal 15.000 woorden (exclusief bijlagen en literatuurlijst)

In een N=1-verslag doe je verslag van een cognitief gedragstherapeutische behandeling. De behandeling moet minimaal acht sessies omvatten, waarbij het aantal sessies nodig voor de taxatie, inclusief analyses, in verhouding moet staan tot het totaal. Het diagnostiekgedeelte (inclusief analyses tijdens de taxatie) mag daarom maximaal twintig procent van het aantal sessies beslaan.

Anonimiseren en gegevens van de cliënt en toestemming

De VGCT hanteert de Beroepscode voor Psychotherapeuten van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie¹. In deze beroepscode zijn de volgende bepalingen opgenomen over geheimhouding van cliëntgegevens in publicaties, lezingen, onderwijs en onderzoek:

Artikel III.3.2.3.1.

“Informatie over de cliënt mag alleen in publicaties, lezingen, onderzoek of onderwijs worden verwerkt, als deze tevoren door de psychotherapeut zodanig is bewerkt dat herleiding tot de persoon van de cliënt wordt voorkomen. De psychotherapeut dient rekening te houden met de mogelijkheid dat, naarmate er meer gegevens over de cliënt worden veranderd de kans toeneemt op het ontstaan van valse herkenning.”

Artikel III.3.2.3.2.

“Het is niet vereist dat de cliënt toestemming geeft voor het openbaar gebruik van informatie die weliswaar uit zijn behandeling afkomstig is, maar die naar de strekking van het hiervoor gestelde artikel onherleidbaar tot de persoon van de cliënt werd gemaakt.”

Een formele eis van het N=1-verslag is dat de cgt'er i.o. dient te zorgen dat de anonimiteit van de cliënt gewaarborgd blijft. Naam, woonplaats, geboortedatum en alle andere informatie waardoor de identiteit van de cliënt mogelijk te herleiden is, dienen daarom weggelaten of gefingeerd te worden. Als je de informatie over de cliënt zo anonimiseert dat de gegevens niet herkenbaar en herleidbaar zijn tot de cliënt, is het volgens de beroepscode niet noodzakelijk om toestemming te vragen aan de cliënt. Bij geanonimiseerde gegevens is de AVG ook niet van toepassing, omdat deze verordening gaat over persoonsgegevens die door anonimiseren niet in het N=1-verslag staan.

¹ Ingangsdatum mei 2018. Je kunt de gehele Beroepscode voor Psychotherapeuten nalezen en downloaden op de website van de NVP: www.psychotherapie.nl.

3. Onderdelen van het verslag

Het N=1-verslag bevat de volgende onderdelen:

1. Samenvatting cliëntgegevens
2. Casusconceptualisatie/holistische theorie, probleemselectie en gedragsanalyses
3. Behandelplan
4. Onderzoeksvraag, design en metingen
5. Korte beschrijving verloop en resultaat behandeling
6. Kritische reflectie
7. Literatuurlijst

1. Samenvatting cliëntgegevens

In dit onderdeel geef je voldoende achtergrond over de cliënt om de verdere keuzes die je in het verslag beschrijft te kunnen beoordelen. Houd het echter beknopt en duidelijk.

Punten die in de samenvatting cliëntgegevens aan bod komen:

- Een korte beschrijving van behandelsetting, matching en positie en rol van de behandelaar
- Anamnestiche gegevens: leeftijd, geslacht, situatiegegevens en eventuele bijzonderheden
- Beschrijving van het proces: aanmeldingsreden, hulpvragen en korte beschrijving van het traject rondom de aanmelding, intake, indicatiestelling en eventuele eerdere hulpverlening
- Inventarisatie van de klachten en probleemgedragingen en de ontwikkeling, de achtergrond, de samenhang, de ernst en het beloop ervan.
- Beschrijving van factoren die mogelijk meespelen bij de leergeschiedenis van de klachten, waaronder eventuele maatschappelijke, sociale, systemische, somatische, psychiatrische en culturele factoren
- In ieder geval een beargumenteerde beschrijvende diagnose en, indien van toepassing, een (voorlopige) DSM-classificatie en differentiaaldiagnose (je hoeft de DSM-criteria niet over te nemen)
- De beschrijving moet zodanig zijn dat de diagnose(s) voor de lezer toetsbaar is/zijn door gebruik te maken van minimaal één klachtenlijst (bv. BDI, ADIS, Y-BOCS) en logisch volgen uit de beschreven klachten. Klachten moeten concreet beschreven worden

In dit onderdeel horen geen hypothesen te staan.

2. Casusconceptualisatie/holistische theorie, probleemselectie en gedragsanalyses

In het tweede onderdeel van het verslag kom je tot een onderbouwde theorie over het ontstaan en de instandhouding van de klachten en/of het probleemgedrag van de cliënt.

Verwacht wordt dat je een voorlopige theorie over de probleemsamenhang schrijft in de vorm van een holistische theorie of een casusconceptualisatie. Beargumenteer de keuze van het eerst te behandelen probleemgebied.

Je demonstreert door een goede gedragsanalyse dat je de leertheorie goed kan hanteren in de klinische praktijk. Je analyseert door middel van hypothesen het ontstaan van het probleemgedrag en de in stand houdende mechanismen. Je geeft duidelijk inzicht in een logische lijn tussen de holistische theorie/casusconceptualisatie, de functieanalyses en betekenisanalyses

naar de interventies. Functie- en betekenisanalyses presenteer je in samenhang, ze volgen elkaar logisch op en moeten over hetzelfde probleemgebied gaan. Je mag zelf kiezen welke benadering je kiest, maar geef duidelijk aan voor welke benadering je kiest, door middel van een verwijzing naar de gebruikte literatuur.

Stap 1: Maak altijd een holistische theorie of een cognitieve casusconceptualisatie.

Stap 2: Maak een onderbouwde probleemselectie.

Stap 3: Alleen over de gekozen problematiek maak je samenhangende gedragsanalyses volgens het operante en klassieke model, bijv. met behulp van functie- en betekenisanalyses. Je moet deze analyses in tekst toelichten. Veelgebruikte benaderingen zijn bijvoorbeeld die van Korrelboom en ten Broeke (2014)² en van Hermans, Raes en Orlemans (2018)³.

Let verder op de volgende punten:

- Pas de genoemde benadering correct (d.w.z. zoals voorgeschreven in de literatuur) en consequent toe (d.w.z. geen mengvormen van verschillende modellen)
- Zorg dat de verschillende analyses goed op elkaar aansluiten
- Gebruik, naast de ervaringen van de cliënt, ook wetenschappelijke literatuur om je theorie over de klachten en/of het probleemgedrag te onderbouwen. *Bijvoorbeeld: je formuleert de theorie dat angst dwanghandelingen uitlokt op basis van de ervaringen van de cliënt en op basis van wetenschappelijk onderzoek dat een verband legt tussen angst en dwanghandelingen*
- Als je een deel van een behandeling beschrijft, let er dan op dat je holistische theorie wel over het gehele probleemgedrag gaat. Met de probleemselectie beargumenteer je de keuze van je deelbehandeling die je beschrijft

Let er op dat in dit hoofdstuk geen nieuwe informatie komt. Alle informatie over de cliënt moet in hoofdstuk 1 aan de orde zijn geweest.

3. Behandelpplan

In het derde onderdeel beschrijf en onderbouw je de keuzes die je maakt voor de behandeling. Je laat zien dat je kiest voor een behandeling die aansluit bij de situatie van je cliënt en de analyses die je in het vorige onderdeel hebt beschreven over het probleemgedrag/de klachten. Ook laat je zien dat je kiest voor een behandeling die effectief is volgens wetenschappelijke literatuur (en/of zorgstandaarden/multidisciplinaire richtlijnen).

- Op basis van de hulpvraag van de cliënt en de analyses die je in het vorige deel hebt opgesteld, beschrijf je op welke factor(en) je wilt ingrijpen
- Je formuleert behandeldoelen, aansluitend bij de hulpvraag, de analyses en de factor(en) waar je op wilt ingrijpen. Het is belangrijk dat je concrete, meetbare en haalbare (SMART) doelen stelt zodat je aan het einde van de behandeling objectief kunt bepalen of je doelen behaald zijn. *Bijvoorbeeld: aan het einde van de behandeling: 1. Voert de client geen*

² Korrelboom, C. W., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.

³ Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2018). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

dwanghandelingen meer uit. 2. Besteedt de client minder dan een uur per dag aan dwanggedachten

- Je kiest één of meer interventies (modificatieprocedures) die effectief gebleken zijn in wetenschappelijk onderzoek. Je onderbouwt je keuze dus met wetenschappelijke literatuur. Het is belangrijk dat je beargumenteert hoe de interventies aansluiten op de analyses en dat dit overeenkomt met de behandeldoelen die je hebt geformuleerd.
Bijvoorbeeld: als verminderen van dwanghandelingen en dwanggedachten de behandeldoelen zijn, beschrijf je wat volgens recente literatuur de meest effectieve interventies zijn om dwanghandelingen en dwanggedachten te verminderen, zoals exposure met responspreventie en cognitieve therapie. Ook wanneer je gebruik maakt van een protocol moet je dit beargumenteren. Laat dan de wetenschappelijk evidentie voor de interventies in het protocol zien, indien beschikbaar. Hierbij verwijst je niet alleen naar het protocol zelf, maar gebruik je ook literatuur (richtlijnen, wetenschappelijke artikelen) over de evidentie voor het protocol en de interventies in het protocol
- Je laat zien dat je de behandeldoelen en keuze voor de behandeling maakt in samenspraak met de cliënt en dat de keuze aansluit bij de motivatie, inspanningsbereidheid en specifieke situatie van de cliënt. Beschrijf hoe je client reageerde op de behandeldoelen en het behandelplan

4. Onderzoeksvragen, design en metingen

Een belangrijk onderdeel van het gedragstherapeutisch proces is het evalueren van het behandelresultaat. Dit doen we met behulp van een onderzoeksvraag, een design en metingen.

Onderzoeksvragen

Eerder in je verslag heb je behandeldoelen opgesteld. Beschrijf nu hoe je gaat onderzoeken of de interventie(s) die je gekozen hebt om de behandeldoelen te bereiken ook daadwerkelijk tot het beoogde resultaat zullen leiden. Stel daarvoor een of meerdere onderzoeksvragen op die betrekking hebben op je behandeldoelen.

Bijvoorbeeld: Als er twee behandeldoelen zijn:

- 1. geen dwanghandelingen meer uitvoeren .*
- 2. minder dan een uur per dag besteden aan dwanggedachten*

In hoofdstuk drie heb je de interventies beschreven die je gekozen hebt om de behandeldoelen te bereiken. Je hebt gekozen voor exposure met responspreventie en cognitieve therapie. Deze interventies wil je op beide doelen inzetten.

Dan zijn de bijbehorende onderzoeksvragen:

- 1. Hebben de interventies exposure met respons preventie en de cognitieve therapie geleid tot het verdwijnen van de dwanghandelingen?*
- 2. Hebben de interventies exposure met respons preventie en de cognitieve therapie geleid tot het verminderen van de tijd besteed aan dwanggedachten? ?*

Design

Je gaat nu nadenken over de manier waarop je iedere onderzoeksvraag wilt beantwoorden. Iedere onderzoeksvraag krijgt zijn eigen design. Een design geeft aan op welke momenten je metingen gaat doen en wat je gaat evalueren. Voor de N=1 beperken we ons in deze richtlijnen tot een AB of een ABC design.

In beide designs is het belangrijk dat je in iedere fase meerdere metingen uitvoert zodat je een goed beeld krijgt van het functioneren van je patiënt. Let er wel op dat het doen van meerdere metingen wel functioneel is (zie ook het onderdeel metingen).

Bij de keuze tussen deze twee designs spelen in ieder geval twee afwegingen een rol:

- Volgen de interventies elkaar op in tijd of lopen beide interventies door elkaar heen? Wanneer de interventies door elkaar heen lopen, kun je de behandeling alleen als totaal evalueren. Je kiest dan voor een AB-design omdat je de interventies niet los van elkaar kunt evalueren. Deze mogelijkheid heb je wel als je interventies elkaar chronologisch opvolgen
- Is het belangrijk om te weten wat het resultaat is van de interventies los van elkaar? Wil je bijvoorbeeld eerst weten wat het resultaat is van alleen de exposure met responspreventie en daarna van de cognitieve therapie? Als dat niet belangrijk is om te weten, kies je wederom voor een AB-design. Is dit wel belangrijk om te weten en volgen de interventies elkaar op, dan kun je kiezen voor een ABC-design. Je kunt dan bekijken of alleen exposure met responspreventie het resultaat geeft waarop je gehoopt had vóóordat je overgaat naar de cognitieve therapie. Dit design geeft je dus meer mogelijkheden om je behandeling tussentijds te monitoren en eventueel bij te sturen

AB-design

In dit design vinden je metingen plaats in twee fasen. Bijna altijd gaat het om een baselinemeting en een behandelafasemeting.

Bijvoorbeeld: voordat je start met je interventies, laat je de patiënt dagelijks het aantal dwanghandelingen registreren (fase A). Daarna start je met de exposure met responspreventie en met de cognitieve therapie. Ook in deze fase laat je de patiënt de dwanghandelingen dagelijks registreren (fase B).

ABC-design

In dit design vinden je metingen plaats in drie fasen. Bijna altijd gaat het om een baselinemeting (A), een eerste interventie (B) en een tweede interventie (C). Dit design geeft je de mogelijkheid om de verschillende interventies los van elkaar te bekijken. Dit kan alleen als de interventies elkaar opvolgen in tijd, niet als ze door elkaar lopen.

Bijvoorbeeld: Voordat je start met je interventies, laat je de patiënt dagelijks het aantal dwanghandelingen registreren (fase A). Daarna start je met de exposure met responspreventie (B) en laat je de patiënt de dwanghandelingen dagelijks registreren. Vervolgens start je met de cognitieve therapie (C). Ook in deze fase laat je de patiënt de dwanghandelingen dagelijks registreren.

Je moet gebruik maken van meerdere metingen in iedere fase, een pre-postdesign met in iedere fase één meting is niet voldoende.

Uiteraard mag je ook gebruik maken van complexere designs. Meer informatie over de designs vind je in het boek 'N=1 Gevalsstudies volwassenen/N=1 Gevalsstudies kinderen en jongeren'.⁴ Houd bij je keuze voor een design rekening met wat praktisch haalbaar is.

⁴ van Emmerik A. & Rijnders, P. (2017). N=1 Gevalsstudies volwassenen. Amsterdam: Boom / Bosch, J. & Prins, P. (2017) N=1 Gevalsstudies kinderen en jongeren. Amsterdam: Boom

Metingen

Nu ga je je design verder invullen. Welke meetinstrumenten wil je gebruiken? En wanneer ga je metingen uitvoeren?

- Beschrijf wat je wilt meten en hoe dit aansluit bij je onderzoeksvragen. *Bijvoorbeeld: als je wilt weten of je interventie het aantal dwanghandelingen reduceert, laat je de cliënt het aantal dwanghandelingen dat hij had registreren en/of je maakt gebruik van een gevalideerd instrument zoals de Y-BOCS*
- Geef aan hoe vaak je meet tijdens elke fase en wanneer de metingen plaatsvinden. Om een patroon te kunnen vaststellen, is het vaak belangrijk dat je het gedrag of de klachten meerdere keren meet (bijvoorbeeld dagelijks, wekelijks of bij elke sessie.) Hoe vaak je wilt en kunt meten hangt echter ook af van:
 1. De aard van het gedrag/de klachten
 2. Hoe vaak het gedrag/de klachten voorkomen. *Bijvoorbeeld: als dwanghandelingen in de beginsituatie meerdere malen per week voorkwamen, dan kun je de cliënt vragen om dagelijks op te schrijven of hij wel of geen dwanghandelingen uitvoerde en deze op te tellen tot het totaal aantal dwanghandelingen in een week. Als hij echter eerder meerdere dwanghandelingen per dag had, kun je hem vragen elke dwanghandeling te registreren en die op te tellen tot het aantal dwanghandelingen per dag*
 3. Hoezeer het gedrag/de klachten fluctueren. Let er op dat het aantal metingen functioneel is. *Bijvoorbeeld: sommige dwanghandelingen fluctueren sterk van dag tot dag, maar andere klachten zijn mogelijk veel stabiel. Stabiele klachten hoeven minder vaak geregistreerd te worden dan sterk fluctuerende klachten*
 4. Wat de cliënt aan kan en aanvaardbaar vindt
- Het is belangrijk dat je niet alleen onderbouwt welk gedrag je wilt meten, maar ook met welk meetinstrument (meetmethode) je dit doet. In veel gevallen zul je zelf meetmethoden moeten ontwerpen die passen bij jouw cliënt en zijn behandeldoelen (bijvoorbeeld het registreren van tijd of aantal dwanghandelingen). Maar gebruik wanneer dit wel mogelijk is bestaande, valide en betrouwbare schalen of onderdelen daarvan
- Vermeld wat de kwaliteit van je meetinstrument is in termen van validiteit en betrouwbaarheid. Gebruik relevante wetenschappelijke literatuur, of de COTAN, waaruit blijkt dat het meetinstrument betrouwbaar en valide is. Wanneer er geen informatie beschikbaar is over de kwaliteit van een meetmethode, geef je dit ook aan. *Bijvoorbeeld: als je ook een behandeldoel over stemming hebt, zoek je een geschikt meetinstrument en citeer je de wetenschappelijke literatuur die aangeeft dat het instrument betrouwbaar en valide is voor het meten van stemming*
- Vermeld, als deze beschikbaar is, ook informatie over de normscores

5. Korte beschrijving verloop en resultaat behandeling

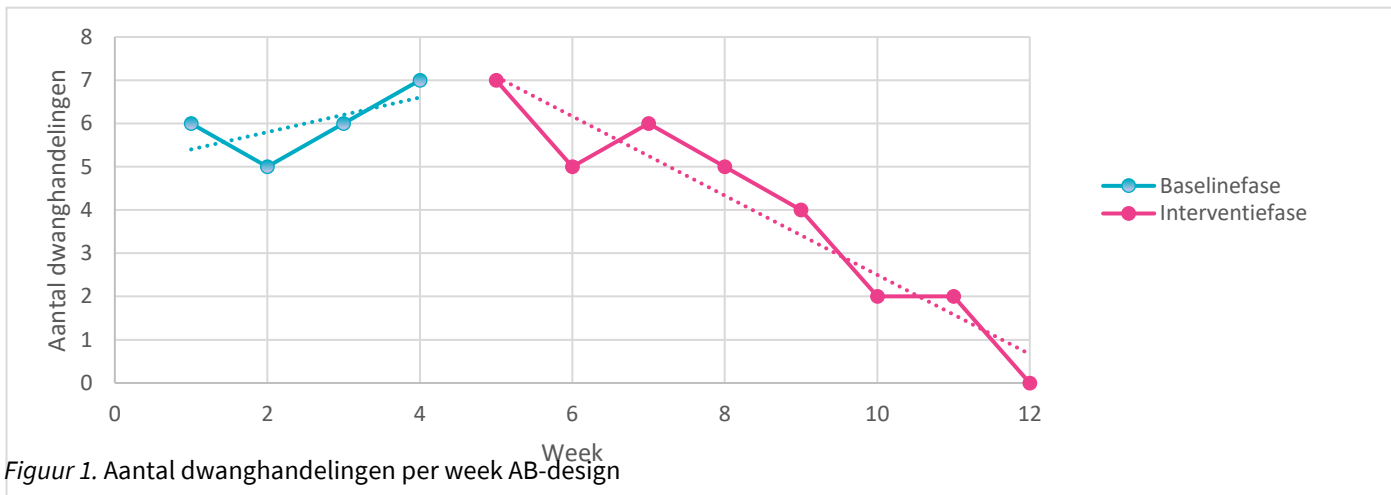
In dit hoofdstuk geef je antwoord op je onderzoeksvragen. Aan de hand hiervan beschrijf je of de behandeldoelen bereikt zijn.

Geef per onderzoeksvraag kort weer hoe dit onderdeel van je behandeling is verlopen. Omschrijf tegen welke problemen je aanliep en hoe je dit hebt opgelost. Vermeld hier ook als je je behandelplan tussentijds hebt bijgesteld en waarom je dat hebt gedaan.

Beantwoord vervolgens iedere onderzoeksvraag door je metingen visueel weer te geven, bijvoorbeeld met een grafiek, en licht dit tekstueel toe door iets te zeggen over bijvoorbeeld de gemiddelde verandering in tijd.

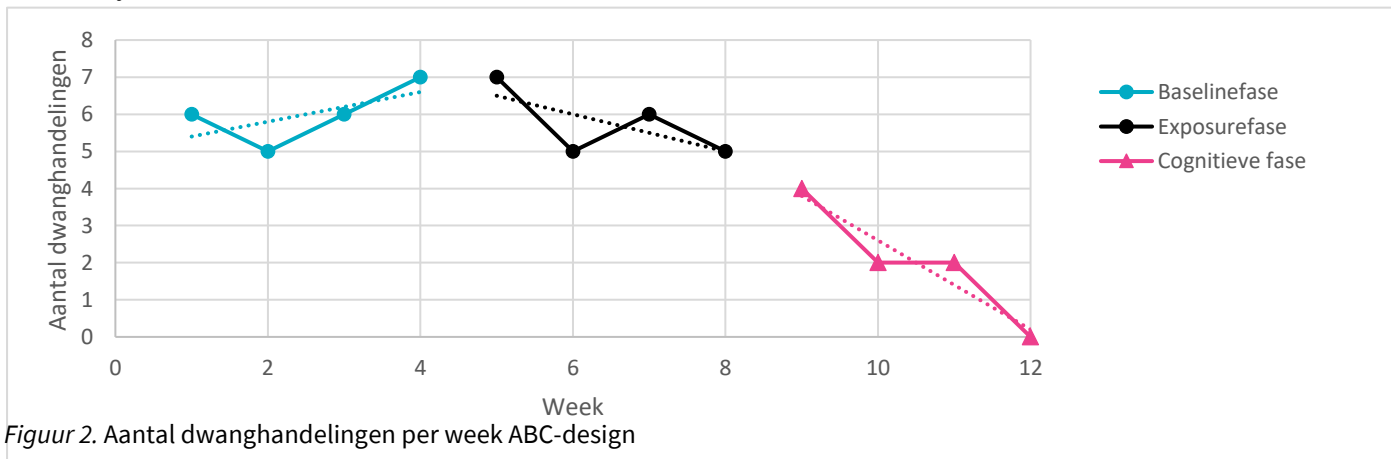
Geef in je grafiek duidelijk aan waar de fasen van je design beginnen en eindigen.

Bijvoorbeeld: zie hieronder een grafiek met het verloop van het aantal geregistreerde dwanghandelingen per week in de twee verschillende fasen van het AB design. De stippellijn geeft een trendlijn weer.



Figuur 1. Aantal dwanghandelingen per week AB-design

Bijvoorbeeld: zie hieronder een grafiek met het verloop van het aantal geregistreerde dwanghandelingen per week in de drie verschillende fasen van het ABC-design. De stippellijn geeft een trendlijn weer.



Figuur 2. Aantal dwanghandelingen per week ABC-design

Een statistische analyse van de metingen wordt aangemoedigd maar is niet verplicht. Meer informatie over statistische analyses kun je vinden in hoofdstuk 11 van 'Inleiding tot de Gedragstherapie'⁶ en in het artikel van Kazdin⁵ Ook zijn er online filmpjes en calculators te vinden die je helpen om bijvoorbeeld de klinische significantie (clinical significance) en betrouwbare verandering (reliable change) of de samenhang binnen je probleemanalyses te berekenen. Het webinar (te vinden op het VGCT kennisnet) van Dirk Hermans geeft ook interessante informatie.

6. Kritische reflectie

In de kritische reflectie kijk je terug op de behandeling. Je legt hier uit welke factoren een rol speelden bij het wel of niet behalen van je behandeldoelen en je reflecteert kritisch op je eigen handelen. In de kritische reflectie wordt het eigen handelen open en eerlijk besproken.

Reflecteer op je eigen handelen in alle stappen van het cognitief gedragstherapeutisch proces. Besteed daarbij aandacht aan alle volgende punten:

- Geef aan hoe het volgen van het cognitief gedragstherapeutisch proces heeft bijgedragen aan de behandelresultaten en wat jouw rol daarin was
- Geef aan in hoeverre je behandeling wel of niet heeft gewerkt en wat de mogelijke verklaringen hiervoor zijn. Reflecteer kritisch op een eventueel verschil tussen verwachtingen en behandeluitkomst
- Hoe was de therapeutische relatie en waren hier bijzonderheden in? Wat was jouw rol hierin?
- Geef aan wat je, met de kennis van nu, anders zou doen en waarom. Waar mogelijk onderbouw je dit met recente wetenschappelijke literatuur

7. Literatuurlijst

- Alle literatuur die je hebt gebruikt, zet je in je literatuurlijst
- De referenties en literatuurlijst dienen opgemaakt te worden in APA-stijl. Gebruik daarvoor een recente versie van de APA-richtlijnen
- Gebruik daar waar passend en aanwezig zoveel mogelijk recente literatuur (richtlijn is niet ouder dan tien jaar)

De literatuurlijst telt niet mee voor het woordenaantal en mag zo lang zijn als nodig is.

4. Gebruik literatuur

Je dient de keuzes die je maakt gedurende het cognitief gedragstherapeutisch proces te onderbouwen met literatuur.

- Voor je onderbouwing kun je multidisciplinaire richtlijnen/zorgstandaarden als startpunt nemen als deze beschikbaar zijn (zie ook <https://www.ggzstandaarden.nl/>)
- Daarnaast kun je artikelen uit wetenschappelijke vakbladen (nationaal en/of internationaal) consulteren. Vooral meta-analyses en/of systematische reviews

⁵ Kazdin, A. E. (Online First). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*. doi:[10.1016/j.brat.2018.11.015](https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015)

⁶Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2018). Evaluatie. In *Inleiding tot de gedragstherapie* (pp. 309-322). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

(overzichtsartikelen) zijn erg geschikt, omdat ze een samenvatting geven van meerdere onderzoeken

- Gebruik voor je onderbouwing, voor zover mogelijk, ook recent onderzoek en richtlijnen. Dat wil zeggen, gebruik ook onderzoek van de afgelopen tien jaar
- Gebruik literatuur die zoveel mogelijk aansluit bij de situatie van jouw cliënt. *Bijvoorbeeld: als je de behandeling van een 14-jarige cliënt met OCD in een ambulante setting beschrijft, gebruik dan, indien voorhanden, onderzoek onder adolescenten met OCD in een ambulante setting).*
- Geef ook duidelijk aan als er weinig relevant onderzoek of alleen onderzoek van matige kwaliteit beschikbaar is

Je kunt artikelen zoeken in relevante wetenschappelijke vakliteratuur, zoals het Tijdschrift Gedragstherapie dat bij je VGCT-lidmaatschap zit inbegrepen, of in internationale tijdschriften.

Voor hulp bij het zoeken en beoordelen van wetenschappelijk onderzoek, kun je gebruik maken van de bronnen die de VGCT beschikbaar stelt, zoals het [webinar 'Evidence in your practice'](#) en de screencasts op VGCTube over [het zoeken van wetenschappelijke literatuur](#) en [toegang verkrijgen tot de artikelen](#).

5. Specifieke vormen van behandeling

In de meeste gevallen kiezen cgt'ers i.o. voor de beschrijving van de individuele behandeling van een individuele cliënt. Maar je kunt er ook voor kiezen om een verslag over een groepsbehandeling, systeemtherapie of mediatiebehandeling te schrijven.

Groepsbehandeling

Wanneer je een groepsbehandeling beschrijft, gelden dezelfde formele eisen als voor een individuele behandeling. De richtlijn is om één van de deelnemers uit te lichten en informatie over overige groepsdeelnemers komt alleen terug wanneer dit relevant is voor de behandeling van de beschreven cliënt. Dat wil zegen dat:

- Eén van de deelnemers aan de groep uitgebreid wordt beschreven in de samenvatting van de cliëntgegevens. De overige groepsdeelnemers worden zeer kort beschreven
- Alleen voor deze cliënt de gedragsanalyses en casusconceptualisatie/holistische theorie worden uitgewerkt
- Alleen voor deze cliënt een of meer onderzoeksvragen worden opgesteld en beantwoord
- De metingen en de interpretatie daarvan alleen voor deze cliënt worden beschreven

Informatie over de andere groepsdeelnemers zal doorgaans wel aan bod komen in de samenvatting van de cliëntgegevens, het behandelplan, de beschrijving van het verloop van de behandeling en de kritische reflectie. Bij de beschrijving van het verloop van een groepsbehandeling en de kritische reflectie zul je doorgaans ook aandacht besteden aan de interactie tussen de groepsgenoten.

Systeemtherapie

Bij systeemtherapie (met een gezin of partners) gelden dezelfde eisen en richtlijnen als voor een individuele behandeling. Er zullen echter enkele verschillen zijn, zoals:

- In de samenvatting van de cliëntgegevens zullen meer personen en hun onderlinge relaties worden beschreven

- De gedragsanalyses en casusconceptualisatie/holistische theorie zullen doorgaans (ook) gaan over de interacties tussen de personen binnen het systeem
- De metingen en interpretaties daarvan sluiten bij het bovenstaande aan

Mediatiebehandeling

Een mediatiebehandeling kan zeker ook geschikt zijn voor het N=1-verslag. De richtlijnen zijn in dit geval hetzelfde als voor de individuele behandeling. Echter:

- In de samenvatting van de cliëntgegevens beschrijf je gegevens over zowel de mediators als de cliënt en de relaties tussen mediators en cliënt
- De casusconceptualisatie/holistische theorie, probleemselectie en gedragsanalyses zullen doorgaans (ook) gaan over de interacties tussen het gedrag van de omgeving en gedrag van de cliënt
- Metingen betreffen de cliënt en niet (alleen) de mediator. Het doel van mediatiebehandelingen is immers om het gedrag van de cliënt te veranderen. Wel kan het gedrag van de cliënt gerapporteerd worden door de mediator. Het meten van het gedrag van zowel de mediator als de cliënt, en een interpretatie van de verbanden hiertussen, kan extra inzichten geven
- In de beschrijving van het verloop van de behandeling en de interpretatie van de uitkomsten komen zowel het gedrag van de mediator(s) als de effecten daarvan op de cliënt terug

6. Procedure

Je vult samen met je supervisor de supervisorverklaring N=1 in. Dit formulier kun je vinden op de website. Daarna scan je de ingevulde verklaring in. Je mag de naam van je supervisor niet vermelden in het N=1-verslag. Door de naam van de supervisor niet te vermelden, kan de registratiecommissie het verslag namelijk objectief beoordelen. De naam van de supervisor staat wel op de supervisorverklaring N=1, zodat het secretariaat de supervisor op de hoogte kan stellen van de beoordeling. De verklaring wordt niet meegestuurd naar de registratiecommissie. LET OP: zet je eigen naam níét als voettekst in het N=1-verslag, maar alleen op het voorblad.

Inleveren

Je moet de digitale versie van het N=1-verslag en de ingescande supervisorverklaring uploaden in je PE-dossier nadat je bent geregistreerd als cognitief gedragstherapeut (in opleiding). Je hoeft geen papieren versie op te sturen naar het secretariaat.

De beoordeling

De N=1-verslagen worden door het secretariaat op volgorde van binnenkomst toegewezen aan een van de leden van de registratiecommissie. Als het verslag gelezen is, wordt het besproken in de vergadering van de registratiecommissie. Bij twijfels over een voldoende of onvoldoende beoordeling wordt een tweede lezer uit de registratiecommissie gekozen. De registratiecommissie bespreekt de twee beoordelingen op een volgende vergadering.

De registratiecommissie geeft een van de volgende drie eendoordelen:

- Het verslag wordt goedgekeurd
- Het verslag wordt voorlopig afgekeurd, je moet een aanvulling schrijven
- Het verslag wordt afgekeurd

De registratiecommissie beoordeelt je verslag binnen drie maanden. Je krijgt hiervan schriftelijk bericht. Bij (dreigende) overschrijding van de termijn stelt de registratiecommissie je hiervan tijdig op de hoogte.

Als de registratiecommissie om aanvullingen vraagt, heb je drie maanden de tijd om deze aanvullingen te schrijven. Bij te late inlevering wordt de aanvulling niet in behandeling genomen en wordt het verslag alsnog afgekeurd.

Als het verslag wordt afgekeurd krijg je tot het einde van je opleidingstermijn om een nieuw N=1-verslag te schrijven. Indien de opleidingstermijn verlopen is of binnenkort verloopt krijg je een jaar de tijd om een nieuw N=1-verslag te schrijven. Dit verslag wordt opnieuw beoordeeld door de registratiecommissie. Als je door omstandigheden niet in staat bent om de deadline te halen, kun je een schriftelijk verzoek tot verlenging indienen. Houd er in dat geval wel rekening mee dat je te maken krijgt met aanvullende eisen, zoals omschreven in het registratiereglement.

De registratiecommissie kan de sessieverslagen van de supervisie en/of de supervisie-evaluatieverslagen opvragen als er vragen zijn over het N=1-verslag. Zie hiervoor artikel 2.1.5 van het registratiereglement.

7. Beoordelingscriteria

Formele eisen:

- De N=1-studie heeft betrekking op minstens acht sessies van 45 minuten. De acht sessies kunnen ook deel uitmaken van een grotere behandeling waarin je minstens acht sessies als een afgerond onderdeel gebruikt voor je N=1
- De sessies betreffen één cliënt, cliëntstelsel of behandelgroep
- Het verslag bevat de onderdelen:
 - Samenvatting cliëntgegevens
 - Casusconceptualisatie/holistische theorie, probleemselectie en gedragsanalyses
 - Behandelplan
 - Onderzoeksvragen, design en metingen
 - Korte beschrijving verloop en resultaat behandeling
 - Kritische reflectie
 - Literatuurlijst
- Er zijn metingen verricht en deze zijn visueel weergegeven
- De anonimiteit van de cliënt is gewaarborgd
- Het verslag bestaat uit maximaal 15.000 woorden (exclusief bijlagen en literatuurlijst)
- Naam van supervisor staat **niet** in het verslag
- Eigen naam staat wel in het verslag, maar alleen op het voorblad

Wanneer tijdens een eerste check blijkt dat niet aan de bovenstaande eisen is voldaan, wordt het N=1-verslag niet in behandeling genomen.

Beoordeling per onderdeel

In de onderstaande tabel zie je waaraan elk onderdeel moet voldoen om een voldoende te scoren. Als aan alle eisen in voldoende mate is voldaan, zal het verslag worden goedgekeurd. Als er sprake is van ernstige tekortkomingen op één terrein of minder ernstige op twee terreinen, wordt om een aanvulling gevraagd. In alle andere gevallen zal het verslag worden afgekeurd.

Onderdelen
<p>Samenvatting cliëntgegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De samenvatting biedt voldoende achtergrond over de cliënt om de keuzes die beschreven worden in het verslag te kunnen beoordelen • Het gaat om de behandeling van middelzware of complexe problematiek • De behandelsetting, matching en positie en rol van de behandelaar is kort beschreven • Anamnestiche gegevens: leeftijd, geslacht, situatiegegevens en eventuele bijzonderheden zijn beschreven • Het proces is beschreven: aanmeldingsreden, hulpvragen en korte beschrijving van het traject rondom de aanmelding, intake, indicatiestelling en eventuele eerdere hulpverlening • Beschrijving van de inventarisatie van de klachten en probleemgedragingen en de ontwikkeling, de achtergrond, de samenhang, de ernst en het beloop ervan. Klachten moeten concreet beschreven worden • Beschrijving van factoren die mogelijk meespelen bij de leergeschiedenis van de klachten, waaronder eventuele maatschappelijke, sociale, systemische, somatische, psychiatrische en culturele factoren • Een beschrijving van, in ieder geval, een beargumenteerde beschrijvende diagnose en, indien van toepassing, een (voorlopige) DSM-classificatie en differentiaaldiagnose (je hoeft de DSM-criteria niet over te nemen) • De beschrijving van de diagnose(s) is toetsbaar door beschreven gebruik van minimaal één klachtenlijst en logisch volgend uit de beschreven klachten
<p>Casusconceptualisatie/holistische theorie, probleemselectie en gedragsanalyses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De cognitieve casusconceptualisatie of de holistische theorie en de gedragsanalyses worden correct en consequent toegepast volgens het gekozen model • De casusconceptualisatie/holistische theorie, probleemselectie en gedragsanalyses vormen een helder en coherent geheel, waarin klachten en achterliggende factoren logisch met elkaar in verband worden gebracht tot hypothesen over het ontstaan en de instandhouding van klachten/probleemgedrag van de cliënt • De casusconceptualisatie/holistische theorie en gedragsanalyses sluiten aan bij de samenvatting cliëntgegevens (klachten, hulpvraag, beschreven factoren e.d.) • Er is duidelijk aangegeven voor welke benadering is gekozen, door middel van een verwijzing naar de gebruikte literatuur • Keuzes zijn onderbouwd met wetenschappelijke literatuur • Analyses zijn tekstueel toegelicht • Er komt geen nieuwe informatie aan de orde
<p>Behandelplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Op basis van de hulpvraag van de cliënt en de analyses die gedaan zijn, is beschreven op welke factor(en) ingegrepen gaat worden • Concrete behandeldoelen, aansluitend bij de hulpvraag, de analyses en de factor(en) waarop ingegrepen gaat worden zijn beschreven • De behandeldoelen zijn concreet, meetbaar en haalbaar (SMART) geformuleerd

<ul style="list-style-type: none"> • In het behandelplan is gekozen voor één of meer interventies (modificatieprocedures) die effectief gebleken zijn in wetenschappelijk onderzoek. De keuze voor de behandeling is goed onderbouwd met behulp van wetenschappelijke literatuur • Er is beargumenteerd hoe de interventies aansluiten op de analyses en de behandeldoelen • Het behandelplan sluit aan bij de motivatie, inspanningsbereidheid en specifieke situatie van de cliënt en er is beschreven hoe de cliënt reageerde op de behandeldoelen en het behandelplan • Keuzes zijn onderbouwd met wetenschappelijke literatuur
<p>Onderzoeksvragen, design en metingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De onderzoeksvragen sluiten aan bij de behandeldoelen • Het gekozen design is geschikt voor het toetsen van de onderzoeksvragen • Het aantal metingen is praktisch haalbaar en sluit aan bij de situatie van de cliënt • De keuze voor de meetmomenten is logisch en beargumenteerd • Beschreven is welke meetinstrumenten zijn gebruikt en wat de kwaliteit van de instrumenten is. Normscores zijn vermeld, indien beschikbaar • Keuzes zijn onderbouwd met wetenschappelijke literatuur
<p>Korte beschrijving verloop en resultaat behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per onderzoeksvraag is beschreven hoe de behandeling is verlopen, welke problemen er eventueel waren en hoe die zijn opgelost • Iedere onderzoeksvraag is beantwoord, waarbij de metingen visueel zijn weergegeven en tekstueel zijn toegelicht • De metingen worden op passende wijze gebruikt, zodat ze antwoord geven op de onderzoeksvragen
<p>Kritische reflectie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is gereflecteerd op het eigen handelen in alle stappen van het cognitief gedragstherapeutisch proces • In de kritische reflectie wordt het eigen handelen open en eerlijk besproken • Aangegeven is hoe het volgen van het cognitief gedragstherapeutisch proces heeft bijgedragen aan de behandelresultaten en wat de rol van de therapeut daarin was • Aangegeven is in hoeverre je behandeling wel of niet heeft gewerkt en wat de mogelijke verklaringen hiervoor zijn. Er is kritisch gereflecteerd op een eventueel verschil tussen verwachtingen en behandeluitkomst • De therapeutische relatie en eventuele bijzonderheden hierin, evenals de rol van de therapeut hierin zijn beschreven • Beschreven is wat de therapeut, met de kennis van nu, anders zou doen en waarom. Waar mogelijk is dit met recente wetenschappelijke literatuur onderbouwd
<p>Literatuurlijst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle literatuur die is gebruikt, is te vinden in de literatuurlijst • De referenties en literatuurlijst zijn opgemaakt volgens een recente versie van de APA-richtlijnen <p>Gebruikte literatuur is zoveel mogelijk recent (richtlijn is niet ouder dan tien jaar)</p>

8. Klachten en bezwaar

De registratiecommissie streeft ernaar de beoordelingen zo goed en nauwkeurig mogelijk te motiveren, maar het blijft mensenwerk. Het komt helaas zo nu en dan voor dat een beoordeling bij de cgt'er i.o. hard of streng overkomt. Soms geeft de inhoud van de beoordeling aanleiding tot discussie, soms komt de formulering vervelend over.

Om teleurstellingen te voorkomen, wil de registratiecommissie beklemtonen dat zij louter en alleen het verslag beoordeelt. Soms ontvangt de registratiecommissie na een afkeuring het verzoek om haar oordeel te herzien, omdat de door de commissie geconstateerde fouten of omissies tijdens de behandeling in werkelijkheid niet zouden hebben plaatsgevonden, maar veeleer het gevolg zijn van een onzorgvuldige beschrijving. Op dergelijke verzoeken kan de registratiecommissie niet ingaan.

Als je het oneens bent met de afwijzing van je N=1-verslag, kun je bezwaar maken tegen deze beoordeling. Je kunt ervoor kiezen om eerst via e-mail contact te zoeken met de beoordelaars om zo meer duidelijkheid te krijgen over de beoordeling van je verslag. Je kunt hiervoor een e-mail sturen naar opleidingen@vgct.nl. Mocht je niet tevreden zijn na het contact via e-mail, kun je alsnog bezwaar maken.

Je bezwaarschrift moet binnen zes weken na de beoordeling schriftelijk worden ingediend bij de voorzitter van de registratiecommissie. Als je eerst via e-mail contact hebt gehad met de beoordelaars, gaat de termijn lopen nadat dit contact is afgerond. Aan het indienen van een bezwaar zijn kosten verbonden, je kunt het actuele tarief nalezen op de website.

Als je een klacht hebt over bijvoorbeeld de bejegening, de communicatie of de doorlooptijden met betrekking tot de beoordeling van je N=1-verslag, kun je deze klacht schriftelijk en gemotiveerd indienen bij de directeur van de VGCT.

Meer informatie over de bezwaar- en de klachtenprocedure kun je lezen op de [website](#).

9. Getoetste competenties

Elke cognitief gedragstherapeut moet aantonen dat hij beschikt over de competenties die beschreven staan in het competentieprofiel cognitief gedragstherapeut VGCT om de registratie als cgt'er te mogen voeren. Verschillende competenties worden getoetst in verschillende onderdelen van de opleiding tot cgt'er. Het schrijven van een N=1-verslag is één onderdeel van deze toetsing. In het N=1-verslag laat de cgt'er i.o. zien dat hij de volgende competenties beheerst:

Theorietoepassing

1.1.3 Systematisch en op basis van leer- en emotietheorieën, cognitieve theorieën en het ontwikkelingsperspectief hypothesen opstellen over factoren die meespelen bij het ontstaan en voortbestaan van de klachten van de cliënt en over factoren bij adequaat adaptief gedrag van de cliënt.

1.1.4 Deze hypothesen gebruiken om interventies (c.q. modificatieprocedures) te selecteren waarmee deze factoren kunnen worden bewerkt.

Classificatie en probleemselectie

1.2.2 Systematisch informatie verzamelen over verschillende klachten en factoren die meespelen bij het ontstaan en voortbestaan van de klachten, waaronder eventuele maatschappelijke en culturele factoren.

1.2.3 Deze klachten en achterliggende factoren logisch met elkaar in verband brengen (bijvoorbeeld in een casusconceptualisatie of holistische theorie).

1.2.4 Beargumenteerd en zoveel mogelijk in samenspraak met de cliënt tot een selectie van een probleem komen.

1.2.5 Samen met de cliënt (en desgewenst het systeem van de cliënt) tot de formulering van concrete, meetbare en haalbare doelen voor de behandeling komen.

Probleemanalyse en behandelplan

1.3.1 Een verklaringsmodel opstellen dat is toegepast op de problemen of op het gewenst gedrag van de cliënt. Hierin worden hypothesen opgenomen over het ontstaan en voortbestaan van de problemen en over het bereiken van gewenst gedrag.

1.3.3 Een behandelplan opstellen waarin is opgenomen welke psychologische factoren en mechanismen bewerkt moeten worden om de problemen te verminderen, de doelformuleringen die het gewenste gedrag of de gewenste situatie beschrijven, en welke interventies c.q. modificatieprocedures moeten worden ingezet om de problemen te verminderen en het gewenste gedrag te doen toenemen.

1.3.4 Het resultaat van de interventiemethoden op de afname van problemen en toename van gewenst gedrag monitoren en bij beperkt resultaat alle gevolgde stappen heroverwegen.

Interventies c.q. modificatieprocedures

1.4.1 Interventies selecteren die aansluiten bij de probleemselectie, doelstelling van de behandeling en probleemanalyse.

1.4.2 Interventies aanpassen aan de motivatie, inspanningsbereidheid en specifieke situatie van de cliënt.

Metingen

1.5.1 Betrouwbare en valide gebleken interviewmethoden, vragenlijsten en tests kunnen inzetten ten behoeve van de classificatie van de problematiek in termen van actuele classificatiesystemen (bv. DSM-5).

1.5.2 Op de cliënt toegespitste (zelf)observatiemethoden kunnen inzetten ten behoeve van onder andere de probleem- en doelmanalyse.

1.5.3 Al deze methoden kunnen inzetten om de verandering in de problemen van de cliënt te monitoren gedurende de behandeling ten behoeve van de evaluatie van het effect van de geselecteerde interventies (Routine Outcome Monitoring).

Wetenschappelijk verantwoorde zorg

4.1 Wetenschappelijke literatuur raadplegen en beoordelen in termen van relevantie voor het eigen klinische werk.

Enkele andere competenties komen wel naar voren, maar worden niet expliciet getoetst in het N=1-verslag, omdat deze op andere momenten in de opleiding al worden getoetst.