

Richtlijnen voor een N=1 verslag nieuwe stijl

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	1
2. Formele eisen aan het verslag.....	1
3. Onderdelen van het verslag	2
4. Gebruik literatuur	9
5. Specifieke vormen van behandeling.....	10
6. Procedure	11
7. Beoordelingscriteria	12
8. Klachten en bezwaar.....	13
9. Getoetste competenties	14

1. Inleiding

In het N=1 verslag beschrijf jij, 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 leer je door je N=1 studie lessen die je kunt toepassen in je toekomstige behandelingen en kunt delen met collega's.

2. Formele eisen aan het verslag

Er zijn een aantal formele eisen aan het N=1 verslag, zoals opgenomen in het registratiereglement ingaande op 1 januari 2021). Hieraan moet het N=1 verslag in ieder geval voldoen. Dit zijn:

- De studie heeft betrekking op een behandeling van tenminste acht sessies van 45 minuten.
- Alle stappen van het gedragstherapeutisch proces komen in de behandeling aan de orde.
- 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.

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 20% 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 cognitief gedragstherapeut 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 is 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 anonimisering niet in het N=1 verslag staan.

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

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:

- 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 matching en behandelsetting.
- 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 het ontstaan en voortbestaan van de klachten, waaronder eventuele maatschappelijke, sociale, systemische en culturele factoren.
- Een beargumenteerde, indien van toepassing, (voorlopige) DSM-classificatie of beschrijvende diagnose en differentiaaldiagnose (je hoeft de DSM-criteria niet over te nemen).

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 probleemontwikkeling, een goede probleeminventarisatie en een logische probleemsamenhang beschrijft, bijvoorbeeld 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. Ook als de behandeling volledig volgens het cognitieve model wordt uitgevoerd, moet je functieanalyses maken over het probleemgedrag en betekenisanalyses over de emotioneel beladen betekenis van een kernthema of kerngebeurtenis wat opgeroepen wordt.

Er zijn verschillende visies en benaderingen voor het in kaart brengen en analyseren van klachten en/of (probleem)gedrag. Voorbeelden zijn: functie- en betekenisanalyse, holistische theorie en casusconceptualisatie. Deze analyses worden door verschillende experts op verschillende wijzen en in verschillende combinaties uitgevoerd. Veelgebruikte benaderingen zijn bijvoorbeeld die van Korrelboom en ten Broeke (2014)² en van Hermans, Raes en Orlemans (2018).³

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.

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.
- 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, waar mogelijk ook wetenschappelijke literatuur om je theorie over de klachten en/of het probleemgedrag te onderbouwen.
Bijvoorbeeld: Je formuleert de theorie dat stress eetbuien uitlokt op basis van de ervaringen van de cliënt en wetenschappelijk onderzoek dat een verband legt tussen stress en eetbuien.

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

3. Behandelplan

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 theorie die je in het vorige onderdeel hebt beschreven over het probleemgedrag/de klachten en effectief is volgens wetenschappelijke literatuur (en/of zorgstandaarden/multidisciplinaire richtlijnen).

- Op basis van de hulpvraag van de cliënt en de theorie over het probleemgedrag en/of klachten die je in het vorige deel hebt opgesteld, beschrijf je op welke factor(en) je wilt ingrijpen. *Bijvoorbeeld: de cliënt zich heeft aangemeld omdat hij van zijn eetbuiten af wil. Je hebt de hypothese geformuleerd dat de overwaarding van gewicht een belangrijke factor is die bij hem tot eetbuien leidt. Daarom kies je voor een interventie die volgens onderzoek effectief is in het verminderen van het overwaarden van gewicht en daarmee naar verwachting ook de eetbuien zal verminderen.*
- Je formuleert concrete behandeldoelen, aansluitend bij de hulpvraag, theorie over het probleemgedrag/klachten en de factor waar je op wilt ingrijpen. Het is belangrijk dat je meetbare doelen stelt zodat je aan het einde van de behandeling objectief kan bepalen of je doelen behaald zijn. Let er ook op dat je haalbare doelen stelt. *Bijvoorbeeld: aan het einde van de behandeling 1) heeft de cliënt minder dan 1x per maand een eetbui en 2) Op de EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) scoort de cliënt gemiddeld 2 of lager op de items van de subschaal overwaarding van gewicht.*
- Je kiest één of meer interventies (modificatieprocedures) die aansluiten bij de geformuleerde doelen en effectief gebleken zijn in wetenschappelijk onderzoek. Je onderbouwt je keuze dus met wetenschappelijke literatuur. *Bijvoorbeeld: als verminderen van overwaarding van gewicht een behandeldoel is, beschrijf je wat volgens recente literatuur de meest effectieve interventie is om overwaarding van gewicht te verminderen.*
- 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.

Wanneer je gebruikmaakt van een protocol, is het belangrijk dat je laat zien op welk probleemgedrag/klachten de interventies in het protocol aangrijpen en dat dit overeenkomt met de behandeldoelen die je hebt geformuleerd. Laat ook de wetenschappelijk evidentie voor de interventies in het protocol zien, indien beschikbaar. Hierbij verwijst je niet alleen naar het protocol zelf, maar gebruik je daarnaast literatuur (richtlijnen, wetenschappelijke artikelen) over de evidentie voor het protocol en de interventies in het protocol.

4. Onderzoeksvragen, design en metingen

Een belangrijk onderdeel van het gedragstherapeutisch proces is het evalueren van het behandelresultaat.

Onderzoeksvragen

Eerder in je verslag heb je behandeldoelen opgesteld. Beschrijf nu hoe je gaat onderzoeken of de interventie(s) die gekozen hebt om de behandeldoelen te bereiken tot het beoogde resultaat hebben geleid. Stel daarvoor een of meerdere onderzoeksvragen op over het resultaat van je behandeling die betrekking hebben op je behandeldoelen. Door dit te onderzoeken kom je erachter of je interventie werkt en of, en hoe, je moet bijstellen. *Bijvoorbeeld: Als er twee behandeldoelen zijn: 1. de cliënt heeft minder dan 1x per maand een eetbui. 2. Op de EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) scoort de cliënt gemiddeld 2 of lager op de items van de subschaal overwaardering van gewicht. Dan zijn de bijbehorende onderzoeksvragen: 1. Heeft de behandeling/specifieke interventie X geleid tot minder eetbuien? 2. Heeft de behandeling/specifieke interventie Y geleid tot minder overwaardering van het gewicht?*

Je kunt ervoor kiezen je behandeling als geheel te onderzoeken, maar als je behandeling bestaat uit meerdere, los van elkaar staande interventies of technieken, kun je er ook voor kiezen deze apart te evalueren. Op deze manier krijg je een goed beeld van welk onderdeel van je interventie het beste of het minst goed werkt. *Bijvoorbeeld: Om de eetstoornis te behandelen heb je gekozen om eerst te starten met een cognitieve en interventie. Wanneer deze fase is afgesloten start je met exposure. Je onderzoeksvragen kunnen dan bijvoorbeeld zijn: Heeft de cognitieve interventie gezorgd voor minder negatieve gedachten? Heeft de exposure gezorgd voor minder angst voor eten?*

Design

Vervolgens beschrijf je het design waarmee je je onderzoeksvragen gaat toetsen. Een design is een systematische weergave van de meetmomenten. Je kunt hiervoor een keuze maken uit de designs die beschreven worden in het boek *N=1 Gevalsstudies volwassenen*.⁴ Hierbij houdt je rekening met wat praktisch haalbaar is.

Er wordt aangeraden om gebruik te maken van het twee-fasen AB-design. In dit design wordt gemeten in twee fases, waarbij in iedere fase meerdere keren een meting wordt uitgevoerd. Dit kan zijn voorafgaand aan de behandeling (fase A) en tijdens de interventie (fase B). *Bijvoorbeeld: je laat je client in de intakefase de hoeveelheid eetbuien gedurende een week dagelijks registreren (fase A) en doet dit tijdens de interventie (fase B) ook.*

Het kan ook zijn dat de twee fase bestaan uit verschillende interventiefasen, waarbij in elke fase een andere interventie wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een cognitief deel (A) en exposure deel (B)). In sommige gevallen zal het niet mogelijk zijn om in twee verschillende fases te meten en zul je

⁴ van Emmerik A. & Rijnders, P. (2017). *N=1 Gevalsstudies volwassenen*. Amsterdam: Boom.

moeten kiezen voor een één-fase design, hierbij is er sprake is van maar één enkele (interventie)fase. Uiteraard mag je ook gebruik maken van meer complexe designs (bijvoorbeeld ABA of ABC-designs of *changing criterion design*).

Metingen

Bij metingen beschrijf je welke metingen je afneemt, hoe vaak en hoe.

- Beschrijf wat je wilt meten en hoe dit aansluit bij je onderzoeksvragen. *Bijvoorbeeld, als je wilt weten of je interventie het aantal eetbuien reduceert, dan laat je de cliënt het aantal eetbuien dat hij had registreren.*
- 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 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 eetbuien in de beginsituatie meerdere malen per week voorkwamen, dan kun je de cliënt vragen om dagelijks op te schrijven of hij wel of geen eetbui had en dit op te tellen tot het aantal eetbuien in een week. Als hij echter eerder meerdere eetbuien per dag had, kun je hem vragen elke eetbui te turven en dit op te tellen tot het aantal eetbuien per dag.*
 3. Hoeveel het gedrag/de klachten fluctueren. *Bijvoorbeeld: Aantal gegeten calorieën kan sterk fluctueren van dag tot dag, terwijl lichaamsgewicht minder zal schommelen. Gewicht hoef je dus minder vaak te meten dan aantal gegeten calorieën.*
 4. Wat de cliënt aankan en aanvaardbaar vindt.
- Belangrijk is 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. Maar gebruik wanneer dit wel mogelijk is bestaande, valide en betrouwbare schalen of onderdelen daarvan.
- Vermeld wat kwaliteit van je meetinstrument is in termen van validiteit en betrouwbaarheid. Waar mogelijk en relevant gebruik je 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 overwaarding van gewicht wilt meten bij je cliënt, zoek je een geschikt meetinstrument en citeer je de wetenschappelijke literatuur die aangeeft dat het instrument betrouwbaar en valide is voor het meten van de overwaarding van gewicht.*
- Vermeld, als deze beschikbaar zijn, ook informatie over de normscores.

Het gaat hierbij niet om het aantal metingen, maar om een goed verantwoorde keuze die past bij de opgestelde vragen en behandeldoelen, naast de situatie en hulpvraag van de cliënt.

5. Korte beschrijving verloop en resultaat behandeling

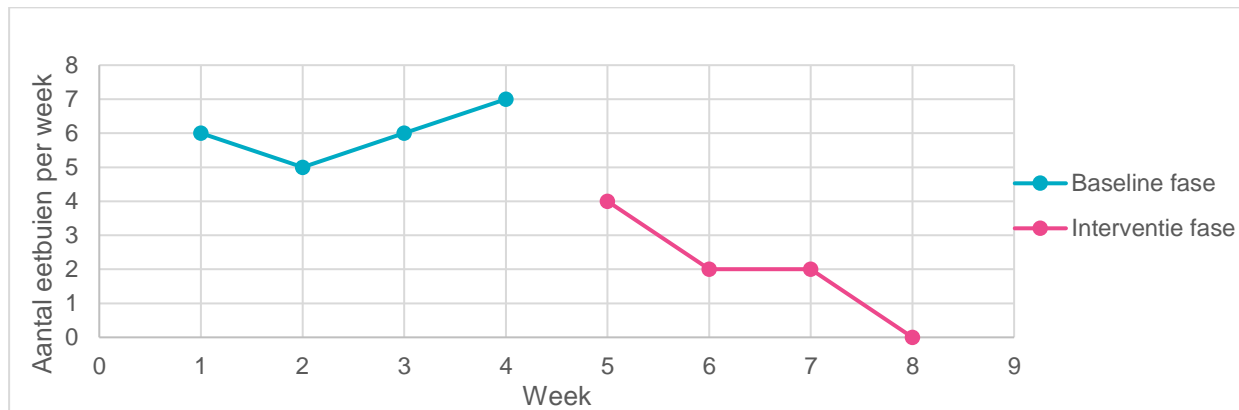
In de beschrijving van de behandeling geef je kort aan hoe de behandeling is verlopen, tegen welke problemen je aanliep, hoe je dit hebt opgelost en of je je behandeldoelen hebt bereikt. Je geeft ook aan hoe je gebruik hebt gemaakt van je metingen.

Beschrijf de behandeling in zijn geheel of per fase. Beantwoord vragen als:

- Hoe reageerde de cliënt op het behandelplan?
- Liep de behandeling volgens plan?
- Heb je je behandelplan tussentijds bijgesteld en zo ja waarom. Was dit op basis van de resultaten van je metingen, motivatie van de client of andere factoren? Geef in dit geval ook aan in welke sessie je het plan hebt bijgesteld.
- Waren er gebeurtenissen of andere externe factoren in het leven van de cliënt, buiten de behandeling zelf, die mogelijk invloed hebben gehad op de behandeluitkomsten?
- Hoe tevreden was de cliënt over de behandeling?
- Hoe was de therapeutische relatie en waren hier bijzonderheden in?

Motiveer, doormiddel van het gebruiken van je metingen, het beantwoorden van je onderzoeksvraag en het evalueren van je behandeldoelen, of je behandeling voldoende resultaat heeft gehad.

Je kunt je metingen op verschillende manieren duiden, maar een visuele weergave van de metingen is in ieder geval vereist. Met een visuele weergave bedoelen we in de meeste gevallen een grafiek waarin de metingen over tijd zichtbaar zijn. Je kunt dit bijvoorbeeld in een programma als Excel doen. Geef in je grafiek ook duidelijk aan waar de fases van je design beginnen en eindigen. *Bijvoorbeeld: zie hieronder een grafiek met het verloop van het aantal eetbuien per week, weergegeven in een grafiek met het weeknummer op de x-as en het aantal eetbuien per week op de y-as en een legenda die aangeeft in welke fase (baseline of interventie) de meting is gedaan).*



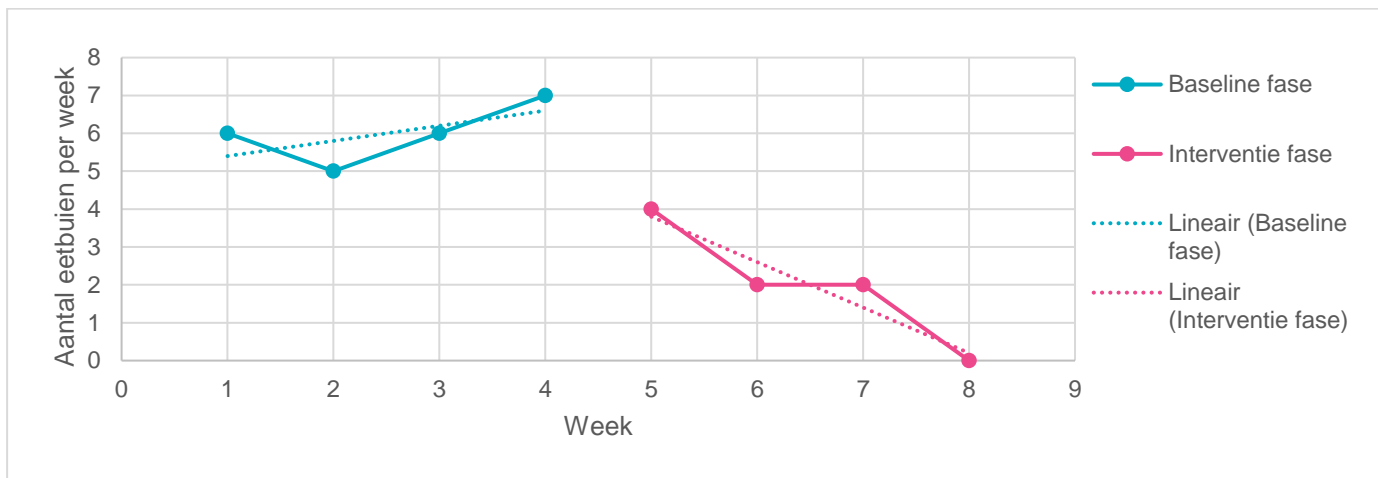
De grafiek kan vervolgens als basis dienen voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag door middel van een visuele inspectie. Om behandelresultaten te evalueren kun je bijvoorbeeld kijken naar het volgende vier criteria: (voor meer informatie zie ook Kazdin.⁵)

- a. Verandering in gemiddelden: bereken per fase het gemiddelde (en zo mogelijk de standaarddeviatie) van de metingen in die fase en vergelijk die gemiddelden met elkaar. Is het probleemgedrag gemiddeld beter in de interventiefase dan in de baselinefase? *(Bijvoorbeeld: in het voorbeeld waren er gemiddeld 6 eetbuien per week tijdens de baselinefase)*

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)

$((6+5+6+7)/4)$ en 2 per week in de interventiefase $((4+2+2+0)/4)$. Er is dus een verbetering opgetreden nadat de interventie is gestart.)

- b. Verandering over tijd: trek een rechte lijn die zo dicht mogelijk bij de meetpunten loopt (zoals de blauwe en oranje stippellijnen in het voorbeeld). Hoe lopen de lijnen in de verschillende fases? Blijft het probleemgedrag gelijk in de baselinfase terwijl het daalt in de behandelfase? Of daalt het probleemgedrag harder of stijgt het minder hard in de behandelfase dan in de baselinfase? (In het voorbeeld zijn de lijnen getrokken in Excel door de optie trendlijn aan de vinken. Deze worden weergegeven als stippellijnen. In dit geval steeg het aantal eetbuien in de baselinfase, maar in de interventiefase daalde het aantal eetbuien. Dit is een indicatie dat de interventie een gunstige invloed heeft op het aantal eetbuien.)



- c. Verandering in niveau: Is er een abrupte shift (veel verschil) tussen de laatste meting van de eerste fase en de eerste meting van de volgende fase? (Bijvoorbeeld: in het voorbeeld daalt het aantal eetbuien abrupt (van 7 naar 4) als de interventie is gestart. Dit is een indicatie dat de verbetering van de klacht toe te schrijven is aan de interventie.)

Het is belangrijk dat de beschrijving verloop en resultaat behandeling aansluit bij de andere onderdelen van je N=1 verslag. Vergeet dus niet terug te komen op de behandeldoelen die je gesteld hebt. (Als bijvoorbeeld uit je metingen blijkt dat het aantal eetbuien gedaald is, vergeet dan niet te bespreken of het voldoende gedaald is, het doel was immers minder dan 1 eetbui per maand.)

Een statistische analyse van de metingen wordt aangemoedigd maar is niet verplicht.

Meer informatie over statistische analyses die je kunt gebruiken kun je vinden in Hoofdstuk 11 van Inleiding tot de Gedragstherapie.⁶ Ook zijn er online filmpjes en calculators te vinden die je helpen om bijvoorbeeld de klinische significantie (clinical significance) en betrouwbare verandering (reliable change)⁷ of de samenhang binnen je probleemanalyses⁸ te berekenen.

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

⁷ <https://www.psyctc.org/stats/rcsc.htm>

⁸ https://www.youtube.com/watch?v=O09U02RNnsY&list=PLFE7_Dbiki-27a2wMc_V8URxoehOuFwD3

6. Kritische reflectie

In de kritische reflectie geef je aan in hoeverre je behandeling wel of niet heeft gewerkt, wat mogelijke verklaringen hiervoor zijn en wat je op basis daarvan zou willen aanpassen.

- Vat kort je behandelresultaten samen, op basis van je metingen en de andere voorgaande onderdelen.
- Geef verklaringen voor de behandelresultaten, op basis van je metingen en de andere voorgaande onderdelen en reflecteer kritisch op een eventueel verschil tussen verwachtingen en behandeluitkomst.
- Geef aan wat je, met de kennis van nu, anders zou doen en waarom.
- Reflecteer op het gedragstherapeutisch proces en hoe het volgen van het gedragstherapeutisch proces heeft bijgedragen aan de behandelresultaten.

7. Literatuurlijst

- Alle literatuur die je 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

De literatuurlijst telt niet mee voor het woordenaantal en er is geen limiet aan.

4. Gebruik literatuur

Je dient de keuzes die je maakt gedurende het 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 (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 cliënt van 14 jaar met bulimia nervosa in een ambulante setting beschrijft, dan gebruik je, wanneer voor handen, onderzoek onder adolescenten met bulimia nervosa in een ambulante setting).*
- Geef het ook duidelijk aan als er weinig relevant onderzoek voorhanden is of er alleen onderzoek van matige kwaliteit is.

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

Voor hulp bij het zoeken en beoordelen van wetenschappelijk onderzoek, kun je eventueel gebruik maken van de bronnen die de VGCT beschikbaar stelt, zoals het webinar 'Evidence in your practice'

en de screencasts op VGCTube⁹ over het zoeken van wetenschappelijke literatuur en toegang verkrijgen tot de artikelen.

5. Specifieke vormen van behandeling

In de meeste gevallen kiezen cognitief gedragstherapeuten in opleiding 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 dat informatie over overige groepsdeelnemers alleen terugkomt 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 gedragsanalyses en casusconceptualisatie/holistische theorie 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

⁹ <https://www.youtube.com/user/VGCTube>

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. Je scant deze 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 objectief beoordelen. De naam van de supervisor staat wel op de supervisorverklaring N=1, zodat het opleidingssecretariaat 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!

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 opleidingssecretariaat.

De beoordeling

De N=1-verslagen worden door het opleidingssecretariaat op volgorde van binnenkomst toegewezen aan een van de leden van de registratiecommissie. Als het verslag gelezen is, wordt het verslag besproken in de vergadering van de registratiecommissie. Bij twijfels over een voldoende of onvoldoende beoordeling wordt er 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, heb je een jaar de tijd om een nieuw verslag te schrijven. Als je door omstandigheden niet in staat bent aan de deadline te voldoen, 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 is geschreven over minstens acht sessies van 45 minuten. De acht sessies kunnen echter ook deel uitmaken als onderdeel van een grotere behandeling waarin je in minimaal 8 sessies een afgebakend onderdeel gebruikt voor je N=1.
- De sessies betreffen één cliënt, cliëntsysteem 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.
- Naam van supervisor staat **niet** op het verslag.
- Eigen naam staat wel op het verslag, maar alleen op het voorblad.

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

Beoordeling per onderdeel

In de onderstaande tabel zie je waar elk onderdeel aan moet voldoen om als voldoende gescoord te worden. Voor een goedkeuring moet het verslag op alle onderdelen minstens voldoende scoren.

Onderdelen
Samenvatting cliëntgegevens <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 klachten en factoren die mogelijk meespelen bij het ontstaan en voortbestaan van de klachten (sociaal, cultureel, maatschappelijk, systemisch) zijn beschreven. - De (voorlopige) beargumenteerde DSM-classificatie is aannemelijk op basis van de gegeven informatie.
Casusconceptualisatie/holistische theorie, probleemselectie en gedragsanalyses <ul style="list-style-type: none"> - De casusconceptualisatie/holistische theorie en gedragsanalyses worden correct en consequent toegepast volgens het geciteerde 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 voortbestaan van klachten/probleemgedrag van de cliënt. - De casusconceptualisatie/holistische theorie en gedragsanalyses sluiten aan bij de samenvatting cliëntgegevens. (klachten, hulpvraag, beschreven factoren e.d.)

<ul style="list-style-type: none"> - Keuzes zijn onderbouw met wetenschappelijke literatuur.
<p>Behandelplan</p> <ul style="list-style-type: none"> - De behandeldoelen zijn concreet, meetbaar en haalbaar en sluiten aan bij de hulpvraag, klachten en situatie van de cliënt. - Het is duidelijk op welke factor(en) de behandeling moet aangrijpen en de behandeldoelen volgen logisch uit de gedragsanalyses en casusconceptualisatie/holistische theorie. - Het behandelplan sluit aan bij de behandeldoelen. - De keuze voor de behandeling is goed onderbouwd. - Het behandelplan sluit aan bij de motivatie, inspanningsbereidheid en specifieke situatie van de cliënt. - Keuzes zijn onderbouw met wetenschappelijke literatuur.
<p>Onderzoeksvragen, design en metingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vooropgestelde verbanden en het behandelresultaat worden getoetst (de onderzoeksvragen). - De onderzoeksvragen sluiten aan bij het behandelplan en/of de veronderstellingen over de klachten/het probleemgedrag zoals beschreven bij de gedragsanalyses en casusconceptualisatie/holistische theorie. - Het gekozen design en de gekozen metingen zijn geschikt voor het toetsen van de onderzoeksvragen. - De gekozen metingen en het design zijn praktisch haalbaar en sluiten aan bij de situatie van de cliënt. - Keuzes zijn onderbouw met wetenschappelijke literatuur.
<p>Korte beschrijving verloop en resultaat behandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er is beschreven hoe de behandeling is verlopen, welke problemen er eventueel waren en hoe die zijn opgelost. - De beschrijving van de behandeling sluit aan bij de andere onderdelen van het verslag. - De metingen zijn visueel weergegeven. - De metingen worden op passende wijze gebruikt, zodat ze antwoord geven op de onderzoeksvragen.
<p>Kritische reflectie</p> <ul style="list-style-type: none"> - In de kritische reflectie worden de behandelresultaten samengevat en wordt ingegaan op een eventueel verschil tussen verwachting en behandeluitkomst. - De kritische reflectie sluit aan bij de overige onderdelen van het verslag. - In de kritische reflectie wordt het eigen handelen open en eerlijk besproken. - In de kritische reflectie wordt gereflecteerd op het gedragstherapeutisch proces en hoe het volgen van het gedragstherapeutisch proces heeft bijgedragen aan de behandelresultaten.
<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 in APA-stijl. - De gebruikte literatuur bevat ook recente artikelen (van de afgelopen tien jaar).

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 cognitief gedragstherapeut in opleiding 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 het gevolg zijn van een onzorgvuldige weergave. Op dergelijke verzoeken kan de registratiecommissie niet ingaan.

Ben je het oneens met de afwijzing van je N=1 verslag, dan 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, dan 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, dan 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, dan 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 (bijv. 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.

Een aantal 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.