

3.2. Relatie HGD en getrapte diagnostiek (stepped diagnosis)?

HGD als vorm van getrapte diagnostiek: beknopt als het kan, uitgebreid als het moet

Het is niet nodig om bij elke casus alle vijf fasen toe te passen. Op grond van een analyse van de vraagstelling (intake) en reflectie (strategie) kun je kiezen voor een *verkort diagnostisch traject* of voor het *direct aanbevelen van een interventie, aanpak of maatregel* (par. 1.2.3). *Het diagnostisch traject is daarmee kort en snel als het kan en lang en volledig als het moet.* Zo'n flexibele toepassing van HGD is te beschouwen als een vorm van *getrapte diagnostiek*: de dosering van diagnostiek is afhankelijk van de hulpvraag en complexiteit van de situatie (Kamphuis, 2011). Bij een enkelvoudig probleem volstaat een 'lichte dosis', bijvoorbeeld om na te gaan of een specifieke interventie bij deze casus van toepassing is. Bij complexe problematiek of een vastgelopen interventie is een 'zwaardere dosis' nodig. Met andere woorden: 'stepping up' de diagnostiek met als doel het vinden van een passende en effectieve interventie.

Om te kunnen kiezen voor een 'kort, beknopt en snel' of 'lang, uitgebreid en volledig' traject is het cruciaal om te weten welke beslissingen we moeten nemen en welke vragen we moeten beantwoorden. Deze bepalen immers de strategie: wat is hiervoor nodig? HGD biedt een kader voor deze besluitvorming. Het type vraagstelling, de hoeveelheid en kwaliteit van de reeds beschikbare informatie, de voorkeuren van de leerling, school en ouders en de visie van de diagnost bepalen welke fasen en stappen nodig zijn en welke over te slaan zijn. De diagnost moet wél alle vijf fasen van HGD goed kennen om verantwoord te kunnen besluiten welke fase of stap over te slaan en hierover transparant met betrokkenen te kunnen communiceren.

[In deze download relateren we HGD aan de principes en stappen van 'stepped diagnosis' ofwel getrapte diagnostiek. Drie uitwerkingen van deze benadering illustreren dit.](#)

Principes van getrapte diagnostiek

Getrapte diagnostiek beoogt over-diagnostiek te voorkomen (denk aan onnodige diagnoses en labels zoals ADHD en ASS, par. 2.3), zonder onder-behandeling te riskeren (Batstra e.a., 2014)¹.

¹ Deze benadering zou echter niet leiden tot onder-diagnostiek en over-behandeling.

In de praktijk hangt de mate van ernst van een probleem of problematische situatie niet altijd samen met de zwaarte van de hulpverlening aan betrokkenen. Zware gevallen krijgen soms geen of te lichte zorg, terwijl lichte gevallen wél zorg krijgen, soms te zware. Getrapte diagnostiek gaat samen met getrapte behandeling: een model waarbij de eerste stappen in de behandeling minimaal belastend en zo goedkoop mogelijk zijn. De behandelaar volgt de cliënt zorgvuldig. Wanneer er geen verbetering (of juist verslechtering) optreedt, wordt een meer invasieve en duurdere behandeling ingezet.

Getrapte diagnostiek is met name geschikt bij milde problematiek, die nog niet zo lang duurt en bij kinderen/jongeren. Want kinderen/jongeren zijn in ontwikkeling – in ‘humps en bumps’ - en veranderlijk. Een classificatie of label mag bij hen dan ook slechts *tijdelijk* zijn. Vaak is bovendien zonder label ook al aan te geven welke aanbevelingen in aanmerking komen.

In termen van HGD: dyslexie/dyscalculie of ernstige lees/rekenproblemen: de aanpak is in grote lijnen hetzelfde. Hetzelfde geldt voor ‘heel druk en impulsief of ADHD’ en ‘opstandig en ongehoorzaam of ODD’ (par. 2.3.3).

Box: Het motto van Allen Frances

Allen Frances (2013 in Van Hintum, 2013): in de VS heeft 20% van de jongens ADHD en slikt 10% medicatie. Echter: “boys will be boys!”. Dat zij zich in de klas actief en ontremd gedragen, wil nog niet zeggen dat ze aan een stoornis lijden en medicatie nodig hebben. Het gebruik van de DSM-V in het onderwijs versterkt het idee dat kinderen met problemen ziektes hebben of ziek zijn. Terwijl veel kinderen ‘erover heen groeien’. Ze gaan vanzelf na verloop van tijd beter functioneren door hun natuurlijke veerkracht, de ondersteuning van opvoeders (leraren en ouders) en door veranderende omstandigheden op school en thuis.

Het motto van Frances luidt daarom: *als je onzeker bent over een DSM-V-label, erken dan die onzekerheid i.p.v. betrokkenen valse zekerheid te geven met een label.*

Als we per classificatie een effectieve behandeling zouden hebben, dan heeft het zin om te classificeren. Maar als we dit niet hebben, wat winnen we dan met een label? Het label ASS bijvoorbeeld, zegt nog niets over de ondersteuning die de leerling op school en thuis nodig heeft. Dat beslis je op basis van zijn onderwijs- en opvoedingsbehoeften en niet op basis van zijn ASS.

Kortom: met getrapte diagnostiek zijn te zware (dure) diagnostische trajecten met stigmatiserende labels te voorkomen, evenals te zware (dure) interventies.

Stappen van getrapte diagnostiek

Uitwerkingen van getrapte diagnostiek in de hulpverlening aan kinderen en jongeren bevatten doorgaans zes stappen.

Stap 1: Baseline gegevens verzamelen

Schat de ernst van de situatie in: is deze ernstig, ga dan meteen door naar stap 6. Hou in deze eerste stap rekening met de voorkeuren van de cliënt, want deze hangen sterk samen met de kans van slagen van een interventie.

Bij HGD: intake- en strategiefase.

Stap 2: Normaliseren

Neem de problemen serieus, maar beschouw ze als normale en te verwachten reacties op de onvermijdelijke stressoren in een kinderleven. Zoek samen met cliënten naar de functie van het probleemgedrag en naar manieren om beter om te gaan met de stresserende situatie. Vermijd classificaties, spreek liever van reacties, gevoelens en gedragingen. Een normaliserende benadering geeft een positievere kijk op de situatie dan een pathologiserende benadering. Want het kind/de jongere wordt als normaal en niet als ziek gezien.

Bij HGD: intake- en strategiefase.

Stap 3: 'Watchful waiting'

Dit is een periode waarin er (nog) geen diagnose of behandeling is, maar waarin er wel (wekelijks) contact met cliënten is. De vraag 'wat kan de tijd doen?' wordt hiermee beantwoord. Denk aan het natuurlijk voorbijgaan van problemen, zoals bekend uit onderzoek naar het effect van wachtlijsten en placebo's. Als de problemen niet verbeteren of zelfs verergeren: ga naar stap 4.

Bij HGD: onderzoeksfase met een (veranderingsgerichte) onderzoeksvraag: 'Doen de normaliserende aanpak en de tijd de problemen afnemen?'.

Stap 4: Minimale interventie

Een lichte interventie wordt ingezet, zonder dat zeker is dat de cliënt een bepaalde diagnose of een specifiek label heeft. Deze minimale interventie boort de capaciteiten, krachten en andere mogelijkheden van de cliënten aan en doet de situatie daarmee verbeteren (empowerende benadering, par. 2.4). Verbetert de situatie niet, ga dan naar stap 5.

Bij HGD: onderzoeksfase met een (veranderingsgerichte) onderzoeksvraag: 'Doet deze minimale interventie de problemen afnemen en de situatie verbeteren?'.

Stap 5: Kortdurende interventie

Kies een kortdurende interventie die (kosten)effectief is, zoals een cognitieve gedragstherapie of oplossingsgerichte benadering. Deze interventie is meer

afgestemd op dat wat de cliënt zelf wil bereiken dan op hetgeen waarvoor ze hulp zochten. Zijn de problemen hiermee niet opgelost, ga dan naar stap 6.

Bij HGD: onderzoeksfase met een (veranderingsgerichte) onderzoeksvraag: 'Doet deze kortdurende interventie de problemen afnemen en de situatie verbeteren?'.

Stap 6: een diagnose en een meer specialistische (zwaardere) interventie.

De diagnose (of classificatie) is dan het begin van onderkennende (comorbiditeit?), verklarende, veranderingsgerichte, adviesgerichte en/of evaluerende diagnostiek. Het doel hiervan is het kiezen van een individueel passend interventietraject.

Bij HGD: onderzoeks-, integratie/aanbevelings- en adviesfase.

Getrapte diagnostiek en HGD: drie illustraties

1. Getrapte benadering van Noorloos, Bosch & Hermeler (2011)

Deze getrapte benadering sluit aan bij een praktijk waarin diagnostiek en interventie zo kort mogelijk worden aangeboden. Noorloos e.a. (2011) zien hierbij drie diagnostische trajecten.

1. Oplossingsgericht met minimale diagnostiek.
2. Verkorte diagnostiek: met maximaal twee gesprekken wordt een DSM - classificatie opgesteld, gevolgd door een specifiek voor de stoornis ontwikkeld en beproefd behandelprotocol.
3. Zo nodig uitgebreidere diagnostiek: een functionele gedragsassessment en diagnostisch onderzoek om een geïndividualiseerde behandeling te kunnen indiceren.

HGD past volgens Noorloos e.a. in het tweede en derde traject.

2. Stepped assessment/getrapte diagnostiek (Kamphuis, 2011)

Bij getrapte diagnostiek is de dosering van diagnostiek afhankelijk van de hulpvraag en complexiteit (Kamphuis, 2011). Tijdens de intake kan al een evidence-based behandeling zijn te adviseren (lichte dosis diagnostiek). Vanuit HGD geredeneerd, betekent dit een verkort traject: het overslaan van de onderzoeksfase. Is de behandeling vastgelopen en/of zijn er complexe problemen, dan is meer diagnostiek nodig (zwaardere dosis). Vanuit HGD

geredeneerd, betekent dit: de onderzoeksfase is nodig om uit te zoeken waarom de behandeling is vastgelopen en/of wat de situatie complex maakt. Met andere woorden: stepping up the diagnostiek met als doel het kiezen van een (meer) passende behandeling.

3. Een 'stepped diagnosis' aanpak voor drukke, dwarse en dromerige kinderen (Batstra, Nieweg, Engelsman & Hadders-Algra, 2014)

Deze methode bevat vijf stappen die zijn te nemen alvorens kinderen naar de JGGZ of een kinderpsychiater te verwijzen. Zie: www.drukendwars.nl.

Stap 1: Inschatting van de ernst van de problematiek

Bij ernstige, terugkerende problematiek of een crisissituatie moet gelijk de stap naar 6 gezet worden. Bij milde, matige, reactieve en/of plotselinge problematiek volgt stap 2.

Bij HGD: intake- en strategiefase (met een ernst-taxatie van de situatie).

Stap 2: Normaliseren

Ouders (school en leerling) krijgen uitleg over het brede spectrum aan normale gedragingen, over normale reacties op stressvolle situaties en over de functie van sommige gedragingen. Met andere woorden: normaliseren en niet pathologiseren. Zij krijgen het idee achter 'watchful waiting' uitgelegd, namelijk dat tijd een helend effect kan hebben. Zo kunnen bijvoorbeeld vroege leerlingen die de jongsten in hun klas zijn, in vergelijking met hun klasgenoten minder geconcentreerd of onrustiger zijn. Dit jonge gedrag moet niet verward worden met probleemgedrag (zoals ADHD). Zeker bij deze kinderen kan enkele maanden tijd waarin zij kunnen rijpen, wonderen doen.

Bij HGD: intake- en strategiefase.

Stap 3: Watchful waiting

De hulpverlener spreekt met het gezin (en de school) af om gedurende 2 à 3 maanden wekelijks telefonisch contact te hebben om te bespreken hoe het gaat. Geen interventie dus, maar kijken wat de tijd kan doen. Als de problemen niet verbeteren, volgt stap 4.

Bij HGD: onderzoeksfase met een (veranderingsgerichte) onderzoeksvraag: 'Doen de normaliserende aanpak en de tijd de problemen afnemen?'.

Stap 4: Minimale interventie

Zelfhulpboek of online hulp om de eigen kracht van gezinnen/ouders (en scholen/leraren) zoveel mogelijk te benutten en stimuleren. Termen zoals ADHD, ODD en ADD dienen nog steeds te worden vermeden. In plaats daarvan

hebben we het over druk, dwars of dromerig gedrag. Als de problemen niet verbeteren, gaat men over op stap 5.

Bij HGD: onderzoeksfase met een (veranderingsgerichte) onderzoeksvraag: 'Doet deze minimale interventie de problemen afnemen en de situatie verbeteren?'.

Stap 5: Meer intensieve interventie

Nu wordt een intensievere interventie ingezet, zoals een ouder-cursus of leerkracht-training. Bijvoorbeeld de cursus *Omgaan met Druk, Dwars & Dromerig gedrag*, ontwikkeld aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Bij HGD: onderzoeksfase met een (veranderingsgerichte) onderzoeksvraag: 'Doet deze meer intensieve interventie de problemen afnemen en de situatie verbeteren?'.

Stap 6: Doorverwijzen

Als de problemen blijven bestaan, dan volgt doorverwijzing voor psychiatrische diagnostiek en bijbehorende behandeling.

Bij HGD: onderzoeks-, integratie/aanbevelings- en adviesfase.

Bronnen

Batstra, L., Nieweg, E., Engelsman, R. & Hadders-Algra, M. (2014). Een 'stepped diagnosis' aanpak voor drukke, dwarse en dromerige kinderen. *Orthopedagogiek: Onderzoek & Praktijk*, 53, 409 – 418.

Hintum, M. van (2013). Epidemie van psychische stoornissen? Psychiater Allen Frances over de grens tussen normaal en abnormaal. *De Psycholoog, juni*, 26 – 32.

Kamphuis, J.H. (2011). Therapeutische psychodiagnostiek. *De Psycholoog*, 11-19.

Noorloos, J., Bosch, J. & Hermeler, K. (2011). Gedragsassessment en psychodiagnostiek bij kinderen en jeugdigen: een getrapte benadering. In P.J.M. Prins, J.D. Bosch & C. Braet (redactie). *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Houten: BSL.