

Klinisch redeneren in de geïntegreerde jeugdhulp¹ met behulp van het zevenfactorenmodel



TOKK onderzoek

Harrie M.P. van Leeuwen, Marca H.W. Geeraets²

S A M E N V A T T I N G

Zorgvuldig klinisch redeneren is de basis van casusformulering en besluitvorming bij geïntegreerde jeugdhulp en een belangrijke pijler van professionaliteit. Het dual process-model onderscheidt twee processen binnen het klinisch redeneren: een snelle intuïtieve component (type 1) en een bewuste, inspanning vereisende, langzame component (type 2). Beide processen hebben een eigen kwetsbaarheid voor fouten; type 1 door bias en type 2 door denk- en redeneerfouten. Goede vakkennis is noodzakelijk voor de inhoudelijke sturing van de redenering. De in dit artikel gepresenteerde redeneerhulp, het zevenfactorenmodel, kan het klinisch redeneren en de besluitvorming faciliteren. Het zevenfactorenmodel dient ter ondersteuning van het bewust redeneren met betrekking tot problemen en causale invloeden, en kan verkeerde beslissingen door bias en denkfouten beperken. De zeven factoren omvatten de inventarisatie van klachten en symptomen, drie omgevingsdomeinen en drie kinddomeinen, en biedt professionals ondersteuning bij het opstellen van een onderbouwd interventieplan. Het model wordt toegelicht aan de hand van een casus.

Kernwoorden: klinisch redeneren, redeneerhulp, integrale jeugdhulp, zevenfactorenmodel, schoolweigerings

Relevantie voor de praktijk

- Klinisch redeneren over casuïstiek is een centrale pijler van de beroepsuitoefening door professionals in de jeugdhulp. Toch wordt in opleidingen maar weinig aandacht besteed aan de methode om tot onderbouwde redeneringen te komen.
- Dit artikel presenteert het zevenfactorenmodel. Dat omvat de inventarisatie van klachten en symptomen, drie omgevingsdomeinen en drie kinddomeinen. Het model kan dienen als checklist op volledigheid en als denkkader om te redeneren over interacties van verschillende krachten. Het model helpt ook om de problematiek geordend met de cliënt te bespreken zodat shared decision making over de behandeling wordt ondersteund.

Inleiding: het belang van zorgvuldig redeneren

Besluitvorming kan worden beïnvloed door allerlei vormen van bias. Een voorbeeld daarvan is de verankeringbias. Verankeringsbias (*anchoring*) werd voor het eerst als bron van fouten beschreven door Tversky en Kahneman (1974). Het verwijst naar de neiging om onze inschatting van omvang of belang te laten

bepalen door een grootte die vooraf wordt gegeven en waar ons oordeel als het ware aan blijft kleven. Bijvoorbeeld: kinderen zijn kleiner dan volwassenen; hun problemen worden vervolgens ook als kleiner of minder belangrijk ingeschat. Pas wanneer we bewust logisch gaan redeneren zien we in dat de gevolgschade van problemen van kinderen, alleen al door de langere levensperiode die nog in het verschieft ligt, enorm kan zijn. Ook de ernst van problemen doet niet onder voor die van volwassenen.

Met het bovenstaande willen we twee stellingen inleiden. Een eerste stelling is dat bewust redeneren, gericht op het beperken van verkeerde beslissingen door bias en denkfouten, de kern is van professionaliteit in de jeugdhulp (zie Witteman, Claes, & van der Heijden, 2017). De tweede stelling die we poneren, is dat psychische problemen bij kinderen en jeugdigen een zorgvuldige professionele afweging verdienen omdat de gevolgschade (van de problematiek, maar ook van verkeerde of onvoldoende behandeling) zo groot kan zijn.

Professionele hulp bieden in de jeugdzorg dient steeds te beginnen met een *systematische probleem-, krachten- en interventieanalyse*.

In haar casuonderzoek naar aanleiding van een suïcide van een jeugdige hanteerde de inspectie van Gezondheidszorg en Jeugd (2018) twee uitgangspunten:

- complexe problematiek vraagt om een zorgvuldige en volledige probleem- en krachtenanalyse van de jeugdige en diens context;
- het bieden van passende hulp bij complexe problematiek vraagt om een planmatige, professionele, continue, door alle partijen gezamenlijk ontwikkelde aanpak.

Die uitgangspunten roepen de volgende urgente vragen op:

- Welke methode hanteren we om te verzekeren dat de analyse zorgvuldig en volledig genoeg is?
- Hoe garanderen we dat de geleverde zorg passend, planmatig en door alle partijen gezamenlijk wordt ontwikkeld?

Dit artikel biedt een werkmodel om behandelrelevante informatie systematisch in kaart te brengen. Dit werkmodel ondersteunt een planmatige professionele aanpak om tot een casusformulering te komen. Door die werkwijze kan worden gewaarborgd dat een casusformulering is gebaseerd op een zorgvuldige en volledige probleem- en krachtenanalyse, wat de besluitvorming rondom geïntegreerde jeugdhulp faciliteert.

Het model wordt toegelicht aan de hand van een casus waarbij het gaat om schoolweige-

ring door een adolescent, maar de gevolgde redenering kan breder worden toegepast.

De dual process-benadering

Met name in de geïntegreerde jeugdhulp wordt casuïstiek gekenmerkt door interacties van verschillende bevorderende en bemerrende factoren. De aanpak van die complexe casuïstiek vereist derhalve vaak meerdere interventies die op verschillende factoren zijn gericht. Om een verantwoord behandelplan te kunnen opstellen is het dus nodig om de informatie over de aard en ernst van de factoren die bijdragen aan de problematiek, te ordenen in een casusformulering die recht doet aan de interacties tussen die krachten onderling. Daartoe dient de professional een klinisch redeneerproces te volgen op grond waarvan zij/hij met enige stelligheid kan verantwoordwoorden dat de uitgevoerde analyse een zorgvuldige en complete taxatie is van de werkzame krachten in het ontstaan en in stand houden van de problematiek. Doelmatige geïntegreerde jeugdhulp vraagt namelijk om een integraal assessment van de belangrijkste krachten die bijdragen aan het ontstaan, de instandhouding, verergering of vermindering van de problemen (Van Leeuwen, 2018).

De dual process-benadering van klinisch redeneren (Kahneman, 2003; Norman, Monteiro, Sherbino, Ilgen, Schmidt, & Mamede, 2017; Kahneman, 2011) gaat ervan uit dat het redeneerproces bestaat uit een snelle intuïtieve, automatisch verlopende component (type 1) en een trage, inspanning vergende logische en analytische component (type 2).

Het type 1-redeneren is gevoelig voor bias door vooroordelen of vooringenomenheid, zoals de bovengenoemde verankeringbias of bijvoorbeeld de availability bias. Vanwege het grotendeels onbewust verlopende redeneerproces zijn we ons van die bias vaak niet bewust, en zelfs als we dat zijn, is het erg moeilijk om ons eraan te onttrekken (Croskerry, 2014; Witteman, Claes, & van der Heijden, 2017).

Uit het onderzoek naar klinisch redeneren blijkt dat fouten in het type 2-redeneerproces vaak ontstaan door de beperkingen die het werkgeheugen ons oplegt. Het redeneerproces is analytisch en moet aan de regels van de logica voldoen, wat betekent dat er zuiver moet worden geredeneerd, volgens de gangbare normen van deductief, inductief, abductief en causaal redeneren. Dat doet een zwaar beroep op ons werkgeheugen, zeker als er met een diversiteit aan krachten met tal van onderlinge interactiemogelijkheden rekening moet worden gehouden. Ook kunnen fouten ontstaan door gebrek aan state of the art vakkennis resulterend in een ongedigde argumentatie.

De ervaren professional zal over het algemeen gemakkelijker type 1 gebruiken (Norman et al., 2015). Ervaren professionals kunnen ook vaak sneller en beter redeneren met verschillende interagerende elementen. In de somatische geneeskunde is dat type redeneren wel beschreven met behulp van de termen ‘patroonherkenning’ en ‘ziektescripts’ (De Vries, Custers, & Ten Cate, 2006). Wanneer de problematiek echter complex en niet direct volgens een bekend patroon opgebouwd is, is het noodzakelijk om op type 2-redeneren terug te vallen. Ook wanneer de redenering achteraf verantwoord moet worden, is het noodzakelijk dat de stappen expliciet kunnen worden verwoord (bijvoorbeeld in geval van intercollegiale toetsing of tuchtzaken).

Hoe zorgvuldiger redeneren?

Om de zorgvuldigheid van een krachtenanalyse te onderbouwen zijn redeneerhulpen een handig hulpmiddel. Dat kan bijvoorbeeld een checklist zijn (Hales, Terblanche, Fowler, & Sibbald, 2007; Ely, Graber, & Croskerry, 2011) die ons helpt ons ervan te verzekeren dat we geen relevante krachten over het hoofd zien bij het opstellen van een ‘zorgvuldige en volledige probleem- en krachtenanalyse van de jeugdige en diens context’. Echter, met een checklist van de bij de pathogenese betrokken krachten hebben we nog geen beeld van

de mogelijke interacties tussen die factoren. Er is dus ook behoefte aan een redeneerhulp die de meest voorkomende en meest relevante interacties helpt nalopen. Daartoe hebben wij een zevenfactorenmodel ontwikkeld dat een combinatie is van het Steun, Stress, Kracht en Kwetsbaarheidsmodel (De Jonghe, Dekker, & Goris, 1997), het competentie-model (Slot & Spanjaard, 1999) het vulnerabiliteitsstressmodel van psychopathologie (Ingram & Luxton, 2005; Grant, McMahon, Carter, Carleton, Adam, & Chen, 2014) en het model van ontwikkelingspsychopathologie gebaseerd op ontwikkelingssystemen van Masten en Kalstabakken (2018).

Het structureren van het klinische redeneerproces met die redeneerhulp heeft als resultaat dat – door het checklistkarakter – de volledigheid van de analyse kan worden verzekerd en dat de belangrijkste interacties van krachten zoals die in de vakliteratuur worden beschreven, kunnen worden geïnventariseerd.

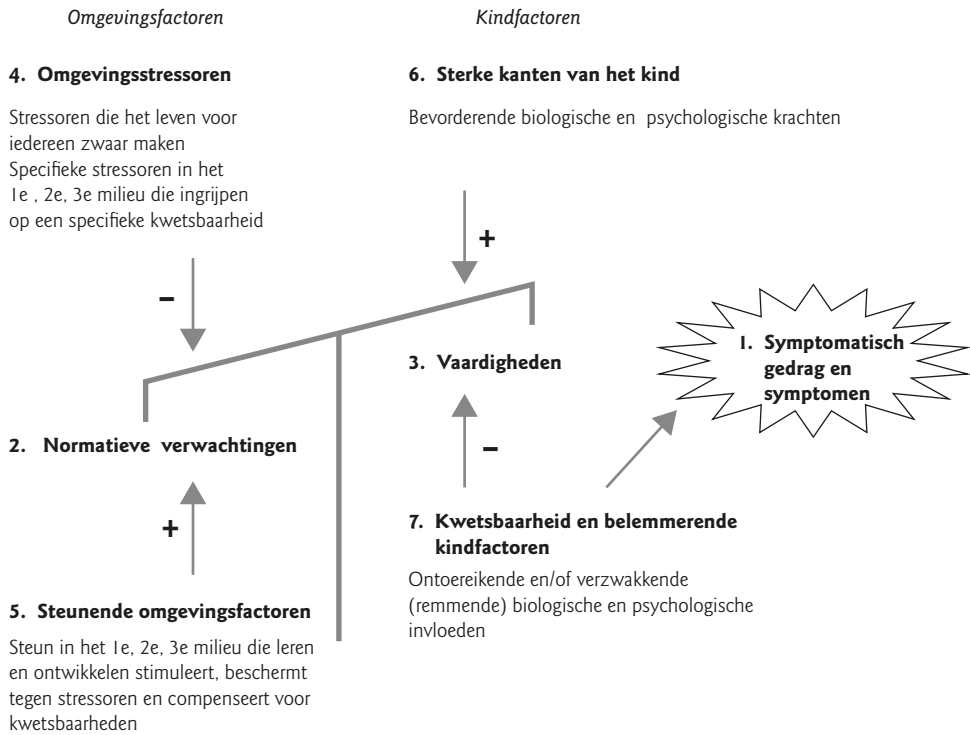
De zeven factoren die zijn opgenomen in het model, bieden ook zeven mogelijke aangrijpingspunten voor het ontwerpen van een behandelplan.

Klinisch redeneren aan de hand van het zevenfactorenmodel

Met de meeste kinderen en jongeren gaat het goed. Competente kinderen beschikken over de juiste vaardigheden om te functioneren conform de normatieve verwachtingen die er gezien hun leeftijd in hun dagelijkse leven bestaan. Ze beschikken over voldoende aanpassingsvermogen.

Soms wordt het vervullen van de ontwikkelingsopgaven (voldoen aan normatieve verwachtingen) bemoeilijkt. Dat kan gebeuren door ongunstige omgevingsinvloeden (in het model benoemd als stressoren) en door bemerrende kindkenmerken (in het model benoemd als kwetsbaarheden).

Figuur 1. Het zevenfactorenmodel: invloed van belemmerende en steunende kind- en omgevingsfactoren op het voldoen aan normatieve verwachtingen en het ontstaan van symptomen.



Stressoren in de omgeving

Omgevingsstressoren kunnen zich bevinden in het 1^e, 2^e of 3^e milieu (Geeraets & Van Leeuwen, 2008):

- in het 1^e milieu – het gezin: ouderlijk opvoedingsgedrag, kenmerken van ouders, kenmerken overige gezinsrelaties (Deković & Prinzie, 2014);
- in het 2^e milieu – de school: een problematische afstemming tussen kind en leeromgeving (leerstof, leerkracht en klassenschoolsituatie);
- in het 3^e milieu – sociale contacten, peer-group, sociaaleconomische en culturele factoren.

Stressoren zijn enerzijds nodig voor de ontwikkeling (maar dan wel gedoseerd, beneden een bepaalde drempelwaarde). Onderzoek naar veerkracht toont aan dat ervaringen met stressoren die beheersbaar blijven en goed aflopen, een ‘stalend’ effect hebben (Rutter,

2012). Stressoren boven een bepaalde drempelwaarde kunnen er echter toe leiden dat een gezonde ontwikkeling wordt bedreigd. Ook kunnen ze het leerproces belemmeren, waardoor vaardigheden niet worden verworven die behoren bij een normale ontwikkeling. Gelukkig beschikken de meeste kinderen over voldoende veerkracht en vinden ze voldoende steun in hun omgeving, waardoor die nadelige kwetsbaarheden en omgevingsstressoren weliswaar een belemmerende invloed kunnen hebben, maar niet altijd een stagnatie in de ontwikkeling hoeven te betekenen.

Kwetsbaarheden

Kwetsbaarheden kunnen van genetische, (neuro)biologische en psychologische aard zijn en vormen een predispositie voor het ontwikkelen van ontwikkelingspsychopathologie. Het kan daarbij gaan om ontoerei-

kende, afwijkende of verzwakkende (belemmerende) interne processen. Voorbeelden daarvan zijn: een verhoogde gevoeligheid voor bepaalde stressoren door een aangeboren (genetische) kwetsbaarheid of ontstaan tijdens de zwangerschap (bijvoorbeeld door een verhoogd stressniveau van de ouder), of door leerervaringen ontstane disfunctionele cognities of neurobiologische eigenschappen. Een moeilijk temperament en storende cognities kunnen eveneens een risicofactor vormen. Ten slotte kunnen kwetsbaarheden ontstaan doordat een kind de leerervaringen heeft gemist die in een bepaalde ontwikkelingsfase nodig zijn voor de verder ontwikkeling.

Steunende omgevingsfactoren en sterke kanten van het kind

Bevorderende (*promotive*) en beschermende (*protective*) factoren in het kind en de omgeving faciliteren het aanleren en toepassen van vaardigheden en vormen tegenwicht tegen kwetsbaarheden van het kind (individuele risicofactoren) en belemmerende factoren in de omgeving (stressoren). Hier kan in de behandeling op worden ingespeeld. Zo kan psycho-educatie over angststoornissen ouders helpen een opvoedingsstijl te ontwikkelen die hun kind helpt om angstige gevoelens de baas te worden.

Het samenspel van sterke kanten en kwetsbaarheden bij het kind (de kindkenmerken) is bepalend voor het leervermogen en leerrendement ten aanzien van vereiste (coping) vaardigheden. Het samenspel van steunende factoren, stressoren in de context en de kwetsbaarheden en sterke kanten van het kind bepaalt of de eisen en de normatieve verwachtingen waarmee het kind wordt geconfronteerd, adequaat, te zwaar of te licht zijn.

Ontwikkelingspsychopathologie

Als er sprake is van een stagnatie in de ontwikkeling, belemmert het samenspel van

kind- en omgevingsfactoren en de eventuele symptomatologie het kind bij het verwerven van vaardigheden die nodig zijn voor het voldoen aan de normatieve verwachtingen (Grant et al., 2014). Wanneer dat leidt tot schadelijk disfunctioneren in het dagelijkse leven (Wakefield, 1997), spreken we van ontwikkelingspsychopathologie. In dat geval is het ook van belang om de gevolgschade van de stagnatie in kaart te brengen.

Illustratie van het gebruik van het zevenfactorenmodel aan de hand van een casus met betrekking tot problematisch schoolweigeren

In het volgende voorbeeld willen we laten zien hoe het bovengenoemde model kan werken als redeneerhulp bij het analyseren van de problematiek van een dertienjarig meisje dat zeer onregelmatig naar school gaat. We kiezen voor een casus met betrekking tot schoolweigeren omdat die problematiek op het eerste gezicht (vanuit verankeringsbias) als een ‘opvoedprobleempje’ kan worden gezien, maar bij nadere beschouwing wordt duidelijk dat het gaat over een enorm probleem vanwege de gevolgschade, zowel op korte termijn (leerachterstand, sociaal-emotionele problematiek, schooluitval) als in de verdere levensloop (hoog risico op psychosociale klachten; Ingul, Havik, & Heyne, 2018). De prevalentie van schoolweigeren wordt internationaal geschat op 0,4 tot 5,4% van de leerplichtige kinderen (VGCT – Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën 2018) en de kans op spontaan herstel is klein.

Allereerst vereist professioneel redeneren, ook in het kader van schoolweigeren, kennis van de problematiek en de stand van zaken binnen de kring van professionele collega's die zich speciaal met dit onderwerp bezighouden. In de vakliteratuur worden vier types problematisch schoolverzuim onderscheiden waaraan verschillende oorzaken ten grondslag liggen (Heyne, Gren-Landell, Mel-

vin, & Gentle-Genitty, 2018; VGCT, 2018; De Boer, 2018):

1. *Schoolweigerig*, waarbij de jongere het moeilijk vindt om naar school te gaan, thuis blijft en het schoolverzuim niet voor ouders verbergt. Er is sprake van internaliserende problematiek; angst voor sociale situaties, faalangst, stemmings- en/of lichamelijke klachten als hoofdpijn, buikpijn en misselijkheid zonder medische oorzaak. De ouders hebben al de nodige inspanningen gepleegd om het schoolbezoek te stimuleren. Er is alleen met betrekking tot schoolbezoek sprake van oppositiek gedrag naar ouders.
2. *Spijbelen*, waarbij het schoolverzuim wordt verborgen voor ouders. Er is sprake van gedragsproblemen op meerdere gebieden.
3. *Schoolonthouding*, waarvan de ouders op de hoogte zijn. Ofwel houden ze uit overtuiging het kind thuis, ofwel is er sprake van problematische toegeeflijkheid met betrekking tot het schoolbezoek.
4. *Schoolverzuim* door schorsing c.q. verwijdering van school.

Een dergelijke typologie heeft voordelen, maar het risico van *pigeonholing* ligt op de loer: de variatie in problematiek wordt door het beperkte aantal categorieën onrecht gedaan. Onze ervaring is bijvoorbeeld dat er een grote groep kinderen en jongeren is bij wie een autismespectrumproblematiek een rol speelt bij het ontstaan van schoolweigerig. Ook overlapping tussen de categorieën komt voor; 5 tot 17% van de jongeren vertoont kenmerken van zowel schoolweigerig als spijbelen (Heyne et al., 2018).

De casusformulering

Om een passend interventieaanbod te formuleren is niet zozeer de type-indeling van belang dan wel een casusformulering waarbij de specifieke combinatie van kind-, ouder-, schoolfactoren en een opeenstapeling van gebeurtenissen tot uitdrukking komen. In een casusformulering worden alle voor de casus behandelrelevante kind-, ouder- en school-

factoren op sterktes en zwaktes en hun onderlinge interactie in kaart gebracht.

We formuleren een casus met betrekking tot problematisch schoolweigeren volgens het format geschematiseerd in figuur 1.

*Casus Jenny*³: de casusformulering

Reden van aanmelding

Jenny, 13 jaar, woont met haar vier jaar jongere broertje bij haar ouders. Zij volgt het 1^e jaar middelbaar onderwijs (havo/vwo). Ze verzuimt sinds een half jaar 2 tot 3 dagen in de week school. In het primair onderwijs toonde ze soms wel tegenzin om naar school te gaan, maar toen was er geen schooluitval. Sinds de overgang naar de brugklas zijn de problemen steeds erger geworden. Jenny vindt het risico op onverwachte toetsen het veeleendst aan school. Ze maakt zeer grondig en daarom tot laat in de avond huiswerk. Ze heeft het idee dat het nooit 'af' genoeg is als ze gaat slapen. Jenny ontwaakt 's ochtends niet uit zichzelf of door de wekker. Haar ouders maken haar wakker, maar als Jenny zich ziek voelt (erg moe en misselijk), kleedt ze zich niet aan en gaat ze niet naar school. Er zijn forse escalaties als ouders haar naar school proberen te krijgen. De ouders raken uitgeput. Jenny loopt een steeds grotere leerachterstand op.

Symptomatisch gedrag en symptomen

Jenny slaapt slecht en is vooral in de ochtend misselijk. Soms gaat ze alleen in de middag naar school omdat ze zich dan beter voelt. De klachten van misselijkheid kunnen zich eveneens op school voordoen; de vakken waarbij die klachten voorkomen, wisselen. Medisch onderzoek heeft geen somatische verklaring opgeleverd voor de misselijkheid en vermoeidheid. Thuis is Jenny snel geïrriteerd, hangerig en maakt vaak een weinig vitale indruk.

Normatieve gedragsverwachtingen

Bij doorvragen naar het klachtgedrag blijkt dat de volgende zaken die vanzelfsprekend zouden moeten zijn (normatieve verwachtingen), niet lukken:

- *omgaan met nare/hinderlijke gevoelens (misselijkheid en vermoeidheid);*
- *volledige schoolparticipatie;*
- *planning en uitvoering huiswerk;*

- gezond dag-nachtritme hanteren;
- problemen oplossen.

De **gevolgsschade** van het niet voldoen aan die verwachtingen is dat ze een grote achterstand heeft opgelopen die in het huidige schooljaar al bijna niet meer kan worden ingehaald. Door het schoolverzuim heeft Jenny al een aantal belangrijke toetsen gemist en staan er rapportcijfers open omdat sommige toetsgegevens ontbreken. Ze mist ook de dagelijkse contacten met leeftijdgenoten. Bovendien heeft ze door het thuisblijven meer tijd om te tobben en te piekeren. Ze heeft ook minder afleiding die de aandacht van haar lichamelijke klachten kunnen weghalen.

Vaardigheden met betrekking tot het klachtgedrag

Jenny heeft moeite met:

- op tijd opstaan, binnen bepaalde tijd aankleden en zelfverzorging (make-up), ontbijten, lunch klaarmaken, op tijd klaar zijn om naar school te gaan en op tijd op school arriveren;
- zelfstandig (zonder ondersteuning) naar school gaan;
- omgaan met misselijkheid, vermoeidheid en angst tijdens de les, tijdens toetsen, bij (vermeende) sociale evaluatie door anderen (leerkrachten, andere leerlingen), helpende zelfpraat om de les vol te houden;
- op tijd starten met huiswerk, efficiënt en effectief huiswerk maken: grote brokken leerstof in kleinere stukken in delen, planning maken, planning doorzetten en afmaken, verleidingen weerstaan (sociale media), op tijd stoppen met huiswerk (niet overdadig studeren);
- effectief hulp vragen (leerkrachten, anderen);
- problemen oplossen;
- ontspannen zijn bij het naar bed gaan.

Daarentegen lukt het Jenny om:

- op tijd te komen bij tennistoernooien;
- de voorbereiding en planning goed aan te pakken;
- soepel te reageren bij onverwachte situaties tijdens ondersteunende taken bij tennistoernooien;
- met kritiek om te gaan tijdens de toernooien van medespelers en coach.

Kwetsbaarheid in relatie tot de aanmeldreden

Jenny heeft een hoge intolerantie voor onzekerheid (toetsen). Daarnaast heeft ze ten aanzien van veel taken een fixed mindset, waardoor ze twijfelt aan haar eigen kunnen. Ze mist daardoor de kansen om door trial en error te leren. Fouten maken associeert ze met domheid. Daarbij heeft ze een selectief geheugen voor 'mislukkingen'. Er is mogelijk sprake van genetische en neurobiologische kwetsbaarheid en leergeschiedenis (onverwachte toetsen met slechte resultaten) die zorgen voor tendens tot fysiologisch overreageren (misselijkheid) op stressvolle situaties. Jenny heeft een hoog streefniveau en als gevolg daarvan de neiging tot zeer uitvoerige voorbereiding om ook op onverwachte toetsen een goed resultaat te kunnen halen. Omdat ze moeite heeft met plannen, structureren en organiseren (executieve functies), valt het haar zwaar om het huiswerk binnen aanvaardbare tijden af te hebben. Ze maakt zich sinds de middelbare school zorgen over wat anderen over haar denken. Ze is bijvoorbeeld bang dat anderen haar dom vinden. Ze is overgevoelig voor subtiele signalen van buitensluiting en heeft moeite met het stoppen van niet-helpende disfunctionele gedachten. Door het schoolverzuim is er zoveel leerachterstand dat het de vraag is of Jenny dit schooljaar met succes kan afsluiten.

Belemmerende omgevingsfactoren en stressoren die (ook gezien de kwetsbaarheid) het zwaarder maken

De overgang van de lagere naar de middelbare school is voor veel kinderen een grote stap. Het betekent vaak veel nieuwe vakken en veel nieuwe leerkrachten met een diversiteit aan stijlen. Bij sommige vakken zijn er weinig toetsen waardoor de impact van een slecht cijfer groot is. Soms begint de dag veel eerder dan voorheen op de lagere school in verband met extra reisafstand. Daarnaast kan er sprake zijn van verlies van hechte vrienden in de dagelijkse nabijheid. Het fenomeen 'onverwachte' toetsen geeft Jenny veel stress omdat ze graag hoge cijfers wil halen. Op school heeft Jenny vooral moeite met één specifieke leerkracht door wie ze zich afgewezen voelt. Hij heeft een keer de misselijkheid openlijk als smoesje benoemd en gesuggereerd dat ze alleen werkt voor toetsen. Als de vorderingen aan het eind van het jaar onvoldoende zijn, dreigt plaatsing op het vmbo. Hier heeft vader zich meermalen uiterst negatief over uitgelaten. Voor vader zijn de schoolprestaties erg belangrijk. Hij ziet

onvoldoendes als een teken van onvoldoende hard werken. Voor hem is vmbo als schoolkeuze voor zijn dochter geen optie.

Steun die verlichtend werkt en de vaardigheden ondersteunt

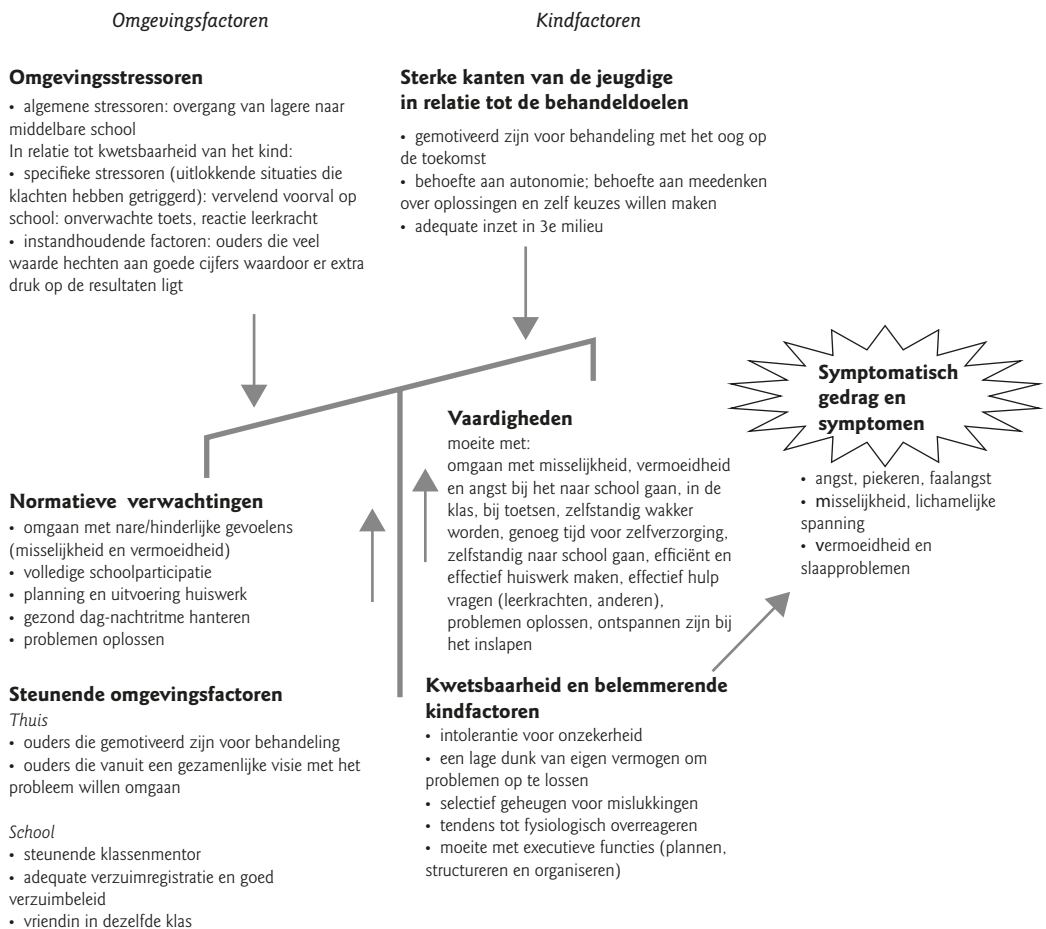
Jenny kan goed overweg met haar klassenmentor. De school beschikt over een schoolpsycholoog met kennis over schoolverzuimproblematiek. Er is aandacht voor het psychosociaal welzijn van leerlingen in het schoolbeleid. Er is een goede verzuimregistratie. Ze heeft een vriendin van de lagere school die ook naar deze brugklas is gegaan. De ouders zijn zeer gemotiveerd om Jenny te ondersteunen bij het herstel. De ouders hebben begrip voor de forse fysieke klachten van Jenny en zijn gemotiveerd voor behandeling.

Kracht die kan bijdragen tot het realiseren van de doelen

Jenny is gemotiveerd voor hulp nu de school heeft aangekondigd dat ze te veel toetsen heeft gemist om het jaar te kunnen halen. Jenny wil niet blijven zitten omdat ze dan bij 'vreemden' in de klas komt die ook nog eens jonger zijn dan zij zelf. Jenny is lid van de tennisclub. Ze is vanwege vermoeidheid gestopt met wedstrijden, maar doet wel hand-en-spandiensten tijdens toernooien. Het lukt haar, ondanks haar vermoeidheid, om bij de toernooien op tijd aanwezig te zijn en het hele toernooi vol te houden.

In de volgende visuele casusformulering zijn alleen de factoren opgenomen die bij deze casus een rol spelen.

Figuur 2. Casus Jenny: analyse.



Het opstellen van een interventieplan

Het vertrekpunt voor het opstellen van een interventieplan is de gezamenlijke casusformulering door leerling, ouders en school. Gemeenschappelijk en geïntegreerd werken betekent dat met de betrokkenen expliciet wordt gemaakt welke factoren een rol spelen bij het realiseren van de gewenste doelen. Problematisch schoolverzuim vraagt namelijk om een geïntegreerde multimodale behandeling op school en thuis, waarbij de cognitief gedragstherapeutische insteek de voorkeur heeft.

Vervolgens wordt *gezamenlijk bepaald welke de doelen zijn* waaraan thuis en op school wordt gewerkt, op welke manier en in welke volgorde. Het doel van de interventie is het vergroten van de competentie van zowel de jongere, in dit geval Jenny, als haar omgeving, dat wil zeggen ouders én leerkrachten (Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCT), 2018; Heyne, Sauter, Ollendick, Van Widenfelt, & Westenberg, 2014). De intensiteit en vorm van de interventie zijn afhankelijk van de combinatie, ernst en interactie van factoren die ertoe bijdragen dat Jenny aan de normatieve verwachtingen van school en ouders kan voldoen.

Na het bepalen van de doelen vindt *informatie-uitwisseling* plaats tussen de betrokkenen over de werkzame elementen bij schoolverzuimproblematiek in combinatie met lichamelijke klachten, voorkeuren van Jenny, ouders en school en de inschatting van de behandelaar.

Met Jenny, ouders en school wordt gekozen voor het werken aan de volgende doelen: verbeteren van lichamenlijk welbevinden (fysiologische regulatie) onder andere door activiteitenplanning (thuis en op school), verbeteren van de slaaphygiëne in het kader van een gezond dag-nachtritme, omgaan met nare of hinderlijke gevoelens (misselijkheid en vermoeidheid) in meerdere situaties, problemen oplossen, verbeteren van de planning en uitvoering van huiswerk, volledige schoolparticipatie.

Een volgende stap is het *ontwerp van de interventies en het opstellen van een interventieplan*. Bij het ontwerp van de interventies worden de zeven factoren nagelopen om een zo groot mogelijke kans van slagen te bereiken.

Het interventieplan voor de casus met betrekking tot schoolweigering wordt opgesteld volgens het format geschematiseerd in figuur 3.

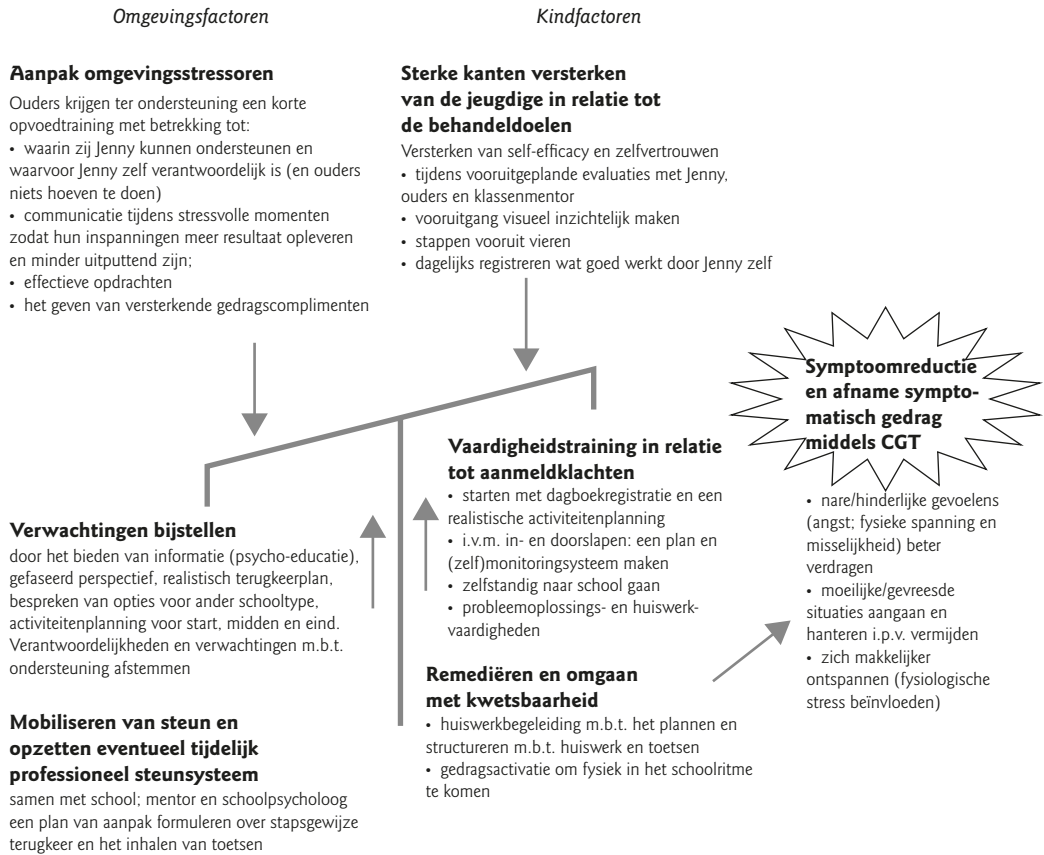
Casus Jenny: het interventieplan

Bijstellen van verwachtingen

Om de forse escalaties thuis te doen afnemen is allereerst gekeken op welke manier de huidige verwachtingen bijgesteld kunnen worden gewezen rekening houdend met wat op dit moment haalbaar is. Een plan met een gefaseerd perspectief biedt verlichting bij alle partijen. Gestart wordt met psycho-educatie met betrekking tot de relatie tussen gevoelens en lichamelijke uitingen: spanning en misselijkheid. Zo kan worden gewezen op het belang om aan de slag te gaan met hoe de negatieve spiraal kan worden omgebogen (als je moe bent, ben je eerder misselijk en heb je meer last van misselijkheid). Activiteitenplanning waarbij bewegen een essentieel onderdeel is, helpt hierbij. Activiteiten worden per dag voor een hele week vooruit gepland (Jenny samen met behandelaar), in een mix van activiteiten thuis en deels op school van dingen die Jenny goed kan, leuk vindt of die nuttig zijn (geen sociale media). Prioriteit heeft het ochtendritme en een van de activiteiten wordt in de ochtend het broertje naar school brengen en weer naar huis, en thuis verder gaan met het thuis/schoolprogramma. Volledige schoolparticipatie is in eerste instantie een te hoge eis. De terugkeer naar school moet in stappen waarbij Jenny een belangrijke inbreng heeft. Samen met de klassenmentor wordt gekeken naar een realistisch plan voor de rest van het schooljaar zodat het perspectief waarnaartoe wordt gewerkt, duidelijk is. Opties voor een ander schooltype worden geëxploreerd. De ouders kunnen zich hierin vinden.

Symptoomreductie en afname van symptoma-tisch gedrag

Interventies worden uitgewerkt die gericht zijn op het klinisch herstel van de psychische problematiek (in Jenny's geval forse angst, fysieke

Figuur 3. Casus Jenny: overzicht van de interventies.

gespannenheid en gezondheidsklachten als misselijkheid). Dat betekent dat Jenny aan de hand van een zelf opgestelde durfhiërarchie stapsgewijs leert middels cognitief gedragstherapeutische technieken:

- nare/hinderlijke gevoelens (angst; fysieke spanning en misselijkheid) beter te verdragen;
- moeilijke/gevreesde situaties aan te gaan en te hanteren in plaats van te vermijden: toetsen maken en feedback hanteren;
- zich makkelijker te ontspannen (fysiologische stress beïnvloeden) waardoor ze makkelijker in slaap valt.

Vaardigheidstraining in relatie tot aanmeldklachten

De vraag is welke vaardigheden Jenny kan aanleren om beter aan de verwachtingen te kunnen voldoen. Er kunnen een aantal vaardigheden

worden bepaald die symptoomverlichting kunnen bieden.

Dadds en Barret (2001) benadrukken, in verband met de behandeling van angststoornissen, het belang van het direct versterken van vaardigheden.

Voor Jenny betekent dit:

- in verband met het herstel van een gezond dag-nachtritme: starten met dagboekregistratie van op tijd opstaan en een realistische activiteitenplanning voor de ochtend bestaande uit verrichten van activiteiten nodig voor vertrek naar school;
- in verband met het in- en doorslapen: een plan maken naar aanleiding van psycho-educatie ‘gezonde slaap’ over welke voorwaarden en welk gedrag verbetering zou kunnen creëren, en welk (zelf)monitoringsysteem haar hierbij zou kunnen ondersteunen. Jenny stopt om 21.00 uur met schoolwerk en sociale-media-activiteiten. Ouders ondersteunen

dat door samen met haar een avondwandeling te maken;

- zelfstandig naar school gaan (met vriendin) om vervolgens een aangepast rooster te volgen als entree;
- leren hoe in te voegen in de klas, hoe te reageren op vragen en reacties van leerkrachten en leerlingen, hulp te vragen en te overleggen met leerkrachten (waarmee probleemoplossingsvaardigheden toenemen);
- in de latere fase van de behandeling: Jenny aanleren hoe ze toetsstof in stukken kan opdelen om stapsgewijzer te kunnen studeren.

Aanpak stresserende omgevingsfactoren

Ouders krijgen ter ondersteuning een korte opvoedtraining met betrekking tot:

- bepaling van de activiteiten waarin zij Jenny kunnen ondersteunen en de activiteiten waarvoor Jenny zelf verantwoordelijk is (en ouders niets hoeven te doen);
- communicatie tijdens stressvolle momenten zodat hun inspanningen meer resultaat opleveren en minder uitputtend zijn;
- effectieve opdrachten (gegeven met een lage Emotionele Expressie, concreet, verwachtingen mededelend (bv. 'het is tijd om op te staan') zonder de mogelijkheid te bieden tot discussiëren (in plaats van verwachtingen vragend aan te geven);
- het geven van versterkende gedragscomplimenten (gericht op het proces), bijvoorbeeld complimenten over aanwezigheid, inzet, volharding, tonen van moed (in plaats van complimenten over persoonskenmerken en eindresultaten).

Interventies gericht op remediëren en omgaan met kwetsbaarheid

- (tijdelijke) huiswerkbegeleiding met betrekking tot het plannen en structureren van huiswerk en toetsen;
- gedragsactivatie en registratie voor de tijd die niet in school wordt doorgebracht; de reguliere schooltijd wordt thuis aan schoolwerk besteed (om fysiek in het schoolritme te komen).

Mobiliseren van steun en opzetten eventueel tijdelijk professioneel steunsysteem

Samen met school; mentor en schoolpsycholoog een plan van aanpak formuleren over

stapsgewijze terugkeer naar school en het inhalen van toetsen.

Empowerment door versterken van self-efficacy en zelfvertrouwen

Tijdens vooraf geplande evaluaties met Jenny, ouders en klassenmentor vooruitgang inzichtelijk maken (visueel), stappen vooruit vieren, dagelijks registreren wat goed werkt door Jenny zelf.

Samen met Jenny, ouders en school wordt bepaald wanneer de behandeldoelen zijn gerealiseerd en de behandelcontacten kunnen worden afgebouwd. Een terugvalpreventieplan is bij complexe problematiek zoals hierboven beschreven een onmisbaar element in de behandeling.

Conclusie en relevantie voor de klinische praktijk

We hebben een model beschreven waarmee wij het klinische redeneerproces bij complexe meervoudig samengestelde problematiek ondersteunen. We realiseren ons dat het model een schematische vertaling is van de complexe en vaak onvoorspelbare werkelijkheid. De zeven factoren kunnen worden nagelopen als een checklist om omissies en fouten in het redeneren te voorkomen. De benoemde factoren kennen interactiepatronen die relevant zijn voor de verklaring van het ontstaan van psychopathologie en psychosociale problemen. Het aantal potentiële causale interacties via mediators en moderators is echter groot. Hier ontkomen we niet aan patroonherkenning op basis van ervaring en wetenschappelijke vakliteratuur. Het zou kunnen dat patroonherkenning en het opbouwen van ziektescripts degelijker en systematischer gebeuren als er een routine ontstaat in het zorgvuldig nalopen van een problematiek aan de hand van vaste rubrieken en interactiemechanismen (De Vries et al., 2006). Dat is in elk geval de basis voor het opstellen van een modelstatus in de somatische opleidingen, maar ook in de cognitieve gedragstherapie. Redeneerhulpen zoals het boven beschreven model zijn daarbij van grote waarde, zowel in

de opleiding als in de praktijk. In opleidingen ervaren we een brede acceptatie voor het hierboven beschreven zevenfactorenmodel, en van ouders horen we regelmatig dat een ordening van de problematiek met behulp van dit model meer inzicht verschaft en hen mee helpt denken over een optimaal behandelplan (*shared decision making*).

Vanuit die visie willen we met dit artikel een beroep doen op onze collega's die betrokken zijn bij de opleiding van jonge collega's om ernst te maken met het expliciteren van de meest plausibele en waar mogelijk wetenschappelijk onderbouwde redeneerhulpen voor gebruik in de klinische praktijk. De drie belangrijkste pijlers van professionaliteit zijn, naar onze overtuiging, correct klinisch redeneren, vakkenis en professionele ervaring. Helaas krijgt de eerste pijler in de beroepsopleiding en de vakliteratuur nog niet de aandacht die dat verdient. We hopen in dit artikel een aanzet te hebben gegeven.

Abstract

Clinical reasoning in the integrated youth care by means of the seven factor model

Accurate clinical reasoning forms the basis of case formulation and decision-making in complex integrated youth care and is an important pillar of professionalism. The dual process model distinguishes two processes within clinical reasoning: a fast, intuitive component (type 1) and a conscious, effort-demanding, slow component (type 2). Each process has its own susceptibility to errors: type 1 because of bias and type 2 due to thinking and reasoning errors. Proper professional knowledge is necessary for the substantive guidance of reasoning. The reasoning aid presented in this article, the 'seven factor model', can facilitate clinical reasoning and decision making. The seven factor model serves to support conscious reasoning with regard to problems and strengths and can limit incorrect decision-making due to bias and thinking errors. The seven factors include the inventory of complaints and symptoms, three environmental sections and three child-

related sections and offer support to professionals in drawing up a solid intervention plan. The model is illustrated by means of a case study.

Key words: clinical reasoning, reasoning support, integrated youth care, seven factor model, school refusal

Noten

1. Wij gebruiken in dit artikel de term 'geïntegreerde jeugdhulp' in plaats van 'integrale jeugdhulp'. Het gaat erom dat de interventies in onderlinge samenhang worden geleverd (geïntegreerd) en niet om een allesomvattend (integraal) hulpverleningsaanbod. Echter, het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), zorginkopers en veel zorgaanbieders gebruiken de term 'integraal'.
2. Harrie M.P. van Leeuwen, mha, kinder- en jeugdpsychiater n.p. en werkzaam bij Bureau PEERS, strategische zorginnovatie, Abcoude (Nederland).
E-mail: harrievanleeuwen@bureaupeers.nl
Drs. Marca H.W. Geeraets, gezondheidszorgpsycholoog en werkzaam bij Bureau PEERS, strategische zorginnovatie, Abcoude (Nederland).
E-mail: marcageeraets@bureaupeers.nl
3. Met dank aan Willemine Heiner en Ypke Hemminga.

Literatuur

- Croskerry, P. (2014). Bias: A normal operating characteristic of the diagnosing brain. *Diagnosis*, 1(1), 23-27.
- De Boer, D. (2018). Bang voor school. *Kind & Adolescent Praktijk*, 17(3), 26-30.
- De Jonghe, F., Dekker, J., & Goris, C. (1997). *Steun, stress, kracht en kwetsbaarheid in de psychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- De Vries, A.C., Custers, E.J.F.M., & Ten Cate, J. (2006). Leren klinisch redeneren en het ontwikkelen van ziektescripts: mogelijkheden in het medisch onderwijs. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 25(1), 3-13.

- Deković, M., & Prinzie, P. (2014). Gezin en afwijkende ontwikkeling. In P. Prins & C. Braet (red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 143-166). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ely, J.W., Graber, M.L., & Croskerry, P. (2011). Checklists to reduce diagnostic errors. *Academic Medicine*, 86(3), 307-313.
- Geeraets, M.H.W., & Van Leeuwen, H.M.P. (2008). Ontwikkelingspsychopathologie als leidraad voor programma-ontwikkeling. In E.J. Knorth, H. Nakken, C.E. Oenema-Mostert, A.J.J.M. Ruijsenaars, & J. Strijker. (red.), *De ontwikkeling van kinderen met problemen: gewoon anders* (pp. 218-228). Antwerpen/Apeldoorn: Garant/Bohn Stafleu van Loghum.
- Grant, K.E., McMahon, S.D., Carter, J.S., Carleton, R.A., Adam, E.K., & Chen, E. (2014). The influence of stressors on the development of psychopathology. In *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 205-223). Boston: Springer.
- Heyne, D., Gren-Landell, M., Melvin, G., & Gentle-Genitty, C. (2018). Differentiation between school attendance problems: Why and how? *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.03.006>
- Hales, B., Terblanche, M., Fowler, R., & Sibbald, W. (2007). Development of medical checklists for improved quality of patient care. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(1), 22-30.
- Heyne, D., Sauter, F.M., Ollendick, T.H., Van Widenfelt, B.M., & Westenberg, P.M. (2014). Developmentally sensitive cognitive behavioral therapy for adolescent school refusal: Rationale and case illustration. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(2), 191-215.
- Ingram, R.E., & Luxton, D.D. (2005). Vulnerability-stress models. In B.L. Hankin, & J.R. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 32-46). London: Sage.
- Ingul, J.M., Havik, T., & Heyne, D. (2018). Emerging school refusal: A school-based framework for identifying early signs and risk factors. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2018). *Casusonderzoek Gelderland*. Utrecht. <https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2018/09/05/casusonderzoek-gelderland>
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality. *American Psychologist*, 58(9), 697.
- Masten, A.S., & Kalstabakken, A.W. (2018). Developmental perspectives on psychopathology in children and adolescents. In J. Butcher (Ed.), *APA handbook of psychopathology* (pp. 15-29). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2010). *Onderzoek naar honorariaontwikkeling van medisch specialisten 2007-2008*. Price Waterhouse Coopers. Ref. W&Z/GJP/KB/jre/2010-0398u. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-64371>
- Norman, G.R., Monteiro, S.D., Sherbino, J., Ilgen, J.S., Schmidt, H.G., & Mamede, S. (2017). The causes of errors in clinical reasoning: Cognitive biases, knowledge deficits, and dual process thinking. *Academic Medicine*, 92(1), 23-30.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344.
- Slot, N.W., & Spanjaard, H.J.M. (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: Intro.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185(4157), 1124-1131.
- Van Leeuwen, H.M.P. (2018). Integrale jeugdhulp biedt 'alles ineen'. Maar wat dan precies? *Jeugdbeleid*, 12(4), 207-211.
- Vereniging van Cognitieve Gedragstherapie. (2018). *Factsheet: Cognitieve gedragstherapie bij schoolweigering*. <https://www.vgct.nl/stream/schoolweigering.pdf>
- Wakefield, J.C. (1997). When is development disordered? Developmental psychopathology and the harmful dysfunction analysis of mental disorder. *Developmental Psychopathology*, 9, 269-290.
- Witteman, C.L.M., Claes, L., & van der Heijden, P.T. (2017). *Psychodiagnostische besluitvorming: deskundig oordelen in de klinische praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom.