

GRENZEN STELLEN AAN VERGISSINGEN

Grenzen stellen aan vergissingen bij diagnostisch onderzoek, enkele denkfouten en tips

Andries Schilperoord¹

Inleiding

Diagnostiek kan ontzettend nuttig zijn.

- je geeft woorden aan gedrag (onderkende onderzoeksvraag),
- je maakt het ongrijpbare begrijpelijk (verklarende onderzoeksvraag),
- je geeft advies (adviserende onderzoeksvraag),
- en je kunt beoordelen of een behandeling zin heeft (evaluerende onderzoeksvraag).

Het kan dan ook buitengewoon bevredigend werk zijn.

Er zijn echter een aantal veelgemaakte vergissingen bij diagnostisch onderzoek. Bertolt Brecht heeft opgemerkt *'het doel van wetenschap is niet de deur naar oneindige wijsheid maar om grenzen te stellen aan oneindige vergissingen'* (Das Leben des Galilei). Hoewel oneindige wijsheid natuurlijk een prettig vooruitzicht is, is het goed om in ieder geval niet te vallen in oneindige vergissingen.

Er zijn een aantal vergissingen die onervaren en helaas ook ervaren diagnosten weleens maken, zoals een test verkeerd afnemen c.q. scoren of het verkeerd interpreteren van uitkomsten. Het opstellen van een goede onderzoeksvraag is lastig en wordt nog wel eens overgeslagen. Het gevolg kan zijn een uitdijend onderzoek, waardoor het resultaat een breed uitwaaiend relaas van ditjes-en-datjes wordt. Ook een klassieker is het geven van een DSM-classificatie als antwoord op een verklarende onderzoeksvraag. Dan krijg je cirkelredeneringen als: "Dit kind leert moeilijk door de

licht verstandelijke beperking (LVB)", waarbij LVB inhoudt dat iemand moeilijk leert. En: "Dit kind is druk door de ADHD." Geef mij een euro voor ieder verslag waar dit soort redenering in staat en ik ben binnen een jaar rijk.

Het gaat in dit artikel echter over een ander type denkfout, wat in het Engels een 'bias' wordt genoemd. Het uit de heup schieten, het 'quick and dirty' denken in plaats van 'slow thinking'. Hieronder volgen 7 fouten en 7 tips.

1. Tevredenheidsfout

Soms voel je een enorme opluchting na het zien van een testuitslag: eindelijk snappen we waarom dit kind zoveel moeite heeft met bepaalde zaken. Het is te verklaren uit bijvoorbeeld een laag IQ, of een zwak werkgeheugen, of een trage verwerkingssnelheid. De neiging bestaat dan om het onderzoek hiermee af te ronden. Er staan nog meer kinderen op de wachtlijst en we hebben toch de verklaring? Het gevaar hierbij is dat je te snel stopt met zoeken. Wellicht zijn er twee of nog wel meer oorzaken te noemen voor het probleemgedrag wat we zien. Toch jammer als je gestopt bent met zoeken na het vinden van één oorzaak.

Nu is het soms verstandig en klantvriendelijk om direct aan de slag te gaan met bevindingen van onderzoek en niet een onnodig lang onderzoekstraject aan te gaan. Maar het loont de moeite om jezelf even de vraag te stellen: Zou er nog iets anders kunnen spelen?

¹Andries Schilperoord is als GZ-psycholoog werkzaam bij de Vliegende Brigade van de Bascule en is Programmaleider gedragswetenschappers bij Spirit.

Samengevat: Je kunt door de kat en de hond gebeten zijn. Stop niet te snel met zoeken.

2. Representatieve fout

De menselijke geest is erop gebouwd om snel patronen te herkennen. Dit maakt dat mensen uitgaan van prototypes en daardoor symptomen verkeerd kunnen attribueren. Berucht is de oudere, dikke man die waggelend over straat loopt, niet aanspreekbaar is en naar alcohol ruikt. De politie zet de man vanwege openbare dronkenschap in de cel om te ont-nuchteren. De volgende dag blijkt de man overleden te zijn; wat leek als dronkenschap was in feite een diabetespatiënt met een hypo na een biertje in de buurtkroeg. Maar het waggelen en het uiterlijk paste zo in het plaatje.

In het werk als diagnosticus zie je ontzettend veel mensen langskomen, waarbij je al snel patronen herkent: 'de borderline-moeder', 'de allochtone jongen met ODD', 'de autistische vader', 'het kind wat geen hoogvlieger is' en ga zo maar door. Het risico is dan ook dat je het al (te) snel denkt te weten.

Samengevat: Niet alles wat kwispelt is een hond.

3. Beschikbaarheidsfout

Veelal is het zo dat je op een poli in een bepaalde wijk werkt en daardoor vaker dan gemiddeld hetzelfde soort mensen tegenkomt. Bij een praktijk in het Gooi zul je daardoor sneller verborgen alcoholisme tegenkomen en bij een praktijk in Amsterdam-West meer schoolverzuim bij hangjongeren. En ja, als je op een 'ADHD-poli' werkt, kom je voornamelijk kinderen 'met ADHD' tegen.

Als je een nieuwe cliënt tegenover je ziet, zul je snel de database in je hoofd langslopen met de vraag: heb ik dit eerder gezien? En als je nu eenmaal vaak dezelfde soort cliënten ziet, zul je sneller het prototype herkennen (representatieve fout) en blij zijn dat je het 'al weet' (tevredenheidsfout).

Samengevat: Niet elke hond heet fikkie en niet alles wat vliegt is een vogel.

4. Confirmatiefout

Iedereen heeft op de universiteit geleerd dat je in wetenschappelijk onderzoek niet enkel naar verificatie moet zoeken maar ook naar falsificatie. We hebben geleerd om nul-hypothesen op te stellen. Maar zodra we werken, neigen we er naar om op zoek te gaan naar de informatie die je gedachten bevestigt.

De manier waarop we efficiënt denken te werken, helpt niet hierbij. Door inzet van screeningslijsten kunnen we snel een hoop vragen beantwoord zien, maar we stellen hierdoor minder open vragen.

Het kind dat weinig praat en weinig sociaal is, het lijkt op autisme, maar het zou ook een ernstige taalstoornis kunnen hebben. Het drukke impulsieve kind waarvan je in de wachtkamer al denkt 'ADHD', zou ook in een hyperalerte overlevingsstand zitten vanwege trauma. Het vergt soms lef om nader onderzoek te willen verrichten als iedereen het vanzelfsprekende al meent te zien. Al helemaal als een gezaghebbend teamlid het kind al eerder heeft gezien, waardoor een bepaald beeld 'geankerd' is.

Samengevat: Als je hoefgetrappel hoort, hoeft het nog geen paard te zijn. Er komen ook zebra's voor.

5. Over-accommoderen

We vinden het verschrikkelijk om fouten te maken. Als je een keer mis schiet, iets niet hebt gezien, een kind niet het juiste hebt geboden, een kind tekort hebt gedaan... dan wil je hier van leren. Die fout wil ik niet meer maken! Dat kan ertoe leiden dat je de recentelijk gemiste stoornis plots overal ziet of onnodig onderzoek doet uit angst iets te missen.

Samengevat: De vijand van goed is perfect (probeer het niet te goed te doen).

6. Volledigheidsfout

Soms wil alle informatie echt niet samenkomen tot één beeld. Testresultaten spreken elkaar tegen, de meningen in een team zijn verdeeld, we snappen het gewoon nog niet. Dan kan de situatie ontstaan dat je steeds meer tests en vragenlijsten afneemt in de hoop dat het dan toch eindelijk wel duidelijk zal gaan worden. Maar hoe meer je weet, hoe meer genuanceerd, diffuus en vol uitzonderingen de werkelijkheid blijkt te zijn en hoe minder zeker je wordt. Je bent verdwaald.

Samengevat: Wat is het verschil tussen een trolleybus en een diagnosticus? Een trolleybus stopt als hij de weg kwijt is.

7. Affectieve fout

Tijdens een IQ-test heb je soms de neiging, die althans ikzelf maar nauwelijks kan bedwingen, om het kind te helpen. Zo dicht bij het juiste antwoord, zal ik toch nog een puntje geven hiervoor? Toch nog een keertje extra doorvragen?

Of je merkt dat je maar niet bij het afbreekcriterium komt, 2 fout, 1 goed, 2 fout, 1 goed, 2 fout... En dan wordt het zo naar dat je denkt: zo is welletjes. Moet je echt nog een keer doorvragen? Straks is het goed, moet je weer door...

Het omgekeerde kun je ook tegenkomen, een laag IQ 'helpt' een kind in de juiste sector, en plots lijkt er niet uit de test te komen wat eigenlijk zou moeten. Het meisje van 17 jaar met een LVB komt met een net te hoog IQ nooit in de Wet langdurige zorg. Dan neig je er toch naar om wat kritischer te scoren.

Diagnostisch onderzoek is belastend. Moet je écht nog een extra testdag inplannen, terwijl je het al denkt te weten? Een moeder die zegt dat ze het verhaal al zo vaak verteld heeft, wat echter niet is terug te vinden in het dossier, is het echt nodig om nog een anamnese af te nemen?

En misschien, een enkele keer, voel je ook enige antipathie tegen een cliënt. En beïnvloedt dat ook de keuzes die je maakt binnen een diagnostiektraject.

Samengevat: Liefde maakt blind. En, razernij... duwt verstand opzij.

Enkele tips:

1. Als je denkt te weten wat het is, stel jezelf de vraag: wat kan het nog meer zijn? Waar kan hoefgetrappel nog meer op duiden?
2. Is er informatie die niet in het plaatje past? Welke puzzelstukjes leg je stiekem aan de kant, omdat ze niet passen?
3. Wat kan er nog meer spelen? Je kunt door de kat en de hond gebeten worden.
4. Het fijnst is het werken in een gemengd team, zodat er kritischer gereageerd wordt op bepaalde stereotypische tendensen.
5. Noodzakelijk is een multidisciplinair overleg waarbij er altijd kritische tegenpraak is. Eventueel afspreken wie de advocaat van de duivel is.
6. Stel de kritische vraag: weten we niet genoeg, moeten we niet accepteren dat er voorlopig nog een 'dubbel beeld' is en nu stoppen?
7. Supervisie en intervisie zijn noodzakelijk om je eigen tegen-overdrachtsgevoelens te herkennen.

Tot slot

Het is heerlijk om snel te werken. Maar er bestaat een risico dat je bij je werk als diagnosticus je tijdens het proces vergaloppeert. Als je tijdens het lezen van dit stuk plots moet denken aan een casus, wat ga je dan nu doen?

Samengevat: The rider must ride his horse, not be run away with.

Inspiratiebronnen

Groopman, J. E. (2007). *How doctors think*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.

Kahneman, D. (2011) *Thinking fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.