De ervaren moeilijkheden, oplossingen en behoeften van behandelaars in de diagnostiek en behandeling van jongeren met gedragskenmerken die zowel passen bij autisme als bij persoonlijkheidsproblematiek.

Student: J.L. Prins (s4268644)

Eerste beoordelaar: dr. J. Knot-Dickscheit
Tweede beoordelaar: dr. B.J.A. de Groot

Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
Masterthese Orthopedagogiek
Mei 2026

Aantal woorden: 6556

Verklaring AI-gebruik: Bij de totstandkoming van deze thesis is er gebruikgemaakt van AI-tools, zoals toegestaan bij de masterthesis Orthopedagogiek. In bijlage C staat in een logboek beschreven welke AI-tools zijn gebruikt, voor welke thesisonderdelen en met welke doeleinden.

Abstract

Autism and personality difficulties are distinct DSM-5 classifications but overlap in clinical presentation can make differentiation difficult. This may lead to mis- or missed diagnoses, resulting in suboptimal care and prolonged treatment trajectories. This study aimed to explore clinicians' perceived difficulties, solutions, and needs in the assessment and treatment of youth with overlapping behavioural characteristics of autism and personality difficulties.

Semi-structured interviews were conducted with nine (N = 9) clinicians working within a youth mental health service organisation in the Netherlands. Data were analysed using thematic analysis, combining deductive and inductive coding.

Findings indicate that clinicians experience difficulties related to limited knowledge of personality difficulties and treatment options, as well as stigma and insecurity of clinicians. Patient-related factors, including low motivation and difficulty articulating internal experiences, further complicate assessment and treatment. In addition, treatment protocols were perceived as insufficiently aligned with the needs of young people. Organisational constraints, such as time pressure, waiting lists, and transitions to adult mental health services, further exacerbate these challenges.

Clinicians emphasised the importance of integrative case formulation, personalised treatment and monitoring. Clinicians highlighted need for collaboration, exchange of expertise, transparent communication, reflective practice and organisational support.

The findings suggest that less emphasis should be placed on differentiating behavioural characteristics, and greater focus should be directed towards aligning care with the individual needs of young people. It may be necessary to reconsider whether a predominantly classificatory approach within mental health service remains appropriate, or whether a context-oriented approach would be more suitable.

Samenvatting

Autisme en persoonlijkheidsproblematiek worden in de DSM-5 als onderscheiden classificaties beschreven, maar in de praktijk is er sprake van gedragsmatige overlap die lastig te onderscheiden is. Dit kan leiden tot gemiste en misdiagnoses, waardoor jongeren niet altijd passende hulp ontvangen en langer in zorg blijven. Dit onderzoek had als doel inzicht te krijgen in de ervaren moeilijkheden, oplossingen en behoeften van behandelaars in de diagnostiek en behandeling van jongeren met overlappende gedragskenmerken passend bij zowel autisme als persoonlijkheidsproblematiek.

Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen met negen (N = 9) behandelaars werkzaam binnen een jeugd-GGZ-organisatie in Noord- en Midden-Nederland. De data werd thematisch geanalyseerd met een combinatie van deductieve en inductieve codering.

De resultaten laten zien dat behandelaars moeilijkheden ervaren door beperkte kennis over persoonlijkheidsproblematiek en het behandelaanbod. Daarnaast speelt onzekerheid en stigma rondom persoonlijkheidsproblematiek een belemmerende rol, maar ook kenmerken van jongeren, zoals beperkte motivatie en moeite met het verwoorden van de binnenwereld. Tevens sluiten behandelprotocollen niet altijd aan bij de behoeften van jongeren, waardoor de behandeling vastloopt. Praktische factoren, zoals beperkte tijd, wachtlijsten en de overgang naar volwassen-GGZ, vormen eveneens belemmeringen.

Behandelaars benadrukken het belang van integratieve beeldvorming, gepersonaliseerde behandeling en behandelmonitoring. Ook hebben behandelaars behoefte aan samenwerking, expertise-uitwisseling, transparante communicatie, reflectie en organisatorische ondersteuning.

De nadruk minder zou moeten liggen op het differentiëren van gedragskenmerken maar meer op aansluiten bij de individuele behoeften van jongeren. Er dient afgewogen te worden of de classificerende benadering binnen de Jeugd-GGZ nog gewenst is of dat een contextgerichte benadering passender zou zijn.

Inhoudsopgave

Inleiding 5
Methode 8
Onderzoeksdesign 8
Steekproef 8
Concepten en instrumenten 9
Procedure 9
Ethische kwesties 10
Analyse plan 11
Resultaten 11
Moeilijkheden diagnostiek 13
Moeilijkheden behandeling 16
Oplossingen en behoeften diagnostiek 18
Oplossingen en behoeften behandeling 20
Discussie 20
Literatuurlijst 25
Bijlage A. Interviewleidraad 29
Bijlage B. Codeerschema 31
Bijlage C. Logboek AI-gebruik 36

Inleiding

Hoewel autisme en persoonlijkheidsproblematiek binnen de DSM-5 verschillend worden gedefinieerd en onder aparte categorieën vallen (American Psychiatric Association, 2013), is er wel sprake van gedragsmatige overlap (Allely et al., 2023). In de praktijk is het voor behandelaars soms moeilijk om tot de juiste classificatie te komen en behandeling te bieden die het beste aansluit bij jongeren met gedragskenmerken waarvan het niet duidelijk is bij welk concept ze het beste passen. Dit kan leiden tot onzekerheid bij behandelaars tijdens het opstellen van differentiaaldiagnoses (Dudas et al., 2017). Volgens Petrolini en Schmidt-Boddy (2025) worden er in de diagnostiek van autisme regelmatig autisme-diagnoses gemist en komt ook misdiagnose voor. Een diagnose kan gemist worden wanneer autisme niet goed wordt herkend door de behandelaar. Een misdiagnose ontstaat wanneer een behandelaar een verkeerde diagnose stelt. Misdiagnoses komen bij autisme voor omdat kenmerken van autisme kunnen overlappen met kenmerken die passen bij andere classificaties (Aggarwal & Angus, 2015). Deze gemiste en misdiagnoses hebben negatieve gevolgen voor jongeren en voor de zorg. Jongeren kunnen zich onbegrepen voelen, hun behoeften worden niet herkend en de behandeling kan vastlopen (Jones, 2015). Daarnaast kan op basis van misdiagnose behandeling worden ingezet die niet aansluit bij de problematiek, waardoor jongeren mogelijk langer in zorg blijven (Bradford et al., 2024).

De classificatie autismespectrumstoornis heeft twee diagnostische hoofdkenmerken in de DSM-5 (Verhulst, 2020). Ten eerste zijn er beperkingen op het gebied van wederkerigheid binnen sociale communicatie en ten tweede is sprake van beperkte en repetitieve gedragspatronen, interesses en activiteiten. De beperkingen zijn al aanwezig vanaf de vroege kindertijd en verstoren het dagelijks leven (Verhulst, 2020). Mensen met de diagnose autismespectrumstoornis vormen een heterogene groep, waarbij de wijze waarop gedragskenmerken tot uiting komen sterk kan variëren. Deze variatie is al zichtbaar bij jonge kinderen. Het algemene prevalentiecijfer is 1.7%, waarbij het prevalentiecijfer bij mannen vier keer hoger ligt dan bij vrouwen (Verhulst, 2020). Vrouwen worden doorgaans later in hun levensloop gediagnosticeerd dan mannen. Met name hoog functionerende vrouwen lijken beter te zijn in het maskeren van autistische gedragskenmerken, dit wordt camouflage genoemd. Camoufleren wordt ingezet om te navigeren tijdens sociale situaties en kenmerkt zich door te maskeren en te assimileren (Alaghband-Rad et al., 2023).

Persoonlijkheidsstoornissen worden in de DSM-5 omschreven als een duurzaam patroon van innerlijke beleving en gedrag dat aanzienlijk afwijkt van de culturele normen en verwachtingen vanuit de maatschappij (Skodol, 2012). Mensen die gediagnosticeerd zijn met

een persoonlijkheidsstoornis ervaren beperkingen op het gebied van relaties, emoties, cognitieve processen en impulscontrole. Dit patroon kenmerkt zich door inflexibiliteit en instabiliteit in diverse persoonlijke en sociale situaties (Akwa GGZ, 2025). Deze kenmerken zijn doorgaans zichtbaar vanaf de adolescentie, maar volgens recent onderzoek is het voor het twaalfde levensjaar al mogelijk signalen te herkennen (Akwa GGZ, 2025). In de DSM-5 worden tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen omschreven, onderverdeeld in drie clusters. Cluster A is het excentrieke cluster waaronder de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis vallen. Cluster B kenmerkt zich door wispelturigheid, onderverdeeld in vier persoonlijkheidsstoornissen: de antisociale, borderline, histrionische en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Cluster C wordt in de DSM-5 omschreven als het angstige cluster, bestaande uit de vermijdende, aanhankelijke en dwangmatige persoonlijkheidsstoornis (Akwa GGZ, 2025).

Er is zorgvuldig nagedacht over het gebruik van termen in dit onderzoek om stigmatisering te voorkomen. Zo is er gekozen voor de termen autisme en persoonlijkheidsproblematiek. In de medische wetenschap wordt de term stoornis gebruikt om diverse kenmerken of symptomen te beschrijven waarbij de oorzaak onbekend is (Staal et al., 2021). De term autismespectrumstoornis is dus een term vanuit een medisch model: gezond versus ziek, normaal versus een stoornis. Dit model ligt echter onder vuur. Tegenwoordig is neurodiversiteitsdenken in opkomst. Dit houdt in dat ervan wordt uitgegaan dat er natuurlijke variatie aanwezig is tussen mensen. Deze variatie heeft betrekking op sociale interacties, aandacht, stemming en overige mentale functies (Staal et al., 2021). Vanuit dit perspectief wordt niet gesproken van het woord stoornis, maar ligt de nadruk op de voordelen die de variatie kan opleveren. Interventies zouden dan ook gericht moeten zijn op een inclusievere maatschappij. Hierdoor rijst de vraag of het nog passend is om de term stoornis te gebruiken voor de classificatie autisme. Om deze reden wordt de term autisme aangehouden in dit onderzoek, in plaats van autismespectrumstoornis.

Uit recent onderzoek van Dennis et al. (2025) blijkt dat mensen gediagnosticeerd met persoonlijkheidsproblematiek vaak worden gestigmatiseerd. Deze stigmatisering hangt samen met hardnekkige stereotypen. In vergelijking met andere DSM-5 classificaties worden deze mensen vaker geconfronteerd met negatieve houdingen en vooroordelen, wat mede wordt veroorzaakt door beperkt begrip in de samenleving van deze problematiek (Dennis et al., 2025). Om niet te stigmatiseren houdt dit onderzoek de term persoonlijkheidsproblematiek aan. Om te verwijzen naar gedragingen kenmerkend voor autisme en persoonlijkheidsproblematiek is om diezelfde reden gekozen voor de term kenmerken, in

plaats van symptomen. Het begrip symptomen verwijst immers naar ziekte of pathologie, terwijl DSM-classificaties beschrijvingen zijn van gedragspatronen (Batstra et al., 2021).

Uit onderzoek van Rinaldi et al. (2021) blijkt dat gedragskenmerken van autisme vaak overlappen met gedragskenmerken van persoonlijkheidsproblematiek. Ongeveer de helft van de mensen met autisme voldeed ook aan de criteria van persoonlijkheidsproblematiek in het onderzoek van Rinaldi et al. (2021). Deze overlap komt het vaakst voor bij cluster A en cluster C. De overeenkomst met cluster A is vooral zichtbaar in kenmerken als sociale terugtrekking, beperkte emotionele expressie en moeite met het aangaan van hechte relaties. De overeenkomst met cluster C komt vooral tot uiting in perfectionisme, rigiditeit, angst en behoefte aan controle of voorspelbaarheid (Rinaldi et al., 2021). Uit onderzoek van Allely et al. (2023) blijken er ook overeenkomsten tussen gedragskenmerken die passen bij autisme en cluster B specifiek voor borderline. Deze overeenkomsten zijn vooral zichtbaar in sociale communicatie en interacties met anderen. Ook zijn er overeenkomsten in problemen omtrent identiteit, boosheid, zelfbeschadiging en interpersoonlijke relaties (Allely et al., 2023).

De overlap in gedragskenmerken maakt het stellen van een juiste diagnose complex voor behandelaars (Fusar-Poli et al., 2020). Omdat behandelingen worden afgestemd op de gestelde diagnose, kan een misdiagnose ertoe leiden dat de behandeling niet aansluit bij de problematiek van de jongere, waardoor klachten blijven bestaan en de jongere langer in zorg blijft. Onderzoek toonde bijvoorbeeld aan dat het niet herkennen of vervullen van de behoeften van mensen met autisme leidt tot een sterk verminderde kwaliteit van leven, ongeacht of er sprake is van een classificatie (Jones, 2015). Uit onderzoek van Fariba et al. (2024) bleek het belang van het vroegtijdig diagnosticeren en behandelen van mensen met een persoonlijkheidsproblematiek, omdat de problematiek hierdoor beter te behandelen is en de kwaliteit van leven verbetert.

Een essentiële stap in het verbeteren van tijdige diagnostiek, is het begrijpen hoe behandelaars deze complexe diagnostische trajecten benaderen (Alley et al., 2023). Echter, tot op heden ontbreekt er kennis in de literatuur over de ervaringen en behoeften van behandelaars in de diagnostiek en behandeling met jongeren die kenmerken hebben van zowel autisme als persoonlijkheidsproblematiek. Door te onderzoeken waar de behandelaars tegenaanlopen en wat hun behoeften zijn, is het mogelijk om inzicht te verwerven in wat zij nodig hebben in deze complexe diagnostische trajecten. De vervolgstap is te bestuderen hoe in deze behoeften kan worden voorzien. Op deze manier is er mogelijk een betere basis voor het bieden van passende diagnostiek en behandeling aan deze jongeren. De verwachting is, dat door passende zorg jongeren sneller zullen herstellen en korter in zorg zullen blijven. Dit

is uiteindelijk kostenefficiënter en gunstiger voor de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2025).

Daarom richt dit onderzoek zich op de ervaringen van behandelaars in diagnostiek en behandeling met jongeren die kenmerken hebben die passen bij autisme en persoonlijkheidsproblematiek. Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in waar de behandelaars tegenaanlopen en wat zij nodig hebben om beter aan te sluiten bij de jongeren in diagnostiek en behandeling.

De onderzoeksvraag luidt dan ook als volgt: "*Wat zijn de ervaren moeilijkheden, en de behoeften en oplossingen van behandelaars in de diagnostiek en behandeling van jongeren met gedragskenmerken die zowel passen bij autisme als bij persoonlijkheidsproblematiek?"*.

Methode

Onderzoeksdesign

Dit onderzoek vormt onderdeel van een breder onderzoeksproject: "*Optimizing treatment for Autism Spectrum Disorder and Personality Disorders"* binnen een jeugd-GGZ organisatie in Noord-Nederland, gericht op diagnostiek en behandeling van jongeren met kenmerken die kunnen passen bij autisme en bij persoonlijkheidsproblematiek (Woelk et al., 2025). Het onderzoek maakte gebruik van een kwalitatief onderzoeksdesign, waarbij semigestructureerde interviews met behandelaars werden afgenomen. De interviews waren gericht op het verkrijgen van inzicht in de ervaren moeilijkheden, oplossingen en behoeften van behandelaars in de diagnostiek en behandeling van jongeren met kenmerken die kunnen passen bij autisme en persoonlijkheidsproblematiek. Het kwalitatieve onderzoeksdesign met interviews sloot aan bij de onderzoeksvraag, omdat het de onderzoeker in staat stelde om de ervaringen en de belevingswereld van de deelnemers beter te begrijpen (Flick, 2018). Er werd gekozen voor semigestructureerde interviews, zodat behandelaars de ruimte kregen om hun ervaringen vrij te verwoorden. De gebruikte data van dit onderzoek waren reeds verzameld en gecodeerd door dr. M. Woelk en werden opnieuw gecodeerd door J. Prins.

Steekproef

De doelpopulatie bestond uit Nederlandse behandelaars binnen een jeugd-GGZ organisatie in het Noorden van Nederland, die ervaring hadden met diagnostiek en behandeling van jongeren met autisme en persoonlijkheidsproblematiek, en met jongeren met gedragskenmerken die kunnen passen bij zowel autisme als bij persoonlijkheidsproblematiek. De behandelaars waren geselecteerd door middel van een gemakssteekproef, die werd uitgevoerd in de vorm van een sneeuwbalsteekproef. Voor dit onderzoek werden geen specifieke exclusiecriteria gehanteerd. In totaal hadden tien behandelaars zich opgegeven om

deel te nemen aan dit onderzoek. Al deze tien behandelaars voldeden aan de inclusiecriteria. Er werd beoogd om tien interviews af te nemen omdat de verwachting was dat hier voldoende informatie uit zou worden opgehaald. Echter, wegens gebrek aan tijd bestond de steekproef uit negen behandelaars en zijn er negen interviews afgenomen (N = 9).

Concepten en instrumenten

Voor de dataverzameling werd gebruikgemaakt van een semigestructureerd interviewleidraad ontworpen door dr. Mandy Woelk en dr. Annelies de Bildt, die is opgenomen in Bijlage A (Woelk & De Bildt, 2025). Het raamwerk van de interviewleidraad werd ontwikkeld op basis van de literatuur. Vervolgens werd het raamwerk voorgelegd aan een expertgroep die feedback gaf, om de vragen bij te stellen en te verfijnen. Deze expertgroep bestond uit vijf professionals binnen de organisatie die veel ervaring hadden met diagnostiek en/of behandeling van adolescenten met autisme en/of persoonlijkheidsproblematiek. De uiteindelijke interviewleidraad omvatte verschillende thema's, waaronder: achtergrondkenmerken en werkervaring van de behandelaar, de ervaring met cliënten, ingezette diagnostiek, ervaren moeilijkheden, mogelijke oplossingen en behoeften.

De vragen in de interviewleidraad waren opgesteld om informatie te verzamelen over de kernconcepten van onderhavig onderzoek, namelijk de moeilijkheden, oplossingen en de behoeften die de behandelaars ervoeren in de diagnostiek en behandeling van jongeren met gedragskenmerken die zowel passen bij autisme als bij persoonlijkheidsproblematiek. Voorbeelden van deze vragen waren "Wanneer loop je tegen problemen aan?" en "Wat zou jij als behandelaar nodig hebben om de diagnostiek en/of behandeling van jongeren met een autisme of persoonlijkheidsstoornis symptoomprofiel te verbeteren?" (zie voor de interviewleidraad Bijlage A). De interviewvragen waren grotendeels open geformuleerd, zodat behandelaars spontaan konden antwoorden (Flick, 2018). In totaal waren er elf open vragen en twee gesloten vragen geformuleerd.

Procedure

Tussen april 2025 en september 2025 werden de deelnemers geworven onder behandelaars werkzaam bij een jeugd-GGZ organisatie in Noord- en Midden-Nederland. Zij kregen bericht over het onderzoek via e-mail en via de interne website van de jeugd-GGZ organisatie. Op de interne website van de organisatie werd een oproep geplaatst met de vraag naar geschikte kandidaten voor dit onderzoek. Dit bericht was alleen toegankelijk voor de werknemers van de organisatie. Daarnaast waren er ook behandelaars binnen de organisatie

geworven die werden voorgedragen door deelnemers van dit onderzoek, waarna zij persoonlijk werden benaderd voor deelname.

De dataverzameling bestond uit het afnemen van negen semigestructureerde interviews. Alle negen interviews werden face-to-face afgenomen in een behandelkamer op de voorkeurslocatie van de deelnemer. De behandelkamer was een rustige ruimte waar alleen de deelnemer en onderzoeker aanwezig waren. Alle behandelaars werden afzonderlijk geïnterviewd, met een maximale gespreksduur van 60 minuten. De interviews werden opgenomen met audioapparatuur, met geïnformeerde instemming van de deelnemer. Vervolgens werden de interviews getranscribeerd.

De interviews werden afgenomen door de onderzoeker van het brede onderzoeksproject binnen de jeugd-GGZ organisatie (MW; Woelk et al., 2025). Deze onderzoeker was werkzaam binnen dezelfde organisatie als de deelnemers, maar er was geen sprake van een directe werkrelatie. De deelnemers kenden de onderzoeker alleen als indirecte collega of helemaal niet. De onderzoeker van deze thesis had geen relatie met de deelnemers. Vervolgens hebben de onderzoekers (MW, JP) individueel de data gecodeerd en geanalyseerd. De onderzoekers hebben op basis van vier bijeenkomsten het codeerschema opgesteld, deze staat weergegeven in Tabel 2 (zie Bijlage B). In de eerste bijeenkomst werd het codeer proces en welke thema's vanuit de interviewleidraad een basis vormen besproken. Tijdens de tweede en derde bijeenkomst werden de codes en subcodes besproken en bediscussieerd, vergeleken en bijgesteld om zo tot overeenstemming te komen. Tijdens bijeenkomst vier zijn de codes nogmaals besproken en onderling afgestemd.

Ethische kwesties

Het brede onderzoeksproject, waar deze thesis onderdeel van is, was getoetst door de niet-WMO centrale ethische toetsingscommissie van het UMCG en voldeed aan de ethische principes (METc UMC Groningen, 2025). Behandelaars die wilden deelnemen aan het onderzoek ontvingen een e-mail met informatie over het doel van het onderzoek en over hun rechten.

De deelnemers werden geïnformeerd over het volledige onderzoek middels informed consent. De software en procedures die werden gebruikt voor dataverzameling, codering, verwerking en opslag voldeden aan de UMCG-onderzoeksrichtlijnen (METc UMC Groningen, 2025). De data werden gepseudonimiseerd. De deelnemers kregen een code die gekoppeld was aan een apart en veilig opgeslagen codelijst met hun gegevens, zodat de deelnemers gecontacteerd konden worden na het onderzoek voor een terugkoppeling.

Analyse plan

De data werden geanalyseerd aan de hand van een reflexieve thematische analyse (Braun & Clarke, 2022), met als doel inzicht te krijgen in de ervaren moeilijkheden, oplossingen en behoeften van behandelaars in de diagnostiek en behandeling van jongeren met zowel kenmerken van autisme als persoonlijkheidsproblematiek. De analyse werd uitgevoerd met een reflexieve houding van de onderzoekers, waarbij kritisch is nagedacht over de eigen positie en de mogelijke invloed op de interpretaties van de data en beslissingen binnen het onderzoek (Braun & Clarke, 2022). Door gebruik te maken van een flexibele hybride benadering was het mogelijk om zowel deductief als inductief te coderen. De interviews werden getranscribeerd in MaxQDA (2025), versie 24 en gecodeerd met ATLAS.ti (2025).

De zes stappen van Braun en Clarke (2022) werden door beide onderzoekers doorlopen. Ten eerste werden de transcripten van de interviews twee keer doorgelezen en zijn alle interviews beluisterd, om meer vertrouwd te raken met de data. Tijdens het lezen en luisteren werden er aantekeningen gemaakt. Ten tweede werden de eerste initiële codes gegenereerd. Alleen data die relevant waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, zoals ervaren moeilijkheden en behoeften werden gecodeerd. Ten derde werden de initiële thema's gegenereerd door middel van hybride codering. Door deductief te coderen werden er codes en thema's ontwikkeld vanuit bestaande constructen uit de literatuur, omdat werd verwacht dat deze relevant zouden zijn en terug zouden komen in de data (Braun & Clarke, 2022). En door inductief te coderen werden de thema's en codes vanuit de inhoud van de data ontwikkeld. Ter ondersteuning werden er mindmaps gemaakt, om meer overzicht te creëren. Ten vierde werden de thema's verder ontwikkeld en herzien. De onderzoekers bespraken de thema's en beoordeelden deze op samenhang en volledigheid met de volledige dataset. Waar nodig werden er thema's samengevoegd en opgesplitst. Ten vijfde werden de thema's verfijnd. Alle transcripten werden nogmaals doorgelezen om te controleren of de thema's aangepast moesten worden. Tot slot werden de definitieve thema's uitgewerkt in de resultaten. Het gebruikte codeersysteem is opgenomen in Bijlage B.

Resultaten

In totaal zijn er negen (N= 9) interviews bij behandelaren afgenomen. Van deze deelnemers was 67% (N= 6) werkzaam in Noord-Nederland en 33% (N= 3) in Midden-Nederland. De werkervaring met de doelgroep van de deelnemers varieerde van zes maanden tot 28 jaar, met een mediaan van vijf jaar (N= 3). Wat betreft de functieverdeling was 78% (N= 7) werkzaam als GZ-psycholoog, 11% (N= 1) als kinder- en jeugdpsychiater en 11% (N=

1) als psycholoog. Alle deelnemers waren ten tijde van het onderzoek werkzaam binnen een jeugd-GGZ organisatie in Nederland. Het merendeel (N= 6, 67%) werkte binnen een generalistische polikliniek, terwijl 22,22% (N= 2) werkzaam was binnen een specialistisch team autisme en 11,11% (N= 1) was werkzaam binnen een specialistisch team persoonlijkheidsproblematiek en trauma. De vooropleidingen van de behandelaars varieerden en omvatten de bachelor Psychologie (N= 7), Geneeskunde (N= 1) en Verpleegkunde (N= 1).

De interviewdata zijn zowel deductief als inductief gecodeerd (zie Bijlage B). Allereerst zijn op basis van de interviewleidraad vier overkoepelende thema's deductief gecodeerd: moeilijkheden in diagnostiek, moeilijkheden in behandeling, oplossingen en behoeften in diagnostiek en oplossingen en behoeften in behandeling. Vervolgens zijn de interviews verder geanalyseerd en inductief gecodeerd. De codes en subcodes zijn systematisch geclusterd binnen de vier thema's. Een overzicht van de thema's en de codes staan in Tabel 1. Een beschrijving van de verschillende thema's volgt na tabel 1. Daarbij zijn ter illustratie voorbeelden van uitspraken van behandelaars opgenomen (cursief).

Tabel 1

Overzicht thema's, codes en subcodes van de thematische analyse

Overkoepelende thema's	**Codes**	**Subcodes**
Moeilijkheden diagnostiek	Behandelaar factoren	Kennisgebrek, (tunnelvisie, onzekerheid), behandelrelatie
	Jongere en systeem factoren	Motivatie, verwoording binnenwereld
	Differentiatie	Gedragskenmerken (hechtingsproblematiek, gemiste diagnoses) instrumenten
	Stigma	
	Praktische factoren	Planning, tijd, protocollen
Moeilijkheden behandeling	Behandelaar factoren	Kennisgebrek
	Jongere en systeem factoren	Motivatie
	Collega's en wisselingen	Samenwerking
	Crisis	

	Protocollen versus personaliseren	
	Praktische factoren	Aanbod, wachtlijsten, overgang volwassen-GGZ, financiering
Oplossingen en behoeften diagnostiek	Integratieve beeldvorming	Maatwerk, procesdiagnostiek, verklarende analyse, holistische theorievorming
	Kennis en reflectie	Educatie, Wetenschappelijk onderzoek, instrumenten
	Transparantie en samenwerking	
	Whitepapers (Spek, 2024)	
	Planning	
Oplossingen en behoeften behandeling	Maatwerk	Aanpassingen, voorspelbaarheid
	Monitoring	Structuur
	Samenwerking	Collega's, jongere en systeem

Moeilijkheden diagnostiek

Behandelaars ervaren diverse moeilijkheden in de diagnostiek bij jongeren die gedragskenmerken vertonen die zowel kunnen passen bij autisme als persoonlijkheidsproblematiek. De moeilijkheden doen zich voor op verschillende gebieden, waaronder factoren gerelateerd aan de behandelaar zelf, de jongere en diens systeem, in differentiatie, de invloed van stigma en in praktische factoren.

Behandelaar factoren. Behandelaars geven aan dat zij moeilijkheden ervaren in de diagnostiek die samenhangen met hun eigen kennis en ervaring. Zij benoemen een gebrek aan kennis en ervaring in persoonlijkheidsdiagnostiek en in het herkennen van gedragskenmerken die passen bij persoonlijkheidsproblematiek. Dit brengt volgens hen onzekerheid met zich mee in het opstellen van hypotheses en het uitvoeren van diagnostiek.

Volgens de behandelaars wordt persoonlijkheidsonderzoek hierdoor minder frequent ingezet. In tegenstelling tot diagnostiek naar autisme, waar behandelaars meer bekendheid in ervaren.

> *Dus ja, bij een twaalf jarige of zo zou ja, dan komt het niet zo veel voor. Dat je al persoonlijkheidsproblematiek of onderzoek gaat doen zou wel kunnen, maar dat is denk ik enerzijds dat er dan wat langer mee gewacht wordt en anderzijds ook dat dat gewoon ASS is … wat toch wat meer. Even wat meer bekendheid onder behandelaren en persoonlijkheidsproblematiek. Wat dat betreft wat minder. Daar wordt ook minder snel aan gedacht om daar ook diagnostiek naar te doen, zeg maar (behandelaar 1).*

Daarnaast signaleren behandelaars tunnelvisie bij zichzelf en collega's, waarbij vooral vanuit één perspectief naar problematiek wordt gekeken waarop diagnostische keuzes worden gebaseerd. Dit kan er volgens hen toe leiden dat de problematiek onvolledig wordt onderzocht, waardoor in een later stadium opnieuw diagnostisch onderzoek moet worden verricht.

Jongere en systeem factoren. Volgens behandelaars kan de houding en samenwerking van de jongere en het systeem de diagnostiek belemmeren. Behandelaars geven aan het moeilijk te vinden om diagnostisch onderzoek te doen wanneer jongeren of hun ouders moeite hebben met het verwoorden van hun binnenwereld. Hierdoor verkrijgen de behandelaars onvoldoende informatie om diagnostische conclusies te trekken. Daarnaast ervaren ze belemmering in de diagnostiek wanneer de jongere of ouders niet willen meewerken aan het onderzoek.

Differentiatie. Behandelaars benoemen moeite te hebben in het differentiëren tussen gedragskenmerken die zowel kunnen passen bij autisme als persoonlijkheidsproblematiek. Voor hen is het onduidelijk of de gedragskenmerken behoren tot persoonlijkheidsproblematiek of autisme waardoor ze moeite ervaren in het inzetten van de juiste diagnostiek die past bij de gedragskenmerken. Tevens geldt dit voor hechtingsproblematiek. Ook dit vinden behandelaars moeilijk te onderscheiden van persoonlijkheidsproblematiek en autisme. Volgens behandelaars wordt door gebrek aan differentiatie in gedragskenmerken soms onvolledige diagnostische onderzoeken ingezet, waardoor sprake kan zijn van gemiste of misdiagnoses.

Ik heb dat echt wel van de zijlijn gehoord op de poli, dat mensen dan daarna te horen kregen ja mijn diagnose ASS is er weer afgehaald, want het bleek toch een persoonlijkheidsstoornis of andersom (behandelaar 2).

Daarnaast geven behandelaars aan dat de diagnostische instrumenten onvoldoende differentiëren tussen autisme en persoonlijkheidsproblematiek, waardoor het voor hen moeilijker is om tot een diagnostische conclusie te komen.

Want ik denk altijd als ik dan die onderzoeksverslagen lees, dan denk ik ja, nou, nu komt het er beide uit. Weet je dat? Want die instrumenten, die differentiëren vaak niet tussen wat nou wat is (behandelaar 3).

Stigma. Behandelaars geven aan terughoudend te zijn in het diagnosticeren van jongeren omdat de labels veel los kunnen maken bij jongeren. Volgens hen kunnen de labels zorgen voor onbegrip bij de jongere en diens omgeving. Drie behandelaars geven aan specifiek terughoudend te zijn in het diagnosticeren van persoonlijkheidsproblematiek.

Ik denk dat stigmatisering nog steeds een rol speelt. Dat je eigenlijk liever niet het gesprek aan wil gaan met je cliënt om te zeggen van nou, je hebt een persoonlijkheidsstoornis omdat je bang bent dat je ze voor het hoofd stoot. Ik denk dat daar zeker de wat jongere collega's nog wel wat terughoudend in zijn (behandelaar 3).

Kosten en tijd. Volgens behandelaars zijn er praktische GGZ-brede factoren die de diagnostiek bemoeilijken. Behandelaars benoemen dat de persoonlijkheidsdiagnostiek veel tijd en geld kost, wat ze meenemen in de afweging om wel of geen persoonlijkheidsdiagnostiek in te zetten.

Die PS-diagnostiek, dat kost best wel heel veel tijd en dus ook geld, maar ook inzet van de cliënt. En dan ga je denk ik afwegingen maken van is het dan de moeite waard om dat te gaan doen? Zien we voldoende aanwijzingen (behandelaar 7)?

Daarnaast geven behandelaars aan dat er veel overleg plaatsvindt met de gemeenten over financiering van deze trajecten, wat veel tijd kost. De behandelaars hebben beperkte ruimte in hun agenda's voor het plannen van afspraken met cliënten en collega's.

> *Maar we doen nog steeds zo wekelijks of om de week intakes. Maar zo veel sluiten we er niet af. Dus de druk op de agenda's wordt hoger en hoger (behandelaar 3).*

Moeilijkheden behandeling

Behandelaars geven aan moeilijkheden te ervaren in de behandeling van jongeren die gedragskenmerken hebben die zowel kunnen passen bij autisme als persoonlijkheidsproblematiek. Deze moeilijkheden zij gerelateerd aan factoren van de behandelaar zelf, de jongere en diens systeem, collega's, crisis, Protocollen (diagnose specifiek aanbod) versus personaliseren en in praktische factoren van de behandeling.

Behandelaar factoren. Vijf behandelaars geven aan dat er sprake is van kennisgebrek over het behandelaanbod van zowel persoonlijkheidsproblematiek als autisme. Daarnaast voelen behandelaars zich onzeker als een behandeling niet van de grond komt. Ook geven behandelaars aan soms handelingsverlegen te zijn.

> *En ik denk misschien ook wat een ehm ja, je krijgt misschien sneller dat behandelaren zich ook wat handelingsverlegen voelen of zo. Als het als het niet helemaal of als iemand best wel een dynamiek in het contact laat zien. Of als de behandeldoelen ehm, ja, niet worden behaald. Dat iemand ook gaat twijfelen aan zichzelf van nou ben ik wel de juiste daarvoor (behandelaar 1)?*

Jongere en systeem factoren. Wanneer behandelaars ervaren dat de samenwerking met de jongere of het systeem niet soepel verloopt, dan belemmert dit de behandeling. .Behandelaars geven aan dat een behandeling niet aanslaat wanneer een cliënt ongemotiveerd. Als ouders niet willen meewerken aan een behandeling kan dit voor problemen zorgen. Zo kan het generaliseren van de geleerde vaardigheden tijdens een behandeling naar de thuisomgeving belemmerd worden als ouders niet willen meewerken.

Collega's en wisselingen. In de samenwerking met collega's ervaren behandelaars moeilijkheden wanneer zij verschillen in visie, wanneer wisseling is tussen collega's en wanneer er te veel collega's betrokken zijn. Wanneer collega's verschillende visies hebben op de behandeling kan dit zorgen voor spanning tussen hen. Wanneer er wisseling is in

professionals vinden jongeren het moeilijker om een vertrouwensband op te bouwen en open te zijn volgens behandelaars. Daarnaast lijkt het vinden van een goede match tussen de jongere en de behandelaar bij deze doelgroep nauw te luisteren, wat kan zorgen voor meer wisseling in professionals omdat er geen match is tussen behandelaar en jongere. Ook geven behandelaars aan dat binnen hun instelling per behandeling een andere professional wordt ingezet wat zorgt voor veel wisselingen. Volgens behandelaars wordt de samenwerking met collega's belemmert wanneer er te veel professionals betrokken zijn bij de behandeling van een jongere.

Crisis. Crisissituaties, zoals suïcidaliteit kan ervoor zorgen dat behandelaars niet toekomen aan de behandeling, maar vooral bezig zijn met crisisinterventies om de situatie te stabiliseren. Ook geven behandelaars aan dat het tijdens crisis lastig is om afspraken te maken met jongeren en de omgeving niet altijd voldoende steunend is. Wanneer de behandeling dusdanig belemmerd wordt en de crisis groot is, kan dit voor behandelaars een reden zijn om het behandeltraject te onderbreken.

> *Soms is ook opname nodig. Ja, en dat heeft natuurlijk ook weer veel impact. Dus dat maakt dan soms dat je perioden krijgt met steeds meer opname en dat je eigenlijk alleen maar bezig bent met crisis en brandjes blussen, waardoor je eigenlijk ook niet echt goed aan je behandeling toe komt en waardoor je dus ook niet zo goed soms ja kan weten van oh ja, als we nou dit doen dan. Soms is het zo complex dan dan gaan we stappen vooruit (behandelaar 1).*

Protocollen versus personaliseren. De standaard protocollen van interventies kunnen de behandeling bemoeilijken wanneer deze niet aansluiten bij de individuele behoeften van de jongere. Behandelaars lopen er tegenaan dat er een diagnose specifiek behandelaanbod is, voor zowel autisme als persoonlijkheidsproblematiek en zijn niet afgestemd op een combinatie van gedragskenmerken. Er zijn verschillende behandelingen voor persoonlijkheidsproblematiek maar een jongere met autisme heeft een andere behandeling nodig, waar protocollen voor behandelingen van persoonlijkheidsproblematiek geen rekening mee lijken te houden. Bij persoonlijkheidsproblematiek wordt volgens de behandelaars vaak schematherapie ingezet maar een jongere met kenmerken van autisme past dit minder goed bij, omdat veel visualisatie wordt gevraagd.

Praktische factoren. De behandelaars ervaren dat de behandeling belemmerd wordt door een beperkt aanbod van behandelingen, lange wachtlijsten, de overgang naar de

volwassen-GGZ en financiering. Behandelaars geven aan dat het aanbod van specifieke behandelingen voor persoonlijkheidsproblematiek en autisme schaars is in het noorden van Nederland. Daarnaast zijn er lange wachtlijsten voor behandelingen.

> *En de vraag is altijd of de wachtlijst is dicht, of die is drie jaar of twee jaar. Dus dat is voor de korte termijn zeker geen oplossing. Dus. En verder in het land is het eigenlijk nauwelijks te vinden (behandelaar 8).*

Daarnaast wordt de overgang van de jeugd naar de volwassen-GGZ door behandelaars ervaren als een belemmering in het behandeltraject. Door verschuiving in financiering ontstaat er onzekerheid in de bekostiging en continuïteit van de behandeling. Behandelaars zijn terughoudend in het starten van een langdurige behandeling zoals schematherapie wanneer de jongere de leeftijd van 18 jaar nadert. Er wordt dan vaker doorverwezen naar de volwassen-GGZ. Daarnaast hebben behandelaars regelmatig overleg met de gemeente over de bekostiging van de behandeltrajecten, dit kost veel tijd.

Oplossingen en behoeften diagnostiek

Behandelaars benoemen hun behoeften en oplossingen die de diagnostiek zouden verbeteren voor deze doelgroep. De behoeften en oplossingen zijn onderverdeeld in vijf domeinen: integratieve beeldvorming, kennis en ervaring, samenwerking, Whitepapers (Spek, 2024) en praktische factoren.

Integratieve beeldvorming. Behandelaars benoemen dat het vormen van een integratief beeld over de jongere helderheid biedt voor aanknopingspunten in de diagnostiek. Behandelaars benoemen verschillende methoden die voor hen helpend zijn: procesdiagnostiek, verklarende analyse, holistische theorievorming en maatwerk. Behandelaars maken gebruik van procesdiagnostiek wanneer een deel van het beeld van de jongere al duidelijk is, zodat hier alvast gericht behandeling kan worden ingezet. Tegelijkertijd wordt diagnostiek ingezet om het diagnostische beeld verder te verhelderen. Behandelaars maken een holistische theorievorming wanneer ze de samenhang van belemmerende en bevorderende factoren van de jeugdige en diens systeem in kaart willen brengen/willen verduidelijken. Daarnaast helpt het behandelaars om een verklarende analyse te maken om overzicht te creëren in het geheel aan factoren en de onderlinge samenhang. Behandelaars bieden maatwerk door af te wijken van de diagnostische richtlijnen, om hierdoor beter aan te sluiten bij de jongere. Zoals het pauzeren of opdelen van een onderzoek over meerdere afspraken.

Kennis en reflectie. Volgens behandelaars is er meer kennis nodig om de gedragskenmerken van autisme en persoonlijkheidsproblematiek correct te kunnen signaleren en differentiëren. Ook hebben zij behoefte aan meer kennis over diagnostische instrumenten, zodat ze weten welke instrumenten ze kunnen inzetten bij persoonlijkheidsproblematiek en autisme. Behandelaars geven aan dat wetenschappelijk onderzoek naar overlappende gedragskenmerken zou kunnen helpen in het differentiëren. Daarnaast is het volgens de behandelaars belangrijk om kritisch te reflecteren op eigen keuzes en handelingen.

> *Maar ook oog blijven houden om kritisch te blijven kijken naar jezelf. Heb ik het inderdaad bij het juiste eind? Ja, om te voorkomen dat je misschien toch dingen mist (behandelaar 5).*

Transparantie en samenwerking. Alle behandelaars benoemen het belang van transparante communicatie met zowel de jongere, diens systeem als alle betrokken behandelaars.

> *Open en transparant spreken en niet over, maar met mensen spreken. Dat vind ik echt heel belangrijk. Dat lost heel veel dingen op. En doen wat je zegt en zeggen wat je doet zeg maar eventjes want deze doelgroep die is daar, die is ook gevoelig zeg maar eventjes voor dit soort dingen (behandelaar 4).*

Ook benoemen behandelaars het belang om samen te werken met collega's die extra expertise kunnen toevoegen aan een casus om zo vanuit verschillende perspectieven naar de diagnostiek te kijken.

Whitepapers. De helft van de behandelaars geeft aan gebruik te maken van diverse Whitepapers namelijk: "ASS en/of bipolaire stoornis", "ASS en/of Vermijdende Persoonlijkheidsstoornis" en "ASS en/of Borderline- Persoonlijkheidsstoornis" (Spek, 2024). Hierin staan gedragskenmerken die kenmerkend zijn voor autisme en van verschillende soorten persoonlijkheidsproblematiek. Dit staat uitgewerkt in een schema, wat behandelaars helpt gedragskenmerken te herkennen en om vervolgens keuzes te maken in welke richting ze gaan in diagnostisch onderzoek.

Planning. Behandelaars hebben behoefte aan voldoende tijd en agendaruimte voor het plannen en uitvoeren van diagnostiek.

Oplossingen en behoeften behandeling

Behandelaars zien oplossingen in het bieden van maatwerk, monitoring en samenwerking in de behandeling van jongeren met overlappende gedragskenmerken van zowel autisme als persoonlijkheidsproblematiek.

Maatwerk. Volgens behandelaars is het belangrijk om maatwerk te bieden in de behandeling, door deze af te stemmen op de individuele jongere. Zoals een behandeling thuis aanbieden in plaats van op de instelling of door elementen van verschillende behandelingen samen te voegen. Daarnaast is het van belang om voorspelbaarheid te bieden in de behandeling.

> *Iets wat denk ik voor beide doelgroepen heel erg werkt is duidelijkheid, voorspelbaarheid. En dat is vanuit de ASS natuurlijk gewoon vanuit ASS heel goed te begrijpen. Maar ook vanuit de persoonlijkheidsstoornis, want ze hebben vaak nare ervaringen met andere mensen. Mensen zijn in hun verleden onbetrouwbaar gebleken. Laten ze zomaar in de steek (behandelaar 2).*

Monitoring. Behandelaars benadrukken het belang van het monitoren van de behandeling. Om de behandeling te monitoren worden behandeldoelen opgesteld en geëvalueerd, om de voortgang bij te houden en eventueel aanpassingen te doen.

Samenwerking. Meer dan de helft van de behandelaars vindt het belangrijk om samen te sparren en overleggen met collega's. Maar ook de samenwerking met de jongere en het systeem is belangrijk in de behandeling.

> *Sowieso inbrengen in ons team. Dat helpt heel erg, want dan kunnen we met elkaar erover meedenken. Als het echt heel erg ingewikkeld is, dan ook wel de directie erbij betrekken, zeg maar om mee te denken (behandelaar 4).*

Discussie

De onderzoeksvraag was: *"Wat zijn de ervaren moeilijkheden, en de behoeften en oplossingen van behandelaars in de diagnostiek en behandeling van jongeren met gedragskenmerken die zowel passen bij autisme als bij persoonlijkheidsproblematiek?".* Om deze vraag te beantwoorden zijn er interviews afgenomen bij negen behandelaars werkzaam bij een jeugd-GGZ organisatie in Nederland. De data is deductief en inductief gecodeerd en thematisch geanalyseerd.

Binnen zowel diagnostiek als behandeling ervaren behandelaars bij zichzelf en collega's kennisgebrek in het herkennen van gedragskenmerken van persoonlijkheidsproblematiek en het huidige behandelaanbod. Hierdoor voelen behandelaars zich onzeker bij het uitvoeren van persoonlijkheidsonderzoek en wanneer een behandeling vastloopt. Dit sluit aan bij het onderzoek van Dudas et al. (2017). Hierdoor zetten behandelaars minder snel persoonlijkheidsonderzoek in, waardoor persoonlijkheidsproblematiek mogelijk vaker wordt gemist of misgediagnosticeerd, met als gevolg mogelijk een minder passende behandeling. Behandelaars ervaren moeilijkheden in diagnostiek wanneer een jongere moeite heeft met het verwoorden van de binnenwereld en ongemotiveerd is voor diagnostiek en/of behandeling. Aansluitend aan het onderzoek van Dennis et al. (2025) geven behandelaars aan dat jongeren met de diagnose persoonlijkheidsproblematiek vaker worden gestigmatiseerd, waardoor behandelaars terughoudend zijn in het stellen van de diagnose persoonlijkheidsproblematiek. In samenwerking met collega's kunnen verschillen in visie en collega wisselingen de behandeling belemmeren. Hoewel behandelprotocollen wetenschappelijk onderbouwd zijn ervaren behandelaars deze protocollen als onvoldoende aansluitend op de behoeften van individuele jongeren. Dit kan zorgen voor belemmering in het behandeltraject. Ook praktische factoren als gebrek aan tijd, agendaruimte, financiën, wachttijden en de overgang naar de volwassen-GGZ, belemmeren de diagnostiek en behandeling.

Behandelaars zien oplossingen in het vormen van een integratief beeld en maatwerk in zowel diagnostiek als behandeling. Tijdens de diagnostiekfase kan dit bijvoorbeeld door een verklarende analyse op te stellen. Deze analyse verklaart waardoor problematiek mogelijk is ontstaan, waarom het voortduurt en mogelijk verslechtert of verbetert (JENN et al., 2022). Om een integratief beeld te vormen gedurende de behandeling kan procesdiagnostiek worden gedaan zodat de behandeling kan worden bijgesteld gedurende het zorgtraject. Behandelaars zien oplossingen in het personaliseren van behandeling, door deze op maat te maken op basis van de behoeften van de jongere. Volgens behandelaars kan het combineren van elementen uit verschillende behandelingen bijdragen aan een behandeling die beter aansluit bij de unieke behoeften van de jongere. Dit sluit aan bij Zilcha-Mano (2024) die stelt dat behandeling het beste gebaseerd kan worden op individuele dynamische factoren dan uitsluitend op diagnostische classificaties. In lijn met de bevindingen van Goodman et al. (2013) benadrukken behandelaars het belang van behandelmonitoring, zodat behandelingen tijdig kunnen worden bijgesteld en behandeldoelen geëvalueerd kunnen worden. In samenwerking met collega's hebben behandelaars behoefte aan gedeelde

behandelvisie, expertise uitwisseling en momenten om te sparren, bijvoorbeeld door intervisie. Dit sluit aan bij Amanvermez et al. (2020) waaruit blijkt dat intervisie kan bijdragen aan hulpverleningsvaardigheden, zelfvertrouwen en sociale steun onder behandelaars. Ook benoemen behandelaars belang te hechten aan transparante communicatie met zowel de jongere, diens systeem als met collega's. Ook reflectie is volgens behandelaars belangrijk in zowel diagnostiek en behandeling, wat volgens Prasko et al. (2012) samenhangt met betere therapeutische relaties en behandeluitkomsten. Zelfreflectie kan behandelaars ondersteunen in het maken van beslissingen en in het onderscheiden van de behoeften van de jongere van hun eigen behoeften (Prasko et al., 2012). Behandelaars hebben behoefte aan meer agendaruimte en tijd voor het uitvoeren van onderzoek en behandeling.

De ervaren moeilijkheden, oplossingen en behoeften binnen diagnostiek en behandeling spelen zich af op meerdere niveaus, waaronder het niveau van de behandelaar, de jongere, samenwerking tussen professionals, richtlijnen en protocollen, organisatorische factoren en GGZ brede factoren. Dit sluit aan bij de ecologische systeemtheorie van Bronfenbrenner (1977), waarin wordt gesteld dat ontwikkeling en functioneren worden beïnvloed door voortdurende interactie tussen verschillende systemen. Op microniveau betreft dit de jongere die moeite heeft met het verwoorden van de binnenwereld en de onzekerheid van behandelaars. Op mesoniveau gaat het om afstemming tussen collega’s waar visieverschillen kunnen ontstaan. Op het exoniveau kunnen organisatorische belemmeringen plaatsvinden zoals gebrek aan agendaruimte, wachtlijsten, protocollen en richtlijnen. Op macroniveau betreft het maatschappelijke stigma’s rondom persoonlijkheidsproblematiek en het dominante classificatiesysteem binnen de GGZ. Het chronosysteem betreft de overgang van jeugd- naar de volwassen-GGZ (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2024). Niet alle benoemde behoeften en voorgestelde oplossingen zijn direct in de praktijk te realiseren. Binnen de betrokken organisatie bestaan echter wel mogelijkheden om op verschillende niveaus tot verandering te komen.

De bevindingen leiden tot de volgende aanbevelingen voor de praktijk. Als eerste wordt aanbevolen om verklarende analyses structureel in te zetten binnen de diagnostiek, zodat een integraal beeld van de problematiek kan worden gevormd. Daarnaast wordt aanbevolen om de benadering van diagnose specifieke behandeling te verschuiven naar gepersonaliseerde behandeling, gebaseerd op de behoeften en individuele factoren van de jongere (Zilcha-Mano, 2024). Tevens wordt geadviseerd om behandeling routinematig te monitoren om tijdig bij te sturen (Goodman et al., 2013). Echter, om deze aanbevelingen te

realiseren is ondersteuning vanuit de organisatie en beleid van de instelling nodig om randvoorwaarden te creëren, zoals tijd, samenwerking en agendaruimte.

Om de waarde van de resultaten te interpreteren is het belangrijk om zowel sterktes als limitaties van dit onderzoek in acht te nemen. De diverse (voor)opleidingen van de respondenten (gz-psychologen, psycholoog en psychiater) en hun werkzaamheden binnen een generalistisch dan wel specialistisch team zorgden voor een breed perspectief en verdieping op het onderwerp van het onderzoek. Echter waren de respondenten afkomstig vanuit één organisatie verspreid over verschillende locaties in Nederland, waardoor de resultaten mogelijk beïnvloed zijn door de werkwijze binnen deze organisatie. Dit in combinatie met het beperkt aantal interviews maakt dat de resultaten voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd en niet kunnen worden generaliseerd. De interviewleidraad is vooraf aan dit onderzoek gecreëerd door een andere onderzoeker. De interviewvragen waren afgestemd op de onderzoeksbehoefte van experts binnen de instelling, die voortkwam uit hun eigen ervaren knelpunten in diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsproblematiek en autisme. De interviewleidraad was voorzien van feedback door experts, wat de inhoudsvaliditeit verhoogt. De semigestructureerde interviews waren passend voor de onderzoeksvraag waarin de ervaringen van de behandelaars centraal stonden. Door open vragen hadden de behandelaars de ruimte om te vertellen over hun ervaringen en kon de onderzoeker doorvragen bij belangrijke thema's. De ervaren onderzoeker van de overkoepelende studie heeft de interviews afgenomen. Mogelijk speelt hierdoor interpretatie van de onderzoeker van deze studie een grotere rol door de afwezigheid bij de interviews, daarnaast was het hierdoor niet mogelijk om door te vragen bij de interviews naar verduidelijking van antwoorden. Door het herhaaldelijke afstemmen van codes tussen onderzoekers is getracht de betrouwbaarheid te vergroten.

Een belangrijke aanbeveling voor vervolgonderzoek is om jongeren met gedragskenmerken passend bij zowel autisme als persoonlijkheidsproblematiek centraal te stellen door hun ervaringen en behoeften binnen diagnostiek en behandeling te onderzoeken, conform het General Comment 12 van het VN-Kinderrechtenverdrag (Comité voor de rechten van het kind, 2009). Daarnaast wordt aanbevolen om behandelaars uit verschillende organisaties te betrekken, zodat de resultaten breder toepasbaar zijn en minder beïnvloed worden door de werkwijze binnen de organisatie. Daarnaast is het advies om onderzoek te doen naar hoe behandelaars behandelingen het best kunnen personaliseren op basis van de behoeften van een jongere.

Een fundamentelere vraag die gesteld kan worden is in hoeverre het mogelijk en wenselijk is om classificaties binnen de DSM-5 van elkaar te onderscheiden, gezien de overlap in gedragskenmerken van verschillende classificaties en het risico op gemiste diagnoses en misdiagnoses. Daarnaast kan worden afgevraagd of deze classificerende benadering voldoende aansluit bij de behoeften van jongeren. Dit roept de bredere discussie op of het huidige medisch georiënteerde model binnen de GGZ nog aansluit of dat mogelijk een contextgerichte benadering passender zou zijn. Daarbij zou de nadruk minder moeten liggen op het differentiëren tussen classificaties en meer op het begrijpen van de individuele behoeften van jongeren.

Literatuurlijst

Aggarwal, S., & Angus, B. (2015). Misdiagnosis versus missed diagnosis: diagnosing autism spectrum disorder in adolescents. *Australasian Psychiatry*, *23*(2), 120–123. https://doi.org/10.1177/1039856214568214

Akwa GGZ. (2022). Diagnostiek: Zorgstandaard. In *GGZ Standaarden*. GGZ Standaarden. https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_8bf7b29d-ab83-4864-b923-e04102485166_diagnostiek__authorized-at_16-06-2022.pdf

Akwa GGZ. (2025). *Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen*. https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_20647696-0a80-4894-9085-e0fb071090ad_persoonlijkheidsstoornissen__authorized-at_04-03-2025.pdf

Alaghband-Rad, J., Hajikarim-Hamedani, A., & Motamed, M. (2023). Camouflage and masking behavior in adult autism. *Frontiers in Psychiatry*, *14*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1108110

Allely, C. S., Woodhouse, E., & Mukherjee, R. A. (2023). Autism spectrum disorder and personality disorders: How do clinicians carry out a differential diagnosis? *Autism*, *27*(6), 1847–1850. https://doi.org/10.1177/13623613231151356

Amanvermez, Y., Zeren, S. G., Erus, S. M., & Genc, A. B. (2020). Supervision and Peer Supervision in Online Setting: Experiences of Psychological Counselors. *Eurasian Journal Of Educational Research*, *20*(86), 1–20. https://doi.org/10.14689/ejer.2020.86.12

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In *American Psychiatric Association eBooks* (5de editie). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

ATLAS.ti. (2025, 6 mei). *ATLAS.ti*. https://atlasti.com/

Batstra, L., Dekkers, T., Groenman, A., Hoekstra, P., Hofhuis, M., Jonkers, R., Polderman, T., Rommelse, N., Verburg, M., Veenman, B., & Wienen, B. (2021). *RICHTLIJN VOORLICHTING ADHD* (S. T. Meerman, Red.). https://drukendwars.nl/wp-content/uploads/2021/06/Richtlijn-voorlichting-versie-1.11.pdf

Bradford, A., Meyer, A. N. D., Khan, S., Giardina, T. D., & Singh, H. (2024). Diagnostic error in mental health: a review. *BMJ Quality & Safety*, *33*(10), 663–672. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2023-016996

Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: a practical guide*. SAGE.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*.

Comité voor de rechten van het kind. (2009). General Comment No. 12: Het recht van het kind om gehoord te worden. In *Verdrag Inzake de Rechten van het Kind*.

Dennis, S. J., Folger, L. F., Hein, K. E., & Mullins-Sweatt, S. N. (2025). Stigma and Discrimination in Personality Disorders: Perspectives of Those With Lived Experience and Providers. *Personality And Mental Health*, *19*(2). https://doi.org/10.1002/pmh.70024

Dudas, R. B., Lovejoy, C., Cassidy, S., Allison, C., Smith, P., & Baron-Cohen, S. (2017). The overlap between autistic spectrum conditions and borderline personality disorder. *PLoS ONE*, *12*(9), e0184447. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184447

Fariba, K. A., Gupta, V., Torrico, T. J., & Kass, E. (2024, 17 juli). *Personality disorder*. StatPearls - NCBI Bookshelf. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556058/

Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research* (6de editie). SAGE Publications Limited.

Fusar-Poli, L., Brondino, N., Politi, P., & Aguglia, E. (2020). Missed diagnoses and misdiagnoses of adults with autism spectrum disorder. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, *272*(2), 187–198. https://doi.org/10.1007/s00406-020-01189-w

Goodman, J. D., McKay, J. R., & DePhilippis, D. (2013). Progress monitoring in mental health and addiction treatment: A means of improving care. *Professional Psychology Research And Practice*, *44*(4), 231–246. https://doi.org/10.1037/a0032605

JENN, Regionale Kenniswerkplaatsen Noord-Nederland, & Expertisecentrum Gezinnen met Meervourdige en Complexe Problemen. (2022). De verklarende analyse: Een gezamenlijke ‘werktheorie’ bij complexe zorgvragen. *Unknown*. https://www.rug.nl/gmw/expertisecentrum-gmcp/documenten/verklarende--analyse-een-gezamenlijke-werktheorie-bij-complexe-zorgvragen.pdf

Jones, G. (2015). Missing and misdiagnosis on the autism spectrum: Potential consequences and implications for practice. *Social Work And Social Sciences Review*, *18*(1), 15–30. https://doi.org/10.1921/swssr.v18i1.846

MAXQDA. (2025). *The #1 qualitative data analysis software with the best AI integration*. https://www.maxqda.com/qualitative-data-analysis-software?gad_source=1&gad_campaignid=22215870858&gbraid=0AAAAAD-

6Ox3GuxuHjRDcpk3UoyfxBnc15&gclid=EAIaIQobChMI9oP7vcWhkQMVfqSDBx1BOgo4EAAYASAAEgLkZ_D_BwE

METc UMC Groningen. (2025, 29 oktober). *Documenten - METC UMC Groningen*. https://metcgroningen.nl/documenten/

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). De overgang van jeugdhulp naar volwassenheid: Eindrapportage. In *Rijksoverheid*. Andersson Elffers Felix. https://open.overheid.nl/documenten/344497a1-9784-47be-b122-97585eff0452/file

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025, 12 augustus). *Toezicht op aanpak wachttijden ggz*. Geestelijke Gezondheidszorg | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/wachtijden-in-de-ggz

Petrolini, V., & Schmidt-Boddy, P. (2025). Camouflaging in autism and borderline personality disorder: Same or different? *Theory & Psychology*. https://doi.org/10.1177/09593543251316832

Prasko, J., Mozny, P., Novotny, M., Slepecky, M., & Vyskocilova, J. (2012). Self-reflection in cognitive behavioural therapy and supervision. *Biomedical Papers*, *156*(4), 377–384. https://doi.org/10.5507/bp.2012.027

Rinaldi, C., Attanasio, M., Valenti, M., Mazza, M., & Keller, R. (2021). Autism spectrum disorder and personality disorders: Comorbidity and differential diagnosis. *World Journal Of Psychiatry*, *11*(12), 1366–1386. https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i12.1366

Skodol, A. E. (2012). Personality Disorders in DSM-5. *Annual Review Of Clinical Psychology*, *8*(1), 317–344. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131

Spek, A. (2024). *Whitepapers*. Website Annelies Spek. https://www.anneliesspek.nl/whitepapers/

Staal, W., Buruma, M., & Servatius-Oosterling, I. (2021). Autisme: een concept in beweging. In *Autisme bij kinderen* (1ste editie, pp. 7–20). Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2665-5

Verhulst, F. C. (2020). Autisme. In *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie* (5de editie, pp. 47–70). Koninklijke Van Gorcum BV.

Woelk, M., & De Bildt, A. (2025). *Interviewprotocol behandelaars*. Accare.

Woelk, M., De Bildt, A., & Hoekstra, P. J. (2025). *Optimizing treatment for Autism Spectrum Disorder and Personality Disorders: Non-WMO Study Protocol, Version 9* (PaNaMa ID: 19566). UMCG.

Zilcha-Mano, S. (2024). Individual-Specific Animated Profiles of Mental Health. *Perspectives On Psychological Science*, *20*(4), 787–805. https://doi.org/10.1177/17456916231226308

Bijlage A

Interviewleidraad ontwikkeld door dr. Mandy Woelk en dr. Annelies de Bildt (Woelk & De Bildt, 2025)

Introductie: Interviews behandelaars

Achtergrond behandelaar

- Wat is je achtergrond – welke opleiding(en) heb je gedaan en wat is je huidige functie?
- Bij welke afdeling van Accare werk je? (*evt. van tevoren zelf opzoeken en vragen ter check*)
- Wat voor soort cliënten melden zich aan bij deze afdeling?
- In dit gesprek gaan we het hebben over de moeilijkheden die je ervaart in de diagnostiek en behandeling met jongeren die klachten hebben passend bij ASS en een PS. Hoeveel (jaar) werkervaring heb je al met deze groep jongeren?

Cliënten met complexe diagnostiek

- Hoeveel cliënten met zo'n complex diagnostisch proces heb je gezien?
    - Verhouding met totale caseload?
- Hoe zien deze cliënten eruit?
    - Wat is hun geschiedenis met de GGZ?
    - Welke andere classificaties hebben ze (gehad)?
    - Kun je een casusbeschrijving geven van zo iemand?

Diagnostisch proces

- Welke instrumenten gebruik je voor je diagnostiek?
    - Waar baseer je de keuze voor diagnostische instrumenten op?
- Hoe maak je uiteindelijk diagnostische beslissingen? Hoe besluit je of iemand ASS, PS, of evt. allebei heeft?

Moeilijkheden in het proces

- Wanneer loop je tegen problemen aan? Is dat al bij de diagnostiek, in de behandeling, of allebei?
- Waar zit de moeilijkheid? Waar loop je precies tegenaan?
- Hoe probeer je deze moeilijkheden op te lossen?
    - Collega-overleg
        - Heb je collega's waarmee je een dergelijke casus kan bespreken?

        - Met welke collega's overleg je over een dergelijke casus?
    - Extra diagnostiek
        - Doe je extra diagnostiek?
        - Wat voor extra diagnostiek doe je?
    - Aanpassingen in behandeling
        - Doe je aanpassingen in de behandeling als blijkt dat het niet aansluit door ASS (bij hoofdclassificatie PS)/PS (bij hoofdclassificatie ASS)/afwezigheid van bepaalde vaardigheden?
        - Wat voor aanpassingen doe je in de behandeling?

Oplossingen

- Wat voor oplossingen zie je om de diagnostiek voor mensen met een ASS/PS symptoomprofiel te verbeteren?
- Wat voor oplossingen zie je om de behandeling voor mensen met een ASS/PS symptoomprofiel te verbeteren?

Behoeften

- Wat zou jij als behandelaar nodig hebben om de diagnostiek en/of behandeling van jongeren met een ASS/PS symptoomprofiel te verbeteren?

Overig

- Heb je zelf nog aanvullingen?
- Heb je nog vragen?

Bijlage B

Codeerschema

Tabel 2.
Codeerschema

Overkoepelende thema's	Codes	Subcodes
Moeilijkheden diagnostiek: omvat de door behandelaars ervaren knelpunten tijdens de diagnostiek.	Behandelaar factoren: factoren die voortkomen uit de behandelaar zelf en invloed hebben op de knelpunten binnen de diagnostiek.	Kennisgebrek: beperkte of onvoldoende kennis over autisme en/of persoonlijkheidsproblematiek wat de diagnostiek bemoeilijkt. - Tunnelvisie: vanuit kennisgebrek redeneren vanuit eigen perspectief, waardoor alternatieve visies minder worden overwogen. - Onzekerheid: twijfel vanuit de behandelaar over eigen diagnostische overwegingen en kennis. Behandelrelatie: de invloed van de behandelrelatie op de diagnostische keuzes die de behandelaar maakt.
	Jongere en systeem factoren: kenmerken van de jongere en diens systeem die de diagnostiek bemoeilijkt.	Motivatie: de mate waarin de jongere en diens systeem bereid zijn om mee te werken aan de diagnostiek. Verwoording binnenwereld: de mate waarop de jongere en diens systeem hun binnenwereld kunnen verwoorden tijdens diagnostisch onderzoek.
	Differentiatie: de knelpunten die behandelaars ervaren in het onderscheiden van gedragskenmerken van de jongere die kunnen passen bij zowel autisme als persoonlijkheidsproblematiek.	Overlappende gedragskenmerken: de ervaren moeilijkheden van behandelaars in het onderscheiden en signaleren van overlappende gedragskenmerken van autisme, persoonlijkheids- en hechtingsproblematiek.

		- Hechtingsproblematiek: moeilijkheden in het onderscheiden van hechtingsproblematiek van autisme en/of persoonlijkheidsproblematiek. - Gemiste en misdiagnoses: misdiagnoses en gemiste diagnoses bij jongeren doordat behandelaars de gedragskenmerken niet volledige signaleren of onjuist interpreteren doordat gebrek aan differentiatie. Instrumenten: diagnostische instrumenten die niet differentiëren tussen classificaties.
	Stigma: vooroordelen en labels die invloed hebben op de diagnostiek.	
	Praktische factoren: GGZ brede factoren die de diagnostiek bemoeilijken.	Planning: beperkingen in het organiseren van diagnostisch onderzoek. Tijd: gebrek aan tijd voor diagnostiek. Protocollen: gebrek aan protocollen, waardoor de diagnostiek wordt bemoeilijkt.
Moeilijkheden behandeling: de door behandelaars ervaren knelpunten tijdens de behandeling, na de diagnostiek.	Behandelaar factoren: factoren die voortkomen uit de behandelaar zelf en invloed hebben op de knelpunten binnen de behandeling.	Kennisgebrek: gebrek aan kennis over behandeling van autisme en/of persoonlijkheidsproblematiek. - Handelingsverlegen: een behandelaar weet niet meer adequaat te handelen door kennisgebrek. - Onzekerheid: door gebrek aan kennis ervaart de behandelaar onzekerheid tijdens het uitvoeren van de behandeling. Behandelrelatie: invloeden van de behandelrelatie die de behandeling bemoeilijken.

	Jongere en systeem factoren: kenmerken van de jongere en diens systeem die de behandeling bemoeilijken.	Motivatie: beperkte motivatie van de jongere kan de behandeling belemmeren.
	Collega's en wisselingen: factoren gerelateerd aan de samenwerking met collega's die de behandeling belemmeren, zoals collega wisselingen en visie verschillen.	Samenwerking: moeilijkheden in samenwerking met collega's.
	Crisis: crisissituaties van de jongere die de behandeling bemoeilijkt.	
	Protocollen versus personaliseren: strikte protocollen en diagnose gestuurde behandeling belemmeren het behandeltraject.	
	Praktische factoren: organisatorische factoren die de behandeling belemmeren.	Aanbod behandeling: een beperkt behandelaanbod voor autisme en persoonlijkheidsproblematiek.
		Wachtlijsten: lange wachtlijsten voor behandeling.
		Overgang volwassen GGZ: de transitie van jeugd- naar volwassen-GGZ belemmert behandeling.
		Financiering: beperkte financiering voor behandeling.
Oplossingen en behoeften diagnostiek: de door behandelaars ervaren	Integratieve beeldvorming: een samenhangend diagnostisch beeld vormen door persoons- en omgevingsfactoren in kaart te brengen.	Maatwerk: diagnostiek afstemmen op de individuele behoeften en kenmerken van een jongere.

oplossingen en de behoeften binnen de diagnostiek.		
		Procesdiagnostiek: diagnostiek die plaatsvindt gedurende het gehele zorgtraject en zich door de tijd ontwikkeld. Verklarende analyse: de aard en het beloop van de problematiek verklaren ,middels het in kaart brengen van bevorderende en belemmerende factoren rondom de jongere en de omgeving. Holistische theorie: de samenhang en wisselwerking weergeven van van persoons-, omgevingskenmerken, klachten en cognitieve overtuigingen.
	Kennis en reflectie: behandelaars hebben behoefte aan meer kennis, wetenschappelijk onderzoek, instrumenten en zien oplossingen in reflecterend handelen.	Educatie: behandelaars hebben behoeften aan scholing in het herkennen van gedragskenmerken van persoonlijkheidsproblematiek en autisme. Wetenschappelijk onderzoek: behandelaars hebben behoefte aan wetenschappelijk onderzoek over het differentiëren van gedragskenmerken. Instrumenten: behoefte aan kennis over diagnostische instrumenten.
	Transparantie en samenwerking: de samenwerking met collega’s om de diagnostiek te verbeteren en open en duidelijke communicatie met collega’s, de jongere en diens systeem.	

	Whitepapers: behandelaars gebruiken Whitepapers van Spek (2024) om gedragskenmerken te differentiëren. Planning: ruimte in agenda's om diagnostiek te plannen.	
Oplossingen en behoeften behandeling: alle oplossingen en behoeften die behandelaars zien in de behandelfase.	Maatwerk: het afstemmen van de behandeling op de individuele jongere.	Aanpassingen: de behandeling aanpassen op basis van de behoeften van de jongere.
	Monitoring: de behandeling en voortgang monitoren.	Voorspelbaarheid: jongeren voorspelbaarheid bieden in het behandeltraject. Structuur: jongere structuur bieden in de behandeling, door bijvoorbeeld op een vaste dag afspraken te plannen.
	Samenwerking: de invloed van de samenwerking met collega's, de jongere en het systeem die de behandeling bevorderen.	Collega's: de manier van samenwerken met collega's die de behandeling bevorderd. Jongere en systeem: kenmerken die de samenwerking met de jongere, diens systeem en behandelaars bevorderen.

Bijlage C

Logboek AI-gebruik

1. Thesisonderdeel: Inleiding

- Gebruikt AI-systeem: ChatGPT
- Gebruikte definitieve prompts: “Staan er spelfouten in mijn tekst?”, “Geef feedback op mijn spelling en grammatica”.
- Toepassing: AI is ingezet als spellingscontrole, om spellingsfouten en grammaticale fouten te detecteren en te verbeteren.
- Aanpassingen: De suggesties betreft spellings- en taalfouten zijn zorgvuldig afgewogen omdat niet alles suggesties passend waren voor in dit onderzoek. De AI geformuleerde suggesties zijn herschreven.

2. Thesisonderdeel: Methode

- [Zie bij 1. Thesisonderdeel: Inleiding]

3. Thesisonderdeel: Resultaten

- Gebruikt AI-systeem: Geen

4. Thesisonderdeel: Discussie

- [Zie bij 1. Thesisonderdeel: Inleiding]