



Universiteit  
Leiden

The Netherlands

**In between looking and seeing: recognition, referral and assessment of children and adolescents' mental health problems at the interface of primary care and secondary mental healthcare**

Aydin, S.

**Citation**

Aydin, S. (2023, February 23). *In between looking and seeing: recognition, referral and assessment of children and adolescents' mental health problems at the interface of primary care and secondary mental healthcare*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3564429>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3564429>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

## Nederlandstalige samenvatting

### Tussen kijken en zien

#### Herkennen, verwijzen en evalueren van psychosociale problematiek bij jeugdigen in de eerstelijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg

Als ouder en professional verzamel en evalueer je continu informatie over de jongeren die je ziet. Dit wordt idealiter vertaald in een hulpvraag in geval van aanhoudende opvallendheden rondom het functioneren en welzijn van een jongere. In werkelijkheid zijn er echter vele stappen en uitdagingen tussen het bestaan van een ondersteuningsbehoefte en het daadwerkelijk verkrijgen van adequate ondersteuning en zorg. Een eerste grote uitdaging is het herkennen en beoordelen van de klachten: het herkennen van de signalen en erkennen van de ervaringen alsook het evalueren van de sterke en zwakke kanten van de jeugdige en diens systeem. Uit eerder onderzoek weten we dat zowel ouders als professionals hier moeite mee hebben. In dit proefschrift presenteren we de resultaten van een reeks empirische studies waarin we ons hebben gericht op onbeantwoorde vragen rondom dit thema van herkennen, verwijzen en evalueren van psychosociale problematiek bij kinderen en jongeren. We hebben dit met name gedaan met een focus op angststoornissen, alhoewel we ook waarden presenteren voor andere veel voorkomende classificaties zoals gedragsproblemen of depressieve stoornissen. In de eerste studie hebben wij onderzocht of huisartsen in voldoende mate denken aan de mogelijkheid dat een jongere last heeft van angststoornissen wanneer zij op consult komen. Wij hebben naast vragen naar de aard van de klachten, aan huisartsen ook gevraagd waar de verschillende soorten problematiek het beste behandeld kunnen worden (hoofdstuk 2). In de volgende studie hebben we verwijsbrieven die naar de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn verstuurd geanalyseerd om de vraag te beantwoorden wat de verwijfsredenen van huisartsen zijn als ze eenmaal het besluit hebben genomen een jongere te verwijzen. In die studie hebben we ook gekwantificeerd hoe vaak andere meer contextuele redenen (zoals bijvoorbeeld problemen op school of thuis) werden benoemd in de verwijsbrieven (hoofdstuk 3). In de derde studie hebben we een sequentiële benadering voor diagnostiek tussen de eerste lijn en de ggz onderzocht. Hierbij was de vraag wat de toegevoegde waarde van de opeenvolging van onder andere verwijfsredenen, een screeningsvragenlijst en een uitgebreide evaluatie

methode kan zijn in het voorspellen van de uiteindelijke diagnose (hoofdstuk 4). Hieronder volgt een samenvatting van elk hoofdstuk in dit proefschrift.

**Hoofdstuk 1:** In de algemene introductie omschrijven we de status quo van mentale gezondheidsproblemen onder jongeren, het zorg landschap in Nederland en de rol van professionals en familie in de herkenning en uiteindelijke behandeling van deze jongeren.

Epidemiologisch onderzoek, dus onderzoek naar de getallen van ziekten, suggereert dat ongeveer een op de vier jongeren bij uitvragen zou voldoen aan de diagnostische kenmerken van een psychiatrisch beeld. Studies onder volwassenen onderschrijven dat ruim driekwart van de volwassenen met klachten op dit vlak, deze al vóór de jongvolwassenheid ervoer. Het is dan ook niet vergezocht om te concluderen dat het bevorderen van het welzijn van jongeren meerdere generaties goed zal doen. Gelukkig geldt voor een deel van deze personen dat de klachten tijdelijk zijn en na verloop van tijd verdwijnen. Voor degenen die wel baat zouden kunnen hebben bij begeleiding of zorg, geldt helaas dat ongeveer twee derde geen passende zorg weet te vinden. In hun bekende filter-model omschrijven Goldberg en Huxley (1982) de verschillende niveaus van zorg en hoe deze als filters of knelpunten kunnen werken in de zoektocht naar gepaste zorg. Onderzoekers die dit model verder hebben uitgebreid en getoetst onderschrijven dat het verkrijgen van begeleiding of hulp voor jongeren een meerstappenprocedure is. Dit niet alleen door de hoeveelheid betrokkenen (zowel het jeugdige alsook diens systeem), maar ook door enerzijds de uitdagingen van het onderscheiden van normale variatie en ontwikkelingsuitdagingen van psychopathologie als anderzijds de ingewikkeldheid van het zorgsysteem. Het zorgsysteem bestaat uit een variëteit aan zorgpaden, welk het resultaat is van tientallen jaren aan hervormingen in de zorg om de toenemende kwantitatieve en kwalitatieve eisen bij te benen. Vanaf de jaren '50 werd een onderscheid gemaakt tussen de zogenoemde eerstelijnszorg en tweedelijnszorg. Doel was om relatief minder complexe zorgvragen laagdrempelig en efficiënt te beantwoorden in de eerstelijnszorg en expertise doelgericht te benutten in de tweedelijnszorg. Meer recent en gericht op de zorg voor jeugdigen werd in Nederland in 2015 de Jeugdwet van kracht. Met de Jeugdwet werd bedoeld om de schotten te slechten tussen de verschillende niveaus van zorg en al het bestuurlijke verantwoordelijkheid te verplaatsen naar daar waar de leefwereld van het gezin zich

afspeelt: het lokale niveau van de gemeente in plaats van voorheen een centrale rol van het rijk of de regio. Hiermee is ook de specialistische jeugdhulp gedecentraliseerd; dat wil zeggen dat het onder de verantwoordelijkheid van de gemeente is komen te staan. De Jeugdwet was dus in leven geroepen om de toegenomen fragmentatie van de zorg te verminderen en om de verschillende ondersteuningsbehoeften van gezinnen op een geïntegreerde wijze te beantwoorden. Evaluaties van de Jeugdwet concluderen dat alhoewel men in sommige gemeenten goed op weg is naar vornoemd doel, er ook veel uitdagingen zijn in veel gemeenten. Kenmerkend aan deze gemeenten is dat er binnen een gemeente veel verschillende niet geïntegreerde werkwijzen bestaan en er sprake is van rolambigüiteit. Men concludeert dat het zaak is te faciliteren wat werkt op het niveau van de individuele zorg, nog los van hoe het zorgsysteem is georganiseerd. Gegeven de variëteit aan ondersteunings- en zorgbehoeften zullen er altijd verschillende specialisaties zijn en per definitie ook een keten van verschillende zorgleveranciers. Inherent hieraan zal communicatie altijd een uitdaging vormen. Om betekenisvol en samenhangend zorg te leveren moeten de sterke en zwakke kanten van jongeren en diens gezin expliciet gemaakt worden. Voor een meer uitgebreide omschrijving van wat bedoeld wordt met evaluatiemethoden ('assessment') verwijzen we u graag naar hoofdstuk 1 van dit proefschrift. We concluderen daarin dat zonder inzet van enige vorm van assessment, we in feite niet kunnen spreken van een doelgerichte behandeling. Immers, om gericht te beantwoorden aan de hupvraag is er altijd een bepaalde mate van genereren en doorcommuniceren van hypothesen nodig. In de volgende hoofdstukken gaan we in op de opzet en resultaten van studies waarin we een drietal hoofdvragen bijdragen rondom dit thema van betrouwbaar genereren en doorcommuniceren in en tussen de eerstelijnszorg en de specialistische ggz.

**Hoofdstuk 2:** Hier worden de resultaten gepresenteerd van een poll gehouden onder 229 huisartsen die hebben deelgenomen aan een landelijk nascholingscongres. Wij hebben aan hen casuomschrijvingen, oftewel gevalsbeschrijvingen, gepresenteerd van jeugdigen met een mogelijke angststoornis welke niet letterlijk als zodanig benoemd werd door de ouders of het kind. Deze casuomschrijvingen waren zodanig ontwikkeld dat er ruimvoldoende angstklachten genoemd werden. De hypothese was hierbij dat angststoornissen al in de eerste interpretatie van de klachten door de huisarts onvoldoende als zodanig herkend en

verwezen zullen worden. Wat nieuw is aan dit design met een mondelinge presentatie is dat het de mogelijkheid bood om zicht te krijgen op het eerste oordeel en interpretatie van de professional, terwijl factoren buiten de huisarts om (denk aan vermijding door het kind) kon worden uitgesloten. Naast de vraag wat de huisarts gepast vindt qua verwijzing van de casusomschrijvingen, hebben wij hen ook gevraagd wat zij als de meest gepaste behandelomgeving ervaren voor de verschillende vaak voorkomende klachtengroepen (zoals depressies, ADHD, angststoornissen e.d.). Doel was om hiermee zicht te krijgen op eventuele discrepanties tussen wat zij doen (bij de casusbeschrijvingen) en wat zij zeggen dat ze zouden doen (bij de vraag wat ze een toepasselijke behandelplek vinden). Dezelfde casusbeschrijvingen en vragen zijn ter vergelijking ook voorgelegd aan een groep professionals uit de ggz. Dit resulteerde in 1128 evaluaties van casusomschrijvingen door huisartsen en 45 door ggz professionals. We vonden dat huisartsen bijna vier keer zoveel kans hebben om angststoornissen niet te herkennen in vergelijking met ggz medewerkers (OR=0.26, 95% BI 0.15 - 0.46). Noemenswaardig hierbij is dat er veel variatie was binnen de groep van huisartsen; alhoewel enkele huisartsen zelfs in alle casusomschrijvingen aan mogelijke angstklachten dachten, herkende 44.1% geen keer angst als mogelijk onderliggende problematiek. Op de vraag waar jeugdigen met angstklachten behandeld zouden moeten worden reageerde 63.9% van de huisartsen met de ggz als een adequate behandelomgeving. In tegenstelling tot hun reactie op deze vraag waarin naar hun bewuste voorkeuren werd gevraagd, koos enkel 12.0% van de huisartsen die angststoornissen als een mogelijke klacht had herkend in een casusomschrijving voor een behandeling in de ggz voor desbetreffende casus. Deze bevindingen impliceren dat tijdens een consultsituatie waarin klachten ongestructureerd en niet voldoende expliciet, doch alom vertegenwoordigd, worden gepresenteerd, huisartsen al bij hun eerste evaluatie onvoldoende rekening houden met angst als onderliggend problematiek. Overigens, ook de ggz professionals herkenden angst onvoldoende, iets wat ook eerder in de literatuur is omschreven. De studieresultaten suggereren dat de bekendheid van professionals met de symptomatiek behorend bij angststoornissen vergroot moet worden, en vooral ook dat ze meer bekend zouden mogen raken met hoe vaak angststoornissen voorkomen (base-rate) in hun dagelijkse praktijk. Immers, huisartsen herkenden angststoornissen minder vaak dan hoe vaak ze voor angststoornissen hadden mogen kiezen als ze enkel af waren gegaan op de statistiek: hoe

vaak jeugdigen met angststoornissen gemiddeld verschijnen bij hen op de praktijk. Een belangrijke tekortkoming van de studie is dat het een momentopname toetst en geen recht doet aan de continuïteit van de zorg en diagnostiek. Tenslotte bediscussiëren we hoe het enerzijds niet gaat om hoe de huisarts verfijnde diagnostiek verricht (en geen onderscheid zou hoeven te maken tussen verschillende stoornisgroepen) en anderzijds dat het wel degelijk van belang is dat juist voor klachtengroepen die gekenmerkt worden door ‘stille gedragingen’ (anderen hebben relatief weinig last van en zicht op bijvoorbeeld een angstig persoon) deze gerichter gesignaleerd worden.

**Hoofdstuk 3:** In dit hoofdstuk delen we de resultaten van dossieronderzoek verricht met als doel het omschrijven van wat huisartsen schrijven op de verwijsbrieven van jeugdigen die behandeld worden in de ggz. Alhoewel verwijsbrieven een centrale rol spelen in de doorverwijsstromen in de zorg, was er eerder geen studie gepubliceerd naar wat er zoal staat in de verwijsbrieven naar de jeugd ggz en wat de verwijsredenen van jeugdigen zijn geweest die uiteindelijk zijn gediagnosticeerd met een variëteit aan klachten. Dit terwijl het versturen en ontvangen van verwijsbrieven onderdeel is van de dagelijkse klinische praktijk van de professional. Als een eerste inspectie van dit onderwerp hebben wij dit onderzoek gericht op wat de verwijsredenen zijn zoals genoemd in de verwijsbrieven. Wij hebben een totaal van 723 brieven geïnspecteerd die verstuurd waren vanuit de huisartsenzorg naar de ggz. De omschrijving van de verwijsredenen bestonden gemiddeld uit 59 woorden ( $SD=41$ , bereik 2 tot 246). In de meeste verwijsbrieven werden één (25.0%), twee (32.2%) of drie (24.8%) verschillende soorten symptomen of mogelijke diagnoses genoemd. In 5.0% van de verwijsbrieven werd gevraagd om voorrang en in 6.9% werd de ernst van de situatie benadrukt. Een vergelijking van het niveau van ervaren belemmeringen (uitgedrukt in zogenoemde CGAS scores van 10 tot 100) zoals werd ingeschat door de clinicus die uiteindelijk een diagnose heeft gesteld in de ggz onder de groep jeugdigen met een brief waarin gevraagd werd om voorrang ( $M_{CGAS}=47.27$ ,  $SD=8.12$ ) en waarin de ernst van de situatie werd onderstreept ( $M_{CGAS}=48.83$ ,  $SD=8.01$ ), met jeugdigen waarin dit niet werd omschreven ( $M_{CGAS}=51.35$ ,  $SD=7.12$ ), toonde dat de eerste twee groepen jeugdigen enigszins hoger scores. De vergelijking van de verwijsredenen met de classificaties die uiteindelijk in de ggz werden gesteld liet zien dat in 50.8% van de brieven op zijn minst 1 verwijsreden genoemd werd (zoals bijvoorbeeld: “mogelijke depressieve stoornis, graag uw diagnostiek

en behandeling”) welke ook uiteindelijk werd geclassificeerd (zoals bijvoorbeeld een classificatie van een depressieve stoornis). In 7.3% van de brieven werden twee, en in 0.3% van de brieven werden drie mogelijke diagnoses correct omschreven. De betrouwbaarheid (de ‘sensitiviteit’ en ‘specificiteit’) van de verwijsoordeningen varieerde van voldoende tot goed voor de verschillende stoornisgroepen. Zo varieerde de 95% betrouwbaarheidsinterval van de sensitiviteit tussen 60.9-70.6 voor angststoornissen tot 90.5-100 eetstoornissen). De positief voorspellende waarde van de verwijsoordeningen was vooral laag voor gedragsproblemen (95% BI: 11.6-17.5) en het hoogst voor eetstoornissen (95% BI: 54.1-78.7). De resultaten van de logistische regressie analyses toonden geen significante associaties met factoren als leeftijd, geslacht, de ernst van de klachten of de geschatte lengte van het behandelvoorgeschiedenis; behalve voor een effect van leeftijd op de betrouwbaarheid van ADHD als verwijsoordening: de verwijsoordeningen waren enigszins beter in het voorspellen van de diagnose van ADHD naarmate leeftijd toenam (OR=1.14, 95% BI: 1.03-1.27). In veel brieven werden ook contextuele factoren zoals problemen op school of thuis genoemd, maar ook andere waardevolle informatie als schoolweigering of lichamelijke klachten. We concluderen dat verwijsoordeningen inhoudelijk waardevolle informatie bevatten, alhoewel er ook ruimte is voor verbetering. Niet alleen inhoudelijk, maar ook procesmatig hebben verwijsoordeningen een te verwaarlozen potentieel als communicatiemiddel om de ervaren fragmentatie in de zorg te verminderen en om bij te dragen aan de overbrugging van de ene naar de andere zorginstelling indien ze niet worden gezien als enkel een administratief stuk papier. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat wij in samenwerking met een huisarts een codeersysteem hebben ontwikkeld om vervolgens alle verwijsoordeningen uitgebreid te kunnen inspecteren en te coderen. Deze resultaten zijn dus behaald na ontmanteling van wat er in de brieven staat. We sluiten af met dat vervolgonderzoek nodig is om de taal van de verwijsoordening en besluitvorming aan beide zijden van de zorg in kaart te brengen en om de gedeelde taal te versterken vanuit vertrouwen.

**Hoofdstuk 4:** Verschillende informatiebronnen en methoden worden gebruikt om tot een voldoende betrouwbaar beeld van de sterke en zwakke kanten van jeugdigen te komen. Voorbeelden hiervan zijn screeningsvragenlijsten en meer uitgebreide gestructureerde of ongestructureerde methoden. We weten uit eerder onderzoek dat elk instrument en informant andere voor- en nadelen met zich meebrengt. Een korte screeningsvragenlijst is

bijvoorbeeld toepasselijk in de eerste lijn waar de focus ligt op herkenning met beperkte middelen en tijd, maar het heeft als nadeel dat het relatief vaak resulteert in vals-positieven. Een zogenoemde multi-informant assessment heeft juist als voordeel dat het zowel de ouders, het kind zelf, als de meesters en juffen van het kind betreft bij het proces van vergaren van informatie. Echter, het heeft als nadeel dat het meer tijd kost en dat de interpretatie minder rechtlijnig is. Over de verschillen tussen informanten weten we dat daar waar de ouders en docenten de zogenoemde internaliserende problematiek minder goed herkennen dan jeugdigen zelf, zij juist beter zijn in het herkennen van bijvoorbeeld gedragsproblemen. In klinische richtlijnen wordt geadviseerd om de keuze voor de verschillende methoden en informatiebronnen te laten leiden door wat er nodig is daar waar de jeugdige zich bevindt. Dit resulteert erin dat verschillende methoden worden ingezet op verschillende momenten in de zorg. Vanuit het perspectief van efficiëntie rijst hiermee de vraag wat de onafhankelijke waarde van elk van deze methoden is. Om deze vraag te beantwoorden hebben wij de toegevoegde en unieke voorspellende waarde getoetst van verwijsbrieven, resultaten van een screening, een multi-informant assessment methode en de online beoordeling van voorgaande informatie door een clinicus, in het voorspellen van de classificaties zoals gesteld in een gespecialiseerde kind-en jeugd ggz instelling. Daartoe hebben we dossiers onderzocht van 1259 jeugdigen die tussen januari 2015 en december 2017 zijn verwezen. Hun verwijsbrieven, responsen op de ‘Strengths and Difficulties Questionnaire’ (de SDQ), resultaten volgend op de gesloten vragen de Development and Well-being Assessment (DAWBA), en het door de clinicus beoordeelde totaal plaatje inclusief de responsen op de open vragen in de DAWBA omgeving, werden gekoppeld and de classificaties gesteld na een intake afspraak en psychiatrisch onderzoek. Na multi-pele imputatie van de ontbrekende datapunten werden logistische regressie analyses gedraaid met voornoemde vier bronnen als voorspeller en als uitkomst de vijf meest voorkomende classificaties in de ggz – angststoornissen, depressie, autisme spectrum stoornissen, aandachtstekort hyperactiviteitsstoornissen, of gedragsstoornissen. Voor elk werd een aannemelijkheidsquotienttoets (likelihood-ratio test) en wedverhouding (diagnostic odds ratio) berekend. De resultaten van alle vier de methoden toonden een significante associatie met de uitkomstmaat, de classificaties. Opeenvolgend toevoegen van elk van de vier methoden bleef resulteren in een significante mate van toegevoegde waarde voor de



voorspelling van de uitkomstmaat, met uitzondering van de waarde van de clinicus voor de voorspelling van de classificatie van een gedragsstoornis. De voorspelling van deze classificatie werd niet beter door toevoeging van het oordeel van de clinicus. Alle vier de methoden toonden unieke associaties met de uitkomst wanneer er gecontroleerd werd voor de effecten van de andere drie methoden, behalve de SDQ in het voorspellen van een depressie of gedragsstoornis. Naast deze toetsende aanpak hebben we ook descriptief bekeken wat de waarde is van vier opeenvolgende instrumenten. In deze exploratieve analyse zagen wij dat van de jongeren bij wie alle vier de methoden een mogelijke angststoornis indiceerde, er 48.8% uiteindelijk als zodanig werd geclassificeerd. Dit percentage was 54.9% voor opeenvolgende indicaties van een depressieve stoornis, 85.7% voor vier opeenvolgende verdenkingen van een autisme spectrum stoornis, 70.0% voor ADHD en 10.7% voor opeenvolgende indicaties van gedragsstoornissen. In tegenstelling tot de algemene literatuur waarin gesuggereerd wordt dat de meer uitgebreide methoden sterkere voorspellende waarden zouden kunnen tonen, zagen wij geen eenduidige significante verschillen. De studieresultaten ondersteunen dus niet het idee dat het loont (in termen van detectie) om het meest uitgebreide instrument direct in te zetten en ondersteunen juist een stapsgewijze aanpak. We concluderen dat het gestructureerd verkrijgen en geïntegreerd gebruik van verschillende methoden van waarde kan zijn voor de diagnostiek in en tussen de eerste- en tweedelijnszorg. Dit zou nu in een prospectieve studie verder onderzocht moeten worden.

**Hoofdstuk 5:** in deze algemene discussie plaatsen we de bevindingen in een groter geheel met als doel het maken van uitspraken over de klinische implicatie en praktische waarde van de studieresultaten. Doel van deze dissertatie was het beantwoorden van een drietal hoofdvragen over het thema van herkennen, verwijzen en het evalueren van psychische problematiek onder kinderen en jeugdigen. Vele eerdere studies hebben al aangetoond dat de problemen die een jeugdige ervaart met zijn of haar psychisch welbevinden, met name onvoldoende worden herkend wanneer het zogenoemde internaliserende problematiek betreft. Dit type klachten zijn naar binnen gericht en leggen zodoende minder snel een tol op de omgeving van het kind. Deze klachten worden dan ook niet vaak als zodanig herkend of omschreven door ouders of niet expliciet geuit door jeugdigen zelf. Omdat het voor vroege herkenning van belang is ook een beeld te hebben van wat er aan het begin van het

diagnostisch proces gebeurt aan de kant van de huisarts, hebben wij in een tot nu toe unieke opzet onderzocht wat de eerste diagnostische overwegingen van huisartsen zijn wanneer zij jeugdigen met angststoornissen zien. We vonden dat zij angststoornissen niet alleen minder vaak herkennen dan wat wij hadden verwacht op basis van de inhoud van de casusbeschrijvingen, maar ook minder dan wat had gemogen op basis van hoe vaak angststoornissen voorkomen in de huisartsenpraktijk of de populatie. Voor de klinische praktijk betekent dit dat er verbeteringen behaald zouden kunnen worden door kennis over de prevalentie, symptomatiek en impact van psychische problematiek te vergroten. Alhoewel het niet de taak van de huisarts is om precisie-diagnostiek uit te voeren, onderstreept de bevinding dat het minder vaak geselecteerd werd dan wat verwacht kan worden op basis van enkel kennis van hoe vaak het voorkomt het belang van het verbeteren van hun kennis. Juist in praktijken waarin gestructureerde vragenlijsten niet worden ingezet is kennis aan de kant van de professional cruciaal. Zonder bewustwording van dat er mogelijk een probleem speelt, zal herkenning uitgesteld worden en zo ook de erkenning van de ondersteuningsbehoefte. Wij vroegen aan de huisartsen ook waar jeugdigen met een angststoornis het beste behandeld kunnen worden. Hieruit maakten we op dat zij angststoornissen in ieder geval niet minder prioriteren dan andere stoornisgroepen. We concluderen dat de onderdiagnostiek van angststoornissen niet een bewust proces van beperkt problematiseren is, maar dat het vooral te maken heeft met onderherkenning van het probleem. Ook in onze studie van de verwijfsbrieven vonden we dat met name jeugdigen die in de ggz behandeld werden voor een angststoornis, niet daarvoor verwezen waren. In ruim de helft van de verwijfsbrieven was wel een kernsymptoom of mogelijke diagnose genoemd dat in lijn lag met de uiteindelijke classificatie. Ook de context van het kind werd vaak omschreven in de brieven. Op basis hiervan concluderen wij dat verwijfsbrieven wel degelijk relevante informatie bevatten. In tegenstelling tot de huidige houding van professionals en de ondertoon dat verwijfsbrieven klinisch niet van nut zouden zijn, betogen wij dat verwijfsbrieven de communicatie tussen de eerste- en tweedelijns alsook de beleving van het proces door gezinnen zou kunnen verbeteren. Om dit te bereiken zijn nodig een heldere verdeling van de verantwoordelijkheden van zowel verwijfzer als ontvanger en zoals het in sommige andere landen gebeurt de verwijfsbrieven op te nemen in de curricula en training van professionals aan beide zijden van de zorg. In de laatste studie deden we een

poging om een belangrijke psychometrische waarde, namelijk de toegevoegde voorspellende waarde van een stapsgewijze evaluatiemethode te onderzoeken. Studies naar geïntegreerde zorg suggereren dat professionals behoefte hebben aan ondersteunende methoden voor de besluitvorming en diagnostiek, maar dat de selectie en interpretatie van deze methoden een barrière vormt. Deze moeite is ook niet verbazingwekkend als we het plaatsen in het licht van dat een recente literatuurstudie 672 publicaties over verschillende vragenlijsten heeft gevonden, maar dat enkel 4 van deze voldeden aan de criteria dat het psychometrisch van voldoende kwaliteit, kort, gratis en makkelijk vindbaar is. Er is dus behoefte aan methoden die wetenschappelijk onderbouwd en ook praktisch implementeerbaar zijn. Dat wil zeggen voldoen aan de psychometrische eisen van betrouwbaarheid, alsook toepasbaar zijn binnen de beperkte tijd en expertise van de praktische (eerstelijns-) zorg. Middels data verkregen van een zogenoemde ‘best-practice’ (=een praktijk die probeert de procedures vorm te geven op basis van onderzoeksresultaten), hebben wij de toegevoegde waarde van vier instrumenten onderzocht, elk met potentieel voor verschillende doeleinden in en tussen de eerste en tweede lijn. De kracht van deze aanpak is dat het voldoet aan vornoemde vier criteria, dat het informatie van verschillende informanten (jeugdigen zelf, ouders en bijvoorbeeld docenten) combineert, het bestaat uit verschillende elementen die passen bij de behoeften van zowel de eerstelijns- als de tweedelijnszorg, en het een rapport produceert voor de betrokkenen en zodoende een communicatiemiddel kan vormen. De resultaten suggereren dat alle vier de instrumenten unieke informatie toevoegen, maar dat geen van hen voldoende is om de classificatie op te baseren. Prospectief onderzoek naar de toepasbaarheid en effectiviteit van deze stapsgewijze aanpak is nodig. We sluiten af met een nabespreking van de sterke en zwakke kanten van de studies in dit proefschrift en adviezen voor toekomstige studies en de praktijk. We wijzen op de risico’s van een dogmatische benadering van evidence-based assessment; de voordelen van een meer bottom-up benadering door belangrijke maten zoals “toegevoegde waarde” te definiëren vanuit het perspectief van alle betrokkenen; de rol van de POH-GGZ (praktijk ondersteuner huisartsen-ggz), en de vraag of een focus op een specifieke stoornisgroep behandelinhoudelijk een wezenlijk verschil maakt.