

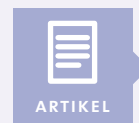
# Transitiepsychiatrie in Nederland: ervaringen en opvattingen van ggz-professionals

S.E. GERRITSEN, G.C. DIELEMAN, M.A.C. BELTMAN, A.A.M. TANGENBERGH, A. MARAS, T.A.M.J. VAN AMELSVOORT, A.L. VAN STAA

- ACHTERGROND** Psychiatrische stoornissen manifesteren zich voornamelijk in de late adolescentie en duren voort in de volwassenheid. Continuïteit in het zorgaanbod is in deze levensfase noodzakelijk. Het huidige zorgstelsel, met een scheiding tussen de kinder- en jeugdpsychiatrie (kjp) en de volwassenenpsychiatrie (vp), belemmert continuïteit in zorg.
- DOEL** Inventariseren van ervaringen met en opvattingen over transitie van de kjp naar de vp en de knelpunten die daarbij worden ondervonden.
- METHODE** Een onlinevragenlijst verspreid onder professionals die geestelijke gezondheidszorg verlenen aan jongeren (15-25 jaar) met psychiatrische aandoeningen.
- RESULTATEN** 518 ggz-professionals vulden de vragenlijst in. Zij baseerden besluitvorming rondom transitie overwegend op eigen overwegingen. De voorbereiding bestond voornamelijk uit het bespreken van veranderingen met de adolescent en ouders. In de kjp ervoer men de meeste transitieproblemen, voornamelijk in de samenwerking met de vp. Respondenten vonden dat de ontwikkelingsleeftijd bepalend moet zijn bij besluitvorming omtrent transitie en dat specialistische brugvoorzieningen belangrijk zijn voor het overbruggen van de kloof.
- CONCLUSIE** Professionals uit de kjp en vp ervaren knelpunten in de voorbereiding van en de structurele samenwerking tijdens de transitie. Deze hebben betrekking op coördinatie, communicatie en wet- en regelgeving. Professionals hechten belang aan verbetering door meer flexibiliteit en meer specialistische voorzieningen voor jeugdigen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)6, 341-349

**TREFWOORDEN** ggz, onlinevragenlijst, professionals, transitiepsychiatrie



ARTIKEL



Maar liefst 75% van de psychische stoornissen manifesteert zich voor het 24ste levensjaar (Kessler e.a. 2005). Psychische problematiek in de volwassenheid kan vanuit de kindertijd tot 24 jaar later worden voorspeld (Reef e.a. 2010; de Girolamo e.a. 2012). Met het toenemende besef dat psychiatrische stoornissen in de adolescentie voortduren in de volwassenheid, groeit de aandacht voor de noodzaak van continuïteit van het zorgaanbod in deze levensfase. Het huidige zorgstelsel, met een scheiding tussen de kin-

der- en jeugdpsychiatrie (kjp) en de psychiatrie voor volwassenen (vp), kan de continuïteit van zorg echter belemmeren (Van Amelsvoort 2014).

Bevindingen uit internationaal onderzoek, voornamelijk uitgevoerd in de Verenigde Staten en Engeland, bevestigen het bestaan van potentiële barrières op het grensvlak waarop 'transitie' van de kjp naar de vp plaatsvindt (Audit Commission 1999; Davis e.a. 2006). De verschillen in organisatiecultuur, -structuur en werkwijze tussen beide

disciplines hebben mogelijk een negatieve invloed op transitie (McLaren e.a. 2013). Te beperkende aanmeldcriteria binnen de VP vormen een belemmering in het organiseren van een effectieve verwijzing, evenals het stringent hanteren van leeftijdsgrenzen in beide settings (Belling e.a. 2014; Paul e.a. 2014). Uit een recente systematische review naar transitiebeleid blijkt een mismatch tussen de leeftijd waarop de zorg beëindigd wordt in de KP en de leeftijd waarop aangemeld kan worden bij de VP. Bovendien verschilt het zorgaanbod, vooral op het gebied van ontwikkelingsstoornissen (Paul e.a. 2014). Binnen de VP bestaat bovendien een gebrek aan kennis over problematiek die kenmerkend is voor de adolescentie (Treasure e.a. 2005; Singh 2009).

De scheiding tussen de KP en VP heeft invloed op de ervaringen van jongeren en ouders met de zorg rondom de transitieperiode: jongeren geven aan zich onvoldoende betrokken, voorbereid en gesteund te voelen gedurende het proces (Singh e.a. 2010). Bij de voorbereiding op de verwijzing wordt onvoldoende aandacht besteed aan de eventuele veranderingen in werkwijzen en verwachtingen in de VP wat betreft zelfstandigheid (Hovish e.a. 2012). Wisselen van behandelaar kan moeilijk zijn, met name voor jongeren die een langdurige vertrouwensrelatie met een specifieke behandelaar hebben opgebouwd of die als gevolg van hun stoornis moeite hebben met veranderingen.

Uit het TRACK-onderzoek, waarin de transitie-ervaringen van 154 Britse jongeren en hun ouders in kaart werden gebracht, bleek dat slechts 5% van de jongeren een optimale transitie ervaart; grotendeels verloopt de transitie slecht qua planning en uitvoering (Singh e.a. 2010). Nog te vaak bestaat een overdracht alleen uit een schriftelijke doorverwijzing, terwijl men een 'transitie' na zou moeten streven: een alomvattend proces waarbij de jongere en ouders geleidelijk worden voorbereid op veranderingen in het leven en in de zorg en betrokken zijn bij de besluitvorming over toekomstige zorg. De KP en VP werken bij een succesvolle transitie samen en zijn gedurende een korte periode samen verantwoordelijk voor de zorg van de jongere (Paul e.a. 2013). Al met al blijkt de huidige kloof tussen KP en VP vooralsnog 'een zwakke plek in het systeem te veroorzaken waar die het meest sterk zou moeten zijn' (Singh 2009).

De vraag rijst of de problemen met transitie, zoals die in Engeland en de Verenigde Staten ervaren worden, ook in Nederland bestaan. Hoewel er internationaal steeds meer aandacht is voor het onderwerp transitiepsychiatrie, ontbreekt Nederlands onderzoek vooralsnog. Omdat de zorg voor jongeren voor en na het 18de jaar verschillend is georganiseerd en gefinancierd sinds de Jeugdwet in 2015 (www.nji.nl/jeugdwet), wordt verwacht dat hier dezelfde problemen spelen (van Amelsvoort 2014).

## AUTEURS

**SUZANNE GERRITSEN**, promovenda, afd. Kinder- en jeugdpsychiatrie/psychologie, Erasmus MC – Sophia, Rotterdam.

**GWEN DIELEMAN**, kinder- en jeugdpsychiater, hoofd polikliniek Kinder- en jeugdpsychiatrie/psychologie, Erasmus MC – Sophia, Rotterdam.

**MARIEKE BELTMAN**, docent en onderzoeker, Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam.

**AFKE TANGENBERGH**, docent en trainee-onderzoeker, Instituut voor Gezondheidszorg, Hogeschool Rotterdam.

**ATHANASIOS MARAS**, kinder- en jeugdpsychiater, directeur Yulius Academie, Yulius, Dordrecht.

**THÉRÈSE VAN AMELSVOORT**, hoogleraar Transitiepsychiatrie, Maastricht Universitair Medisch Centrum, en psychiater, Virenze, Mondriaan, Koraalgroep.

**ANNELOES VAN STAA**, lector Transitie in Zorg, Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam, en universitair docent, Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

Suzanne Gerritsen, Erasmus MC – Sophia, Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie (KP2), Postbus 2060, 3000 CB Rotterdam.

E-mail: s.gerritsen@erasmusmc.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-1-2017.

Recent is een grootschalig longitudinaal cohortonderzoek (MILESTONE; [www.milestone-transitionstudy.eu](http://www.milestone-transitionstudy.eu)) gestart waarbij men het transitieproces en de uitkomsten daarvan in een cohort van 1000 jongeren in acht Europese landen in kaart brengt, evenals de klinische en kosteneffectiviteit van een nieuw transitieproces. Vooruitlopend op de resultaten hiervan, raadpleegden wij Nederlandse professionals in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) over hun ervaringen met transitie. Het doel van ons exploratieve onderzoek is om te inventariseren welke ervaringen en opvattingen zorgprofessionals in de ggz hebben wat betreft de transitie van jongeren van de kinder- en jeugdpsychiatrie naar de psychiatrie voor volwassenen en welke problemen ze daarbij ondervinden.

## METHODE

In november 2014 verspreidden wij een digitale oproep voor het invullen van een onlinevragenlijst onder ongeveer 8000 zorgprofessionals uit het adressenbestand van

een grote nascholingsorganisator in de ggz. Ontvangers werden verzocht de oproep verder te verspreiden. De vragenlijst was bedoeld voor iedere professional die zorg verleent aan jongeren en/of jongvolwassenen met een psychiatrische aandoening in de leeftijd van 15-25 jaar in de ggz, ongeacht de behandelsetting. Invullen kostte ongeveer 20 minuten.

### De vragenlijst

De vragenlijst bestond uit 44 gesloten vragen over ervaringen met en opvattingen over de transitie van jeugdigen van de KJP naar de VP. De vragenlijst was gebaseerd op een eerder ontwikkelde vragenlijst gebruikt in onderzoek naar transitie in de somatische zorg (Van Staa e.a. 2010) en aangepast voor toepassing binnen de psychiatrie op basis van (internationaal) onderzoek (o.a. Singh e.a. 2010; Hovish e.a. 2012; McLaren e.a. 2013; Paul e.a. 2013; Belling e.a. 2014; Paul e.a. 2014) en raadpleging van experts.

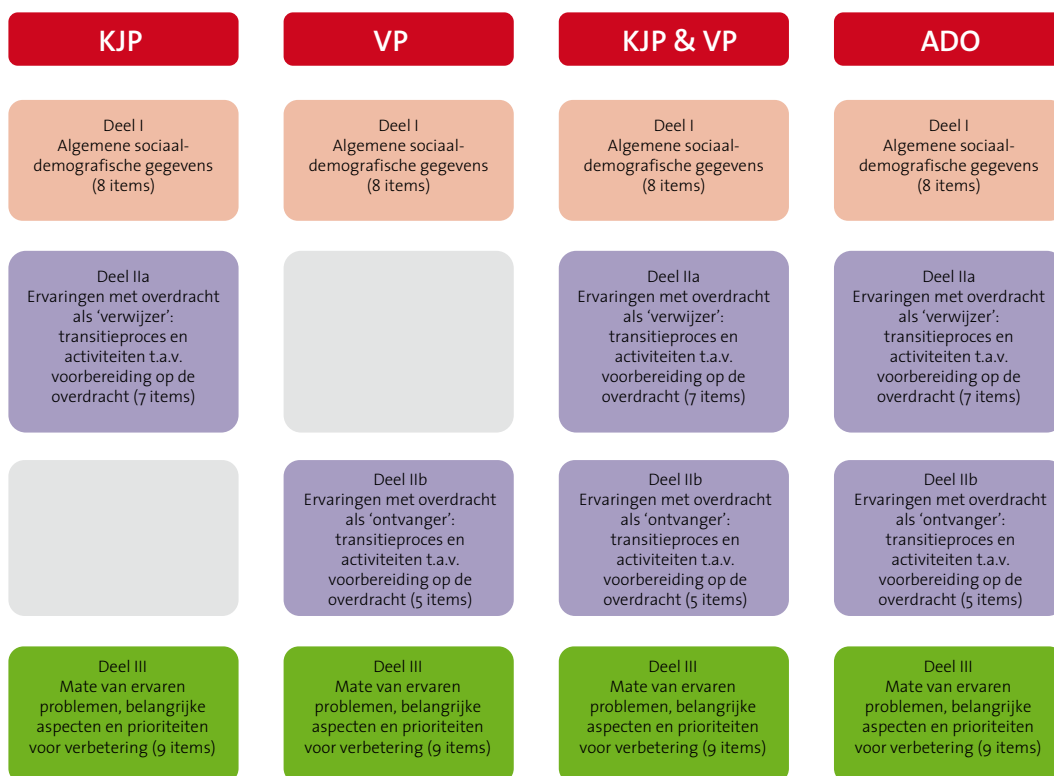
De vragenlijst bestond uit drie delen; de opzet is weergegeven in **FIGUUR 1**. Alle respondenten werd eerst naar algemene sociaal-demografische gegevens gevraagd, vervolgens konden zij aangeven met welke groepen jongeren en/

of jongvolwassenen zij werkten. Afhankelijk van de doelgroep waarmee de respondenten werkten, kregen zij verschillende vragen met antwoordcategorieën op een 5-puntslikertschaal (van 1 = 'nooit' tot 5 = 'altijd') over *het transitieproces* voorgelegd, alsmede de ervaren *problemen in het transitieproces* (7-puntslikertschaal van 1 = 'geen problemen' tot 7 = 'zeer veel problemen') en de vraag naar *belangrijke aspecten* voor soepele transitie (7-puntslikertschaal van 1 = 'totaal niet belangrijk' tot 7 = 'heel erg belangrijk'). De vragenlijst werd afgesloten met het prioriteren van een aantal *stellingen* over de noodzaak van het verbeteren van de transitie in zorg.

### Statistische analyse

Wij analyseerden de data met IBM SPSS 21 (IBM Corp 2012). Om verschillen in de voorbereiding en de uitvoering van het transitieproces vast te kunnen stellen tussen de verschillende groepen respondenten (KJP, VP, KJP&VP en Adolescententeam (ADO)), werd een variantieanalyse (ANOVA) uitgevoerd. Met gestandaardiseerde residuen en de gameshowelltest (vanwege verschillende groepsgroottes en varianties) werd post hoc vastgesteld welke groepen signi-

**FIGUUR 1** Structuur van de enquête\*



\*KJP = kinder- en jeugdpsychiatrie (vóór de overdracht); VP = volwassenenpsychiatrie (ná de overdracht); KJP&VP = zowel kinder- en jeugdpsychiatrie als volwassenenpsychiatrie; ADO = adolescententeam (of jongvolwassenenteam, zorg voor jongeren in de leeftijd van 15 tot 25 jaar)

**TABEL 1** Demografische gegevens en beroepsgegevens van de respondenten (n = 518)

	n (%)
<b>Geslacht, man</b>	175 (33,8%)
<b>Beroep</b>	
Psychiater	121 (23,4%)
Kinder- en jeugdpsychiater	104 (20,1%)
GZ-psycholoog	83 (16,0%)
Klinisch psycholoog	64 (12,4%)
Verpleegkundige	62 (12,0%)
Psychotherapeut	39 (7,5%)
Agogisch werker/hulpverlener	14 (2,7%)
Psycholoog/orthopedagoog	14 (2,7%)
Arts	11 (2,1%)
Anders	6 (1,2%)
<b>Instelling (meerdere antwoorden mogelijk)</b>	
Ggz-instelling (algemeen aanbod)	237 (45,8%)
Zelfstandig gevestigde praktijk	151 (29,2%)
Specialistische ggz-instelling	118 (22,8%)
Algemeen ziekenhuis	20 (3,9%)
Academisch ziekenhuis	18 (3,5%)
Instelling voor verstandelijk gehandicapten	17 (3,3%)
Anders*	14 (2,7%)
<b>Werkzaam in</b>	
In zowel kinder- en jeugd- als volwassenenpsychiatrie (KJP&VP)	172 (33,2%)
Volwassenenpsychiatrie (VP)	139 (26,8%)
Kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP)	131 (25,3%)
Adolescententeam (ADO)	76 (14,7%)

\*Anders, zoals: praktijkondersteuning huisartsen ggz, jeugdzorg, jeugd-hulpverlening, gemeentelijke gezondheidsdienst, revalidatiecentrum, jeugdpreventie.

ficant van elkaar verschilden. De ervaren problemen en het belang van bepaalde aspecten van het transitieproces werden met twee schalen ('transitieproblemen'-schaal en 'belangrijke aspecten'-schaal) in kaart gebracht. Van de beide schalen werd door *principal axisfactoranalyse* (obliminrotatie) vastgesteld of er subschalen te onderscheiden waren en ook werd de interne betrouwbaarheid berekend (Cronbachs alfa). Ook hier werden groepsverschillen op itemniveau en totalen van schalen en subschalen vastgesteld met ANOVA en/of de kruskal-wallistoets (vanwege een niet normale verdeling).

## RESULTATEN

### Respondenten

In totaal reageerden 622 personen. Degenen die in hun dagelijkse werk als zorgprofessional geen jongeren/jongvolwassenen met een psychiatrische aandoening behandelde (n = 31) of de vragenlijst meteen afsloten (n = 58), werden geëxcludeerd, evenals huisartsen (n = 15) die niet in de ggz werkten. Dit resulteerde in een nettorespons van 518 zorgprofessionals. Een responspercentage was niet te berekenen omdat niet precies vast te stellen was hoeveel zorgprofessionals de oproep om de vragenlijst in te vullen, hadden ontvangen.

**TABEL 1** presenteert de demografische gegevens van de respondenten. Psychiaters vormden de grootste groep respondenten. Het grootste deel van de respondenten was werkzaam binnen de specialistische ggz (91,8%; terwijl 6,8% alleen in de basis-ggz werkte), in een ggz-instelling en werkte met zowel kinderen en jeugdigen als (jong)volwassenen. Professionals die alleen in de KJP óf de VP werkten, waren nagenoeg gelijkkelijk vertegenwoordigd. Vrijwel iedereen (98,5%) werkte in de directe patiëntenzorg.

### Transitieproces

Respondenten kregen vragen voorgelegd als 'verwijzer' (KJP) of 'ontvanger' (VP; **FIGUUR 1**). Van de respondenten betrokken bij de overdracht, verwezen er 4 (1,2%) voor het 18de levensjaar naar de VP, 25,3% deed dit rond het 18de levensjaar en 42,7% na het 18de jaar. 30,8% van de respondenten gaf aan dat in de regel geen overdracht plaatsvindt (vooral professionals uit de KJP&VP- en ADO-groep). Bijna een derde (32,6%) van de verwijzende professionals gaf aan een besluit omtrent verwijzing te nemen op basis van individuele overwegingen, 11,2% volgde hierin het beleid van de instelling en 24,6% maakte hierover afspraken binnen het behandelteam. De meeste professionals brachten de overdracht naar de VP tussen een half en één jaar voor de verwachte overdracht ter sprake (36,7%), 32,7% deed dit minder dan een half jaar van tevoren en 10% meer dan een jaar. 20,6% gaf aan dit 'anders' te doen (open antwoordoptie 'anders, namelijk ...'), waarbij voornamelijk werd genoemd dat het overdrachtsmoment afhankelijk was van de problematiek of dat er geen overdracht plaatsvond.

Er werd in de voorbereiding van de transitie regelmatig overleg met cliënten gevoerd, waarbij verschillende aspecten van transitie ter sprake kwamen (**TABEL 2**). Het maken van een schriftelijke overdracht en het telefonisch of schriftelijk overleg voeren met de nieuwe behandelaar gebeurde vaak, in tegenstelling tot activiteiten als het hanteren van een transitieprotocol en het aanstellen van een transitiecoördinator (zelden tot nooit). Er bestonden

**TABEL 2** Overleg en activiteiten tijdens het transitieproces en ervaren problemen tijdens de overdracht\*

	KJP (n = 199)	VP (n = 159)
<b>Overleg &amp; activiteiten (gemiddeldes op 5-puntsschaal)</b>	(gem. (SD))	(gem. (SD))
Dat er een overdracht naar de VP gaat plaatsvinden	3,9 (1,2)	
Tijdstip van overdracht naar de VP	3,9 (1,2)	
Aan wie de zorg wordt overgedragen	3,9 (1,2)	
Toekomstige (medische) vooruitzichten voor de aandoening	3,9 (1,1)	
De (veranderende) rol en verantwoordelijkheden van de jongere en ouders/verzorgers in de VP	3,6 (1,2)	3,1 (1,2)
De verschillen tussen de KJP en de VP, en de gevolgen daarvan voor de jongere	3,5 (1,2)	2,5 (1,2)
<i>Gemiddelde 'overleg'</i>	3,8	3,0
Maken van/vragen om een schriftelijke overdracht	4,2 (1,2)	4,3 (1,1)
Overleg (telefonisch of direct) met nieuwe/vorige behandelaar(s)	4,0 (1,0)	3,8 (1,0)
Geven (een kopie van) het medisch dossier van de jongere aan de ouders mee/verzoeken om overdracht van het dossier	2,5 (1,4)	3,9 (1,2)
Hanteren een transitieprotocol/-programma	1,4 (0,8)	1,5 (1,0)
Hebben een overdrachtscoördinator	1,4 (1,0)	1,5 (1,1)
<i>Gemiddelde 'activiteiten'</i>	2,6	2,8
	<b>Problemen (n = 3 60)</b>	<b>Belangrijke aspecten (n = 360)</b>
<b>Aspecten van overdracht (gemiddeldes op 7-puntsschaal)</b>	(gem. (SD))	(gem. (SD))
Flexibiliteit in de timing van de overdracht	3,8 (1,9)	5,9 (1,5)
Bereidheid van jongeren en ouders om regie te nemen/uit handen te geven	3,9 (1,6)	5,4 (1,5)
Bevorderen van een goede relatie en betrokkenheid tussen jongeren en ouders	3,3 (1,7)	5,8 (1,5)
<i>Gemiddelde subschaal voorbereiding</i>	3,5	
Structurele samenwerking en communicatie tussen KJP en VP	4,4 (1,9)	6,0 (1,4)
Weten aan wie de jongere kan worden overgedragen	4,0 (1,9)	6,0 (1,4)
Aanwezigheid van voldoende kennis en ervaring van patiëntengroep in VP	4,1 (1,9)	6,0 (1,4)
<i>Gemiddelde subschaal samenwerking</i>	4,0	
<i>Gemiddelde (alle aspecten van overdracht)</i>	3,7	5,7

\*Punten van overleg & activiteiten waar het meeste en het minste aandacht aan werd besteed, zijn weergegeven; alleen de top drie van aspecten van overdracht met de hoogste probleem- & belangscores zijn weergegeven; gemiddelde scores op een 5-puntlikertsschaal (1 = nooit; 5 = altijd) of op een 7-puntlikertsschaal (1 = geen problemen/totaal niet belangrijk; 7 = zeer veel problemen/heel erg belangrijk); SD = standaarddeviatie; KJP = kinder- en jeugdpsychiatrie; VP = volwassenenpsychiatrie; KJP: n = 98; VP: n = 91; KJP&VP: n = 116; ADO: n = 55.

geen significante verschillen tussen de verschillende groepen respondenten in de mate van transitievoorbereiding. Ook de 'ontvangers' besteedden aandacht aan het begeleiden van transitie, hoewel de verschillen tussen KJP en de VP minder vaak werden besproken dan door de 'verwijzer'. Respondenten die alleen binnen de VP werkzaam waren, besteedden minder aandacht aan verschillen in de zorgverlening dan de overige respondenten ( $F(2,152) = 16,340$ ;  $p < 0,001$ ).

### Problemen en belangrijke aspecten van transitie

Respondenten werd gevraagd om van 13 aspecten van het transitieproces aan te geven hoeveel problemen zij op de verschillende gebieden ervaren en hoe belangrijk zij deze aspecten vinden (TABEL 2). Zowel de probleemschaal als de belangsschaal had een (zeer) hoge interne betrouwbaarheid met respectievelijke Cronbachs alfa's van 0,94 en 0,96. Op basis van twee principal-axisfactoranalyses werden binnen de probleemschaal 2 factoren geïdentificeerd (eigen-

**TABEL 3** Top 5 van stellingen over de prioriteiten voor verbetering van transitieproces (n = 353)\*

Stelling	n (%)
Niet de kalenderleeftijd, maar de ontwikkelingsleeftijd zou bepalend moeten zijn voor waar een jongere zorg ontvangt (KJP dan wel VP)	213 (60,3%)
Er moeten meer specialistische voorzieningen komen voor jongeren/adolescenten waarin de kloof tussen KJP en VP wordt overbrugd	186 (52,7%)
Financiële en organisatorische belemmeringen voor een soepele overdracht moeten worden opgeheven	132 (37,4%)
In de VP is meer betrokkenheid van ouders/verzorgers bij de zorg aan jongeren noodzakelijk	122 (34,6%)
Er zou meer aandacht moeten komen in de zorg voor de sociale en maatschappelijke uitdagingen waar jongeren met psychiatrische aandoeningen mee worden geconfronteerd	106 (30,0%)

\*KJP = kinder- en jeugdpsychiatrie; VP = volwassenenpsychiatrie; respondenten konden maximaal 3 stellingen selecteren; in de tabel zijn de 5 meest gekozen stellingen (uit 10) weergegeven.

waarde > 1); een subschaal (8 items,  $\alpha = 0,91$ ) betrof problemen rond de voorbereiding van transitie, de andere (5 items) ging om samenwerkingsproblemen ( $\alpha = 0,89$ ). In de belangsschaal waren geen factoren te onderscheiden.

De respondenten in de KJP ervoeren significant ( $F(3,356) = 2,812$ ;  $p = 0,039$ ) meer problemen met de transitie (totaalscore) dan de KJP&VP-groep (gemiddelden van respectievelijk 3,9 en 3,4 op een schaal van 1-7). Professionals binnen de VP ervoeren meer problemen bij de transitievoorbereiding dan degenen in de KJP&VP-groep ( $H(3) = 8,518$ ;  $p = 0,036$ ; gemiddeld respectievelijk 3,7 en 3,2). De KJP-groep ervoer meer problemen in het kader van de samenwerking dan de VP- en de KJP&VP-groep ( $H(3) = 12,344$ ;  $p = 0,006$ ; gemiddelden respectievelijk 4,4 tegenover 3,8 en 3,7). Hierbij ging het om onduidelijkheid over coördinatie, verantwoordelijkheden tijdens de overdracht en de vraag aan wie kan worden overgedragen.

Ook rapporteerden respondenten uit de KJP en ADO problemen met de kennis en ervaring met deze specifieke cliëntengroep in de VP (gemiddelden van 4,5 en 4,6). De VP zag dat probleem minder (gemiddelde = 3,6), maar erkende het belang hiervan wel (gemiddelde = 6,0). Er waren geen significante verschillen tussen de groepen respondenten wat betreft het belang dat de respondenten aan deze 13 aspecten hechtten (vastgesteld met een kruskal-wallistoets vanwege een niet normale verdeling).

### Prioriteiten voor verbetering

Ter afsluiting van de vragenlijst kreeg iedereen tien stellingen voorgelegd met verbeterpunten, aangevuld met een controlestelling dat geen verbetering noodzakelijk was (deze werd door 2 respondenten (VP) geselecteerd; **TABEL 3**). Respondenten konden maximaal drie stellingen als belangrijkste selecteren. Een meerderheid van de respondenten gaf aan dat niet de kalenderleeftijd, maar de ont-

wikkelingsleeftijd bepalend zou moeten zijn voor waar een jongere zorg ontvangt (KJP dan wel VP). De ADO-groep legde de meeste prioriteit bij meer specialistische brugvoorzieningen voor jongeren/adolescenten, voor het overbruggen van de kloof tussen de KJP en de VP. Deze stelling stond bij de overige groepen unaniem op de tweede plek. Meer dan een derde van de professionals vond dat financiële en organisatorische belemmeringen voor een soepele transitie moeten worden opgeheven (voornamelijk de VP- en de KJP&VP-groep). De KJP en de ADO vonden meer betrokkenheid van ouders/verzorgers bij de zorg aan jongeren in de VP belangrijker.

### DISCUSSIE

Ons onderzoek geeft een eerste beeld van de ervaringen met en de opvattingen over de transitie in zorg tussen de KJP naar de VP in Nederland. Een eerste bevinding is dat de verwijzing naar een andere zorgaanbieder bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar niet in alle gevallen plaatsvindt, vooral niet als de zorg binnen 'brugvoorzieningen' zoals adolescententeams georganiseerd wordt. Als er wel een verwijzing plaatsvindt, is dat meestal pas na het 18de levensjaar. Deze leeftijdsgrens wordt niet rigide gehanteerd.

Bijna de helft van de behandelaars brengt de transitie ruim een half jaar voor de 18de verjaardag ter sprake. Volgens de recent uitgebrachte richtlijnen van het National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016) over dit onderwerp moet echter al vanaf het begin van de adolescentie met de planning van de transitie worden begonnen. De helft van de behandelaars in deze studie neemt een transitiebesluit op basis van individuele overwegingen en heeft geen beschikking over transitie-specifieke richtlijnen. Net als binnen de somatische zorg bestaat er dus een gebrek aan transitiebeleid (Sonneveld 2011). De meeste professio-

nals geven wel enige invulling aan de voorbereiding van transitie. Deze lijkt zich echter te beperken tot overleg met de cliënt; het organiseren van een 'warme overdracht' en het afstemmen van werkwijzen (NICE-richtlijnen) zijn eerder uitzondering dan regel.

Ook na de overdracht bestaat er ruimte voor verbetering: in de VP wordt slechts geringe aandacht besteed aan de eventuele veranderingen in de zorg. De samenwerking tussen de KJP en de VP beperkt zich tot een schriftelijke overdracht, aangevuld met telefonisch overleg. In overeenstemming met de constatering van Paul e.a. (2013) lijkt de overdracht (mits deze plaatsvindt) dus ook in Nederland vooral te bestaan uit het beëindigen van zorg in de ene instelling en het starten bij de andere.

De meeste respondenten gaven aan matige problemen met het organiseren van transitie te ervaren; vooral professionals vanuit de KJP constateren knelpunten. Zo vinden zij dat professionals in de volwassenenzorg minder bekend zijn met de specifieke problematiek en zorgbehoeftes van de doelgroep jongvolwassen cliënten (conform internationaal onderzoek door Treasure e.a. 2005), terwijl voor optimale zorg naast de psychiatrische en psychologische expertise ook kennis van ontwikkelingsspecifieke processen essentieel is. Dit geldt bijvoorbeeld voor autismespectrumstoornissen, waar van oudsher meer ervaring mee en kennis over aanwezig zijn binnen de KJP. De afgelopen jaren lijkt echter wel sprake te zijn van een toenemende kennisontwikkeling en uitgebreider zorgaanbod binnen de VP.

Dat vooral vanuit KJP dergelijke zorgen naar voren komen, is te begrijpen vanuit het feit dat kinderpsychiaters als verantwoordelijke hoofdbehandelaar na een meerjarig behandeltraject deze cliënten overdragen aan de VP. Tegelijkertijd is transitie in zorg een verantwoordelijkheid voor beide zijden en horen kennis en zorgverlening die passen bij de ontwikkelingsfase zowel in de KJP als in de VP aanwezig te zijn. Ook onduidelijkheid over aanmeldcriteria van de VP (zoals eerder beschreven door Belling e.a. 2014; Paul e.a. 2014) en de coördinatie van de overdracht (en bijbehorende) verantwoordelijkheden, vormen in Nederland barrières voor een soepele transitie. De VP rapporteert vooral problemen in een onvoldoende voorbereiding van jongeren op een mogelijke overstap. Investering in samenwerking, afstemming van werkwijzen, bijscholing over problematiek die kenmerkend is voor de jongvolwassenheid en het afstemmen van aanmeldcriteria en -leeftijd dragen bij aan het verkleinen van de kloof.

Alle groepen respondenten geven aan transitie een belangrijk onderwerp te vinden: er moet meer aandacht aan de verschillende aspecten worden besteed om de transitie beter te organiseren. Het belang van verbetering wordt ook in de gekozen stellingen onderschreven, waarbij de res-

pondenten prioriteit geven aan het minder rigide hanteren van de kalenderleeftijd en het bieden van specialistische brugvoorzieningen.

Door de zorg in adolescententeams te organiseren, kan men de breuk tussen de KJP en de VP vermijden. Daardoor zou de zorg beter worden toegespitst op de kwetsbare periode van de adolescentie en jongvolwassenheid. Jongeren blijven binnen adolescententeams langer in zorg totdat er geen zorgbehoefte meer bestaat, waardoor geen transitie nodig is en jongeren uit zorg kunnen worden ontslagen. Uit het huidige onderzoek komt naar voren dat men ook in deze teams problemen met transitie ervaart.

De groep respondenten die zorg van 0-100 jaar biedt, lijkt het minste problemen te ervaren. Deze groep bestaat echter voor de helft uit vrijgevestigden, die in een kleine zelfstandige praktijk cliënten van alle leeftijden behandelen en wellicht niet representatief zijn voor de totale populatie van ggz-professionals. Deze respondenten geven aan te worstelen met financiële en juridische belemmeringen die moet worden opgeheven om de transitie beter te kunnen organiseren.

### **Beperkingen**

Hoewel veel professionals de vragenlijst hebben ingevuld, is niet duidelijk hoe groot de respons is. Mogelijk is de vragenlijst vooral ingevuld door professionals met affiniteit met transitie, waardoor het belang daarvan wordt overschat. Omdat de zorg voor diverse patiëntengroepen vaak verschillend georganiseerd wordt, is geen algemene uitspraak te doen over de stand van zaken in de Nederlandse transitiepsychiatrie.

Een andere kanttekening is dat de groep respondenten KJP&VP voor de helft uit vrijgevestigde professionals bestaat. Een overdracht van KJP naar VP is voor hen over het algemeen niet aan de orde en vooral een administratieve handeling. Toch geeft dit onderzoek een eerste beeld van wat ggz-professionals in verschillende settings doen, wat zij belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn in de zorg voor deze kwetsbare groep jeugdigen in de transitieleeftijd. Een andere beperking is dat dit onderzoek alleen in kaart brengt wat ggz-professionals ervaren. De ervaringen en voorkeuren van de jongeren en hun ouders zijn nog onontgonnen terrein. Mogelijk beïnvloeden de problemen met transitie de zorg die de jongeren ontvangen en daarmee wellicht ook de psychische gezondheid van de jongeren op de lange termijn.

### **BESLUIT**

Om vast te kunnen stellen in hoeverre een kloof tussen de KJP en VP gevolgen heeft voor psychische gezondheid van de jongeren, is longitudinaal onderzoek nodig. Met het MILESTONE-onderzoek beoogt men zowel de ervaringen van

jongeren en ouders als de effecten op lange termijn in kaart te brengen en zodoende te inventariseren hoe het transitieproces kan worden verbeterd. De wetenschap en klinische praktijk moeten in de toekomst de handen ineenslaan om continuïteit van zorg te garanderen voor jongeren die gedurende hun transitie naar de volwassenheid een zorgbehoefte houden.

✍ Frank Verhulst gaf advies bij de ontwikkeling van de vragenlijst en Ludwig Benecke verspreidde de oproep voor de vragenlijst.

## LITERATUUR

- Amelvoort TAMJ van. De kloof overbruggen. Tijdschr Psychiatr 2014; 56: 638-9.
- Belling R, McLaren S, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, e.a. The effect of organisational resources and eligibility issues on transition from child and adolescent to adult mental health services. J Health Serv Res Policy 2014; 1-8.
- Audit Commission. Children in Mind. London: Audit Commission; 1999.
- Davis M, Geller JL, Hunt B. Within-state availability of transition-to-adulthood services for youths with serious mental health conditions. Psychiatr Serv 2006; 57: 1594-9.
- Girolamo G de, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry PD. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. Epidemiol Psychiatr Sci 2012; 21: 47-57.
- National Institute for Health and Care Excellence. Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services. Londen: NICE; 2016.
- Hovish K, Weaver T, Islam Z, Paul M, Singh SP. Transition experiences of mental health service users, parents, and professionals in the United Kingdom: a qualitative study. Psychiatr Rehabil J 2012; 35: 251-7.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 617-27.
- McLaren S, Belling R, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, e.a. 'Talking a different language': an exploration of the influence of organizational cultures and working practices on transition from child to adult mental health services. BMC Health Serv Res 2013; 13: 254.
- Paul M, Ford T, Kramer T, Islam Z, Harley K, Singh SP. Transfers and transitions between child and adult mental health services. Br J Psychiatry Suppl 2013; 54: 36-40.
- Paul M, Street C, Wheeler N, Singh SP. Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. Clin Child Psychol Psychiatry 2014; 20: 436-57.
- Reef J, van Meurs I, Verhulst FC, van der Ende J. Children's problems predict adults' DSM-IV disorders Across 24 Years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010; 49: 1117-24.
- Singh SP. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. Curr Opin Psychiatry 2009; 22: 386-90.
- Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S, e.a. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. Br J Psychiatry 2010; 197: 305-12.
- Sonneveld HM, Strating MMH, van Staa AL, Nieboer AP. Gaps in transitional care: what are the perceptions of adolescents, parents and providers? Child Care Health Dev 2011; 39: 69-80.
- Staa AL van, Eysink Smeets-van de Burgt AE, van der Stege HA, Hilberink SR. Transitie in zorg van jongeren met chronische aandoeningen in Nederland nog onder de maat. Tijdschr Kindergeneesk 2010; 78: 227-36.
- Treasure J, Schmidt U, Hugo P. Mind the gap: service transition and interface problems for patients with eating disorders. Br J Psychiatry 2005; 187: 398-400.



## SUMMARY

# Transitional psychiatry in the Netherlands: experiences and views of mental health professionals

S.E. GERRITSEN, G.C. DIELEMAN, M.A.C. BELTMAN, A.A.M. TANGENBERGH, A. MARAS,  
T.A.M.J. VAN AMELSVOORT, A.L. VAN STAA

- BACKGROUND** Psychopathology manifests itself primarily in late adolescence and continues into adulthood. Continuity of care is essential during this phase of life. The current care service distinguishes between child/adolescent (CAMHS) and adult mental health services (AMHS). The separation of services can interfere with the continuity of care.
- AIM** To map professionals' experiences of and views on the transition and associated problems that young people can experience as they are transferred from CAMHS to AMHS.
- METHOD** We distributed an online questionnaire among professionals providing mental health care to young people (aged 15-25) with psychiatric problems.
- RESULTS** The questionnaire was completed by 518 professionals. Decisions relating to transition were generally based on the professional's own deliberations. The preparation consisted mainly of discussing changes with the adolescent and his or her parents. The majority of transition-related problems were experienced in CAMHS, particularly with regard to collaboration with AMHS. Respondents were of the opinion that the developmental age ought to be the determining factor in the decision-making process with regard to transition and they considered it important that developmentally appropriate services should be available in order to bridge the gap.
- CONCLUSION** Professionals in CAMHS and AMHS are encountering problems in preparing the transitional phase and in organising the required structural collaboration between the two separate services. The problems relate mainly to coordination, communication and rules and regulations. Professionals are keen to improve the situation and want to see greater flexibility. In their view, there should be a wider range of specialised facilities for young people, enabling them to benefit from transitional psychiatry.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)6, 341-349

**KEY WORDS** mental health care, professionals, online questionnaire, transitional psychiatry