

‘Vannacht werd ik volwassene’: ervaringen met transitiezorg op een HIC

T. Augustijn, K. Hagoort, E. Plokker, A. Dols, D. van Rappard, M.D.M. Faay

- Achtergrond** Jongeren die verblijven op een psychiatrische high- en intensievecareafdeling (HIC) voor jeugd maken vanaf 18 jaar de overstap naar de HIC-volwassenen. Het is onbekend hoe jongeren, ouders en zorgverleners deze transitie ervaren.
- Doel** Inzicht krijgen in de ervaringen van jongeren, ouders en zorgverleners met HIC-zorg in de transitieleeftijd (in dit artikel: 16-23 jaar).
- Methode** Demografische en klinische gegevens werden verzameld uit patiëntendossiers. We interviewden 9 jongeren en 10 ouders, waarna de transcripten inductief thematisch geanalyseerd werden. In twee focusgroepen bespraken 17 zorgverleners hun ervaringen.
- Resultaten** Jongeren in de transitieleeftijd die in de periode april 2020-december 2023 op de HIC-jeugd of -volwassenen verbleven (n = 280), waren vooral vrouw (69%), thuiswonend (78%) en opgenomen ter afwending van suicidaliteit (54%). Uit de interviews kwamen vier thema's naar voren: plaatsing en afdelingsklimaat, autonomie en ouderbetrokkenheid, bejegening, en aandacht voor transitie. Jongeren en ouders misten maatwerk rondom de overgang. Hoewel zorgverleners de verschillen tussen afdelingen erkenden, onderschatten zij de impact hiervan.
- Conclusie** Jongeren in de transitieleeftijd op een HIC hebben vaak complexe problematiek, waarbij autonomie, veiligheid en ontwikkelingsleeftijd centraal staan. Hoewel aandacht voor de transitiezorg groeit, laten deze bevindingen zien dat transitiezorg ook op een HIC essentieel is.

Jongeren die behandeld worden in de specialistische ggz maken doorgaans een overgang van de kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) naar de volwassenenpsychiatrie (VWP) zodra zij 18 jaar worden. Jongeren en hun naasten krijgen hierdoor een ander behandelteam en/of worden overgeplaatst naar een andere afdeling. Deze abrupte overgang brengt risico's met zich mee: discontinuïteit van zorg, terugval of uitval uit behandeling en verergering van psychische problematiek.¹ Dit geldt zeker voor jongeren omdat zij zich in een levensfase bevinden van ingrijpende sociale, emotionele en neurologische veranderingen die juist vraagt om stabiliteit en maatwerk.² Het concept 'transitiezorg' betreft: *'Het volledige proces van de jongere die van de kinder- naar de volwassenenzorg overgaat: van initiële planning, de feitelijke overdracht tussen zorgaanbieders en de ondersteuning gedurende de hele periode inclusief de periode na de overdracht.'*³ Om de transitie meer een proces dan een moment te laten zijn, zijn er diverse hulpmiddelen ontwikkeld, zoals de nieuwe kwaliteitsstandaard en het dossier transitiepsychiatrie van het Kenniscentrum KJP (<https://kenniscentrum-kjp.nl/professionals/dossiers/jongvolwassenen/>).⁴

Op de high- en intensievecare(HIC)-afdelingen voor jeugd en volwassenen is transitiezorg extra belangrijk omdat hier intensieve en acute zorg geboden wordt aan de kwetsbaarste jongeren. Volgens de visie van de HIC-jeugd (HIC-J) adviseert men om rekening te houden met de ontwikkelingsleeftijd, omdat strikte leeftijdsgrenzen afbreuk doen aan de holistische en gepersonaliseerde aanpak die nodig is voor deze doelgroep.⁵ Desondanks is doorgaans de grens van 18 jaar bepalend voor opname op de HIC-J of de HIC-volwassenen (HIC-VW). Ook in de praktijk ervaren we dat jongeren zich niet altijd goed voorbereid voelen op een overplaatsing en dat jongvolwassenen op een HIC-VW stroeve opnames kunnen hebben. In aansluiting op eerdere bevindingen bestaat het vermoeden dat een gebrek aan uniformiteit tussen HIC-afdelingen voor jongeren en volwassenen, de transitie van jongeren negatief beïnvloedt.⁶ Ondanks de toegenomen aandacht in Nederland rondom transitiepsychiatrie is ons geen onderzoek bekend naar ervaringen met transitiezorg op de HIC-afdelingen. Kennis hierover kan bijdragen aan een verbetering van kwaliteit en continuïteit van zorg voor jongeren

die rondom de transitieleeftijd opgenomen worden op een HIC.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de ervaringen van jongeren, ouders/verzorgers (hierna: ouders) en zorgverleners rondom de transitie van HIC-J naar HIC-VW. Hiertoe stelden we de volgende drie vragen:

- Hoe kunnen we de jongeren van 16-23 jaar die zijn opgenomen op een HIC typeren?
- Wat zijn de ervaringen en behoeften van jongeren en hun ouders met HIC-zorg in de transitieleeftijd?
- Hoe reflecteren zorgverleners op de HIC-zorg voor jongeren in de transitieleeftijd, en welke verbetermogelijkheden zien zij?

METHODE

Voor dit onderzoek maakten we gebruik van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden.

Setting

De dataverzameling vond plaats op een HIC-J (12 tot 18 jaar) met 8 bedden, en een HIC-VW (18 jaar en ouder) met 16 bedden in een academisch ziekenhuis in Nederland. De HIC-afdelingen zijn fysiek gescheiden en hebben een eigen behandelteam. Er is geen specifiek transitiebeleid opgesteld.

Deelnemers

Dossieronderzoek

De gegevens van alle jongeren (16-23 jaar) die vanaf de opening van de HIC-afdelingen op 1 april 2020 tot 1 januari 2024 waren opgenomen op de HIC-J en/of HIC-VW gebruikten we voor een beschrijvend dossieronderzoek.

Interviews met jongeren en hun ouders

Jongeren van 16-23 jaar die op een of beide HIC-afdelingen verbleven, werden door hun (oud-)behandelaar uitgenodigd voor een interview, tenzij deelname als te belastend werd ingeschat ($n = 3$). Ouders werden benaderd nadat de jongere hiervoor toestemming had gegeven.

Focusgroepen met zorgverleners

Met een doelgerichte steekproef selecteerden we uit de behandelteams een multidisciplinaire groep zorgverleners, allen met minimaal één jaar ervaring in het werken met jongeren in de transitieleeftijd.

Dataverzameling

Dossieronderzoek

We verzamelden de volgende variabelen uit het elektronisch patiëntendossier: geslacht, leeftijd, woonsituatie, reden van opname, aantal en duur van de HIC-opnames.

Interviews met jongeren en ouders

De interviews met jongeren en ouders vonden plaats in de periode december 2023-april 2024. Deelnemers kozen voor een face-to-face-interview op een locatie of via beeldbellen (Microsoft Teams). De handleiding voor de interviews was gebaseerd op transitiefactoren volgens de kwaliteitsstandaard en was vastgesteld in een expertgroep.⁴ Enkele vragen waren: 'Hoe heb je de overstap naar volwassenenzorg ervaren?' en 'Welke verschillen merkte je?'. De interviews werden opgenomen met een dictafoon en woordelijk getranscribeerd.

Focusgroepen met zorgverleners

In het interview met de eerste focusgroep in november 2023 werd een vergelijkbare interviewhandleiding gebruikt als bij de interviews met jongeren en ouders. Tijdens het interview met de tweede focusgroep in maart 2024 reflecteerden zorgverleners op de uitkomsten van de interviews en bespraken zij verbetermogelijkheden. Om de onafhankelijkheid te waarborgen werden beide focusgroepen geleid door een externe onderzoeker met HIC-expertise en ervaring met focusgroepen. Beide interviews met de focusgroepen werden met een dictafoon opgenomen, van aantekeningen voorzien (TA en MF) en woordelijk getranscribeerd.

Ethische aspecten

Dit onderzoek viel buiten de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, waardoor formele toetsing van een medisch-ethische commissie niet noodzakelijk was. In het ziekenhuis vond wel een onafhankelijke kwaliteitscontrole plaats, om ervoor te zorgen dat het onderzoek voldeed aan de betreffende wet- en regelgeving (zoals *informed-consent* procedure, datamanagement, privacy en juridische aspecten). Alle deelnemers gaven schriftelijk toestemming.

Data-analyse

Dossieronderzoek

We analyseerden de uitkomsten van het dossieronderzoek met beschrijvende statistiek met Excel.

Interviews met jongeren en ouders

De data werden geanalyseerd met inductieve thematische analyse en verwerkt in ATLAS.ti (versie 24).⁷ Twee onderzoekers (TA en EP) verrichtten de volledige analyse onafhankelijk van elkaar en een derde onderzoeker (DvR) analyseerde onafhankelijk 10% van de interviews.⁸ Deze onderzoekers bespraken hun bevindingen om de betekenis van de codes en thema's te verdiepen, waarna we deze in het volledige onderzoeksteam evalueerden en vaststelden.

Focusgroep-interviews

Bij de analyse van de focusgroep-interviews volgden we hetzelfde proces als de analyse van de interviews met jongeren en ouders, waarbij we ook de notities van de onderzoekers meenamen.

RESULTATEN

Dossieronderzoek

In totaal werden 280 jongeren (360 opnames) van 16-23 jaar opgenomen op de HIC. 5 jongeren werden 18 jaar tijdens hun opname, maar bleven opgenomen op de HIC-J en 12 jongeren < 18 jaar werden ondanks hun leeftijd toch opgenomen op de HIC-J. Op de HIC-J verbleven 175 jongeren (227 opnames) en op de HIC-VW 113 jongeren (136 opnames), van wie 11 jongeren op beide afdelingen.

De gemiddelde leeftijd was 18,0 jaar (SD: 2,2). De meerderheid was vrouw (69%), woonde thuis bij (een van de) ouders (78%) en was primair opgenomen om suïcidaliteit af te wenden (54%). Het overgrote deel van de jongeren (91%) was eerder in de ggz behandeld en had meerdere classificaties gekregen (71%).

Interviews met jongeren en ouders

Er namen 9 jongeren deel aan een interview: 5 verbleven op beide HIC-afdelingen, 2 alleen op de HIC-J en 2 uitsluitend op de HIC-VW (tabel 1). Daarnaast interviewden we 10 ouders (8 moeders, 1 vader en 1 tante). Na 17 interviews werden geen nieuwe thema's meer genoemd.

Tabel 1. Gegevens van geïnterviewde jongeren

	N (%)
Geslacht	
Vrouw	7 (78%)
Man	2 (22%)
Gem. leeftijd (SD)	19,4 (1)
Thuiswonend	7 (78%)
Opleidingsniveau^a	
Laag	2 (22%)
Gemiddeld	6 (67%)
Hoog	1 (11%)
Opnames^b	
HIC-J & HIC-VW	5 (56%)
Alleen HIC-J	2 (22%)
Alleen HIC-VW	2 (22%)
Gem. aantal opnames HIC (SD)	3,3 (3,9)
Opnamereden	
Suïcidaliteit	8 (89%)
Anorexia nervosa	1 (11%)

^aCategorieën volgens Centraal Bureau voor de Statistiek.

^b inclusief 'bed op recept'.

Uit de thematische analyse van de interviews met jongeren en hun ouders werden vier thema's gedefinieerd: plaatsing en afdelingsklimaat, autonomie en ouderbetrokkenheid, bejegening, en aandacht voor de transitie.

Plaatsing en afdelingsklimaat

Jongeren

Jongeren ervoeren de leeftijdsgebonden plaatsing in HIC-J of HIC-VW als onverwacht en van buitenaf besloten. De meeste jongeren hadden geen inspraak hierin. *'De dag voordat ik achttien werd, kwam ik uit mijn laatste jeugdopname. Ik denk anderhalf of twee maanden nadat ik achttien was, was het ineens volwassene. Dat was echt heel gek, dat ik dacht: huh?'*

Jongeren vonden dat er meer gekeken kon worden naar welk type afdeling het meest passend was bij hun ontwikkelingsleeftijd, los van de kalenderleeftijd.

Jongeren voelden zich meestal veilig op de HIC-J, ondanks eventuele onrust of agressie van medepatiënten. De HIC-VW werd door het merendeel ervaren als 'prikkelarm en klinisch', 'spannend', 'heftig' en 'overweldigend'. Zo vonden zij het ongemakkelijk of beangstigend om onderdeel te worden van de groep volwassenen terwijl zij zichzelf nog een kind voelden.

'Ik ben blij dat ik op jeugd zit nog steeds (...). Als ik hier op de gang loop en ik zie dan mensen van andere afdelingen die wat volwassener zijn, dan word ik af en toe een beetje bang.'

Ouders

Ouders bevestigden dat er rondom plaatsing weinig tot geen ruimte was voor maatwerk.

'Op het moment dat de opname moest komen, dan is het gewoon; je bent 18, dan ga je gewoon naar de volwassenen. Dan heb je geen keuze.'

Wanneer jongeren tijdens hun opname 18 werden, vonden ouders het prettig dat hun kind de behandeling kon afronden op de HIC-J.

Autonomie en ouderbetrokkenheid

Jongeren

De meeste jongeren vonden het lastig om de balans te vinden tussen autonomie en het betrekken van ouders in hun behandeling, mede door verschillende benaderingen van zorgverleners. Ouders werden op de HIC-J standaard betrokken bij zaken, maar op de HIC-VW werd verwacht dat jongeren autonoom gesprekken voerden en beslissingen namen. De meeste jongeren waardeerden deze toegenomen keuzevrijheid en eigen regie.

'Ik vond het ergens fijn dat ik een gesprek kon hebben zonder dat mijn ouders, vooral mijn moeder, er 24/7 op hoefden te zitten. Ik vond dat een soort fijne verandering.'

Sommige jongeren vonden het lastig om zonder ouders beslissingen te nemen. Vooral als er veel zorgverleners aanwezig waren tijdens beslismomenten voelden ze zich geïntimideerd en durfden minder te delen. Het hielp

om zich op deze momenten voor te bereiden met een zorgverlener.

Bij sommige jongeren leidde het bewustzijn van hun toegenomen autonomie tot het verbergen van klachten. *'Ik ben ook goed geworden in het voordoen alsof het anders met me gaat, dat kon ik bij Volwassenen wat meer gebruiken van: oh, ik doe alsof het goed gaat, zodat ik meer vrijheid krijg.'*

Ouders

Sommige ouders vonden de jongeren te kwetsbaar voor de mate van autonomie op de HIC-VW.

'Op het moment dat ze zestien zijn, dan word je als ouder buitengesloten, als zijnde van: het is nu de verantwoordelijkheid van het kind. Maar dat kind heeft problemen en die kan het niet allemaal zelf. (...) Het is natuurlijk van de zotte dat van de ene op de andere dag ben je zestien of achttien en dan verandert het.'

Andere ouders vonden het juist belangrijk dat jongeren meer verantwoordelijkheid kregen ter voorbereiding op de volwassenheid. Daarnaast hadden ouders behoefte aan meer betrokkenheid en informatie over het behandelproces, communicatie en begrip voor hun zorgen.

Bejegening

Jongeren

De bejegening op de HIC-J beschreven de jongeren vaak als 'betrokken' en 'beschermend'. Op de HIC-VW vonden zij de bejegening direct, gericht op zelfstandigheid en met veel ruimte voor eigen regie. De jongeren die op beide HIC-afdelingen verbleven, vonden deze verschillen groot.

'Dat kwam voor mij een beetje uit de lucht vallen van: oh, ik krijg ineens heel veel zelf... Ik mag ineens heel veel regie hebben over mezelf.'

Andere jongeren waardeerden juist de keuzevrijheid op de HIC-VW en hadden behoefte aan stimulering van zelfstandigheid vanaf 16 jaar. Op beide afdelingen waardeerden jongeren zorgverleners die open, eerlijk en direct waren, en jongeren voelden zich beter ondersteund wanneer er vertrouwen werd opgebouwd. Jongeren pleitten voor een kleine, huiselijke afdeling met duidelijke afspraken, dagstructuur en ondersteunend leefklimaat.

Ouders

Ouders ervoeren veelal de HIC-J als warmer en zorgzamer dan de HIC-VW, zowel voor hun kinderen als voor henzelf. Sommige ouders vonden de HIC-J wat 'betuttelend' en hadden graag meer ondersteuning gezien om jongeren zelf dingen te laten doen. Ouders hechtten waarde aan ondersteuning bij het herstellen van de ouder-kindrelatie (bijvoorbeeld door overnachting op de afdeling en systeemgesprekken). Dit misten zij op de HIC-VW.

'Bij Jeugd hadden wij een ouderbegeleider, en dat was bij Volwassenen niet. (...) Dat [de ouderbegeleider] was echt een meerwaarde.'

Daarnaast uitten ouders behoefte aan een warme, persoonlijke benadering met aandacht voor hun eigen zorgen en hulp bij het behoud van het sociale netwerk, wat als essentieel werd ervaren, vooral bij de overstap naar de HIC-VW.

Aandacht voor transitie

Jongeren

Tijdens opnames werd zelden gesproken over de mogelijkheid dat jongeren bij een nieuwe opname op de HIC-VW terecht zouden komen. Ook was er meestal geen expliciete uitleg over veranderingen in rechten, plichten en verwachtingen wanneer de jongere 16 of 18 jaar werd. Soms hoorden jongeren via anderen of via de crisisdienst over de verschillen tussen KJP en VWP. Enkele jongeren hadden zelf informatie opgezocht. De mate van voorbereiding beïnvloedde hoe jongeren de transitie beleefden.

'Ik denk een soort voorbereiding van waar je aan toe bent straks als je achttien wordt. En dat iemand eventjes mischien naar je kijkt als je dan op zo'n afdeling bent en alles is nieuw, want dat wordt, denk ik, een beetje onderschat.'

Sommige jongeren omschreven de overgang als zijnde 'groot' en hadden behoefte aan meer aandacht en begeleiding om stapsgewijs zelfmanagement en eigen verantwoordelijkheid te ontwikkelen.

Ondanks de (soms eenmalige opname in) acute setting pleitten jongeren voor voorlichting en een geleidelijke overgang, bijvoorbeeld via een transitieafdeling.

Suggesties voor een soepele overgang waren: rondleiding op de nieuwe afdeling, kennismaken met de zorgverleners, afscheid nemen van de jeugdafdeling, betrokkenheid bij de overdracht, contact met vertrouwde zorgverleners, en ondersteuning bij sociaal contact met andere patiënten.

'Niet dat je daar komt, dat je het hele verhaal nog een keer moet vertellen (...) als je al een (...) beeld hebt van hoe het eruitziet en (...) iemand van de verpleging zien en dan kort kennismaken, dan weet je een beetje wat je kan verwachten.'

Ouders

Ouders ervoeren dezelfde plotselinge veranderingen als de jongeren.

'Op het moment dat kinderen achttien worden, is het belachelijk dat er gewoon zo ongelooflijk veel verandert. Dat ze naar andere hulpverleners moeten, naar andere instanties moeten, andere financiering hebben. Dat is echt dramatisch.'

Veel ouders voelden zich niet goed geïnformeerd en gaven aan dat er onvoldoende communicatie was over de overgang in zorg.

'Je wordt ook meteen, ook al was ze nog geen achttien, niet meer geïnformeerd; 'want we behandelen haar als volwassene''

Ouders vonden meer betrokkenheid en ondersteuning bij de transitie cruciaal. Ze noemden betere communicatie, continuïteit en begrip voor de specifieke behoeften van jongeren essentieel voor een soepele overgang.

Focusgroepen met zorgverleners

In totaal namen 17 zorgverleners deel aan de focusgroepen, van wie 6 aan beide groepen. De meerderheid was vrouw (71%). 6 zorgverleners werkten alleen in de KJP, 6 alleen in de VWP en 5 in zowel KJP als VWP. Deelnemers waren 4 (kinder- en jeugd)psychiaters (in opleiding), 9 verpleegkundigen, 3 systeembegeleiders en 1 ervaringsdeskundige. Het eerste focusgroep-interview had 12 deelnemers en duurde 81 minuten en het tweede had 11 deelnemers en duurde 83 minuten. We beschrijven de resultaten aan de hand van de thema's uit de interviews met jongeren en ouders.

Plaatsing en afdelingsklimaat

Zorgverleners erkenden dat jongeren meestal werden geplaatst op basis van kalenderleeftijd.

Om een goede keuze over plaatsing te kunnen maken, gaven zij aan vooral de mate van autonomie, verantwoordelijkheid en behoeften mee te wegen van de jongere, evenals de mogelijkheid om te kunnen afstemmen met betrokkenen. Die informatie was er vooraf vaak niet, waardoor zij het gemakkelijker vonden om tijdens een opname een plaatsingskeuze te maken. Alleen wanneer jongeren al eerder op HIC-J waren geweest en zij dus bekend waren, overwogen zorgverleners wel eens vooraf welke afdeling het meest passend zou zijn. Ze noemden dat triage vóór opname zou kunnen helpen bij het maken van een plaatsingskeuze.

Autonomie en ouderbetrokkenheid

Zorgverleners bevestigden de moeilijke balans tussen autonomie en ouderbetrokkenheid en dat op beide onderdelen het beleid op de HIC-afdelingen duidelijk verschilde. Zo was, in tegenstelling tot de HIC-VW, ouderbetrokkenheid volledig geïntegreerd op de HIC-J. Zorgverleners pleitten voor meer continuïteit tussen de afdelingen, vooral op het gebied van ouderbetrokkenheid en samen beslissen.

'Maar als iemand zegt: ik wil niet dat mijn ouders bij dat gesprek zijn, dan moeten we wel het gesprek aangaan. Misschien doen we dat te weinig (...) eigenlijk is dat heel raar, want je woont bij die mensen.'

Bejegening

Zorgverleners herkenden dat de HIC-J gericht was op pedagogische ondersteuning van de groep en de HIC-VW op het individu en zelfstandigheid. Zorgverleners op de HIC-VW waren zich niet altijd bewust van de extra ondersteuningsbehoeften van jongeren, terwijl HIC-J-zorgverleners zagen dat zij soms te 'zorgend' waren. Om meer overeenstemming te bereiken werd de suggestie gedaan om een gezamenlijke visie op zorg voor jongeren op te stellen en zo meer uniformiteit tussen beide afdelingen te creëren.

'Ik denk dat je over het algemeen wel kunt zeggen dat (...) op de jeugdafdeling waarbij de sfeer meer familiair is, kleinschalig, knus en gezellig. We doen spelletjes met elkaar, terwijl Volwassenen veel meer individueel gericht is.'

Aandacht voor transitie

Zorgverleners gaven aan dat zij doorgaans niet met jongeren spraken over mogelijke toekomstige opnames op de HIC-VW. Zij wilden vooral perspectief bieden en geen toekomstige crisisopname suggereren.

'Je wilt ook niet zeggen: oh ja, je bent nu bij ons opgenomen op Jeugd en je gaat volgende week met ontslag. Maar als je weer terugkomt ben je 18 en kom je op Volwassenen... daarom blijven we daar een beetje bij weg.'

Tegelijkertijd zagen zij dat een open gesprek over dit onderwerp juist kansen bood om jongeren beter voor te bereiden en hun betrokkenheid te vergroten. Andere verbeteringsuggesties waren: een transitieprotocol, warme overdrachten, rondleidingen en structurele personeelsuitwisseling.

DISCUSSIE

In deze studie onderzochten we de kenmerken van jongeren in de transitieleeftijd op een HIC-J en HIC-VW en de ervaringen van jongeren, ouders en zorgverleners rondom de transitie.

Uit de analyse van de kenmerken blijkt dat de jongeren complexe problematiek hebben, met regelmatig klachten rondom suïcidaliteit en een uitgebreide voorgeschiedenis in de ggz. Op basis van de interviews met jongeren en ouders identificeerden we vier thema's: plaatsing en afdelingsklimaat, autonomie en ouderbetrokkenheid, bejegening, en aandacht voor transitie. Jongeren en ouders ervoeren de overgang als ingrijpend en hadden behoefte aan continuïteit, betrokkenheid van zorgverleners en duidelijke communicatie. Deze bevindingen komen overeen met die van eerdere studies, die ook wijzen op onverwachte veranderingen in verantwoordelijkheden en een gebrek aan voorbereiding, communicatie en continuïteit van zorg.⁹⁻¹²

Zorgverleners, jongeren en ouders benoemden onafhankelijk van elkaar dat men op de HIC-J soms te verzorgend is, terwijl men op de HIC-VW veel nadruk legt op autonomie en eigen regie. Deze verschillen illustreren de complexiteit van herstelondersteunend werken: het vinden van een balans tussen het bevorderen van autonomie en het waarborgen van de veiligheid binnen HIC-afdelingen.

Suggesties voor de praktijk

Hoewel de aandacht voor transitiepsychiatrie is toegenomen en er diverse hulpmiddelen beschikbaar zijn om jongeren in hun transitieproces te ondersteunen, lijken zorgverleners binnen de HIC-afdelingen (en mogelijk ook binnen andere acute settingen) zich onvoldoende bewust van hun rol binnen dit proces. Onze resultaten laten de noodzaak zien van aandacht voor transitie tijdens een acute opname.

Echter, de generaliseerbaarheid is beperkt omdat dit onderzoek binnen één academisch ziekenhuis plaatsvond. Daarnaast is het afhankelijk van de HIC-

afdelingen en ketenpartners hoe zij de verbinding kunnen optimaliseren. Twee verbeterpunten zijn breed toepasbaar.

Ten eerste bleek uit de interviews dat jongeren en ouders behoefte hadden aan voorbereiding op eventuele nieuwe opnames in de VWP. Tegelijkertijd voelden zorgverleners zich bezwaard om dit te bespreken, omdat zij niet wilden suggereren dat nieuwe opnames zouden volgen. Inzicht in deze behoefte zal voor zorgverleners de drempel verlagen om het gesprek te voeren. Bijscholing voor zorgverleners van zowel HIC-J als HIC-VW over transitiezorg door experts en ervaringsdeskundigen kan zorgverleners ondersteunen. Dit kan men combineren met intervisie over het bespreekbaar maken van dit onderwerp op een niet-alarmerende manier.

Ten tweede kan men in de VWP meer gebruikmaken van het steunnetwerk en daarmee de uniformiteit tussen KJP en VWP vergroten. Hoewel veel jongeren thuiswonend zijn, werden ouders beperkt betrokken op de HIC-VW. Ouders kunnen de jongeren empoweren als expert in hun aandoening en zelf op de achtergrond beschikbaar blijven.^{4,11-14} Daarbij is de rol van het ambulante kader enigszins onderbelicht gebleven, terwijl juist zij, buiten de acute zorg, laagdrempelig met jongeren kunnen spreken over de overgang van KJP naar VWP.

Sterke punten en beperkingen

Sterke punten van deze studie zijn dat we de perspectieven van jongeren, ouders en zorgverleners hebben meegenomen. Doordat de tweede focusgroep een reflectief karakter had, werden praktische verbeterpunten geformuleerd. Voor zover wij weten, is dit het eerste onderzoek naar transitiezorg in een HIC-setting.

Beperkingen van dit onderzoek zijn dat niet alle jongeren en ouders ervaring hadden met beide afdelingen, en dat sommige interviews tijdens klinische opname werden afgenomen door betrokken zorgverleners. Dit kan enerzijds leiden tot sociaal wenselijke antwoorden,

maar anderzijds ook tot meer openheid door bestaande vertrouwensrelaties.

CONCLUSIE

Zoals de titel 'Vannacht werd ik volwassen' weergeeft, ervaren jongeren en ouders de overgang van jeugd- naar volwassenenpsychiatrie in een acute setting als een grote overgang. Dit terwijl er door de complexe problematiek behoefte is aan continuïteit. Hoewel een opname op een HIC een korte onderbreking van een langer zorgproces is en zorgverleners terughoudend zijn om mogelijke toekomstige opnames op een HIC-VW te bespreken, laten onze resultaten zien dat er juist behoefte is aan adequate informatievoorziening en voorbereiding op de transitie, in verbinding met de jongeren en hun ouders. De resultaten uit deze studie, samen met bestaande handvatten zoals het HIC-werkboek, de kwaliteitsstandaard en het dossier over transitiepsychiatrie van het Kenniscentrum KJP, geven HIC-afdelingen een richting om de principes uit de transitiepsychiatrie een prominere rol te geven in de dagelijkse HIC-zorg.

LITERATUUR

- 1 Anderson JK, Newlove-Delgado T, Ford TJ. Annual Research Review: A systematic review of mental health services for emerging adults – moulding a precipice into a smooth passage. *J Child Psychol Psychiatry* 2022; 63: 447-62.
- 2 Farre A, Wood V, McDonagh JE, e.a. Health professionals' and managers' definitions of developmentally appropriate healthcare for young people: conceptual dimensions and embedded controversies. *Arch Dis Child* 2016; 101: 628-33.
- 3 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services. NICE Guideline NG43. Londen: NICE; 2016.
- 4 Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Kwaliteitsstandaard Jongeren in transitie van kinderzorg naar volwassenenzorg. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2022.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Tessa Augustijn*, verpleegkundige, onderzoeker en beleidsmedewerker zorg, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Karin Hagoort*, promovendus en teamleider Innovatie, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Esmée Plokker, verpleegkundige in opleiding tot specialist, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Annemieke Dols, psychiater en onderzoeker, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Diane van Rappard, kinder- en jeugdpsychiater en onderzoeker, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Margo Faay, verpleegkundige en onderzoeker, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

*Gedeeld eerste auteurschap.

Correspondentie

Karin Hagoort (k.hagoort@umcutrecht.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-10-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(1):26-31