

Psychische zorg van 0 tot 100

Wat kunnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie van elkaar leren zodat psychische klachten in de kindertijd niet uitgroeien tot langdurige ernstige psychische aandoeningen?

Een verkenning van Kenniscentrum Phrenos en Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie
Juni 2020

Uit de praktijk van de transitiepsychiatrie blijkt dat het niet altijd eenvoudig is voor de kinder- en jeugdpsychiatrie enerzijds en de volwassenenpsychiatrie anderzijds om elkaar te vinden. Lange tijd zijn het twee gescheiden werelden geweest, met ieder een eigen taal, expertise en soms ook belangen. Gelukkig zien we hierin steeds meer een kentering optreden en worden er verbindingen gelegd en initiatieven opgezet zoals bijvoorbeeld in de adolescententeams bij [Mondriaan](#), [Reinier van Arkel](#), [Heldr](#) en [Youz](#). Deze teams werken over de grens van 18 jaar heen. Desalniettemin blijkt structureel samenwerken niet eenvoudig.

De werelden van de kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie worden van elkaar gescheiden door een kunstmatige 'knip' op het moment dat een jongere 18 jaar wordt, zowel in financiering en onderzoek als in de behandelpraktijk. Deze scheiding tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie bemoeilijkt continuïteit van zorg. Dit kan belemmerend werken voor alle facetten van herstel en kan het aanhouden van klachten op de lange termijn in de hand werken. Het is daarom belangrijk dat de kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie nauwer met elkaar samenwerken en leren van elkaars sterke en minder sterke punten.

Krachtenbundeling

[Kenniscentrum Phrenos](#) en [Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#) (KJP) zetten zich beide in voor goede continue zorg voor mensen met psychische problemen. Zij hebben daarom besloten om samen te verkennen hoe het bundelen van kennis en expertise van meerwaarde kan zijn in het voorkomen van langdurige psychische problemen. Vanuit de overtuiging dat het perspectief van de kinder- en jeugdpsychiatrie een meerwaarde biedt op de kennis en inzichten van de volwassenenpsychiatrie en vice versa, hebben de twee organisaties de volgende centrale vraag opgeworpen:

Wat kunnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie van elkaar leren zodat psychische klachten in de kindertijd niet uitgroeien tot langdurige ernstige psychische aandoeningen?

In deze verkenning is gekeken naar welke perspectieven uit beide werelden relevant zijn voor de ander, wat er nodig is om de behandeling zo vloeiend mogelijk te laten verlopen, welke initiatieven en kennis al beschikbaar zijn en waar de lacunes zitten in kennis en behandeling. Er zijn gesprekken gevoerd met verschillende experts en ervaringsdeskundigen uit zowel de kinder- en jeugdpsychiatrie als de volwassenenpsychiatrie. Onderstaande bevindingen zijn het resultaat van deze gesprekken. Voor verdere toelichting op onze werkwijze, zie de verantwoording.

De noodzaak van kennisuitwisseling samengevat

Uit de gesprekken bleek dat kennisuitwisseling tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie op veel punten wenselijk is. Er zijn drempels aan te wijzen die continuïteit

van goede zorg belemmeren, evenals mogelijkheden om deze juist te verbeteren. Ook zijn er lessen te leren over en weer. Hieronder worden deze punten kort genoemd; we bespreken ze vervolgens uitgebreid.

Om psychische problemen op de lange termijn te voorkomen of te verminderen is het belangrijk om in de kinder- en jeugdpsychiatrie en transitiepsychiatrie in te zetten op:

- *Vroege detectie en vroeg ingrijpen*
- *Weerbaarheid en zelfregulatievaardigheden, ontwikkeling van identiteit en autonomie*
- *Normaliseren en destigmatiseren*

Om continuïteit in behandeling zo vloeiend mogelijk te laten verlopen moeten we kijken naar:

- *Ontschotting*
- *Levensloop perspectief*
- *Verbinden op kwetsbaarheden*
- *Het bredere netwerk betrekken, incl. school, werk en opleiding*

Lessen uit de kinder- en jeugdpsychiatrie gaan over:

- *Een ontwikkelingsgerichte aanpak*
- *Een systeemaanpak*
- *Voorlichting*
- *Opvang na suïcide*

Lessen uit de volwassenenpsychiatrie gaan over:

- *Een lange termijn visie*
- *Herstelgericht werken en de inzet van ervaringsdeskundigheid*
- *Behandeling in de eigen omgeving*

Hieronder zullen we de inbreng van de experts op bovenstaande uitkomsten puntsgewijs uitwerken.

Wat is er in de kinder- en jeugdpsychiatrie en transitiepsychiatrie nodig om langdurige problemen te voorkomen?

- *Vroege detectie en vroeg ingrijpen*

Ongeveer driekwart van de psychische klachten manifesteert zich voor het 25^e levensjaar¹.

Problemen in met name de late adolescentie zijn belangrijke voorspellers voor langdurige ernstige problemen op latere leeftijd. Vroege detectie en vroeg ingrijpen zijn cruciaal om problemen op de langere termijn te voorkomen. Jongeren komen nu pas laat in beeld bij de ggz, vaak pas als er al vele jaren problemen zijn. Dit heeft veelal te maken met schaamte over de psychische problemen en het stigma dat daarop rust, met onbekendheid over waar men terecht kan en hoe dat dan gaat, ook financieel, met de wachtlijsten die in veel gevallen maken dat wanneer een jongere aangemeld is, deze nog vele maanden moet wachten voor hij of zij terecht kan, enz. De ggz kampt helaas nog steeds met hoge drempels, waardoor de hulpverlening vaak te laat op gang komt.

- *Inzetten op weerbaarheid en zelfregulatievaardigheden*

¹ Zie ook het kennisdossier [Signalering en triage](#) van het Kenniscentrum KJP.

Naast vroege detectie moet ook zo vroeg mogelijk ingezet worden op zelfregulatie en het leren van zelfmanagementvaardigheden. Hierdoor leren jongeren bijvoorbeeld dat het niet aan hen ligt dat hun ouders ruzie maken of alcohol gebruiken. Ze leren dat ze niet de enige zijn. En ze leren omgaan met tegenslag.

Beperkte zelfregulatievaardigheden is één van de belangrijkste risicofactoren voor chronische verslavingsproblematiek (naast roken in jonge adolescentie, depressie, cannabis/alcohol gebruik en man zijn). Een laag zelfbeeld en gevoeligheid voor de mening van anderen is een extra risico voor jongeren. En lastig te onderkennen omdat het tot op zekere hoogte ook bij de puberteit hoort. Jongeren moeten leren grenzen aan te geven en goed voor zichzelf te zorgen. In het kader van weerbaarheid vergroten is het ook van belang dat jongeren weer vertrouwen krijgen in hun eigen kunnen, inzicht krijgen in wat ze nodig hebben en dat durven aangeven.

“Jongeren moeten leren dat zij het zelf moeten doen. Ze moeten leren leven.” (ervaringsdeskundige jongere).

Voor het vergroten van de weerbaarheid is psycho-educatie op scholen en sportscholen naast inzetten op publieke geestelijke gezondheid cruciaal. Het programma *Binnenstebuiten* van Samen Sterk zonder Stigma is een voorbeeld van hoe voorlichting op scholen kan worden aangepakt, evenals het *Storm-project* (Strong Teens and Resilient Minds), een programma om somberheidsklachten bij middelbare scholieren vroegtijdig te signaleren en aan te pakken. Positieve ervaringen moeten zoveel mogelijk gestimuleerd worden en in de hulpverlening moet voorkomen worden dat het gesprek alleen over negatieve dingen gaat.

“Wat aandacht krijgt dat groeit, dus je moet vermijden dat je het alleen over negatieve dingen hebt met een kind.” (ervaringsdeskundige).

Het is van belang dat niet alleen de ggz maar ook het onderwijs op vele manieren werken aan weerbaarheid, autonomie en eigen regie. Hoe eerder je als kind leert omgaan met moeilijke situaties en leert signaleren en bijsturen, hoe minder ernstig je klachten op termijn worden. Hiervoor is veel aandacht in de WRAP (Wellness Recovery Action Plan). Dit wordt door ervaringsdeskundigen als een zeer waardevol instrument ervaren. Ook de cursus *Herstellen doe je zelf* wordt in dit kader genoemd door ervaringsdeskundige jongeren.

- *Normaliseren en destigmatiseren*

Normaliseren en herstelgericht werken is in deze levensfase zeer belangrijk. Goed luisteren, aansluiten, vragen waar iemand voor wil gaan, perspectief en hoop bieden. Jongeren het gevoel geven dat het oké is om (af en toe) af te wijken. Daarbij is ook praktische ondersteuning nodig. Bijvoorbeeld dat een professional je actief steunt bij het onderhouden van de contacten met mensen die belangrijk zijn, of bij een terugkeer naar school of (bij)baan.

Stigma heeft een belangrijke rol bij het ontstaan van langdurige klachten. Stigmatisering is een proces waarbij een groep negatief wordt gelabeld, veroordeeld en uitgesloten. Dit gebeurt op basis van vooroordelen en aannames over bijvoorbeeld uiterlijk of bepaalde psychische kwetsbaarheden. Hoewel zoals eerder aangegeven vroege detectie van groot belang is, bestaat ook het gevaar van te vroeg labelen, hetgeen stigmatisering juist in de hand kan werken.

Bij jongeren met psychische klachten is het vooral belangrijk oog te hebben voor zelfstigma, omdat zelfstigma hen belemmert om hulp te zoeken en om die hulp te blijven benutten.

De effecten van stigma kunnen erger zijn dan de psychische klachten zelf. Ook hierin is het belangrijk om niet teveel te problematiseren en te kijken naar wat jongeren kunnen leren om er minder last van te hebben. Het zou goed zijn als de kinder- en jeugdpsychiatrie maar ook de volwassenenpsychiatrie meer aandacht zou hebben voor het bestrijden van stigmatisering, zowel in de samenleving als binnen de ggz, bij naasten en bij jongeren met psychische problemen zelf².

Wat is er nodig om de behandeling vloeiend te laten verlopen in de overgang naar volwassenheid?

- *Ontschotting*

Voor een soepele overgang van kinder- en jeugdpsychiatrie naar volwassenenpsychiatrie is ontschotting tussen de diverse domeinen nodig. De knip die bij 18 ligt, pakt heel ongelukkig uit omdat dit een zeer kwetsbare leeftijd is. Hoewel er goede voorbeelden zijn van transitieteams waarbij geen sprake van een 'knip' is, blijft er in veel situaties sprake van organisatorisch en financieel gescheiden sectoren. Goede samenwerking kan de overgang naar volwassenheid optimaal ondersteunen, zonder dat de jongere nadelige gevolgen van discontinuïteit van behandelaar en zorg en ondersteuning ondervindt. De praktijk van de transitieteams wijst inmiddels uit dat veel jongeren vervolgens rond het 25^e jaar afscheid nemen van de ggz.

Sociologisch gezien is de periode van 17 tot 24 jaar enorm belangrijk, een fase waarin je allerlei keuzes moet maken. Ook de identiteit wordt in deze tijd grotendeels gevormd. Wanneer er in die periode iets misgaat zonder dat daar goed op gereageerd wordt, heeft dat een belangrijke en soms blijvende impact op je leven. Vanuit dat perspectief is transitiepsychiatrie heel waardevol. Daarin wordt, indien nodig, de transfer naar de volwassenen ggz tijdig voorbereid. In dat geval zal per persoon bekeken moeten worden wat het beste moment is om uit te stromen en over te gaan naar de volwassenenpsychiatrie.

“De knip bij 18 jaar zou een non-issue kunnen zijn als we FACT-teams hadden voor 0 tot 107 en in de backoffice de factuur tot 18 jaar de ene kant op ging en daarna de andere kant op.” (professional).

Het werken met transitieteams voor jongeren heft veel van belemmeringen op. Omdat er echter binnen de transitieteams gebruik wordt gemaakt van twee verschillende wetgevingen en subsidiestromen, kan zo'n team alleen geïmplementeerd worden in een organisatie waar zowel jeugd- als volwassenenzorg aanwezig is.

- *Levensloop perspectief*

We moeten meer naar het levensloop perspectief kijken wanneer we continuïteit in zorg willen waarborgen. Ontwikkelings- en leeftijdsgrenzen lopen immers vaak niet synchroon, met als gevolg dat de jongere de juiste zorg en ondersteuning misloopt. Er zijn meerdere overgangsmomenten in de levensloop, zoals van kind naar jongere en van jongere naar volwassene. Problemen in die periodes zijn redelijke voorspellers van een langdurig beloop van klachten. Een eenmalige behandeling helpt onvoldoende. Het is beter om laag intensief te monitoren bij een kwetsbare groep en waar nodig zorg op- en af te schalen (F-ACT-achtig model). De Engelse NICE richtlijnen³ geven goed richting aan een levensloopgerichte manier van kijken. Deze richtlijnen bestaan uit een basis voor somatische, psychische en sociale zorg met aparte modules per vakgebied. Men staat daarbij een geïntegreerde aanpak van de problemen op al deze vakgebieden voor.

² Zie ook het kennisdossier [Destigmatisering](#) van het Kenniscentrum KJP.

³ <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43/chapter/Recommendations>

In de kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie worden verschillende meetinstrumenten gebruikt. Met het oog op het werken aan een goede levensloopbegeleiding, is het van belang dat iemand over een langere periode met hetzelfde instrument gevolgd kan worden.

- *Transdiagnostische aanpak*

De scheiding in diagnostische classificaties heeft, zeker bij jongeren, niet altijd inhoudelijke meerwaarde, aldus de experts. Het feit dat een indicatie nodig is om hulp te krijgen kan zelfs belemmerend werken. Die indicatie creëert bovendien afhankelijkheid van zorg en die afhankelijkheid creëert een extra handicap bovenop het psychiatrisch beeld in termen van autonomie en zelfredzaamheid.

“Ik stel wel eens dat wij een mooie indeling van de psychische problemen hebben gemaakt met de DSM-5, maar dat de patiënten zich niet netjes aan onze indeling houden.” (professional)

Transdiagnostisch werken heeft de voorkeur, het cluster van klachten en kwetsbaarheden en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte zou leidend moeten zijn. Daarbij is het belangrijk om in te zetten op geïntegreerde behandeling van klachten, ook om continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Specialistische kennis blijft noodzakelijk maar deze zou ingezet moeten worden bij specifieke problemen.

- *Het bredere netwerk betrekken*

Het is belangrijk om naast bij de behandeling te betrekken, zeker op het moment dat jongeren een nieuwe levensfase ingaan. Op die momenten worden vaak allerlei contacten afgebroken door verandering van woonomgeving en bijvoorbeeld opleiding of werk. De exacte betrokkenheid van naasten moet per persoon bekeken worden. Bij jongeren die nog thuis wonen of waar de directe omgeving een grote rol speelt, is betrokkenheid van groter belang. Bij zelfstandige jongeren is één keer afspreken met de familie soms voldoende.

Naast betrokkenheid van het sociale netwerk, is ook samenwerking met het bredere en vaak informele netwerk van belang. Daarbij kan gedacht worden aan school, opleiding, werk, buurt, sportvereniging, enz. Jongeren zijn bovendien vaak heel actief in de e-community. Daar zou in de behandeling veel meer gebruik van gemaakt kunnen worden.

Wat kan de volwassenenpsychiatrie leren van de kinder- en jeugdpsychiatrie?

- *Een ontwikkelingsgerichte aanpak*

Jongvolwassenen die in de volwassenen ggz terecht komen moeten enorm schakelen, zowel met betrekking tot de vorm als de inhoud van de zorg. Een goed voorbeeld waar zowel inhoud als vorm van zorg meespelen, is een opname in een kliniek die niet tot weinig op jongeren ingesteld is. Jongeren worden dan niet alleen uit het normale leven gerukt, ook komen ze terecht in de setting van de volwassenenpsychiatrie, hetgeen voor een jongere confronterend kan zijn en geen of zelfs een negatief perspectief biedt. Meer aandacht voor jongeren, peer-contact en levensfase is een belangrijk verbeterpunt. Bij een meer ontwikkelingsgerichte aanpak gaat aandacht voor (psychische) klachten hand in hand met aandacht voor een leeftijdsconforme vorm en inhoud van zorg, andere levensdomeinen en vooral ook de krachten van de jongere.

“Het ging helemaal niet over de dingen waar ik mee bezig was. Men zei zelfs dat dat later wel zou komen, mijn school, mijn vrienden.” (jongere).

In de volwassenenpsychiatrie, zo stelden de experts, zijn de psychische en sociale kant van het leven niet altijd met elkaar verbonden in de behandeling. Bij kinderen is het echter onvermijdelijk ook de sociale kant mee te nemen in de behandeling. Kinderen zijn hoe dan ook in ontwikkeling. Ze leven in gezinsverband, zitten bijvoorbeeld op school waar die psychische klachten problemen veroorzaken, enz. Die geïntegreerde aanpak kan de volwassenenpsychiatrie van de kinder- en jeugdpsychiatrie leren.

Ook het eerder genoemde transdiagnostisch werken en uitgaan van kwetsbaarheden, zit meer verankerd in de kinder- en jeugdpsychiatrie dan in de volwassenenpsychiatrie.

- *Een systeemaanpak*

De meer vanzelfsprekende systeemaanpak is in de kinder- en jeugdpsychiatrie een sterk punt. Er wordt meer gewerkt met bijvoorbeeld systeemtherapeuten, open dialogue en resource groepen. Ook wordt er tijdens de intake standaard een genogram gemaakt. Dit kan een meerwaarde hebben in de volwassenenpsychiatrie.

De volwassenen ggz kan leren van de jeugd ggz op het gebied van het betrekken van de naasten. Volwassenen worden ondanks de goede voorbeelden van samenwerking en betrokkenheid van naasten en de inzet van familie ervaringsdeskundigen in een aantal organisaties, toch nog te vaak alleen gezien, zonder het systeem. Het systeem betrekken is echter erg waardevol. Ouders zouden bijvoorbeeld veel langer een rol kunnen hebben in de behandeling, ook als hun kind ouder dan 18 is. In de volwassenensetting is dat niet vanzelfsprekend, dan komen naasten vooral in beeld in crisissituaties. De mogelijkheden alsook de noodzaak om de omgeving te betrekken in de samenwerkingsrelatie lijken minder voor de hand te liggen in de volwassenenpsychiatrie. Alles is om de patiënt gebouwd. In de kinder- en jeugd zijn hier meer mogelijkheden voor.

- *Voorlichting*

Op scholen is doorgaans meer ruimte voor voorlichting over psychische kwetsbaarheden dan op werkplekken. Het gebeurt wel deels maar hier kan nog veel worden gedaan.

- *Opvang na suïcide*

Opvang na suïcide lijkt ook beter geregeld bij de jeugd ggz. Er gaat bijvoorbeeld iemand vanuit de ggz naar school wanneer er een leerling suïcide heeft gepleegd om de andere leerlingen bij te staan.

Wat kan de kinder- en jeugdpsychiatrie leren van de volwassenenpsychiatrie?

- *Een lange termijn visie*

De kinder- en jeugdpsychiatrie kan leren van de volwassenenpsychiatrie dat ze voorbij het 18e jaar moet kijken. Ruimte maken voor kwetsbaarheid en niet alles willen fiksen. Je wilt voorkomen dat jongeren door psychische problemen als angsten, depressie, psychose, etc. gemarginaliseerd raken en dat daardoor de klachten blijven bestaan. Je kunt je beter richten op weerbaar leren zijn, dan op nooit meer psychotisch zijn. Leren leven, zoals een ervaringsdeskundige zei.

“De belangrijkste oplossing als je het hebt over wat je kunt doen in de kindertijd ter voorkoming van psychische invaliditeit op latere leeftijd is de vraag: ben je in staat om te blijven normaliseren zonder mensen die psychisch lijden en hun omgeving in de steek te laten? Deze vraag geldt zeker in de transitiefase.” (professional)

Normaliseren zonder te negeren klinkt eenvoudiger dan het is. Ideeën over psychiatrie, rolhoud van de eigen beroepsgroep, verantwoordelijkheden die daarbij horen, enz. kunnen de focus op

weerbaarheid en normaliseren in de weg staan. Hierbij kan gedacht worden aan het uitgangspunt dat een psychiater dient te genezen. Dat houdt ook in dat terugval te allen tijde voorkomen dient te worden of dat men als arts gefaald heeft als een depressie of psychose terugkomt.

- *Herstelgericht werken en de inzet van ervaringsdeskundigheid*

Werken vanuit herstel is iets wat binnen de volwassenen ggz meer gangbaar is dan bij de jeugd ggz. Herstelondersteunend werken betekent evenveel aandacht hebben voor de klachten als krachten van de patiënt. Een team bestaat bijvoorbeeld niet alleen uit de medische beroepsgroepen zoals psycholoog, psychiater en verpleegkundige, maar ook uit een ervaringsdeskundige. Het herstelconcept komt voort uit de cliëntenbeweging. Van daaruit zijn mensen begonnen met herstelverhalen te vertellen en de regie over het eigen leven centraal te zetten.

Meer in het algemeen is het inzetten van ervaringsdeskundigheid en lotgenotencontact een waardevolle ervaring binnen de volwassenen ggz waar de jeugd ggz van kan leren.

Ervaringsdeskundigen kunnen bij uitstek bijdragen door mensen te begeleiden in het weerbaar zijn en kunnen omgaan met wat er is geweest en wat er nu speelt. Zij geven bovendien hoop en herkenning, hele belangrijke elementen in de zorg en ondersteuning van jongeren.

“Je hebt als ervaringsdeskundige ‘embodied knowledge’. De ander voelt dat hij begrepen wordt omdat je een vergelijkbaar pad hebt gelopen. Dat is voelbaar en dat geeft veiligheid en gelijkwaardigheid.” (ervaringsdeskundige).

Dit is bij de volwassenen ggz beter ontwikkeld dan in de jeugd ggz. Jongeren zijn minder vaak inzetbaar als ervaringsdeskundige, daar zij zich in de opbouw van hun leven bevinden en zich in sneltreinvaart kunnen ontwikkelen naar een nieuwe levensfase. Daar hoort dan ook losmaking van de oude situatie bij. Soms zal dus gewerkt worden met ervaringsdeskundigen die niet dezelfde leeftijd hebben als de doelgroep, maar daar nog dichtbij zijn. Dat kan dan bijvoorbeeld iemand zijn van begin twintig.

- *Behandeling in de eigen omgeving*

Tot voor kort was de kinder- en jeugdpsychiatrie erg gehospitaliseerd. Problemen werden relatief snel met een opname opgelost. Ten opzichte van de volwassenenpsychiatrie is er een achterstand met betrekking tot ambulantisering. Problemen zouden veel meer in de eigen omgeving opgelost moeten worden, ook of wellicht juist bij jongeren. Wellicht dat deze ambulante aanpak ook tot gevolg zal hebben dat jongeren meer als autonome individuen gezien worden en de welwillende neiging tot ‘bemoederen’ vermindert.

Tot slot: [Moeten we het wel hebben over ‘chroniciteit’?](#)

Het gebruik van de term chroniciteit is binnen de ggz discutabel. Hoewel met de term bedoeld wordt op het feit dat problemen in sommige gevallen (te) lang aanhouden, kan deze tegelijkertijd de indruk wekken dat de situatie niet meer beter kan worden. Dat is onwenselijk, daar het doel juist is daar tijdig wat aan te doen. Psychopathologie heeft vaak geen onomkeerbaarheid in zich, ook al is sommige problematiek niet vanzelfsprekend van voorbijgaande aard.

“Er is altijd verandering mogelijk, al is het maar op het gebied van omgaan met kwetsbaarheid.”
(ervaringsdeskundige)

Verantwoording

De centrale vraag binnen het project was: Wat kunnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie van elkaar leren zodat psychische klachten in de kindertijd niet uitgroeien tot langdurige ernstige psychische aandoeningen?

Het kenniscentrum KJP heeft in samenwerking met experts uit het veld in 2018 een kennisdossier over transitiepsychiatrie⁴ opgesteld. Dit kennisdossier vormt een belangrijke bron van informatie voor het beantwoorden van deze vraag. Het is echter specifiek voor professionals in de kinder- en jeugdpsychiatrie geschreven. Daarom is het dossier in een eerste verkenning voorgelegd aan experts vanuit de volwassenenpsychiatrie met het verzoek na te gaan welke kennis vanuit dat perspectief zou kunnen worden toegevoegd.

Na deze eerste verkenning is een serie verdiepende interviews gehouden met experts uit zowel kinder- en jeugd- als volwassenenpsychiatrie, om meer kennis te verzamelen over wat de twee werelden van elkaar kunnen leren en hoe langdurige problematiek zoveel mogelijk voorkomen kan worden. Ook zijn vergelijkbare interviews gehouden met zowel volwassen ervaringsdeskundigen als jongeren. Daarnaast is een schriftelijke vragenlijst aan een aantal professionals uit beide werkvelden voorgelegd.

Oorspronkelijk was het de opzet om op basis van deze stappen een kennisdossier en -agenda op te stellen. Echter, tijdens de verkenning werd duidelijk dat het net in het leven geroepen landelijke Transitieteam zich gaat richten op een groot deel van wat onze focus had, namelijk verbetering van de transitiezorg van jongeren met langdurige zorgbehoefte in de overgang naar volwassenenzorg, inclusief psychische zorg⁵. Ook werd het artikel 'Voorkómen van stagnatie van herstel en chronische problemen bij patiënten in de ggz'⁶ gepubliceerd, waarin wordt ingegaan op de mogelijkheden van het voorkómen van chronische problematiek. Daarom hebben we besloten ons project af te ronden na de verdiepende interviews.

Wij zijn van mening dat de informatie die wij hebben verzameld waardevolle inzichten heeft opgeleverd. Daarom geven we die inzichten hier weer, met de aanbeveling ze mee te nemen in de verdere ontwikkeling van goede transitiezorg, met aandacht voor het zo tijdig mogelijk beperken van ernstige langdurige problematiek door psychische klachten op latere leeftijd.

Veel dank aan de ervaringsdeskundige jongeren en volwassenen en professionals die ons uitgebreid te woord hebben gestaan om deze kennis te kunnen bundelen.

Dit artikel is opgesteld door Sara van der Weerd en Nienke Bekkema van het Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie en Sarita Sanches en Dorothé van Slooten van Kenniscentrum Phrenos.

⁴ Zie het kennisdossier [Transitiepsychiatrie](#) van het Kenniscentrum KJP.

⁵ Dit betreft een tijdelijk project dat de richtlijnen transitie in zorg maakt. Contactpersoon is Esther Rake: e.rake@kennisinstituut.nl

⁶ Couwenbergh, C.P.G. & Van Weeghel, J. (2020). Vermijden van stagnatie van herstel en chronische problemen bij patiënten in de ggz: Een veldraadpleging onder Nederlandse experts. *Tijdschrift voor psychiatrie*. Jaargang 62, 18-26.