

#SGGG21

WERKGROEP 'TRANSITIEZORG'

Eva Baisier, Luc Beelaert, Anna Debaetselier, Stefanie Devos, Jeroen Dillen, Gaëlle Hendrickx, Kris Martens, Frieda Matthys, Olaf Mindermann, Helga Peeters, Kathleen Raskin, Roel Reubens, Kim Steeman, Katia Stultjens, Bie Tremmery, Rik Van Nuffel, Ruud van Winkel, Griet Vercaeren, May Vrijens, Karolien Weemaes, Eline Wittevrongel

“Ernstige psychische klachten ontstaan in driekwart van de gevallen voor de leeftijd van 24 jaar. Gespecialiseerde psychiatrische zorg voor deze levensfase is schaars en weinig toegankelijk. De overheid moet, in nauwe samenwerking met jongeren en de sector, werk maken van een kwaliteitsvolle hulpverlening voor onze jongeren, rekening houdend met de specifieke noden van deze doelgroep, en met speciale aandacht voor zorgcontinuïteit.”



De transitieleeftijd naar de volwassenheid is de ontwikkelingsfase waarin er voor jongeren veranderingen zijn in vrijwel alle levensdomeinen. Dit gaat van het kiezen van een opleiding of job, het zoeken van de eigen identiteit op vlak van levenswaarden, seksualiteit, vrienden, het aangaan van een vaste relatie, en vele andere zaken. Het is een geleidelijk proces naar volwassenheid, waarbij naastbetrokkenen zoals het gezin van oorsprong vaak een belangrijke rol vervullen, als springplank en als vangnet. De veelheid aan uitdagingen betekent echter ook dat het een fase is waarbij een deel van de jongeren moeilijkheden ervaren, met name als de hulpbronnen om deze transitie door te maken beperkt zijn, zoals het ontbreken van een sociaal netwerk of een stabiele gezinssituatie. Vaak zullen deze problemen van voorbijgaande aard zijn, maar soms ook niet. Deze fase brengt dus extra kwetsbaarheid met zich mee voor jongeren en hun context en is mede daardoor ook een periode waarin 75% van de psychiatrische stoornissen (!) ontstaat, wat het belang van deze levensfase nog maar eens onderstreept. Omwille van de eigenheid van deze levensfase en de ermee gepaard gaande uitdagingen op vlak van geestelijke gezondheid, is er de laatste jaren dan ook toenemend aandacht voor de specifieke psychologische, sociale, financiële en relationele noden van jongeren. **Transitiepsychiatrie spitst zich aldus toe op die jongeren tussen 16 en 24 jaar die (al dan niet tijdelijk) nood hebben aan psychologische of psychiatrische behandeling, rekening houdend met het ontwikkelingsperspectief en de specifieke noden en behoeften van de jongere.**

"DE PSYCHIATRISCHE BEHANDELINGSTRANSITIE"

Helaas is er op de leeftijd **rond 18 jaar vaak net een breuk in de hulpverlening** voor jongeren met psychische problemen omdat er een overgang gemaakt dient te worden van kinder- en jeugdpsychiatrie naar volwassenenpsychiatrie, in deze tekst de **'psychiatrische behandelingstransitie'**

"Als kind en als jongvolwassene was het altijd al mijn droom geweest om geneeskunde te gaan studeren. Ik was misschien wel opgenomen in de kinder- en jeugdpsychiatrie, maar ik kreeg nog steeds onderwijs in de ziekenhuisschool zodat ik toch mijn diploma secundair kon behalen. Het vooruitzicht om verder te gaan studeren was mijn motivatie om in deze moeilijke periode door te zetten. Toen werd ik 18 en moest ik naar een afdeling voor volwassenen. Daar vertelde ik over mijn droom en mijn studies, vastberaden en zelfzeker. Dit werd gauw weggelachen en ik kreeg als advies om 'de lat wat lager te leggen'. De lichtjes in mijn ogen, die je normaal altijd zag als ik over geneeskunde praatte, doofden uit. Verschillende intakes op verschillende diensten vertelden allemaal hetzelfde verhaal: ik moest een keuze maken tussen hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg of mijn studies. Een onmogelijke keuze voor mij die me zo wanhopig maakte dat ik geen andere uitweg meer zag dan een einde aan mijn leven te maken. Deze poging mislukte en ik kon niet anders dan de overstap maken. Daar zat ik dan tussen vreemde, grote mensen die 100 jaar ouder leken dan ik en in een totaal andere wereld leefden. Op die dag was ik niet alleen mijn warme leefgroep verloren, maar ook mijn toekomstperspectief."

Laura, 23 jaar

genoemd. Deze breuk zorgt voor heel wat problemen: voor jongeren die op de leeftijd van 18 jaar nog nood aan psychische behandeling hebben, kan het de behandelcontinuïteit verhinderen. De getuigenis van Laura (zie kader) illustreert wat een gebrek aan adequate psychiatrische behandelingstransitie voor een jongere kan betekenen.

Uiteraard is niet voor elke jongere een psychiatrische behandelingstransitie nodig. Voor sommige jongeren kan het een kans zijn om een lopende behandeling op een constructieve manier af te ronden.

In andere gevallen wenst de jongere een (soms tijdelijke) onderbreking van de behandeling, zoals geïllustreerd wordt aan de hand van het voorbeeld van E.S. (25 jaar). Van belang is wél dat de jongere hierover met zijn of haar behandelaar in dialoog kan gaan.

“Op 17.5 jaar ben ik alleen gaan wonen. Op dat moment had ik geen therapie. Ik wilde dat zelf ook niet toen. Het was te veel: school, pendelen, netwerk opbouwen,... Ik had genoeg aan mijn hoofd.”

E.S., 25 jaar

(uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet)

BEDOELING VAN DEZE TEKST

Hoewel de psychiatrische behandelingstransitie dus slechts één aspect is van transitiepsychiatrie, is deze tekst specifiek hierop gericht. **Het doel van de tekst is: 1) de internationaal geldende richtlijnen met betrekking tot psychiatrische behandelingstransitie op te lijsten, 2) de problemen met de implementatie in de dagelijkse praktijk van deze richtlijnen te identificeren, en 3) in overleg met alle betrokken stakeholders in Vlaanderen komen tot aanbevelingen** die de implementatie van deze richtlijnen verbeteren en (dus) de kwaliteit van psychiatrische behandelingstransitie binnen de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen kunnen verbeteren.



1. Internationaal geldende richtlijnen m.b.t. behandelingstransitie

Een kwalitatief goede psychiatrische behandelingstransitie behelst een aantal facetten, die hieronder verder toegelicht worden.

EVALUATIE VAN NOOD AAN BEHANDELINGSTRANSITIE, ZORGNODEN EN STERKTES

In het kader van een kwalitatieve psychiatrische behandelingstransitie dient uiteraard in eerste instantie met de jongere en zijn/haar context geëvalueerd te worden of een verdere psychiatrische behandeling aangewezen is, en zo ja, welk profiel deze hulpverlener dan liefst zou hebben. Ten tweede is een bespreking van de huidige zorgnoden, kwetsbaarheids- en protectieve factoren en relationele context aangewezen, aangezien zij evenzeer van vitaal belang zijn in de zorg van de jongere. **Vaak is er niet alleen een transitie nodig op vlak van de psychiatrische behandeling, maar evenzeer in de**

belangrijke levensdomeinen zoals school, werk, (intieme) relaties, vrienden en woonst. Hierbij kan de ruimere sociale context vaak een belangrijke steunende rol spelen, die mee de psychiatrische

“Ik kan nu niet gaan werken want ik heb het psychologisch te zwaar. Ik kan het wel 2 weken uithouden, maar dan kan ik me niet meer concentreren, zie ik geen toekomst, ik word depressief...en dan stop ik, ik ben niet lui...! Het lukte gewoon niet, mijn lichaam wordt ziek. Overgang naar werk is ook een overgang en daar is weer gepaste hulp voor nodig.”

K.T., 21 jaar

(uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet

behandelingstransitie kan helpen te vergemakkelijken. Verder is het uiteraard ook belangrijk om met de jongere te spreken waarover met een volgende hulpverlener kan gecommuniceerd worden in het kader van informatieoverdracht.

De getuigenis van K.T. illustreert waarom het belangrijk is om de specifieke zorgnoden van de jongere in kaart te brengen.

Bovendien moeten de verschillende mogelijkheden tot vervolghulp expliciet worden benoemd en besproken.

“Ik heb nooit keuze gehad tussen verschillende behandelingen. Ik kreeg geen uitleg.”

M.V. (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

INFORMATIE TRANSFER (CONTINUÏTEIT VAN INFORMATIE)

Dit aspect van psychiatrische behandelingstransitie behelst het vlot en volledig **doorstromen van dossiergegevens, behandeldoelen en behandelplannen** van de huidige behandelaar naar de nieuwe behandelaar, uiteraard op voorwaarde dat de jongere hierin expliciet toestemt. Idealiter bevat deze informatietransfer een uitgebreid verslag dat de evolutie, toegepaste behandelingen, valkuilen, sterktes, behandeldoelen en behandelplannen (inclusief risico-inschatting en crisisplan) bevat. In sommige gevallen wensen jongeren echter niet dat informatie gedeeld wordt, of slechts gedeeltelijk, bijvoorbeeld omdat ze het als te intiem beschouwen om deze informatie reeds te delen met een tot dan toe onbekende hulpverlener, omdat ze vrezen dat het de beeldvorming van de hulpverlener zou beïnvloeden, of omdat ze met een schone lei

“Die had dan blijkbaar ook al info over mij, maar geen idee waar hij die vandaan haalde. Uit een dossier?”

K.N., 26 jaar

(uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

“Intake: ofwel lees je alles al op voorhand in mijn dossier – maar dan zal het tussen ons niet werken ofwel ontdek je het zelf. Het zou altijd het tweede moeten zijn!”

Y.W., 19 jaar

(uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

willen starten bij een nieuwe hulpverlener. Het omgaan met informed consent en andere patiëntenrechten is een ontwikkelingstaak voor jongeren waar aandacht voor moet zijn in het proces van psychiatrische behandelingstransitie op deze leeftijd.

De ervaringen van K.N. en Y.W. maken duidelijk dat informatie transfer best in overleg met de jongere gebeurt.

ZORGCONTINUÏTEIT (CONTINUÏTEIT VAN ZORG OP LANGE TERMIJN)

Zorgcontinuïteit is het verzekeren van een **continu doorlopende zorg voor de jongere.**

Met 'zorg' wordt hier verwezen naar het uitgebreide netwerk van contacten dat samen ondersteunend werkt naar de jongere toe. Binnen deze zorgcontinuïteit is er aandacht

“Ik werd van crisisopname naar huis gestuurd (de dag voor ik 18 werd) met de boodschap dat ze zouden bellen als er een plaats was voor een behandelingsopname bij de volwassenen.”

J.G., 23 jaar

(uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

voor continuïteit in psychiatrische behandeling, waarbij er liefst overlap van de betrokken behandelaren is (zie ook parallelle zorg) maar er zeker voor gezorgd wordt dat er geen 'transitiegap' is, waarbij de jongere gedurende een bepaalde tijd geen beroep op zorg meer kan doen. Zo'n transitiegap bestaat wel degelijk, zo blijkt uit het verhaal van J.G.

RELATIONELE CONTINUÏTEIT

Relationele continuïteit gaat verder dan zorgcontinuïteit en behelst een overlap waarbij de **nieuwe behandelaar wordt opgenomen in het bestaande zorgsysteem van de jongere, tot het moment dat**

“Ik heb niet enkel de transitie gemaakt van kinder- en jeugd- naar volwassenenpsychiatrie, maar ook verschillende andere transities, o.a. van de ene hulpverlener naar de andere hulpverlener en van het ene ziekenhuis naar het andere. Transities kunnen heel spannend, beangstigend en overspoelend zijn: je moet je verhaal opnieuw vertellen aan een vreemde die jou totaal niet kent, je weet niet wat je van deze nieuwe hulpverlener of hulpverleningsvorm kan verwachten en je hebt het gevoel om er alleen voor te staan omdat je vertrouwde hulpverlener of vertrouwenspersoon niet in de mogelijkheid is om mee te gaan bij een eerste kennismaking.”

Astrid, 23 jaar

de jongere zich klaar voelt om zonder de oude behandelaar verder te gaan. Op deze manier is er niet alleen een feitelijke continuïteit van zorg maar is er ook een relationele continuïteit. De relationele continuïteit wordt **verder verzekerd door het in stand houden van het ruimere zorgnetwerk.** Hierbij vinden gemeenschappelijke overlegmomenten plaats (de zogenaamde 'warme overdracht') die dit overgangsproces vergemakkelijken. De getuigenis van Astrid onderstreept het belang van relationele continuïteit.

Ook ervaringsdeskundigen en belangrijke steunende figuren uit de persoonlijke context spelen hierin aldus

een belangrijke rol (zie kader). Jongeren geven aan dat ze bij hen vaak steun en een vorm van continuïteit ervaren die ze soms missen bij behandelaren in deze fase.

“Gesprekken met mijn ouders enzo, dat was er. Maar er waren geen gesprekken tussen de hulpverleners en mijn vrienden. Dat is jammer.”

M.C. (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

“We hebben niet zo veel aan de hulpverleners, wel aan elkaar. Het voelt gewoon anders bij iemand die gestudeerd heeft om iemand te helpen dan bij iemand die zelf ook problemen heeft gekend. Het is oppervlakkiger. Daar kies ik zelf ook voor. Ik vertel zelf gewoon niet alles aan mijn assistent. En een psycholoog of psychiater is nog veel moeilijker. Die zijn gewoon niet bereikbaar. Je belt ze op maandag en op donderdag bellen ze terug om te vragen wat ze kunnen betekenen. Drie dagen later?!”

C.C. (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

“De eerste mensen die je opzoekt als je de voorziening verlaat, zijn je vrienden. De tweede groep met wie je gaat praten is bv. de scoutsleiding. Pas in derde instantie praat je met je ouders. Je vrienden zijn dus een enorme steunbron of zouden dat toch kunnen zijn. Maar dat weten ze zelf niet en ze weten niet hoe ze dat kunnen zijn. Daarom zouden je vrienden info moeten krijgen.”

M.C. (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

“In Duffel (afdeling voor volwassenen) is er een afrondingsgesprek met de therapeut. Deze beslist of je dan in de groep van ‘ervaringswerkers’ mag. Dat start sowieso pas na opname. Het is bedoeld om de therapie te consolideren door nog een jaar lang met andere ‘ex-patiënten’ te kunnen spreken. Mensen uit deze groep komen ook over hun ervaringen spreken na opname. Dit gebeurde elke drie maanden ongeveer. Daar heb je als patiënt veel aan.”

E.S., 25 jaar (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

TRANSITIE PLANNING CQ TRANSITIE MEETING ('CROSS-BOUNDARY EN TEAM CONTINUÏTEIT')

Er is minstens één meeting gepland waarbij de jongere samen met de nieuwe en huidige behandelaren bespreekt **op welke manier de psychiatrische behandelingstransitie kan gebeuren**. Op deze manier wordt ook recht gedaan aan de toenemende behoefte aan autonomie bij de jongere en kan hij/zij zich de auteur van de eigen behandeling voelen. Het spreekt voor zich dat ook leden van het ruimere zorgnetwerk van de jongere hierbij desgewenst kunnen betrokken worden.

De ervaring van K.N. illustreert dat het ontbreken van een transitie meeting de jongere in een uiterst onzekere situatie brengt.

“Ik had op voorhand geen info over hoe de opname zou zijn, hoe het werkte, wat er zou gebeuren. Je start aan iets zonder te weten wat het juist is. Bij het onthaal moet je je verhaal ook niet doen.”

K.N., 26 jaar (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

2. De klinische praktijk m.b.t. psychiatrische behandelingstransitie: uitdagingen



Het hierboven beschreven scenario lukt helaas in de klinische praktijk maar zelden, zoals ook blijkt uit de verzamelde ervaringen van jongeren. Eerder onderzoek toonde aan dat [slechts 5% van psychiatrische behandelingstransities bij jongeren voldeed aan alle criteria](#). Bij ongeveer de helft van de behandelingstransities in dit onderzoek werd wel een transitie meeting gepland met betrokkenheid van de jongere, de hulpverleners en tenminste één ouder, meestal in de weken voorafgaand aan de transfer. Belangrijk om te vermelden is dat een psychiatrische behandelingstransitie niet voor iedere jongere noodzakelijk is; eerder onderzoek bij hulpverleners toonde aan dat naar schatting [tussen de 25 en 49%](#) van jongeren een psychiatrische behandelingstransitie nodig heeft. Voornaam [predictoren](#) van een nood aan behandelingstransitie zijn de aanwezigheid van een langdurige, ernstige aandoening, en het nemen van medicatie.

Problemen met de planning van psychiatrische behandelingstransitie komen onder andere voort uit de fundamenteel verschillende organisatie van zorg in de kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenpsychiatrie, het gebrek aan nationale of regionale officiële documenten of richtlijnen, evenals een gebrek aan duidelijkheid over wie de verantwoordelijkheid opneemt voor de kwaliteit van het behandelingstransitieproces. Verder valt op dat er een gebrek aan consensus is over de criteria die bepalen voor wie behandelingstransitie nodig is en worden de noden van jongeren niet systematisch bevestigd. Evenzeer is er een [gebrek aan financiering](#) voor gespecialiseerde initiatieven zoals transitieteams, -coördinatoren en andere ondersteunende initiatieven.

Verder bouwend op de genoemde componenten voor goede psychiatrische behandelingstransitie, kunnen er een aantal **uitdagingen** geformuleerd worden die op Vlaams niveau een goede implementatie van genoemde 'good practices' in de weg staan. Deze [uitdagingen](#) kunnen betrekking hebben op het organisatorisch of dienstniveau, of op individueel niveau van de partijen die betrokken zijn in de behandelingstransitie van de jongere, zoals de jongere zelf, zijn/haar ouders en de verschillende hulpverleners. We beschrijven de tekortkomingen op organisatie- en individueel niveau

i.f.v. de kenmerken van de facetten van een kwalitatieve psychiatrische behandelingstransitie, zoals onder (1) toegelicht.

EVALUATIE VAN NOOD AAN BEHANDELINGSTRANSITIE, ZORGNODEN EN STERKTES

Organisatorisch niveau

- Ontbreken van gevalideerde instrumenten voor evaluatie;
- Gebrek aan behandelingstransitieprotocollen die de voorbereiding van de transfer en de inhoud ervan kunnen vormgeven.

Astrid, 23 jaar, stelt het volgende voor:

“Een goede samenwerking tussen hulpverleners van beide kanten is super belangrijk, maar hier loopt het mis. Waarom bestaat er nog geen leidraad die hulpverleners van hierbij helpt om dit vlot te laten verlopen? Dit zou voor zowel voor de jongere in kwestie als de hulpverleners heel zinvol kunnen zijn. Volgende zaken zouden hierin aan bod kunnen komen:

- datum van transitie;
- datum waarop de oude hulpverlener meegaat met de jongere naar de nieuwe hulpverlener;
- doelen waaraan gewerkt zijn, de evolutie en doelen voor de toekomst;
- de betrokkenheid van ouders en in welke mate de jongere dit zelf wil;
- of de jongere vertrouwenspersonen heeft en welke rol deze kunnen spelen;
- voorgeschiedenis en traumatische ervaringen van de jongere.”

Individueel niveau

- Onvoldoende opleiding bij hulpverleners.

INFORMATIETRANSFER (CONTINUÏTEIT VAN INFORMATIE)

Organisatorisch niveau

- Ontbreken van gemeenschappelijke systemen voor dossiervoering en registratie;
- Ontbreken van officiële kwaliteitscriteria en documenten voor informatiedoorstroming;
- Ontbreken van specifieke vergoeding voor een uitgebreid behandelingstransitieverslag.

“Bij de overgangen tussen psychiatrie en jeugdzorg is er vooral veel miscommunicatie. Mijn moeder was wel bij de bespreking met de psychiater, maar de begeleiders niet. Terwijl ik in de voorziening woonde en zij al die info zouden moeten hebben.”

C.C. (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

Individueel niveau

- Onvoldoende opleiding bij hulpverleners over de belangrijke aspecten van kwalitatieve behandelingstransitie;
- Onvoldoende aandacht bij hulpverleners voor het materialiseren van recht op inspraak en recht op privacy (informed consent) als ontwikkelingstaak bij jongeren.

“Waar komt dat dossier vandaan? Ik wist in elk geval niet dat er een dossier was. Ik had wel graag geweten hoe er naar mij werd gekeken en hoe ze mijn evolutie zagen. De drempel om er zelf naar te vragen was hoog en is er nu nog. Het is confronterend. Je zou het mee moeten krijgen, standaard opgestuurd.”

K.N., 26 jaar (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

ZORGCONTINUÏTEIT (CONTINUÏTEIT VAN ZORG OP LANGE TERMIJN)

Organisatorisch niveau

- Lange wachtlijsten in GGZ in zijn algemeenheid, en CGG in bijzonder;
- Betaalbaarheid van zorg voor jongeren die nog geen eigen inkomen hebben en die niet altijd beroep kunnen doen op hun ouders voor het betalen van hun zorg;

“Ik heb geen goede overgang gehad tussen mijn opname van bijna een jaar en de ambulante hulpverlening. Ik heb 3 maand zonder hulpverlening gezeten. Het was zomervakantie en ik was veel bezig maar ik vind dat geen excuus om van heel intensieve therapie plots naar geen therapie te gaan.”

C.D., 16 jaar (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

“Er moet eerst iets ernstigs gebeuren. Een poging tot suicide, een agressie-incident. Dan pas komt er actie. Niet als mensen zelf of hun omgeving zeggen dat het echt niet goed gaat. Het zijn lessen die je dan ook trekt: zonder serieuze suicidepoging geraak je niet binnen. Het is precies een opnamecriterium.”

Y.W., 19 jaar (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

“In die Begeleid Zelfstandig Wonen periode kwam de behoefte aan meer ondersteuning. Ik durfde niet terug te gaan naar VAGGA. Het had me eerder niet geholpen en nu zou ik er [inmiddels 18+] ook voor moeten betalen.”

E.S., 25 jaar (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

- Onvoldoende uitgewerkt aanbod van laagdrempelige zorg en onvoldoende specifiek zorgaanbod voor jongeren; beide aspecten dragen bij aan het creëren van een onnodig hoge drempel om de overgang naar de volwassenpsychiatrie te maken;

“Bij de opname, toen ik 17 was, werd ik bij de volwassenenafdeling ondergebracht.”

E.M. (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

“Het was ook heel goed dat er een programma was voor 17-21 jarigen. Ik wilde echt niet bij de volwassenen verblijven.”

M.C. (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

“Op 17 jaar had ik geen toegang meer tot de langdurige zorg bij jongeren GGZ. Daarom ging ik van crisis naar crisis tot ik toegang kreeg tot de volwassenenzorg. Daar was het ook niet ideaal om tussen de 30- tot 50-jarigen te zitten.”

W.J.M. (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

“Mijn therapeut zegt dat ik drie maanden opname nodig heb. Dan heb ik veel therapie en dat is wat ik nodig heb. Maar ik ben bijna 17.5 jaar oud. Ik geraak nergens binnen voor een langere opname.”

K.S. (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

“Het jongvolwassenenteam is tot 25 jaar. Maar omdat ik al meer dan twee jaar geleden startte, kan ik toch blijven als volwassene, zo lang als nodig.... Als ik niet bij dezelfde therapeute had kunnen blijven, dan had ik waarschijnlijk niet doorgezet. En dan was ik waarschijnlijk ook nooit met mijn traumatherapie gestart.”

E.S., 25 jaar (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

- Onoverzichtelijkheid van het zorgaanbod en gebrek aan kennis bij hulpverleners over het behandel aanbod 'aan de andere kant van de transitiegrens.

“Ik heb al zoveel mensen gebeld en al zo vaak geprobeerd iemand te vinden. Maar je wordt altijd doorverwezen. Ofwel mag ik zelfs niet starten, mag ik niet op gesprek komen omdat ik ‘niet genoeg problemen’ heb.”

Y.W., 19 jaar (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

“Er moet ook een plan zijn, een noodplan. Wat als het moeilijk gaat? Als ik nu nog niet klaar ben voor psychologische hulp, OK, maar zorgen dat je de weg kent om er te geraken als het nodig is, als je er klaar voor bent.”

M.C., 20 jaar (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

Individueel niveau

“Maar het is ook wel zo dat het daardoor een heel groot verschil wordt tussen ‘binnen’ en ‘buiten’ en dat je identiteit gereduceerd wordt van ‘scoutslid + leerling + danser + vriend + turnster + ...’ tot ‘depressief’.”

M.C., 20 jaar (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

- Ook gepercipieerd stigma en veranderende ziekte-identiteit bij de jongere kan bijdragen aan een hoge drempel bij de jongere om de behandelingstransitie te maken;
- Gebrek aan opleiding bij hulpverleners over kwalitatieve behandelingstransitie;
- Onduidelijkheid over de verschillende verantwoordelijkheden van betrokken partijen in het behandelingstransitie proces.

PARALLELE ZORG (RELATIONELE CONTINUÏTEIT)

Organisatorisch niveau

- Onvoldoende cultuur van cross-talk tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenpsychiatrie waardoor er zelden wordt gekozen voor parallelle zorg;
- Onvoldoende rolmodellen en opleiding hoe parallelle zorg in praktijk toegepast kan worden, onduidelijkheid over de verschillende rollen, taken en verantwoordelijkheden;
- Gebrek aan specifieke financiële instrumenten om parallelle zorg waar te maken alsmede onderfinanciering van geestelijke gezondheidszorg in zijn algemeenheid.

Individueel niveau

- Het proces om een nieuwe vertrouwensrelatie op te bouwen bij een nieuwe hulpverlener vraagt tijd en inspanning, zonder de garantie dat het altijd zal lukken.

TRANSITIEPLANNING CQ TRANSITIE-MEETING ('CROSS-BOUNDARY EN TEAM CONTINUÏTEIT')

Organisatorisch niveau

- Onvoldoende cultuur van cross-talk tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenpsychiatrie;
- Gebrek aan specifieke financiering alsmede onderfinanciering van geestelijke gezondheidszorg in zijn algemeenheid.

HET BETREKKEN VAN SIGNIFICANTE DERDEN (MET NAME OUDERS) IN HET PROCES

Organisatorisch niveau

“Mijn ouders gaven vooral aan dat ze de overstap van jongeren- naar volwassenpsychiatrie (op drie weken tijd) heel moeilijk vonden. Als kind worden je ouders bij alles betrokken, bij de volwassenen bijna niet meer.”

J.G., 23 jaar (uit jongeren over continuïteit in de GGZ – Cachet vzw)

- Andere cultuur in kinder- en jeugdpsychiatrie versus volwassenpsychiatrie qua algemene benadering: vertrekkend vanuit de context versus vertrekkend vanuit autonomie van de jongere;
- Andere rechtspositie van de jongere na 18 jaar die maakt dat hij/zij kan weigeren om de ouders te betrekken in de behandelingstransitie;
- Gebrek aan financiering van systeemgesprekken indien jongere >18 jaar.



3. Eisen

WAT IS ER NODIG?

- Zorg voor jongeren en hun leefomgeving moet op eenzelfde manier geboden kunnen worden na 18 jaar;
- Specifieke transitieprocessen zoals transitiemeeting, parallelle behandeling gedurende een zekere periode (ook voor jongeren in opname) en uitgebreid transitieverslag vormen een vast onderdeel van transitiezorg;
- Iedere hulpverlener kent en kan gebruik maken van de richtlijnen rond transitiezorg met inbegrip van gevalideerde instrumenten, protocollen, kwaliteitseisen. Dit omvat onder anderen: 1) het adequaat in kaart brengen van zorgnoden en nood aan behandelingstransitie, 2) het constructief omgaan met veranderingen in autonomie in relatie tot de hulpverlener en context (waaronder delen van informatie, betrekken van context), 3) duidelijke richtlijnen over een zorgvuldige planning van psychiatrische behandelingstransitie, en 4) aandacht voor potentieel zelfstigma bij jongeren ("ik zou dit zelf moeten kunnen") en de mogelijke rol van peers en de omringende context hierin;
- Hulpverleners zijn goed opgeleid en hebben de beschikking over publiek toegankelijke informatie ter ondersteuning van de behandelingstransitie;

- Er is een structurele participatie van jongeren op alle zorgniveaus. Jongeren, zorgspecialisten en beleidsmakers zijn betrokken in de evaluatie en aansturing van het zorgbeleid;
- Het verwijzende systeem heeft voldoende capaciteit en het ontvangende systeem beschikt over een overzichtelijk, laagdrempelig en op de leeftijd aangepast aanbod dat bovendien vlot toegankelijk is. Er is dus nood aan een laagdrempelig en specifiek zorgaanbod voor jongeren tot 25 jaar, waarin aandacht is voor verschillende ontwikkelingstaken zoals zelfstandigheid in studeren, wonen, werken, dagbesteding, en dergelijke meer. Flexibele en/of partiële opname kan hiervoor nuttig zijn. Intersectorale samenwerking tussen GGZ en jeugdwerk/jeugdhulp zou hiervoor ook beter uitgewerkt en gestimuleerd dienen te worden. Wachtlijsten dienen weggewerkt te worden en de betaalbaarheid verzekerd.

ONZE EISEN

- Trek de leeftijdsgrens voor specifieke prestaties (nomenclatuur kinderpsychiatrie) op tot 24 jaar ipv 18 jaar;
- Financier bijkomend cruciale klinische acten zoals een transitiemeeting, een uitgebreid transitieverslag, alsmede een parallele behandeling gedurende een zekere periode;
- Ondersteun de ontwikkeling, wetenschappelijke validatie, implementatie, evaluatie en follow-up van concrete tools die gebruikt kunnen worden in het behandelingstransitieproces;
- Ontwikkel, in samenspraak met de sector, kwaliteitseisen waaraan een zorgvuldige behandelingstransitie dient te voldoen;
- Ondersteun de ontwikkeling van een up-to-date, publiek toegankelijke informatiebron (website) waar kennis over transitiepsychiatrie gebundeld wordt en die als informatiebron en leidraad kan dienen voor de verdere ontwikkeling en implementatie van transitiepsychiatrie in Vlaanderen. Ook de kwaliteit van de opleiding van hulpverleners dient verbeterd te worden;
- Maak ervaringsdelen en ervaringsdeskundigheid structureel mogelijk in transitiezorg (o.a. via financiering);
- Betrek jongeren structureel in het vormgeven van beleid;
- Voorzie structurele samenwerking tussen de netwerken kinderen & jongeren, en netwerken volwassenen. Wees bij toekomstige beleidsbeslissingen bewust van de grens van meerderjarigheid en voorkom een negatieve impact van beslissingen op zorgcontinuïteit in de transitieleeftijd;
- Investeer in een overzichtelijk, toegankelijk en op de leeftijd aangepast aanbod voor jongeren waarin een goede behandelingstransitie kan plaatsvinden.

We besluiten met de woorden van een jongere:

“Er staat veel te gebeuren rond het thema ‘transitie’. Dit vind ik belangrijk, want er zijn veel goede bedoelingen maar we staan nog heel ver af van de perfecte transitie!”

Astrid, 23 jaar