

# Achtergronddocument Transitietool depressieve-stemmingsstoornissen

Versie: 16-07-2019

## Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	1
1.1. De overgang van jeugd- naar volwassenen-GGZ van jongeren met een depressieve- stemmingsstoornis.....	1
1.2. Doel van de transitietool.....	2
1.3. Totstandkoming van de transitietool.....	2
1.4. Definities en afbakening .....	3
1.5. Prevalenties.....	4
1.6. Knelpunten en uitgangsvragen .....	5
2. Transitie naar volwassenheid .....	7
2.1. Aanbevelingen .....	7
2.2. Volwassen worden.....	7
3. Transitie in zorg.....	10
3.1. Aanbevelingen .....	10
3.2. Overgang van jeugd- naar volwassenen-GGZ.....	10
3.3. Gezamenlijke besluitvorming .....	13
3.4. Monitorinstrumenten .....	15
3.5. Eigen risico .....	16
4. Inhoud van de zorg .....	18
4.1. Aanbevelingen .....	18
4.2. Algemene verschillen .....	19
4.3. Gezinscontext.....	19
4.4. Farmacotherapeutisch .....	24
4.5. Herstelondersteunende zorg .....	31
5. Organisatie van zorg .....	32
5.1. Aanbevelingen .....	32
5.2. Overdracht en verantwoordelijkheden .....	33
6. Ontwikkel- en onderzoeksagenda .....	36
7. Referenties.....	37
Bijlagen.....	41
A. Samenvatting interviews .....	41
B. Literatuur .....	60
C. Evidentie tabellen .....	62

# 1. Inleiding

## 1.1. De overgang van jeugd- naar volwassenen-GGZ van jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis

Op het moment dat een jongere met een depressieve-stemmingsstoornis 18 jaar wordt, veranderen een aantal belangrijke dingen. Een grote verandering is dat zij vanaf het 18<sup>e</sup> levensjaar officieel als volwassene worden gezien en er mogelijk een overstap naar de volwassenen-GGZ plaatsvindt. Dit betekent een organisatorische verandering, maar veelal ook een zorginhoudelijke. Het proces van de overgang van jeugd-naar volwassenenzorg wordt de 'transitie' genoemd (zie ook paragraaf 1.4 met definities).

De behoefte aan een goede transitie is groot. Ten eerste geven GGZ-professionals aan tegen veel problemen aan te lopen wanneer patiënten 18 jaar worden; ze missen een structurele samenwerking tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenpsychiatrie, geven aan dat er een gebrek is aan coördinatie en duidelijkheid over verantwoordelijkheden bij de overdracht, en weten veelal niet aan wie de jongere kan worden overgedragen (van Amelsvoort, 2013). Ten tweede is er vanuit neurobiologisch en ontwikkelingspsychologisch perspectief veel aan te merken op de knip. Zo is de hersenontwikkeling nog in volle gang als een jongere zijn 18<sup>de</sup> verjaardag viert (Johnson, 2009). Wetenschappers beschouwen de adolescentie bovendien als fase, waarbij een indeling van 12-24 jaar beter past bij de zorgbehoeften van jongeren (McDonagh, 2006; Patel, 2007). Ten derde kan een slechte aansluiting in zorg op de grens van meerderjarigheid veel persoonlijke en maatschappelijke gevolgen hebben. Cijfers uit het Verenigd Koninkrijk tonen een afname van 60% in het gebruik van GGZ bij het bereiken van meerderjarigheid (Singh, 2010). Ook in Nederland is dat een bekend gegeven (GGZ Nederland, 2015). Bij jongeren met depressieve-stemmingsstoornissen is de verbetering van de transitie specifiek van belang. De ziektelast als gevolg van depressieve-stemmingsstoornissen is het grootst tijdens de transitiefase (Whiteford, 2013). Daarnaast is het risico op uitval van behandeling gedurende de transitie vooral groot bij jongeren met een neurobiologische ontwikkelingsstoornis, emotionele- of neurotische stoornis (waaronder angst en depressie) en een opkomende persoonlijkheidsstoornis (Singh, 2010). Dat betekent dat deze kwetsbare groep geen adequate behandeling meer ontvangt, wat grote effecten kan hebben op hun welbevinden en gezondheid (Bowden, 1980; Killaspy, 2000), met suïcide als meest dramatische gevolg (Rihmer, 2001).

De overgang van jeugd-GGZ naar volwassenen-GGZ voor jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis kan verbeterd worden door het gebruik van een transitieprogramma. Een transitieprogramma beschrijft het proces van de overgang van jeugd- naar volwassenenzorg. Een transitieprogramma kan gebruikt worden om de transitie te plannen en rollen en verantwoordelijkheden in de zorgovergang te beschrijven. In een transitieprogramma zijn vaak handelingsaanbevelingen voor professionals opgenomen. In Nederland maken aandoening-specifieke transitieprogramma's langzaam hun intrede in de somatische zorg (van Staa, 2011; [www.opeigenbenen.nu](http://www.opeigenbenen.nu)). Het Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) heeft recent een richtlijn ontwikkeld voor de transitie van psychiatrische problemen (KJP, 2017). Een transitieprogramma specifiek voor depressieve-stemmingsstoornissen bestaat nog niet. Deze transitietool biedt meer handvatten voor de transitie voor depressieve-stemmingsstoornissen in

vergelijking met de richtlijn van het KJP. Echter, een groot aantal aanbevelingen beschreven in deze tool kunnen toegepast worden voor verschillende psychiatrische stoornissen.

## 1.2. Doel van de transitietool

Deze transitietool beoogt GGZ-professionals een up-to-date en (vanuit wetenschap en praktijk) onderbouwd fundament te bieden voor het begeleiden van jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis in de transitie van jeugd- naar volwassenen-GGZ.

De transitietool is bedoeld voor professionals werkzaam in de jeugd- en volwassenen-GGZ. Naast het onderhavige achtergronddocument is er ook een praktische tool beschikbaar voor professionals (Checklist transitie in zorg 18- naar 18+). Bovendien is er een praktische tool beschikbaar voor jongeren (deel 1) en hun ouders (deel 2) met een depressieve-stemmingsstoornis (Survivalgids 18 jaar en GGZ), en een bijhorende instructie voor de behandelaar.

## 1.3. Totstandkoming van de transitietool

### 1.3.1. Werkwijze

#### *Knelpuntenanalyse*

De eerste stap voor het ontwikkelen van een transitietool was een knelpuntenanalyse. De knelpunten die professionals (zowel in de jeugd- als de volwassenzorg) en jongeren/naasten ervaren in de overgang van jeugd- naar volwassenzorg bij depressieve-stemmingsstoornis zijn in kaart gebracht. Deze analyse bestond ten eerste uit het samenvatten van bestaande inventarisaties naar knelpunten. Ten tweede zijn zes jongeren en naasten geraadpleegd middels interviews. De resultaten zijn besproken met de werkgroep (zie paragraaf 1.3.3 voor de samenstelling van de werkgroep) en waar nodig aangevuld. De knelpunten zijn schematisch weergegeven en uitgangsvragen zijn geformuleerd en vastgesteld door de werkgroep (zie paragraaf 1.6. Knelpunten en uitgangsvragen).

#### *Beantwoording uitgangsvragen*

De uitgangsvragen zijn in overleg met de werkgroep onderverdeeld in uitgangsvragen die in aanmerking komen voor een evidence-based uitwerking, een practice-based uitwerking en een uitwerking gebaseerd op patiëntenperspectief (zie paragraaf 1.6 Knelpunten en uitgangsvragen).

De evidence-based uitwerking is gedaan met systematisch literatuuronderzoek.

De bestaande richtlijnen in de GGZ omtrent depressieve-stemmingsstoornissen, namelijk de Multidisciplinaire richtlijn depressie (2013) en Multidisciplinaire richtlijn depressie bij jeugd addendum (2009), en de NICE Guideline 'Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services' en de richtlijn Transitiepsychiatrie 18-/18+ van Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie zijn leidend bij het beantwoorden van de uitgangsvragen. Voor de beantwoording van de uitgangsvragen zijn relevante stukken uit deze vier bronnen letterlijk overgenomen. Daarnaast is literatuur gebruikt over de transitie van jeugd- naar volwassenen-GGZ bij deze doelgroep. Hiervoor is systematisch literatuuronderzoek verricht. Een beschrijving van de uitgevoerde literatuursearches is opgenomen in Bijlage B.

Op basis van het literatuuroverzicht zijn vervolgens per uitgangsvraag aanbevelingen opgesteld en vastgesteld door de werkgroep. Voor de ontwikkeling van de transitietool en de gradering van

wetenschappelijk bewijs is de EBRO-methodiek gebruikt (CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2007).

Om de uitgangsvragen te beantwoorden die in aanmerking komen voor een practice-based uitwerking, zijn diepte-interviews gehouden met professionals die werken met jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis (in zowel de jeugd- als de volwassenzorg). Om het patiëntenperspectief op de uitgangsvragen te krijgen, zijn er interviews gehouden met patiënten en naasten. Er zijn tien jongvolwassenen in de leeftijd van 19 t/m 26 jaar oud geïnterviewd. Daarnaast zeven professionals (2 GZ-psychologen, een verpleegkundig specialist, jeugdarts, jeugdpsycholoog en twee psychiaters) en twee ouders geïnterviewd. Voor de samenvattingen van de interviews, zie Bijlage A.

### 1.3.2. Projectgroep- en adviseurs

Een projectgroep heeft de ontwikkeling van de transitietool gecoördineerd en heeft conceptteksten voor de transitietool geschreven. In deze projectgroep zaten betrokkenen vanuit het instituut voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO):

- Mw. Leante van Harten, MSc MPhil, onderzoeker
- Mw. Dr. Fieke Pannebakker, onderzoeker
- Mw. Dr. Meinou Theunissen, onderzoeker

De projectgroep werd geadviseerd door de volgende personen:

- Mw. prof. dr. Thérèse van Amelsvoort, Hoogleraar transitiepsychiatrie Universiteit Maastricht
- Dhr. dr. Athanasios Maras, Kinder- en Jeugdpsychiater, directeur Yulius Academie
- Mw. dr. AnneLoes van Staa, Lector transitie in zorg, Hogeschool Rotterdam

### 1.3.3. Werkgroep

De werkgroep droeg de verantwoordelijkheid voor de totstandkoming van de transitietool. De werkgroep bestond uit de volgende personen:

- Mw. Larissa van Bodegom, promovenda Yulius
- Dhr. Mart Eussen, kinder- en jeugdpsychiater Yulius
- Dhr. Prof. dr. Frenk Peeters, psychiater MUMC, Bijzonder hoogleraar Behandeling van Stemningsstoornissen Universiteit Maastricht
- Mw. Anja Riemersma, sociaal psychiatrisch verpleegkundige Yulius
- Mw. dr. Yvonne Stikkelbroek, klinisch psycholoog, GGZ Oost-Brabant, universitair docent Universiteit Utrecht
- Mw. dr. Lianne Stone, GZ-psycholoog, Karakter
- Mw. Calixte Veerman, Arts Maatschappij en gezondheid JGZ en jeugdarts, GGD Amsterdam

### 1.3.4. Financiering

Deze transitietool is ontwikkeld met financiering van ZonMw (projectnummer 636110003).

## 1.4. Definities en afbakening

### 1.4.1. Depressieve-stemmingsstoornis

We hanteren het Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5; APA, 2014) met betrekking tot de selectie van stoornissen en de criteria. De volgende stoornissen vallen onder de categorie 'depressieve-stemmingsstoornissen':

- Disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis

- Depressieve stoornis
- Persistierende depressieve stoornis (dysthymie)
- Premenstruele stemmingsstoornis
- Depressieve-stemmingsstoornis door een middel/medicatie
- Depressieve-stemmingsstoornis door een somatische aandoening
- Andere gespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis
- Ongespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis

#### 1.4.2. Jongeren en jongvolwassenen

De transitietool richt zich op personen van 12 t/m 24 jaar. Hierbij hanteren we de volgende terminologie:

Jongere: leeftijd van 12 t/m 17 jaar

Jongvolwassene: leeftijd van 18 t/m 24 jaar

Daar waar ouders staat kan ook verzorgers worden gelezen.

#### 1.4.3. Transitie en transfer

**Transitie** is het proces van de overgang van jeugd-naar volwassenen-GGZ. Dit behelst o.a. de voorbereiding op de daadwerkelijke overstap.

Met **transfer** wordt de daadwerkelijke overstap van jeugd-naar volwassenen-GGZ bedoeld.

#### 1.4.4. Situaties

In de transitietool gaan we uit van twee situaties:

- A. De jongere heeft een depressieve-stemmingsstoornis en de zorg continueert in de jongvolwassenheid (continuïteit van zorg);
- B. De jongvolwassene is voor de behandeling van een depressieve-stemmingsstoornis in zorg geweest binnen de jeugd-GGZ en komt, na een periode zonder zorg, weer in zorg voor een depressieve-stemmingsstoornis binnen de volwassenenzorg (discontinue).

### 1.5. Prevalenties

#### *Situatie A. Hoeveel mensen met een depressieve-stemmingsstoornis zijn op hun 18<sup>de</sup> in zorg?*

Het is onduidelijk exact hoeveel jongeren in Nederland op hun 18<sup>de</sup> verjaardag in behandeling zijn voor een depressieve-stemmingsstoornis. We kunnen er een grove schatting van maken.

Uit cijfers van het CBS blijkt dat er in 2016 6060 lopende DBC's depressieve-stemmingsstoornis waren voor jongvolwassenen van 18 of 19 jaar. Als we dit evenredig verdelen, dan zijn er jaarlijks zo'n 3000 18-jarigen in behandeling voor depressieve-stemmingsstoornis.

Dit heeft uiteraard ook te maken met de behandelduur. Hoe langer de behandelduur, hoe groter de kans dat de 18de verjaardag binnen de behandeling valt. Het blijkt dat de behandelduur van stemmingsstoornissen gemiddeld 22,1 maanden is (GGZ Nederland, 2015). Hier is geen onderscheid in leeftijd bij gemaakt (mogelijk zijn jeugdigen gemiddeld korter in behandeling dan volwassenen).

Wel moet opgemerkt worden dat er een onderbehandeling van problemen is in deze leeftijdsfase (bijv. Logan & King, 2001; Wu et al., 1999). Deze schatting is waarschijnlijk dus conservatief.

#### *Situatie B. Hoeveel mensen die als jongere een depressieve-stemmingsstoornis hebben gehad, krijgen in de jongvolwassenheid een recidiverende depressieve-stemmingsstoornis?*

Uit onderzoek van Lewinsohn en collega's (2000) (uitgevoerd in de Verenigde Staten) blijkt dat van de adolescenten die voor hun 19<sup>de</sup> zijn hersteld van een depressieve-stemmingsstoornis, 21% tussen

hun 19<sup>de</sup> en 24<sup>ste</sup> weer een depressieve-stemmingsstoornis krijgt. 25% krijgt naast een depressieve-stemmingsstoornis ook een andere stoornis (niet-stemmingsstoornis). 23% krijgt alleen een andere stoornis (niet-stemmingsstoornis). 32% heeft geen psychopathologie tussen hun 19<sup>de</sup> en 24<sup>ste</sup>. Hierbij moet opgemerkt worden dat slechts 21% van de adolescenten een behandeling ontving voor hun depressieve-stemmingsstoornis. Het is uit het artikel niet duidelijk welk deel van de behandelde adolescenten weer te maken kreeg met een depressieve-stemmingsstoornis in de jongvolwassenheid. Hieruit zou je kunnen concluderen dat van de adolescenten die hersteld zijn van een depressieve-stemmingsstoornis, 68% in de jongvolwassenheid (weer) te maken zou moeten krijgen met de GGZ.

Uit een andere (eveneens oude) studie (uitgevoerd in de Verenigde Staten) blijkt dat van de adolescenten die in behandeling waren voor een depressieve-stemmingsstoornis, 49% na zijn 18<sup>de</sup> weer een depressieve-stemmingsstoornis kreeg (Weissman et al., 1999). Deze adolescenten werden in de jaren '80 behandeld, waardoor de resultaten moeilijk zijn te vertalen naar de huidige tijd.

### 1.6. Knelpunten en uitgangsvragen

De werkgroep heeft 4 hoofdknelpunten en 9 uitgangsvragen vastgesteld die in onderhavig achtergronddocument worden uitgewerkt. Deze zijn te vinden in Tabel 1. De handelingsadviezen die voortkomen uit de uitwerking zijn opgenomen in de tool voor professionals en de versie voor cliënten.

Tabel 1. Vastgestelde knelpunten, uitgangsvragen en methode van uitwerking

Knelpunten	Uitgangsvraag	Uitwerking op basis van
Onvoldoende voorbereiding van jeugdigen en ouders op de transitie naar volwassenheid (H2)	Welke aandachtspunten zijn er op welk moment voor jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis, hun ouders en professionals omtrent de transitie naar volwassenheid?	Interviews jongvolwassenen, professionals, ouders  Richtlijn Transitiepsychiatrie 18-/18+ van Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie
	Op welke wijze dient om te worden gegaan met het verschil tussen de jeugd- en volwassenen-GGZ in eigen bijdrage voor de zorg aan jongeren/jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis?	Interviews jongvolwassenen
Onvoldoende voorbereiding van jeugdigen en ouders op de transitie in zorg (H3)	Welke aandachtspunten zijn er op welk moment voor jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis, hun ouders en professionals omtrent de transitie in zorg?	Interviews jongvolwassenen, professionals, ouders  Richtlijn Transitiepsychiatrie 18-/18+ van Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie  NICE Guideline 'Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services'
	Op welke wijze dient gezamenlijke besluitvorming over de transitie in zorg	Interviews jongvolwassenen, professionals, ouders

	plaats te vinden met jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis?	NICE Guideline 'Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services'
	Welke instrumenten zijn het meest geschikt om in de klinische praktijk een depressieve-stemmingsstoornis bij jongeren / jongvolwassenen te monitoren?	Multidisciplinaire richtlijn depressie (2013) en addendum jeugd (2009)  Literatuursearch
Verschil in werkwijze/ behandelfocus tussen jeugd- en volwassen GGZ (H4)	Op welke wijze dienen professionals de gezinscontext te betrekken bij de behandeling van jongeren/ jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis?	Interviews jongvolwassenen, professionals, ouders  Multidisciplinaire richtlijn depressie (2013) en addendum jeugd (2009)  Literatuursearch
	Op welke wijze dienen farmacotherapeutische interventies ingezet te worden in de behandeling van jongeren/ jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis?	Multidisciplinaire richtlijn depressie (2013) en addendum jeugd (2009)  Literatuursearch
	Op welke wijze dient herstelondersteunende zorg een plaats te krijgen in de behandeling van jongeren / jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis?	Interviews jongvolwassenen, professionals, ouders
Gebrek aan afstemming tussen jeugd- en volwassenen-GGZ (H5)	Op welke wijze dient de overdracht van jeugd- naar volwassenen-GGZ van jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis plaats te vinden? Wie heeft daarbij welke verantwoordelijkheid?	Interviews professionals  Richtlijn Transitiepsychiatrie 18-/18+ van Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie  NICE Guideline 'Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services'



## 2. Transitie naar volwassenheid

### 2.1. Aanbevelingen

#### Volwassen worden

- Geef in de gehele behandeling aandacht aan volwassen worden, zowel binnen de jeugd- als de volwassenen-GGZ. Ga in op de verwachtingen die de jeugdige heeft over volwassen worden en welke verwachtingen de omgeving van de jongere heeft en bespreek hoe de jongere daarmee omgaat. Benoem onderwerpen die algemeen van toepassing zijn en adresseer specifieke, gepersonaliseerde onderwerpen. Denk aan:
  - welke veranderingen kunnen er plaatsvinden voor de jongere (veranderende wetgeving, verandering in zorg). Informeer ook ouders zo mogelijk over deze veranderingen.
  - school, werk, beroeps- en studiekeuze, op je zelf wonen, relaties;
  - praktische zaken (zoals zorgverzekering regelen en belastingaangifte doen).
- Overweeg het gebruik van bestaande instrumenten om hier op gestructureerde wijze aandacht aan te geven, ook bij ouders, bijvoorbeeld het instrument *Ready Steady Go*. De Ready Steady Go-materialen zijn te vinden op [www.opeigenbenen.nl/readysteadygo](http://www.opeigenbenen.nl/readysteadygo) en zijn vrij te gebruiken.

### 2.2. Volwassen worden

#### 2.2.1. Interviews

Jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis geven aan dat zij denken dat het voor hen heel anders voelde om volwassen te worden dan voor hun leeftijdsgenoten. Ze hebben het gevoel dat ze stilstonden toen ze zich niet goed voelden. Sommige jongvolwassenen voelen een achterstand op sociaal gebied. Dit uit zich in moeilijk contact maken met leeftijdsgenoten en een klein sociaal netwerk. Ook de geïnterviewde ouders geven dit aan. Hun kinderen liepen naar hun idee een sociaal-emotionele achterstand op door de depressieve klachten.

Over het algemeen geven de jongvolwassenen aan dat onzekerheid een belangrijke factor is. Ze hebben minder zelfvertrouwen, weten niet goed hoe 'de wereld' werkt en hoe hun toekomst eruit gaat zien. Ze weten niet hoe ze aan de nieuwe verwachtingen van het volwassen leven moeten voldoen. Hoewel ze officieel volwassen zijn, vertellen de jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis zich nog niet zo te voelen.

Jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis hadden graag willen weten wat er van hen werd verwacht op het moment dat zij volwassen werden, bijvoorbeeld op school. Specifiek gaat het daarin om praktische zaken (financiën regelen, zorgverzekering aanvragen, zelf koken, solliciteren, etc.) en om de verschillen tussen jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis en hun leeftijdsgenoten. In de behandeling moet naar hun idee meer aandacht komen voor het bereiken van belangrijke levensdoelen, ondanks depressieve klachten.

Jongvolwassenen en professionals geven aan dat het voor ouders ook goed zou zijn om psycho-educatie te ontvangen, gericht op de verschillen in de ontwikkeling van jongeren met en zonder depressieve-stemmingsstoornis en hoe ze hier als ouders mee om kunnen gaan. De jongvolwassenen noemen hierbij dat het goed is om ouders een voorbereiding op de toekomst te geven; waar kan de jongvolwassene nog mee geconfronteerd worden?

Als ouders moeite hebben met het volwassen worden van de jongere, kan de professional daar aandacht aan geven. De veranderingen bij de jongeren kunnen voor de ouders immers ook ingrijpend zijn – en jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis hebben in algemene zin vaak meer steun vanuit hun systeem nodig. De geïnterviewde ouders gaven zelf aan dat zij geen voorbereiding nodig hadden.

Een aandachtspunt voor professionals is volgens zowel de jongvolwassenen als de professionals dat er rekening mee moet worden gehouden dat bij verschillende leeftijden ook verschillende ontwikkelingsfasen horen. In hun behandeling zouden jongvolwassenen het vaker willen hebben over de ingrijpende veranderingen die rond het 18<sup>de</sup> jaar kunnen plaatsvinden – de ouders voegen hieraan toe dat ook toekomstdromen en plannen daarbij van belang zijn. Professionals beamen dat: zij zien de overgang naar volwassenheid bij uitstek als iets om aan te pakken binnen de behandeling. De behandelaar kan met de jongere bespreken waar de jongere tegenaan loopt, zoals veranderingen die op stapel staan, verschillen met leeftijdsgenoten en sociale relaties. Dit gebeurt volgens professionals nu nog onvoldoende.

### 2.2.2. Richtlijn Transitiepsychiatrie 18-/18+ van Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie

In de richtlijn Transitiepsychiatrie 18-/18+ van het KJP wordt de overgang van jeugd naar volwassenheid als volgt beschreven.

“De overgang van jeugd naar volwassenheid, de adolescentiefase neemt een periode van een aantal jaar in beslag. In de leeftijd van 12 tot 25 jaar maken jongeren verschillende ontwikkelingen door op lichamelijk, cognitief en sociaal-emotioneel gebied (zoals de ontwikkeling van de identiteit). De niet synchroon verlopende ontwikkelingen op deze drie gebieden kunnen in grote mate typisch pubergedrag verklaren, bijvoorbeeld meer risicovol gedrag en het minder overzien van consequenties op de langere termijn. Dit zorgt er ook voor dat jongeren in deze levensfase een zeer heterogene groep vormen. De kwetsbare positie van een adolescent in zijn omgeving komt het sterkst naar voren als er problemen ontstaan. Allereerst is er een verhoogde tolerantie vanuit de omgeving voor ‘pubergedrag’, zoals terugtrekkinggedrag. Daarnaast is het formuleren van een hulpvraag voor een jongere een flinke klus. De meeste problemen zijn tijdelijk van aard. Echter bijna alle psychische ziektebeelden zoals psychose, verslaving, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen en bipolaire stoornissen komen tot uiting juist in deze levensfase.

Onderzoek wijst uit dat twee onderdelen van de hersenen bij jongeren een belangrijke rol spelen in de jongvolwassenheid: de prefrontale cortex en het limbisch systeem. Deze gebieden zijn respectievelijk verantwoordelijk voor impulscontrole en gevoeligheid voor verleidingen en beloning. Het emotiegebied van de hersenen, het limbisch systeem, toont een piek in activiteit rond het 14e levensjaar (Somerville, Jones, & Casey, 2010). Door een neuro-hormonale boost ontwikkelen jongeren sterke gevoelens die nodig zijn voor seksuele en sociale ontwikkeling (bijvoorbeeld het zoeken van partners). In diezelfde periode ontwikkelt het controlegebied, de prefrontale cortex, zich relatief langzaam en dit deel van de hersenen is pas rond het 25e levensjaar volgroeid (Gogtay, et al., 2004; Somerville, Jones, & Casey, 2010; Crone, 2008). Bij het niet naleven van een afspraak kan het soms best de bedoeling van een jongere zijn om de afspraak na te komen, alleen wint het pleziercentrum (de nucleus accumbens) het van de planning als het moment daar is. De meeste jongeren hebben bijvoorbeeld nog wel aansturing nodig bij een lange termijnplanning en het zich houden aan afspraken. Dat is een leerproces, waarbij ouders/opvoeders en de basis/middelbare school nog een grote rol dienen te spelen. Jongeren hebben minder ervaring met verantwoordelijkheden en consequenties op de langere termijn. Als ouders verantwoordelijkheden te veel overnemen, worstelt de jongere er zelf niet mee. Echter als ouders verantwoordelijkheden te weinig opvangen, bestaat het risico dat ouders de jongere teveel loslaten. Juist omdat jongeren in de adolescentiefase nog moeite hebben om consequenties te overzien, is het belangrijk om ouders te betrekken bij behandeling in de transitie”.

“Jongeren in de leeftijd van 12 tot 25 jaar maken een belangrijke ontwikkeling op het gebied van identiteit door. Hoewel het ontwikkelen van een eigen identiteit een leven lang duurt, houden jongeren in deze leeftijdsfase zich in veel gevallen bewuster bezig met de vraag wie zij zijn en hoe hun identiteit invloed heeft op hun leven (Steinberg, 2008). Dit kan samengaan met een verhoogd

zelfbewustzijn van jongeren, een wisselend zelfbeeld en een veranderende relatie ten opzichte van hun omgeving (KJP, 2017)”.

### 2.2.3. Overwegingen werkgroep

De werkgroep vindt het belangrijk dat in de gehele behandeling aandacht aan volwassenen worden wordt besteed, zowel binnen de jeugd- als de volwassenen-GGZ. Het is essentieel dat niet alleen algemene, maar ook gepersonaliseerde onderwerpen aan bod komen. Ook wordt aangegeven dat de verschillende levensdomeinen op gestructureerde wijze besproken dienen te worden en dat overwogen kan worden om het instrument Ready Steady Go hiervoor te gebruiken. Ook bij ouders kan dit instrument gebruikt worden. Het Ready Steady Go instrument is gericht op het versterken van de zelfmanagement en zelfredzaamheid van jongeren met een (chronische) aandoening vanaf 12 jaar. De Ready Steady Go-materialen zijn te vinden op [www.opeigenbenen.nl/readysteadygo](http://www.opeigenbenen.nl/readysteadygo) en zijn vrij te gebruiken.

## 3. Transitie in zorg

### 3.1. Aanbevelingen

#### Overgang van jeugd-naar volwassenen-GGZ

- Maak per casus een inschatting wanneer overgang van de jeugd- naar de volwassenen-GGZ optimaal is. Houd daarbij rekening met de prognose van de depressie, de geschatte duur van de behandeling, de aard van het probleem, de wensen van de jongere en de mogelijkheden binnen de behandelsetting om verlengde zorg in de jeugd-GGZ te bieden. Hou bij de overweging van de overgang van jeugd- naar de volwassenen-GGZ rekening dat de therapie uitkomst niet benadeeld wordt. Wanneer de inschatting is dat de depressie persisterend zal zijn, is eerdere overgang naar de volwassenen-GGZ dan de 18<sup>de</sup> verjaardag te overwegen. Eveneens is het oprekken van de jeugd-GGZ te overwegen wanneer de voorspelling is dat de depressiebehandeling binnen afzienbare tijd na de 18<sup>de</sup> verjaardag zal kunnen worden afgesloten.
- De depressie-richtlijn van NICE beschrijft enkele algemene aanbevelingen voor een goede transitie alsook aandachtspunten voor een goede transitieplanning en ondersteuning voorafgaand aan en na afloop van de transfer. NICE pleit onder andere voor het aanwijzen van een transitiecoördinator. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43/evidence/full-guideline-pdf-2360240173>.
- Begin op tijd met zoeken naar een geschikte plek, houd rekening met wachtlijsten.
- Begin ook op tijd met het voorbereiden van de transitie in zorg, houd daarbij rekening met:
  - de ontwikkelingsleeftijd van de jongere, specifieke behoeften, de individuele vaardigheden, ernst en aard van de depressieve-stemmingsstoornis en mogelijkheden en de wensen voor de toekomst;
  - het plannen van daadwerkelijke transfer wanneer de jongere relatief stabiel is.
- Bereid de jongere voor op de overgang in zorg;
  - Leg uit waarom en hoe de overgang plaatsvindt;
  - Bespreek de transitie regelmatig met de jongere;
  - Geef aan waar de jongere naar toe kan bij afsluiting van zorg. Denk ook aan geschikte websites en (digitale) zelfhulpgroepen;
  - Stem met de jongere af welke rol voor ouders weggelegd is.
- Bereid ouders/verzorgers waar mogelijk eveneens voor. Ga hierin gelijk op met de voorlichting aan jongere;
  - Ga met ouders/verzorgers in gesprek over verwachtingen die zij zelf hebben ten aanzien van hun rol binnen de transitie.
- Wijs één van de hulpverleners aan als 'transitiecoördinator' indien de jongere in teamverband behandeld wordt. De transitiecoördinator fungeert als centraal aanspreekpunt gedurende het transitieproces van één jongere. De rol van transitiecoördinator kan vervuld worden door professionals van diverse disciplines, zoals verpleegkundig specialisten of andere paramedici. Zijn/haar taken zijn:
  - coördineren en leveren van ondersteuning aan de jongere en ouders;
  - het maken van afspraken met bijvoorbeeld de huisarts in het kader van de transitie;
  - het ondersteunen van de jongere door het bevorderen van zelfstandigheid in ieder geval op de gebieden van opleiding en werk, gezondheid, sociaal functioneren en zelfstandig wonen.

#### Gezamenlijke besluitvorming

- Informeer de jongere over zijn rechten:

- In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) staat dat bij een onderzoek of behandeling van jongeren van 12 tot en met 15 jaar als hoofdregel dubbele toestemming geldt. Toestemming van de ouders/voogden én de jongere is vereist. In twee gevallen kan op verzoek van de jongere worden volstaan met diens toestemming: bij ernstig nadeel en bij een weloverwogen wens.
- In de WGBO staat dat jongeren van 16 en 17 jaar een zelfstandig recht op informatie hebben. Jongeren moeten zelf toestemming voor een behandeling geven. Het beroepsgeheim geldt (ook) tegenover hun vertegenwoordigers.
- Benoem dat de jongere zich kan laten informeren door de 3 goede vragen van de Patiëntenfederatie Nederland te stellen (zie <http://3goedevragen.nl/>):
  1. Wat zijn mijn mogelijkheden?
  2. Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden?
  3. Wat betekent dat in mijn situatie?
- Betrek de jongere bij de overgang van jeugd- naar volwassenen-GGZ:
  - informeer de jongere over de gang van zaken;
  - informeer de jongere over de overeenkomsten en verschillen tussen de jeugd- en volwassenen-GGZ;
  - verwijst naar andere informatiebronnen, zoals websites, zelfhulpgroepen, etc.;
  - laat de jongere erover nadenken en kom in latere gesprekken op terug: wat wil de cliënt zelf?
- Bied maatwerk: combineer de professionele kennis met de voorkeur van de jongere.

### Monitorinstrumenten

- Hanteer zo veel als mogelijk één doorlopende lijn van instrumenten. Benut bij jongeren vanaf 16 jaar waar mogelijk al monitorinstrumenten die ook in de volwassenen-GGZ kunnen worden gebruikt. De literatuur toont twee veelbelovende instrumenten voor het monitoren van de ernst van de depressie bij zowel adolescenten (vanaf 16 jaar) en jongvolwassenen. Dit zijn de Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) en de Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS).

### Eigen bijdrage

- Informeer de jongere op zijn/haar 17<sup>de</sup> over het feit dat hij/zij een eigen bijdrage voor de behandeling moet betalen vanaf 18 jaar.
- Plaats dit waar mogelijk in een bredere context over wat er gaat veranderen als de jongere 18 jaar wordt (zie 2.1.)

## 3.2. Overgang van jeugd- naar volwassenen-GGZ

### 3.2.1. Interviews

De meerderheid van de geïnterviewde jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis heeft een overgang van jeugd- naar volwassenen-GGZ meegemaakt. Enkele jongvolwassenen ontvingen een behandeling in een organisatie waar de jeugd doorgetrokken werd tot 21 of 23 jaar. Zij zijn daarna doorgestroomd naar de volwassenzorg of naar een nazorgtraject. Professionals, en ook ouders, benadrukken dat er naar het individu gekeken moet worden: in sommige situaties is het beter om al eerder over te gaan naar de volwassenzorg, terwijl je soms beter wat langer in de jeugd-GGZ kan blijven.

Bij enkele jongvolwassenen is rond hun 18<sup>e</sup> veel geswitcht in de zorg, ook tussen jeugd- en volwassenen-GGZ. Dat was voor de jongvolwassenen vervelend – en ook ouders geven aan dat ze veel wisselingen vervelend vinden.

Soms heeft de overgang naar de volwassenen-GGZ negatieve connotaties voor jongvolwassenen; één geïnterviewde interpreteerde de overgang als uitzichtloosheid van zijn situatie. Hij vreesde voor de rest van zijn leven in behandeling te zullen zijn.

### **Vorbereiding**

De meeste jongvolwassenen hebben geen informatie gehad over de transitie van jeugd-GGZ naar volwassenenzorg en hadden dit wel graag gehad. Volgens jongvolwassenen moeten professionals er niet vanuit gaan dat jongeren alles al weten. De voorbereiding moet op tijd gebeuren, vooral als de verwachting is dat iemand na zijn 18<sup>de</sup> nog zorg nodig heeft. Ook moet rekening gehouden worden met wachttijden in de volwassenenzorg. De voorbereiding van jongeren moet gaan over de procesmatige gang van zaken, maar ook over de inhoudelijke verschillen tussen de jeugd- en volwassenen-GGZ. De overgang moet op een positieve manier ingestoken worden met uitleg over waarom de jongvolwassene overgaat en waarom hij of zij daar baat bij heeft. Bij het afsluiten van zorg willen jongeren weten waar ze als jongvolwassenen eventueel weer terecht zouden kunnen. Ook de ouders van de jongeren moeten worden voorbereid, vooral over het verschil in welke mate ze betrokken zullen worden (zie 4.1.). Professionals zijn ook van mening dat ze op tijd informatie moeten verstrekken aan jongeren. Bovendien is het belangrijk dat jongeren op tijd weten waar ze aan toe zijn en waar ze hulp kunnen of zullen ontvangen. Juist op dit moment is het volgens professionals belangrijk om de jongeren te motiveren voor het vervolg; er zijn immers minder middelen om de jongvolwassene in zorg te houden als hij of zij dat zelf niet ziet zitten.

### **Inhoudelijke verschillen**

Jongvolwassenen en professionals noemen substantiële inhoudelijke verschillen tussen de jeugd- en de volwassenen-GGZ, waar de jongere en zijn of haar ouders op voorbereid dienen te worden (zie Hoofdstuk 4).

### **Overdracht**

De geïnterviewde jongvolwassenen en professionals hebben daarnaast suggesties over het verbeteren van de overdracht, zie Hoofdstuk 5.

### **Bekendheid in het veld**

Volgens een professional moet er in het veld meer bekendheid komen over de knelpunten die spelen in de transitie, omdat veel professionals zich daar nu waarschijnlijk niet bewust van zijn – en dus ook niet pogen hiermee om te gaan.

## **3.2.2. Richtlijn Transitiepsychiatrie 18-/18+ van Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie**

### **Transitieplanning**

Wat betreft de planning van transitie van zorg verdient het aanbeveling om ruim van tevoren met de voorbereiding te beginnen. Wanneer een jongere bijvoorbeeld bij jeugdhulp in beeld komt rond het 16<sup>e</sup> levensjaar en de behandelaar inschat dat de behandeling langer gaat duren, kan het plannen van de transitie gelijktijdig met de start van de behandeling beginnen. Wanneer een jongere in behandeling is bij een adolescententeam en de inschatting is dat langdurige zorg nodig is, dan dient het team een jongere op tijd voor te bereiden op volwassenenzorg. Uiteraard dient de behandelaar bij de planning van de transitie rekening te houden met de ontwikkelingsleeftijd van de jongere, specifieke behoeften, de individuele vaardigheden en mogelijkheden en de wensen voor de toekomst. In plaats van een rigide leeftijdsgebonden transitiemoment, verdient het aanbeveling om de daadwerkelijke transfer te plannen wanneer de jongere relatief stabiel is. Daarnaast is het monitoren van de transitie van groot belang, bijvoorbeeld middels een jaarlijks evaluatiemoment. Dit biedt betrokken professionals, ouder(s) en jongere de gelegenheid om hun visie op, en ervaringen met het transitieproces te delen. Evaluatiemomenten vallen onder de organisatorische verantwoordelijkheid van de zogenoemde transitiecoördinator (zie hieronder).

## **Zelfstandigheid bevorderen**

In de transitieplanning dient de focus te liggen op het bevorderen van zelfstandigheid van de jongere en het aansluiten op diens toenemende vaardigheden. Het transitieplan dient informatie te bevatten over hoe een jongere ondersteund kan worden in het ontwikkelen en onderhouden van sociale en vrijetijd-activiteiten. Ook lotgenotencontact kan hieronder vallen. Het is van belang om met de jongere af te stemmen welke rol voor ouders weggelegd is. Deze rol is zeker in deze levensfase niet vanzelfsprekend. Tegelijkertijd is het belangrijk om met ouders/verzorgers in gesprek te gaan over verwachtingen die zij zelf hebben ten aanzien van hun rol binnen de transitie.

### 3.2.3. NICE-richtlijn transitie jeugdhulp naar volwassenenhulp

Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) doet een aantal aanbevelingen met betrekking tot de transitie van jeugdhulp naar volwassenenzorg (NICE guideline, 2016). Het NICE beschrijft enkele algemene aanbevelingen voor een goede transitie als ook aandachtspunten voor een goede transitieplanning en ondersteuning voorafgaand aan en na afloop van de transfer. Het NICE pleit onder andere voor het aanwijzen van een transitiecoördinator.

#### **Transitiecoördinator**

Het NICE pleit voor het aanwijzen van een 'transitiecoördinator'. Eén van de betrokken zorgprofessionals neemt deze rol op zich en fungeert als centraal aanspreekpunt gedurende het transitieproces van één jongere. De rol van transitiecoördinator kan vervuld worden door professionals van diverse disciplines. Dit is bij uitstek een functie voor verpleegkundig specialisten of andere paramedici (Ready Steady Go). Taken van de transitiecoördinator zijn onder meer het coördineren en leveren van ondersteuning aan de jongere en ouders, het maken van afspraken met bijvoorbeeld de huisarts in het kader van de transitie en de jongere bijstaan in het navigeren tussen verschillende vormen van zorg. De transitiecoördinator ondersteunt de jongere in ieder geval op de gebieden van opleiding en werk, gezondheid, sociaal functioneren en zelfstandig wonen. Zodra de jongere de overstap heeft gemaakt naar volwassenenzorg, dan dient de rol van transitiecoördinator bij voorkeur overgenomen te worden door een zorgprofessional uit de volwassenenzorg (NICE, 2016; eveneens beschreven in KJP, 2017).

### 3.2.4. Overwegingen werkgroep

De werkgroep geeft aan dat het aanwijzen van een transitiecoördinator alleen van toepassing is indien de jongere in teamverband behandeld wordt. In andere gevallen is de behandelaar tevens de coördinator.

## 3.3. Gezamenlijke besluitvorming

### 3.3.1. Interviews

Terugkijkend op de overgang van jeugd- naar volwassenen-GGZ hebben jongvolwassenen over het algemeen niet het idee dat ze daar zelf iets over te zeggen hadden. De overgang werd bepaald door hun hoofdbehandelaar. Jongvolwassenen noemen dat de kalenderleeftijd van een cliënt niet doorslaggevend moet zijn; een cliënt is misschien oud genoeg voor volwassenenzorg, maar voelt zichzelf nog niet volwassen. Er moet maatwerk mogelijk zijn en jongeren zelf zouden daarin leidend moeten zijn. Professionals vinden ook dat de overgang met jongeren zelf besproken moet worden en dat maatwerk moet kunnen. Soms kan bij een 17-jarige de inschatting worden gemaakt dat de behandeling lang zal duren. In dat geval kan het goed zijn om gelijk door te verwijzen naar de volwassenenzorg. Sommige jongvolwassenen geven aan weinig van de overgang te hebben meegekregen, omdat het op dat moment niet goed ging met hen.

### 3.3.2. NICE-richtlijn transitie jeugdhulp naar volwassenenhulp

Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) doet een aantal aanbevelingen met betrekking tot de transitie van jeugdhulp naar volwassenenzorg. Onderstaande algemene (vrij vertaalde) aanbevelingen van het NICE hebben betrekking op gezamenlijke besluitvorming en het bieden van maatwerk.

#### **Algemene aanbevelingen**

- Jongeren en ouders/verzorgers betrekken in de vormgeving, de uitvoering en de evaluatie van de transitiezorg;
- Het transitieproces laten aansluiten bij de ontwikkelingsleeftijd van de jongere, maar hierbij de ouders blijven betrekken;
- De ondersteuning tijdens de transitie focussen op wat goed gaat en wat de mogelijkheden van de jongere zijn en daarbij de sociale omgeving van de jongere betrekken;
- Rekening houden met het ontwikkelingsstadium van de jongere. Is hij/zij bijvoorbeeld gestagneerd in de ontwikkeling door de bestaande klachten?
- Proactief handelen van zorgprofessionals in zowel de jeugdhulp als de volwassenenzorg, in aansluiting op individuele 'transitiebehoeften' van jongeren.

### 3.3.3. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) ligt aan de basis van alle zorgverlening. In de WGBO staan de rechten en plichten van cliënten die zorg krijgen. Volgens de WGBO hebben cliënten de volgende rechten:

- recht op informatie over de medische situatie
- toestemming geven voor een medische behandeling
- recht op inzage in het medisch dossier
- recht op privacy en geheimhouding van medische gegevens (beroepsgeheim)
- recht op vrije artskeuze
- vertegenwoordiging voor cliënten die niet zelf kunnen beslissen.

(<https://www.dwangindezorg.nl/rechten/wetten/wgbo>)

De rechten van minderjarigen voor medische behandelingen worden nader uitgewerkt in de WGBO. Wie de arts moet informeren en om toestemming vragen voor een medische behandeling, hangt af van de leeftijd van de minderjarige patiënt. Bij kinderen tot 12 jaar is de toestemming van de ouders/voogden vereist. Toestemming van het kind is niet nodig, maar deze heeft wel recht op informatie. Bij jongeren van 12 tot 16 jaar is de toestemming van de ouders/voogden en van de jongere zelf vereist. In twee uitzonderingsgevallen is de toestemming van alleen de jongere voldoende. Namelijk als het niet behandelen van de jongere voor hem ernstig nadeel oplevert (denk aan geslachtsziekte, vaccinatie) of als de behandeling de weloverwogen wens is van de jongere (denk aan abortus, vaccinatie). Jongeren vanaf 16 jaar beslissen zelfstandig en hebben een zelfstandig recht op informatie (<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/rechten-minderjarigen.htm>).

### 3.3.4. Overwegingen werkgroep

De werkgroep vindt het belangrijk dat bij het onderwerp 'Gezamenlijke besluitvorming' de jongere geattendeerd wordt op de mogelijkheid om gebruik te maken van de 3 goede vragen van de Patiëntenfederatie Nederland (zie <http://3goedevragen.nl/>):

1. Wat zijn mijn mogelijkheden?
2. Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden?
3. Wat betekent dat in mijn situatie?

Ook beveelt de werkgroep aan op basis van de situatie van de jongere (prognose, duur van de behandeling en aard van het probleem) een inschatting te maken op welk moment de overgang van



jeugd- naar volwassenen-GGZ het beste kan plaatsvinden (voor of na de 18<sup>de</sup> verjaardag). Hierbij is maatwerk van belang, dit betreft een combinatie tussen professionele kennis en de voorkeur van de jongere.

### 3.4. Monitorinstrumenten

#### 3.4.1. Richtlijnen

##### *Samenvatting richtlijnen*

Voor jeugdigen wordt de Children's Depression Inventory aanbevolen om de ernst van de depressie en behandelrespons te monitoren. Voor volwassenen (18+) wordt geadviseerd een keuze te maken uit enkele instrumenten, waaronder 3 zelfinvulvragenlijsten (de Self-Rating Depression Scale, Beck Depression Inventory en Inventory for Depressive Symptomatology).

##### *Nadere verdieping richtlijnen*

##### *Welke meetinstrumenten worden bij 18- aanbevolen voor het monitoren van de ernst van de depressie en de behandelrespons?*

In de Multidisciplinaire richtlijn depressie bij jeugd addendum (2009) wordt de volgende aanbeveling gedaan omtrent monitorinstrumenten:

“Nader onderzoek is nodig naar geschikte instrumenten om tijdens de behandeling de ernst van de depressie en de behandelrespons te monitoren. Voorlopig beveelt de werkgroep aan gebruik te maken van de CDI [Children's Depression Inventory] als zelfrapportage vragenlijst.”

##### *Welke meetinstrumenten worden bij 18+ aanbevolen voor het monitoren van de ernst van de depressie en de behandelrespons?*

In de Multidisciplinaire richtlijn depressie (2013) staat:

“Alhoewel geen van de gepresenteerde meetinstrumenten voldoet aan alle psychometrische eisen, bieden zij toch de mogelijkheid om een betrouwbare en redelijk valide inschatting te maken van de ernst van een depressie en de veranderingen die hierin in de loop van de tijd optreden.

Het wordt aangeraden het verloop van de ernst van een depressie te monitoren, ook als niet meteen tot behandeling wordt overgegaan. De Richtlijnwerkgroep beveelt aan hierbij gebruik te maken van de hier gepresenteerde meetinstrumenten.

Bij de keuze tussen het gebruik van zelfinvulvragenlijsten en een interview dan wel beoordeling door de clinicus moet rekening worden gehouden met de neiging van ernstig depressieve patiënten om de ernst van de symptomen te verkleinen, terwijl patiënten met lichtere symptomen deze neigen uit te vergroten. De Richtlijnwerkgroep beveelt aan voor de ernstige ziektebeelden te kiezen voor interview- en observatieschalen. Ook kan het gecombineerd gebruik van de IDS-C [Inventory of Depressive Symptomatology: Clinician] en de IDS-SR [Inventory of Depressive Symptomatology: Self-Rated, en in mindere mate van de HRSD [Hamilton Rating Scale for Depression] en de CRS [Carroll Rating Scale], hier een optie zijn.

Voor het evenwichtig in kaart brengen van de verschillende symptoomdimensies lijkt de IDS momenteel het beste perspectief te bieden. De psychometrische kwaliteiten van dit instrument moeten echter nog bij een Nederlandse populatie getest worden.

##### *Interview- en observatieschalen*

Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)

Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)

Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale (BRMS)  
Inventory for Depressive Symptomatology (IDS-C)

#### Zelfinvulvragenlijsten

Self-Rating Depression Scale (SDS)  
Beck Depression Inventory (BDI)  
Inventory for Depressive Symptomatology (IDS-SR)

#### Aanvullingen uit de praktijk

De BRMS en de SDS worden in de praktijk niet meer gebruikt. Een andere zelfinvulvragenlijst, de Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001), lijkt ook een valide instrument om de ernst van de depressie in kaart te brengen.

### 3.4.2. Literatuur

#### *Samenvatting literatuur*

Er zijn in de literatuuroverzoek slechts twee (niet-Nederlandse) artikelen gevonden gericht op instrumenten die de ernst van de depressie in kaart brengen en zijn onderzocht bij zowel adolescenten (16-18 jaar) als jongvolwassenen (18-25 jaar). Alle overige artikelen onderzochten óf de groep onder de 18 jaar óf de groep boven de 18 jaar. De Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) en de Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS) zijn mogelijk geschikt voor het monitoren van de ernst van de depressie bij zowel adolescenten (vanaf 16 jaar) en jongvolwassenen.

#### *Nadere verdieping literatuur*

Ng en collega's (2007) onderzochten de Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) in een klinische populatie vanaf 16 jaar in de VS. De DASS-21 score verminderde naarmate patiënten langer behandeld werden. Bovendien waren de scores gecorreleerd aan de HoNOS scores. De auteurs concluderen dat de DASS-21 een valide instrument is om in een klinische setting de behandelrespons te monitoren. Resultaten werden niet uitgesplitst naar leeftijd.

Watson en collega's (2007) onderzochten de Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS) in vijf verschillende steekproeven in de VS, waaronder middelbare scholieren (adolescenten) en studenten (jongvolwassenen). Het instrument toonde een goede convergente en discriminante validiteit. Het instrument werd niet in een klinische setting toegepast.

De DASS-21 is ook in het Nederlands vertaald en (beperkt) onderzocht bij jongvolwassenen en een klinische, volwassen steekproef (de Beurs et al., 2001). Over validiteit bij adolescenten is niets bekend. De IDAS is voor zover wij weten niet vertaald naar het Nederlands.

### 3.4.3. Overwegingen werkgroep

Het is de wens van de werkgroep dat er zo veel als mogelijk één doorlopende lijn van instrumenten wordt gebruikt voor de leeftijdsgroep 16 tot 24 jaar. Dit maakt het mogelijk om ook de behandelrespons te monitoren.

## 3.5. Eigen risico

### 3.5.1. Interviews

Jongeren zijn veelal niet op de hoogte van het feit dat ze vanaf hun 18<sup>de</sup> het wettelijke verplichte eigen risico moeten betalen voor hun behandeling. Hier worden ze wel graag op voorbereid,

bijvoorbeeld middels een brief voor hun 18<sup>de</sup>. Professionals delen deze mening en uiten ook een angst dat jongvolwassenen vanaf hun 18<sup>de</sup> zorgmijgend worden door het eigen risico. Voor veel jongvolwassenen is het eigen risico een behoorlijke financiële last. Eén van de geïnterviewde jongvolwassenen heeft negatieve ervaringen met het Centraal Administratie Kantoor (CAK); deze jongvolwassene moest met terugwerkende kracht veel geld betalen. Jongvolwassenen zouden graag zien dat de eigen bijdrage inkomensafhankelijk wordt, of vanaf het 18<sup>de</sup> jaar trapsgewijs wordt opgebouwd.

### 3.5.2. Overwegingen werkgroep

De werkgroep is van mening dat het betalen van een eigen bijdrage door jongeren voor hun behandeling kan leiden tot zorgmijgend gedrag. Vooral kwetsbare jongeren kunnen hierdoor uitvallen. De werkgroep adviseert om de jongere op zijn/haar 17<sup>de</sup> te informeren over het feit dat hij/zij een eigen bijdrage voor de behandeling moet betalen vanaf 18 jaar en om deze informatie waar mogelijke in een bredere context te plaatsen over wat er zoal gaat veranderen als de jongere 18 jaar wordt.

## 4. Inhoud van de zorg

### 4.1. Aanbevelingen

#### Algemene verschillen

- Bereid jongeren voor op meer verantwoordelijkheid en zelfstandigheid in volwassenzorg. Denk aan oefenen met zelf formuleren van de hulpvraag, het stellen van doelen en het plannen van gesprekken.
- Informeer professionals van de volwassen-GGZ over deze doelgroep en moedig aan dat zij de jongvolwassenen wat meer ondersteunen dan ze bij volwassenen gewend zijn te doen.

#### Gezinscontext

- Vraag aan de jongere/jongvolwassene wat zijn/haar wensen zijn voor het betrekken van ouders. Vraag na wat de mogelijkheden hiervoor zijn bij de nieuwe zorginstelling in de volwassenen-GGZ en informeer de jongere daarover. Ga in gesprek met de jongere/jongvolwassene over de overwegingen wanneer blijkt dat hij/zij niet wil dat ouders betrokken worden. Bij bijvoorbeeld overbelasting of ziekte van een ouder(s) kan ook een andere persoon in het netwerk van de jongere betrokken worden, zoals resource teams of eigen mentor.
- Voer overleg binnen het team hoe omgegaan wordt met het informeren van anderen (zoals ouders) bij vermoedens van suïcidaliteit, uiteraard rekening houdend met geldende wet- en regelgeving.

#### Farmacotherapeutisch

- Wees terughoudend met het opvolgen van de aanbevelingen van de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2013) wat betreft het gebruik van antidepressiva bij de leeftijdsgroep jongvolwassenen (18-25 jaar).
  - Volg de waarschuwing op van het Farmacotherapeutisch Kompas. Bij patiënten jonger dan 25 jaar is goede opvolging aangewezen bij gebruik van selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI), vanwege een toenemende kans op suïcide(pogingen) en suïcidale gedachten. Ter preventie van suïcidepogingen is nauwkeurige observatie noodzakelijk met name in de eerste weken van de therapie en na dosisaanpassingen en dient de patiënt niet over grote hoeveelheden antidepressiva te kunnen beschikken.
- Overweeg bij het gebruik van antidepressiva bij jongvolwassenen aan te sluiten bij de aanbevelingen van de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie bij Jeugd addendum (2009). Deze aanbevelingen van het addendum Jeugd zijn als volgt:
  - Er wordt afgeraden antidepressiva in de eerste stap voor te schrijven in de behandeling van kinderen en adolescenten met lichte of matige depressies;
  - Bij ernstige depressies bij kinderen ouder dan acht jaar kan de SSRI fluoxetine als eerste stap in de behandeling overwogen worden, daarbij dient wel rekening gehouden te worden met suïciderisico (vooral bij SSRI's);
  - Het voorschrijven van tricyclische antidepressiva (TCA) bij kinderen en jongeren met een depressie wordt ontraden, omdat ze niet effectief zijn en aanzienlijke bijwerkingen kunnen hebben.

#### Herstelondersteunende zorg

- Sluit in de behandeling, zowel binnen de jeugd- als binnen de volwassenen-GGZ aan bij de 'herstelondersteunende' dimensies van positieve gezondheid (Huber, 2011): spirituele/existentiële dimensie en sociaal-maatschappelijke participatie.

- Spirituele/existentiële dimensie: zingeving/meaningfulness, doelen/idealen nastreven, toekomstperspectief, acceptatie.
- Sociaal maatschappelijke participatie: sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk.
- Overweeg lotgenotencontact te stimuleren als de jongere/jongvolwassene ondersteuning kan gebruiken op bovenstaande gebieden.

## 4.2. Algemene verschillen

### 4.2.1. Interviews

De jongvolwassenen hebben ervaren dat binnen de volwassenen-GGZ meer verantwoordelijkheid en zelfstandigheid wordt verwacht dan binnen de jeugd-GGZ. Professionals noemen dit ook als belangrijkste inhoudelijke verschil. De jongvolwassenen waren hier niet op voorbereid en wisten in het begin niet goed hoe ze hiermee om moesten gaan. Er wordt bijvoorbeeld eigen initiatief verwacht in het plannen van gesprekken. Eén jongvolwassene geeft aan dat hij er erg aan moest wennen dat vragen minder concreet en direct gesteld werden. De jeugdigen hadden dit graag wat meer opgebouwd binnen de jeugd-GGZ. Professionals benoemen dat het voor jongvolwassenen moeilijk kan zijn om hun eigen hulpvraag te formuleren, iets wat in de volwassenzorg wel van je verwacht wordt. Als het lastig is voor een jongvolwassene om de hulpvraag te formuleren, kan dat door een professional geïnterpreteerd worden als een gebrek aan motivatie. Jongeren kunnen hier meer op voorbereid worden, maar professionals in de volwassenen-GGZ dienen ook te beseffen dat het voor deze doelgroep moeilijk kan zijn om om te gaan met de verantwoordelijkheid en zelfstandigheid die gevraagd wordt vanuit de volwassenen-GGZ.

### 4.2.2. Overwegingen werkgroep

De werkgroep heeft geen aanvullingen.

## 4.3. Gezinscontext

### 4.3.1. Interviews

Er is aan jongvolwassenen en hun ouders en aan professionals gevraagd naar hun ervaringen en wensen ten aanzien van betrokkenheid van ouders en andere naasten.

Jongvolwassenen en ook ouders ervaren een groot verschil tussen de jeugd- en de volwassenen-GGZ in de mate waarin ouders betrokken worden bij de behandeling. Over het algemeen worden ouders binnen de jeugd-GGZ betrokken en binnen de volwassenzorg niet meer – in sommige gevallen is dit binnen de jeugd al minder, afhankelijk van de relatie van ouders en jongere. Professionals herkennen dit en noemen dat het makkelijker is ouders te betrekken wanneer de jongere/jongvolwassene nog thuis woont.

Jongvolwassenen willen dat het betrekken van ouders binnen jeugd- en volwassenzorg gebeurt in overleg met hen. Dit gaat twee kanten op: sommige cliënten hebben geen goede relatie met hun ouders en willen niet dat zij worden betrokken, andere cliënten willen dat hun ouders juist ook in de volwassenzorg betrokken worden. Bovendien benadrukken jongeren en jongvolwassenen dat andere mensen in sommige gevallen een grotere rol spelen in hun leven dan ouders (partners, vrienden).

Professionals geven aan dat professionals de beslissing moeten nemen of ouders wel of niet worden betrokken. Wanneer er sprake is van individuele problemen, dan is het betrekken van ouders vaak niet nodig. Wanneer het systeem een belangrijke rol in het probleem speelt, dan is het goed om ouders wel te betrekken.

De geïnterviewde ouders wilden beide graag meer betrokken worden toen hun kind in de volwassenen-GGZ in behandeling was. Eén moeder heeft zelfs mentorschap aangevraagd bij de rechter, zodat zij hier meer mogelijkheid toe had. De andere moeder geeft aan dat zij, nu het beter gaat met haar kind, wat meer op afstand wil blijven – dat hoort naar haar idee ook bij het volwassen worden van haar kind.

Professionals uit de jeugd-GGZ zijn over het algemeen van mening dat de professionals in de volwassenen-GGZ het belang van ouders onderwaarden. Ook al zijn jongvolwassenen boven de 18 jaar, dan spelen ouders vaak toch nog een belangrijke rol – juist de kwetsbare jongvolwassenen hebben baat bij steun uit hun systeem.

Jongeren horen graag welke veranderingen er zullen optreden in de volwassenen-GGZ, zodat ze een goed verwachtingspatroon kunnen opbouwen. De meeste jongeren verwachten dat de volwassenen-GGZ grotendeels lijkt op de jeugd-GGZ, omdat hen niet is verteld dat het er anders aan toe kan gaan. Ook de betrokkenheid van ouders hoort daarbij. Ouders zelf moeten ook weten dat ze minder betrokken zullen worden – iets wat ze zelf ook aangeven.

#### 4.3.2. Richtlijnen

*Wat zijn de aanbevelingen voor het betrekken van de gezinscontext bij jongeren jonger dan 18 jaar?*

In de Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij Jeugd addendum (2009) worden de volgende aanbevelingen gedaan omtrent het betrekken van de gezinscontext:

Pagina 105 “8.1 Behandelaren dienen kinderen en adolescenten met depressies en hun ouders en overige gezinsleden goede uitleg te geven over alle aspecten van depressie, inclusief signalen die kunnen wijzen op verslechtering of complicaties (met name suïcidaliteit, psychose, zelfverwaarlozing, zelf-beschadiging) en inclusief uitleg over de aard en de principes van de behandeling (psycho-educatie). Tevens dienen ouders geadviseerd te worden hoe ze het kind het beste kunnen ondersteunen in de behandeling. Deze psycho-educatie heeft als doel de medewerking aan de behandeling te optimaliseren en drop-out te voorkomen.

Pagina 105 8.2 De ouders en overige gezinsleden dienen bij de behandeling te worden betrokken op basis van het klinisch oordeel. Daarbij dient in het bijzonder rekening gehouden te worden met het saneren van negatieve en onderhoudende factoren in de gezinsomgeving (conflicten, onveiligheid, vijandigheid, gepest worden, enzovoort).

Pagina 105 8.3 Er is onderzoek nodig naar de wijze waarop de betrokkenheid van ouders bij de behandeling van depressieve adolescenten en kinderen de mate van effectiviteit van de psychotherapeutische behandeling kan vergroten.”

*Wat zijn de aanbevelingen voor het betrekken van de gezinscontext bij jongeren ouder dan 18 jaar?*

In de Multidisciplinaire richtlijn depressie (2013) wordt over het betrekken van de context van de patiënt het volgende gezegd:

Pagina 15 “Altijd krijgen de patiënt, partner/gezinsleden/familieleden en/of mantelzorgers mondelinge en schriftelijke informatie over de aandoening, mogelijke oorzaken, het te verwachten beloop en individuele adviezen voor leefstijl, zelfmanagement, (begeleide) zelfhulp en behandel mogelijkheden. Hiertoe kan gebruik worden gemaakt van websites ([www.nedkad.nl](http://www.nedkad.nl), [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl), [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl), [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)), en informatiebrochures van patiëntenorganisatie of beroepsverenigingen.”

Pagina 15 “Het is belangrijk de patiënt te behandelen in diens sociale context (partner/gezin/familie). Met toestemming van de patiënt kunnen partner/gezinsleden/familie bij de behandeling worden betrokken.”

#### *Literatuursearch Multidisciplinaire Richtlijn Depressie bij Jeugd addendum*

Voor de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie bij Jeugd addendum (2009) is er een literatuursearch uitgevoerd naar het betrekken van ouders en andere naasten bij de behandeling van kinderen met een depressieve-stemmingsstoornis. In het addendum staat beschreven dat bewijs ontbreekt van de effectiviteit omtrent het betrekken van ouders.

Daarnaast staat in de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie bij Jeugd addendum (2009) beschreven dat interpersoonlijke Psychotherapie (IPT) met betrokkenheid van ouders bij 12-18 jarigen effectief was in het verminderen van depressieve klachten en effectiever was dan een wachtlijst of reguliere zorg (Mufson et al., 1999; Mufson et al., 2004; Rosello & Bernal, 1999). Ook staat beschreven dat Systematische gedragsgezinstherapie, gecombineerde kinder- en ouderinterventies op basis van CGT en gezinstherapie gebaseerd op gehechtheid effectieve interventies zijn. Het betrekken van de ouders bij de behandeling lijkt echter geen meerwaarde te hebben met betrekking tot de uitkomsten voor het kind of de jongere (mate van bewijs A1 (zeer sterk bewijs); Weisz et al., 2006). Systeem Geïntegreerde Gezinstherapie (SGG) lijkt ook effectief te zijn ten aanzien van remissie van depressie, maar is niet vergeleken met een niet-actieve controle-conditie of met cognitieve gedragstherapie of IPT, en is daarom moeilijk te vergelijken met andere vormen van psychotherapie (mate van bewijs B (acceptabel bewijs)). Uit een pilot blijkt dat context emotieregulatie therapie (CERT) bij een groep 7-12 jarigen met dysthymie veelbelovend is (Kovacs, 2006, mate van bewijs C (matig bewijs)).

#### *Nadere verdieping literatuur*

In de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie bij Jeugd addendum (2009) worden de studies naar interpersoonlijke Psychotherapie (IPT) als volgt beschreven. “De focus van interpersoonlijke psychotherapie ligt doorgaans bij een van de volgende probleemgebieden: interpersoonlijke conflicten (bijvoorbeeld met familie, leeftijdgenoten of leerkrachten), rol transities (bijvoorbeeld voortkomend uit de puberteit, de overgang naar een nieuwe school of scheiding van ouders), rouw, of interpersoonlijke tekortkomingen (aangaan van relaties, angst voor intimiteit). De ouders worden actief bij de therapie betrokken. In de onderzoeken met de adolescentenversie van IPT werden jongeren van 12-18 jaar geïnccludeerd. Er zijn in totaal drie RCT’s gedaan naar de effectiviteit van IPT bij adolescenten (Mufson et al., 1999; Mufson et al., 2004; Rosello & Bernal, 1999). IPT bleek effectief in het verminderen van depressieve klachten en was effectiever dan een wachtlijst of reguliere zorg.”

In de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie bij Jeugd addendum (2009) wordt ook de literatuur besproken met betrekking tot Systematische gedragsgezinstherapie, gecombineerde kinder- en ouderinterventies op basis van CGT en gezinstherapie gebaseerd op gehechtheid. “Dit zijn effectieve interventies. Het betrekken van de ouders bij de behandeling lijkt echter geen meerwaarde te hebben met betrekking tot de uitkomsten voor het kind of de jongere (mate van bewijs A1 (zeer sterk bewijs); Weisz et al., 2006). Systeem Geïntegreerde Gezinstherapie (SGG) lijkt ook effectief te zijn ten aanzien van remissie van depressie, maar is niet vergeleken met een niet-actieve controle-conditie of met CGT of IPT, en is daarom moeilijk te vergelijken met andere vormen van psychotherapie (mate van bewijs B (acceptabel bewijs)).”

Ten slotte wordt in de richtlijn nog de effectiviteit van emotieregulatietherapie beschreven. Er is één pilotstudie (Kovacs, 2006) gedaan naar de effectiviteit van deze behandeling bij chronische depressie of dysthymie bij jonge kinderen (7 – 12 jaar oud). Contextuele Emotieregulatie therapie (CERT) is een intensieve behandeling (30 sessies in 10 maanden) gebaseerd op de relatie tussen stress en coping. Het doel van CERT is het aanleren van vaardigheden om de emotie te kunnen reguleren. Minimaal één van de ouders is actief in de behandeling betrokken. De behandeling is uitgetprobeerd bij 20

kinderen met een diagnose dysthymie, van hen maakten 15 kinderen de behandeling af. Na afloop van de behandeling hadden nog 7 kinderen (47%) een diagnose dysthymie. Zes maanden na de behandeling waren dit er nog 3 (21%) en na een jaar betrof dit nog een kind (8%). De behandeling lijkt dus veelbelovend bij een normaal gesproken lastig te behandelen groep. Wel zullen deze bevindingen eerst moeten worden gerepliceerd in een gedegen effectonderzoek (mate van bewijs C (matig bewijs)).

#### 4.3.3. Aanvullende literatuur

*Tabel 2. Conclusietabel: In hoeverre is het betrekken van de gezinscontext effectief in de behandeling van kinderen, adolescenten en jong volwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis?*

Niveau	Conclusie	Literatuur
1	Het is aangetoond dat gezinstherapie effectief is in het verminderen van depressieve symptomen bij kinderen en adolescenten.	B (Luby et al., 2012) C (Trowel et al., 2007) A2 (Fristad et al., 2009) A2 (Goodyer et al., 2007) A2 (Diamond et al., 2010)
1	Het is aangetoond dat gezinstherapie tot een grotere afname van depressieve symptomen leidt dan de gebruikelijke behandeling bij kinderen en adolescenten.	A2 (Fristad et al., 2009) A2 (Diamond et al., 2010)
2	Het is aangetoond dat gezinstherapie NIET tot een grotere afname van depressieve symptomen leidt dan de gebruikelijke behandeling bij kinderen en adolescenten.	A2 (Goodyer et al., 2007) C (Trowel et al., 2007)
1	Een verband is aangetoond tussen ouder-kindrelatie en psychiatrische symptomen bij kinderen.	A2 (Lima et al., 2010) A2 (Schwartz et al., 2012)

#### Samenvatting aanvullende literatuur

Voor de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie bij Jeugd addendum (2009) is er een literatuursearch uitgevoerd naar het betrekken van ouders en andere naasten bij de behandeling van kinderen met een depressieve-stemmingsstoornis. In het addendum staat beschreven dat bewijs ontbreekt van de effectiviteit omtrent het betrekken van ouders. Interventies waarin ouders betrokken worden bij de behandeling zijn soms effectief, maar de meerwaarde van het betrekken van de ouders bij de behandeling ten opzichte van reguliere behandeling is vaak nog niet aangetoond. Ten behoeve van deze transitietool is nagegaan of er sinds het uitvoeren van de search voor het addendum jeugd (in 2007) meer literatuur verschenen is over dit onderwerp. De opzet van de literatuurstudie staat beschreven in Bijlage B, de evidencetabellen zijn opgenomen in Bijlage C.

Uit de aanvullende literatuurseach (literatuur vanaf 2007) zijn de volgende bevindingen naar voren gekomen : Een verband is aangetoond tussen ouder-kindrelatie en psychiatrische symptomen bij kinderen. De mate van gehechtheid tussen ouder en kind en gedrag van ouders tijdens familieinteractie kan dienen als een beschermende- of risicofactor voor de ontwikkeling van psychiatrische symptomen (Lima et al., 2010; Schwartz et al., 2012). Gezinstherapie is effectief in het verminderen van depressieve symptomen bij kinderen en jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis (Luby et al., 2012; Trowel et al., 2007; Fristad et al., 2009; Goodyer et al., 2007; Diamond et al., 2010). Het is onduidelijk of gezinstherapie ook effectiever is dan gebruikelijke therapie bij kinderen en jongeren; de literatuur toont aan dat het betrekken van ouders soms wel (Fristad et al., 2009; Diamond et al., 2010) en soms niet effectiever is dan de gebruikelijke therapie (Goodyer et al., 2007; Trowel et al., 2007). Er is geen literatuur gevonden gericht op het betrekken van ouders en/of andere naasten bij de behandeling van jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis.



## Nadere verdieping literatuur

### **Verband tussen ouder-kindrelatie en psychiatrische symptomen bij kinderen**

Lima en collega's (2010) hebben een review geschreven over het verband tussen de kwaliteit van de ouder-kindrelatie en psychiatrische symptomen tijdens de volwassenheid. Zij vonden dat de mate van gehechtheid tussen ouder en kind kan dienen als een beschermende- of risicofactor voor de ontwikkeling van psychiatrische symptomen. Schwartz et al. (2012) onderzochten in hoeverre gedrag van ouders tijdens familieinteracties de verandering in depressiesymptomen in de adolescentie kan voorspellen. Hun onderzoek was longitudinaal van aard en had een steekproef van 194 adolescenten. Meer agressie bij ouders blijkt een voorspellende factor voor meer symptomen van depressie en angst bij adolescenten twee jaar later, terwijl meer positief gedrag van ouders juist een afname van depressiesymptomen voorspelt.

### **Effectiviteit van gezinstherapie bij kinderen met een depressieve-stemmingsstoornis**

Young en Fristad (2015) hebben een overzicht gemaakt van de effectiviteit van gezinstherapie voor de behandeling van kinderen met stemmingsstoornissen (zoals bipolaire en depressieve stoornissen). Zij concluderen op basis van verschillende gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) dat gezinstherapie tot een grotere afname van depressieve symptomen leidt dan de gebruikelijke behandeling. Componenten van deze gezinstherapie zijn psychoeducatie, probleemoplossende-, communicatieve-, en sociale vaardigheidstraining, en cognitieve reframing. Enkele relevante studies uit het overzicht van Young en Fristad (2015) worden hieronder toegelicht.

*Goodyer en collega's (2007)* onderzochten de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie met betrokkenheid van ouders bij 208 adolescenten met een stemmingsstoornis. Deze adolescenten kregen cognitieve gedragstherapie inclusief selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) of ontvingen alleen SSRI's. Beide groepen lieten een significante afname zien van depressieve symptomen en suïciderisico, en een verbetering van algemeen functioneren. Cognitieve gedragstherapie met betrokkenheid van ouders was echter niet significant beter dan alleen het gebruik van SSRI.

*Luby en collega's (2012)* vergeleken de effectiviteit van twee behandelvormen voor 3-7 jarigen met een depressie; de ouder-kind interactie met emotionele ontwikkeling therapie (Parent Child Interaction Therapy-Emotion and Development, PCIT-ED) en een groepsbehandeling enkel gericht op ouders (PCIT). Bij beide groepen namen de depressieve symptomen af.

*Trowell en collega's (2007)* onderzochten de effectiviteit van individuele psychodynamische psychotherapie (Focused Individual Psychodynamic Psychotherapie, FIPP) vergeleken met systeem-integratieve-gezinstherapie (Systems integrative Family Therapy, SIFT) in het behandelen van een depressie bij kinderen. FIPP richt zich op relaties, ingrijpende gebeurtenissen en disfunctionele gehechtheid (ouderssessies en kindsessies, ratio 1 vs 2), terwijl SIFT gericht is op gezinsdisfunctioneren (alleen familiesessies). Een RCT is uitgevoerd bij 72 kinderen van 9 tot 15 jaar. Bij de nameting bleek dat SIFT effectiever was in het verminderen van depressieve symptomen dan FIPP, maar na de follow-up van 6 maanden was dit verschil tussen de groepen niet meer significant; desondanks zijn bij beide therapievormen, ook na 6 maanden, nog steeds positieve effecten zichtbaar.

*Diamond en collega's (2010)* onderzochten in een RCT het effect van ABFT (Attachment Based Family Therapy) vergeleken met gebruikelijke zorg bij de behandeling van 77 jongeren met depressieve symptomen en suïcidegedachten. ABFT is een gestructureerde doelgeoriënteerde gezinstherapie (adolescent-ouderssessies) en de gebruikelijke zorg omvat verwijzingen met doorlopende klinische monitoring. De jongeren in de ABFT-groep toonden een grotere afname van suïcidegedachten en depressieve symptomen bij de follow-up na 3 maanden ten opzichte van de gebruikelijke zorg.

*Fristad en collega's (2009)* onderzochten multi-gezinspsychoeducatie psychotherapie (Multi-Family Psychoeducational Psychotherapy, MF-PEP) als aanvullende therapie bovenop de gebruikelijke therapie (een andere psychosociale, psychofarmacologische of educationele interventie naar wens

van de familie). De MF-PEP groep werd vergeleken met een groep die alleen gebruikelijke zorg krijgt voor kinderen met een (bipolaire) depressieve-stemmingsstoornis in de leeftijd van 8-11 jaar. Dit onderzoek was een RCT met 165 kinderen. De MF-PEP groep toonde een grotere afname van depressieve symptomen ten opzichte van de gebruikelijke zorg.

#### 4.3.4. Overwegingen werkgroep

De werkgroep geeft aan dat zorgaanbieders dienen te weten waarom het belangrijk is dat ouders betrokken worden bij de behandeling. Er zijn geen eenduidige oplossingen hoe je ouders het beste kan betrekken bij de behandeling. Het kan nuttig zijn dat het behandelteam reflecteert op het eigen handelen en ervaringen deelt om ouders bij de behandeling te betrekken. Het is niet altijd de wens van de jongere om ouders te betrekken bij de behandeling. Zowel binnen de jeugd- als volwassenen-GGZ is het belangrijk om in gesprek te gaan met de jongere over de overwegingen wanneer blijkt dat hij/zij niet wil dat ouders betrokken worden. Indien ouders of een ouder overbelast zijn, soms zelf psychisch ziek, is te overwegen hoe andere personen in het netwerk van de jongeren versterkend en ondersteunend betrokken worden in de voorbereiding van en begeleiding tijdens transitie.

Voorbeelden zijn: resource teams of de eigen mentor.

De werkgroep geeft ook aan dat binnen het behandelteam overleg gevoerd dient te worden hoe omgegaan kan worden met het informeren van anderen (zoals ouders) bij vermoedens van suïcidaliteit, uiteraard rekening houdend met geldende wet- en regelgeving.

### 4.4. Farmacotherapeutisch

#### 4.4.1. Richtlijnen

##### *Samenvatting richtlijnen*

In de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie bij Jeugd addendum (2009) wordt het gezien de risico's en mogelijke bijwerkingen afgeraden antidepressiva in de eerste stap voor te schrijven in de behandeling van kinderen en adolescenten met lichte of matige depressies. Bij ernstige depressies bij kinderen ouder dan 8 jaar kan de selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI) fluoxetine als eerste stap in de behandeling overwogen worden, daarbij dient wel rekening gehouden te worden met suïciderisico. Het voorschrijven van tricyclische antidepressiva (TCA) bij kinderen en jongeren met een depressie wordt ontraden, omdat ze niet effectief zijn en aanzienlijke bijwerkingen kunnen hebben. In de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2013) die gericht is op volwassenen (18 jaar of ouder) wordt aangegeven dat op grond van effectiviteit geen voorkeur is voor een van de volgende groepen antidepressiva: TCA's, SSRI's, selectieve serotonine-en-noradrenaline-heropnameremmers (SNRI), mirtazapine en bupropion.

##### *Nadere verdieping richtlijnen*

##### *Wat zijn de aanbevelingen voor gebruik van antidepressiva bij jongeren jonger dan 18 jaar?*

In de Multidisciplinaire richtlijn depressie bij jeugd addendum (2009) worden de volgende aanbevelingen gedaan omtrent medicamenteuze behandelingen:

Pagina 72 "6.1 De werkgroep beveelt aan om in de behandeling van depressies bij kinderen en adolescenten voortdurend de gevaren van de stoornis (risico op geslaagde suïcide, langdurige uitval van functioneren op sociaal, emotioneel en cognitief gebied) af te wegen tegen de risico's van de behandeling (met name risico op toename van suïcidale gedachten behandeling met SSRI's) en de beschikbaarheid van psychotherapie."

Pagina 72 6.2 Gezien de risico's en mogelijke bijwerkingen dient medicatie niet als eerste stap te worden voorgeschreven in de behandeling van kinderen en adolescenten met lichte of matige depressies."

Pagina 72 6.3 Bij ernstige depressies bij kinderen ouder dan 8 jaar kan fluoxetine als eerste stap in de behandeling overwogen worden. Bij ernstige depressies is echter de voorkeursbehandeling om CGT te combineren met medicatie (fluoxetine) om een sneller resultaat te verkrijgen (zie hoofdstuk 7). Voorschrijven van fluoxetine dient altijd gecombineerd te worden met psycho-educatie en psychologische begeleiding."

Pagina 73 6.4 Bij het voorschrijven van medicatie bij kinderen en jongeren met een depressie dient zorgvuldige informatie te worden gegeven over de reden voor de medicatie, over de tijd die het duurt voordat therapeutische effecten zichtbaar worden, de mogelijke bijwerkingen inclusief mogelijke toename van suïcidale gedachten en handelingen, het risico op terugval bij afbouwen van medicatie (ongeveer 60% terugval wanneer na een behandeling met fluoxetine een placebo werd gegeven) en over het belang van een goede therapietrouw. Tevens moet informatie gegeven worden over het risico van terugval bij het stoppen van medicatie. Vooral in het begin van de behandeling dient frequente, wekelijkse controle plaats te vinden van mogelijke suïcidale gedachten, intenties en handelingen. SSRI's bij kinderen en jongeren dienen alleen te worden voorgeschreven door een kinder- en jeugdpsychiater. De patiënt en zijn ouders/verzorgers dienen te worden geïnstrueerd om contact op te nemen met de behandelend arts bij het later optreden of onvoldoende verminderen van dit soort symptomen. Ouders/verzorgers en het kind of de adolescent dienen actief betrokken te worden bij het besluitvormingsproces inzake de behandelstrategie.

Pagina 73 6.5 Jeugdigen met ernstige depressies dienen wekelijks gezien te worden. Frequent monitoring is noodzakelijk.

Pagina 73 6.6 Bij het optreden van een klinische respons op fluoxetine wordt aangeraden gedurende tenminste 6 maanden de medicatie te continueren. De medicatie dient over een periode van 4-6 weken afgebouwd te worden. Hierbij dient altijd psychologische ondersteuning aangeboden te worden gezien het risico op terugval (zie ook hoofdstuk 7 over combinatiebehandeling).

Pagina 73 6.7 Bij non-respons op behandeling met fluoxetine gedurende 12 weken dient overgegaan te worden op sertraline of citalopram, in combinatie met cognitieve gedragstherapie. Hierbij dient vastgesteld te worden dat er nog steeds sprake is van een matig ernstige tot ernstige depressie die medicamenteuze behandeling behoeft.

Pagina 73 6.8 Wanneer bij een matig ernstige of ernstige depressie gestart is met cognitieve gedragstherapie of IPT, dient, bij onvoldoende resultaat na 3 maanden, medicatie (fluoxetine) te worden overwogen. Hierbij dient vastgesteld te worden dat er nog steeds sprake is van een matig ernstige tot ernstige depressie die medicamenteuze behandeling behoeft.

Pagina 73 6.9 De werkgroep beveelt aan dat het voorschrijven van medicatie alleen dient te gebeuren na diagnostiek door iemand met specialistische kennis op dit terrein, doorgaans een kinderpsychiater.

Pagina 73 6.10 Nader onderzoek is nodig naar de duur van de voortgezette behandeling bij respons op medicatie of CGT en IPT, en naar effectieve strategieën ter voorkoming van terugval.

Pagina 73 6.11 Onderzoek is nodig naar de verschillende behandelstrategieën waarbij psychologische interventies en medicatie met elkaar vergeleken worden.

Pagina 73 6.12 Onderzoek is nodig naar de meest effectieve behandeling van depressies die optreden als eerste manifestatie van een bipolaire stoornis bij kinderen en adolescenten.

Pagina 74 6.13 De werkgroep ontraadt het voorschrijven van TCA's bij kinderen en jongeren met een depressie omdat ze niet effectief zijn en aanzienlijke bijwerkingen kunnen hebben.

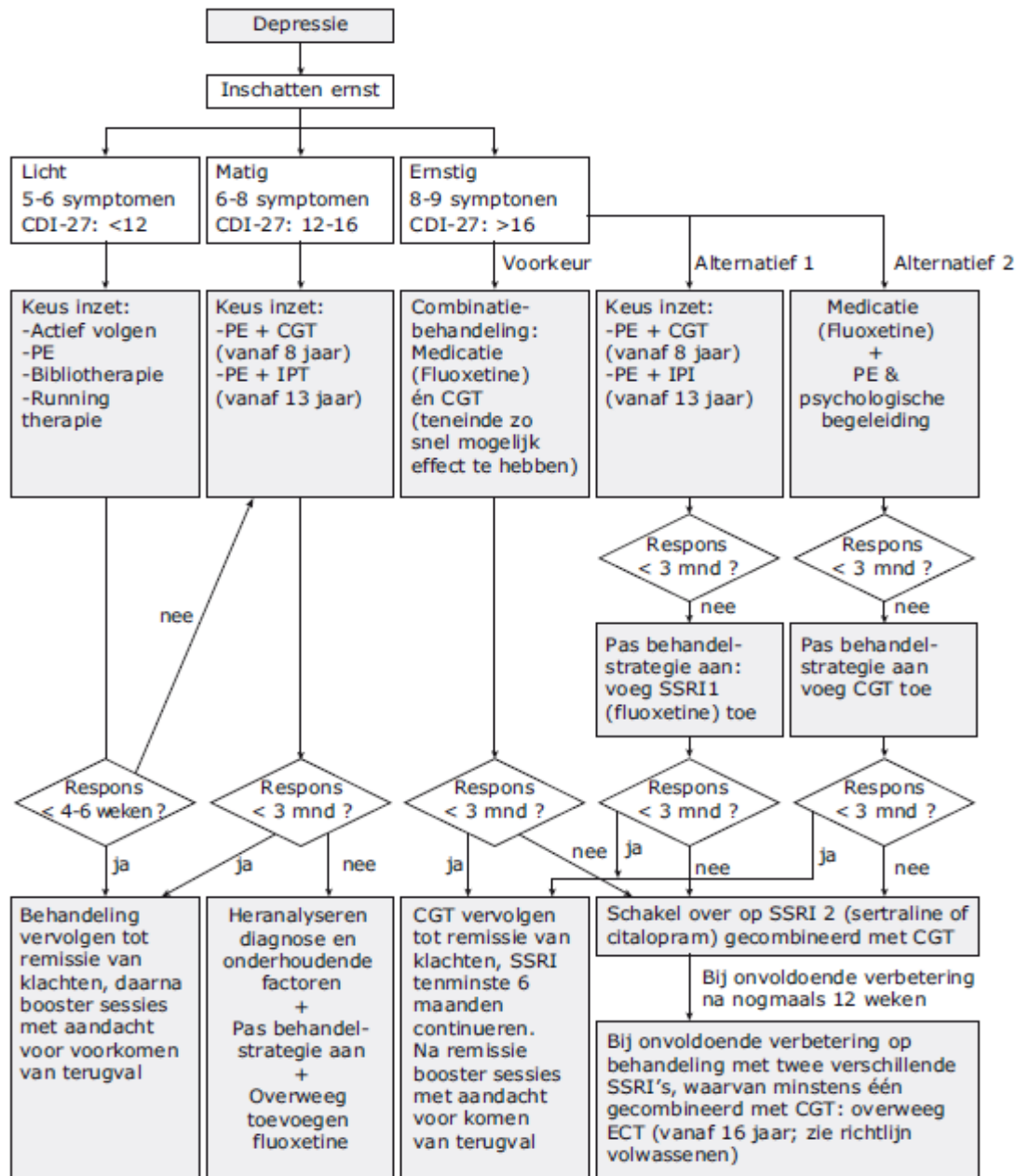
Pagina 76 6.14 Het voorschrijven van venlafaxine en mirtazepine bij kinderen en adolescenten met een depressie wordt ontraden.

Pagina 76 6.15 Gebruik van St Jans Kruid bij kinderen en adolescenten met een depressie wordt ontraden.

Pagina 76 6.16 De werkgroep is van mening dat omega-3 vetzuren als alternatief overwogen kunnen worden bij kinderen met een lichte tot een matig ernstige depressie, wanneer de ouders terughoudend zijn om te starten met psychologische interventies, of als add-on bij psychologische interventies.”

In de Multidisciplinaire richtlijn depressie bij jeugd addendum (2009) is onderstaande flow-chart opgenomen met aanbevelingen voor de behandeling van depressieve- stemmingsstoornis.

**Onderstaande flow-chart is een hulpmiddel en bevat een overzicht van aanbevelingen**



De inschatting van de ernst van de depressie is een klinische beoordeling op basis van:

- Aantal symptomen
- Type symptomen (psychose, suicidaliteit)
- Uitval van functioneren
- Duur van depressie

*Wat zijn de aanbevelingen voor gebruik van antidepressiva bij jongvolwassenen ouder dan 18 jaar?*

De Multidisciplinaire richtlijn depressie (2013) vat de keuzevolgorde van farmacotherapie bij (matig) ernstige (niet-psychotische) depressieve episoden als volgt samen:

*“Stap 1*

Uit het eerder besprokene blijkt er op grond van effectiviteit geen voorkeur te bestaan voor een van de groepen TCA's, SSRI's, SNRI, mirtazapine en bupropion. Ook binnen deze groepen lijkt de effectiviteit vergelijkbaar.

Bij ambulante behandelde depressiepatiënten maakt de werkgroep een onderscheid tussen de eerste lijn en de tweede lijn. Voor de eerste lijn wordt een TCA of een SSRI aanbevolen afhankelijk van de aanwezigheid van (relatieve) contra-indicaties en comorbiditeit, en potentiële bijwerkingen, eerdere ervaringen, prijs en voorkeur van de patiënt. Vanwege de wat lagere kans op bijwerkingen hebben de SSRI's een lichte voorkeur als eerste keuze middel.

Voor de tweede lijn heeft de Richtlijnwerkgroep geen uitgesproken voorkeur: een behandeling kan gestart worden met een TCA, een SSRI, SNRI, mirtazapine of bupropion.

Bij klinisch opgenomen patiënten met een depressieve stoornis heeft starten met een TCA de sterke voorkeur; als echter toch voor een modern antidepressivum wordt gekozen, beveelt de Richtlijnwerkgroep een SNRI aan.

*Stap 2*

Wanneer patiënten in de eerste stap na 4 weken niet reageren op behandeling met AD raadt de Richtlijnwerkgroep aan te switchen naar een ander AD. Voor de effectiviteit van verhoging van de dosering boven de aanbevolen dosis bestaat geen bewijs. Verlenging van de duur van de behandeling is te overwegen als er wel enige respons is op het AD tot 6 (maximaal 10) weken. Bij non-responders op een TCA beveelt de Richtlijnwerkgroep aan om het TCA na 4 tot 6 weken verder te doseren op geleide van de plasmaspiegel.

Bij de depressieve stoornis met atypische kenmerken beschouwt de Richtlijnwerkgroep een klassieke MAO-remmer (met name fenelzine) als een reële optie in de tweede stap van de behandeling na een modern antidepressivum (zoals een SSRI).

*Stap 3*

Wanneer patiënten in de tweede stap na 4 weken niet reageren op behandeling met AD raadt de werkgroep aan om een ander middel toe te voegen. Verlenging van de duur van de behandeling is te overwegen als er wel enige respons is op het AD tot 6 (maximaal 10) weken.

Lithium heeft de voorkeur bij additie; lithium dient dan minimaal 2 weken met een spiegel van tenminste 0,5 mmol/l te worden toegepast.

Alternatieven voor lithium zijn mirtazapine, mianserine of een atypisch antipsychoticum.

*Stap 4*

Klassieke MAO-remmers (niet in Nederland geregistreerd) en vooralsnog met name tranylcypromine, zijn geïndiceerd als vierde stap in de behandeling van de depressieve stoornis. In verband met mogelijke bijwerkingen en vooral de kans op interacties (met bepaalde voedingsmiddelen en medicijnen) dienen klassieke MAO-remmers alleen voorgeschreven te worden door psychiaters.

*Stap 5*

Electroconvulsieve therapie is de vijfde stap in de biologische behandeling voor de depressieve stoornis maar kan afhankelijk van ernst van de depressieve episode, bijwerkingen van medicatie en somatische karakteristieken van de patiënt, eerder overwogen worden.

Nota bene, al vanaf de eerste stap kan bij partiële respons of onvoldoende herstel toevoeging van cognitieve gedragstherapie overwogen worden.”

#### 4.4.2. Literatuur naar effectiviteit en suïciderisico bij gebruik van antidepressiva bij jongvolwassenen.

Tabel 3. Conclusietabel: Wat is de effectiviteit van antidepressiva bij jongvolwassenen?

Niveau	Conclusie	Literatuur
	Er is geen literatuur gevonden waarin de effectiviteit van antidepressiva voor jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis staat beschreven	

Tabel 4. Conclusietabel: Wat is het suïciderisico antidepressiva bij jongvolwassenen?

Niveau	Conclusie	Literatuur
1	Het is aangetoond dat bij jongvolwassenen (18 tot 25 jaar) met een <i>psychiatrische indicatie</i> meer risico is op suïcidedrag bij het gebruik van antidepressiva dan bij het gebruik van een placebo.	A1 (Stone et al., 2009)
2	Het is aannemelijk dat bij jongvolwassenen (18 tot 25 jaar) met een <i>depressieve-stemmingsstoornis</i> NIET meer risico is op suïcidedachten en -gedrag bij het gebruik van antidepressiva dan bij het gebruik van een placebo.	A2 (Stone et al., 2009) Kleinere aantallen bij deze subanalyse, daarom tenminste twee onderzoeken niveau B
3	Er zijn aanwijzingen dat bij jongvolwassenen (18 tot 25 jaar) met een depressieve-stemmingsstoornis NIET meer risico is op suïcidedachten en -gedrag bij het gebruik van fluoxetine dan bij het gebruik van een placebo.	B (Beasley et al., 2007)

De Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2013) is gericht op volwassenen, en maakt geen onderscheid naar verschillende leeftijdsgroepen. Het is de vraag of de aanbevelingen voor de gehele groep volwassenen met betrekking tot gebruik van antidepressiva ook van toepassing zijn voor de groep jongvolwassenen (18 tot 25 jaar). Er zijn aanwijzingen dat de groep jongvolwassenen andere effecten en bijwerkingen heeft bij gebruik van antidepressiva dan oudere volwassenen. Bijvoorbeeld, meldingen van suïcidaliteit bij deze doelgroep hebben inmiddels geresulteerd in een waarschuwing voor suïcidaal gedrag bij SSRI gebruik door jongeren onder de 25 jaar in het farmacotherapeutisch kompas. Met behulp van een literatuurstudie is nagegaan welke groepen antidepressiva (bijv. TCA's en SSRI's) het meest effectief zijn bij jongvolwassenen, en wat het suïciderisico is bij gebruik van antidepressiva bij deze doelgroep. De opzet van de literatuurstudie staat beschreven in Bijlage B, de evidencetabellen zijn opgenomen in Bijlage C.

#### Samenvatting literatuur

Een systematische search is uitgevoerd naar meta-analyses waar het effect onderzocht wordt van antidepressiva op het verminderen van depressieve symptomen bij jongvolwassenen. Geen enkele relevante meta-analyse is gevonden.

De literatuur voor de doelgroep jongvolwassenen met betrekking tot suïciderisico bij gebruik van antidepressiva is schaars, maar geeft een ander beeld dan voor de gehele groep volwassenen zoals beschreven in de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2013). De beschikbare literatuur geeft aanwijzingen dat bij jongvolwassenen een verhoogd risico is op suïcidedrag bij het gebruik van

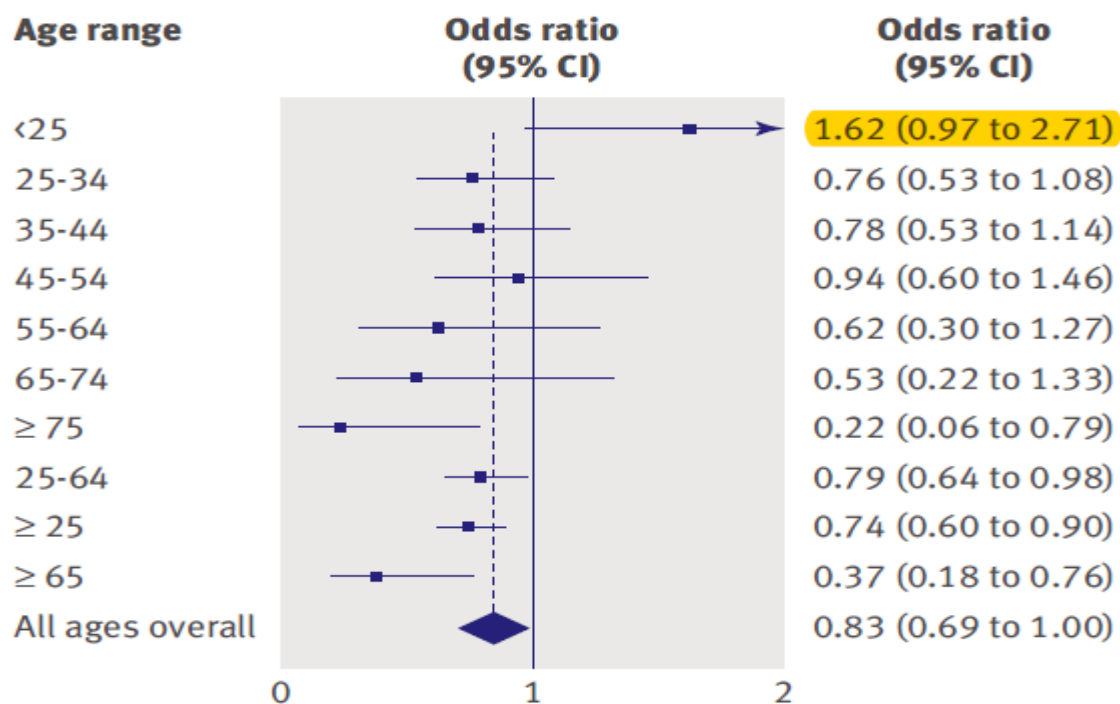
antidepressiva bij psychiatrische patiënten. Suïcidedrag bestaat uit voorbereidende plannen en al dan niet geslaagde pogingen (Stone et al., 2009). De literatuur waarin specifiek gekeken wordt naar de doelgroep jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis laat zien dat er geen verschillen zijn in de mate van suïcide- gedachten of gedrag tussen de placebo- en antidepressivagroep (Stone et al., 2009; Beasley et al., 2007).

#### Nadere verdieping literatuur

##### Suïciderisico bij gebruik van antidepressiva bij jongvolwassenen

De US Food and Drug Administration (FDA) heeft in 2004 een waarschuwing uitgebracht vanwege het risico op suïcidaliteit bij kinderen en adolescenten bij gebruik van een antidepressivum. In 2006 werd deze waarschuwing uitgebreid naar jongvolwassenen op basis van de resultaten van 372 gerandomiseerde placebo-gecontroleerde antidepressiva trials (met meer dan 100.000 patiënten met een psychiatrische indicatie; Stone et al., 2009). In de analyses zijn o.a. de antidepressiva SSRI, SNRI en TCA meegenomen. Suïcidaliteit bestaat uit suïcidedrag (voorbereidende plannen en al dan niet geslaagde pogingen) en suïcidedachten.

Op basis van leeftijd-gespecificeerde analyses is er aangetoond dat bij de groep 18 tot 25 jaar een significant verhoogd risico is op suïcidedrag in de antidepressivagroep (bij 18-24 jaar suïcidedrag en -gedachten: odds ratio = 1,62; 95% BI = 0,97–2,71; suïcidedrag alleen: odds ratio = 2,30; 95% BI = 1,04–5,09; N = 4780 versus N = 2621). Figuur 1 geeft deze resultaten grafisch weer.



Figuur 1: Leeftijdsspecifieke odds ratio's voor suïcidaliteit (gedrag en gedachten) voor antidepressiva versus placebo bij patiënten met een psychiatrische stoornis.

Odds ratio's >1.0 geven aan dat het risico op suïcidaliteit bij gebruik van antidepressiva verhoogd is vergeleken met een placebogroep; odds ratio's <1 geven een beschermend effect van antidepressiva aan. Bron: Stone et al. (2009).

Als een uitsplitsing wordt gemaakt naar de groep patiënten met een depressieve-stemmingsstoornis, dan zijn er geen significante verschillen in suïcidaliteit tussen de placebo- en antidepressivagroep in de leeftijdsgroep 18 tot 25 jaar (suïcidedrag en -gedachten: odds ratio =



1,46; 95% CI = 0,70–3,07,  $p = 0,31$ ; en suïcidedrag alleen: odds ratio = 1,36; 95% CI = 0,47–3,96,  $p = 0,40$ ) (Stone et al., 2009; Leon, 2007; Kuehn, 2007; Kutcher & Gardner, 2008).

Beasley en collega's (2007) hebben een meta-analyse uitgevoerd naar de effecten van fluoxetine in vergelijking met een placebo op suïciderisico. Er zijn 18 gerandomiseerde placebo-gecontroleerde fluoxetine trials geïnccludeerd met in totaal 3751 patiënten ouder dan 18 jaar met een depressie (fluoxetine  $n = 2200$ , placebo  $n = 1551$ ). Als een uitsplitsing wordt gemaakt naar de leeftijdsgroep 18 tot 25 jaar, zijn er geen significante verschillen met betrekking tot suïciderisico tussen de placebo en fluoxetinegroep.

#### 4.4.3. Overwegingen werkgroep

De Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2013) is gericht op volwassenen, waarbij geen uitsplitsing wordt gemaakt naar verschillende leeftijdsgroepen (zoals de groep 18 tot 25 jaar). Uit o.a. de meta-analyse van Stone et al. (2009) blijkt dat het suïciderisico bij gebruik van antidepressiva bij de leeftijdsgroep 18 tot 25 jaar verhoogd is in vergelijking met oudere leeftijdsgroepen. De werkgroep adviseert om voorzichtig om te gaan met de aanbevelingen van de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2013) gericht op het gebruik van antidepressiva bij de doelgroep 18 tot 25 jaar.

### 4.5. Herstelondersteunende zorg

#### 4.5.1. Interviews

Jongvolwassenen en ouders herkennen een verschil in aandacht voor school tussen de jeugd- en de volwassenen-GGZ. Binnen de jeugd-GGZ wordt vaak gevraagd naar de schoolgang en gebeurtenissen op school en bij geen schoolgang wordt dit gestimuleerd. Binnen de volwassenen-GGZ is deze aandacht er minder. De jongvolwassenen zouden wel graag willen dat er over school en werk gepraat wordt bij hun behandeling, sommigen zouden graag actiever ondersteuning krijgen bij het zoeken naar een opleiding of werk (bijvoorbeeld ook hulp bij solliciteren, etc.).

Professionals herkennen dit verschil tussen de jeugd- en volwassenen-GGZ niet zo. Het zou volgens hen wel kunnen dat er bij de jeugd-GGZ altijd aandacht is voor school en dat dit bij de volwassenen-GGZ meer afhankelijk is van de hulpvraag van de cliënt.

#### 4.5.2. Overwegingen werkgroep

De werkgroep vindt het belangrijk om in de behandeling aan te sluiten bij de 'herstelondersteunende' dimensies van positieve gezondheid (Huber, 2011): spirituele/existentiële dimensie en sociaal-maatschappelijke participatie. Volgens Huber (2011) is het gezien de toename van chronische aandoeningen van belang om niet te streven naar afwezigheid van ziekte, maar meer te focussen op aanpassingen en zelf-management van individuele personen om sociale, fysieke en emotionele uitdagingen aan te kunnen. Ook geeft de werkgroep aan te overwegen om lotgenotencontact te stimuleren als de jongere/jongvolwassene ondersteuning kan gebruiken op deze gebieden.

## 5. Organisatie van zorg

### 5.1. Aanbevelingen

#### Overdracht en verantwoordelijkheden

##### Algemeen

- Faciliteer een goede communicatie tussen de zorgverleners van jeugd- en volwassenen-GGZ én met de jongere. Te denken valt aan:
  - erken elkaars expertise;
  - wissel informatie uit met belangrijke instanties en/of zorgprofessionals binnen vertrouwelijkheidsafspraken.
- Ga na of een jongere staat ingeschreven bij een huisarts.
- (zie ook 3.1.) Wijs één van de hulpverleners aan als ‘transiticoördinator’ indien de jongere in teamverband behandeld wordt. De transiticoördinator fungeert als centraal aanspreekpunt gedurende het transitieproces van één jongere. Zijn/haar taken zijn:
  - coördineren en leveren van ondersteuning aan de jongere en ouders;
  - het maken van afspraken met bijvoorbeeld de huisarts in het kader van de transitie;
  - het ondersteunen van de jongere in ieder geval op de gebieden van opleiding en werk, gezondheid, sociaal functioneren en zelfstandig wonen.

##### In het geval van continue zorg

- (zie ook 3.1) Begin op tijd met zoeken naar een geschikte plek, houd rekening met wachtlijsten.
- Maak gezamenlijke afspraken met professionals van de jeugd-GGZ, de volwassenen-GGZ én de jongere. Als het niet haalbaar is dit in persoon te doen, overweeg dan een gezamenlijk telefonisch/video-overleg.
- Zorg voor een warme overdracht: de jeugdbehandelaar is hoofdverantwoordelijke. Te denken valt aan:
  - Sluit waar mogelijk gezamenlijk met de behandelaren uit de jeugd- en de volwassenzorg het ene traject af en start het nieuwe op.
- Maak waar mogelijk gebruik van reeds verzamelde en gedocumenteerde informatie, zodat de intake niet opnieuw hoeft en de behandeling zo geruisloos mogelijk overgaat.
  - Te overwegen valt om een zogenaamd ‘behandelpaspoort’ op te stellen, waarin niet alleen gegevens over de symptomen staan, maar ook over welke aanpak goed effect heeft gesorteerd;
  - Overweeg om de jongere zelf een overdrachtsbrief te laten schrijven, waarin hij/zij benoemt wat de nieuwe behandelaar over hem/haar moet weten.
- Taken jeugd-GGZ of adolescententeam:
  - de jongere (en ouders) voorbereiden op een overstap naar volwassenzorg;
  - tijdig mogelijkheden van volwassenzorg inventariseren;
  - contact opnemen met organisaties voor volwassenzorg voor de transfer;
  - afspraak tussen volwassenzorgorganisatie en de jongere (en eventueel ouders) organiseren;
  - inhoudelijke overdracht van zorg;
  - afsluiten van de zorg bij de jeugd-GGZ met een eindgesprek.
- Taken volwassenen-GGZ:
  - een kennismaking tussen de nieuwe organisatie en de jongere (en ouders) faciliteren;
  - het kinder- en jeugdpsychiatrisch perspectief meenemen in het behandelplan.

In het geval van discontinue zorg

- Maak een goede ontslagbrief die bij de huisarts terecht komt.
- Benoem waar de jongvolwassene weer hulp kan krijgen, mocht dat nodig zijn.
- Maak als de jongvolwassene weer in zorg komt zoveel mogelijk gebruik van al gedocumenteerde informatie, bijv. door contact op te nemen met de eerdere behandelaar.

## 5.2. Overdracht en verantwoordelijkheden

### 5.2.1. Interviews

#### **In het geval van continue zorg**

De geïnterviewde professionals hebben over het algemeen hetzelfde beeld hoe de overdracht van jeugd- naar volwassenen-GGZ eruit zou moeten zien in het geval van continue zorg: de behandelaar uit de jeugd is hoofdeverantwoordelijk bij de overdracht. Deze behandelaar gaat op zoek naar een organisatie waar de jongere naar kan doorstromen. De behandelaar maakt contact met deze organisatie en regelt de overgang. De overdracht moet volgens professionals en jongvolwassenen warm zijn. Het is belangrijk dit op tijd te doen, ruim voor de 18<sup>de</sup> verjaardag – sommigen noemen de leeftijd van 16 jaar. Jongvolwassenen delen de mening dat er vroeg begonnen moet worden; zij hebben ervaringen met wachtlijsten voor de volwassenen-GGZ.

Soms beginnen professionals in de volwassenzorg opnieuw met diagnostiek en gesprekken. Het zou volgens professionals uit de jeugd-GGZ goed zijn als de volwassenen-GGZ zou voortborduren op de behandeling in de jeugd-GGZ. Jongvolwassenen ervaren dat ook zo; sommige jongvolwassenen hebben het gevoel steeds opnieuw intakegesprekken te moeten voeren.

Zowel door professionals als door jongvolwassenen is geopperd dat de behandelaren van de jeugd-GGZ en volwassenen-GGZ het ene traject samen moeten beëindigen en gezamenlijk het volgende moeten opstarten. Eén suggestie reikt nog verder: dat de behandelaar uit de jeugd-GGZ na een tijdje nog eens contact opneemt met de jongvolwassene om te horen of de overgang goed is verlopen.

#### **In het geval van discontinue zorg**

Sommige professionals vinden dat overdracht in het geval van discontinue zorg vooral plaats zou moeten vinden via de ontslagbrief. Daarin moet duidelijk staan waar de behandeling op heeft ingezet, wat effectief was en of het risico op terugval groot is. In deze ontslagbrief kan ook beschreven worden waar aan gewerkt kan worden ingeval van een terugval. Deze ontslagbrief zal voorhanden zijn bij de huisarts, wanneer een jongvolwassene zich meldt voor een nieuwe verwijzing. Het is dus belangrijk dat de ontslagbrief zorgvuldig wordt opgesteld.

De jongvolwassene kan in een afsluitingsgesprek ook geïnformeerd worden over waar hij of zij zich kan melden wanneer er sprake is van een terugval.

Daarnaast is genoemd dat de organisatie waar de jongvolwassene zich meldt, zou moeten zorgen dat de meest geschikte zorg wordt ingezet (een zorgplicht). In veel gevallen zal de jongvolwassene zich melden bij de organisatie waar hij of zij in het verleden zorg heeft gehad; dan is de oude behandelaar verantwoordelijk voor nieuwe zorg.

Als de jongvolwassene opnieuw in zorg komt, moet er aandacht zijn voor de eerdere behandeling. Het is vaak niet mogelijk om informatie in te winnen bij de behandelaar van de jeugd-GGZ, maar dat zou wel wenselijk zijn. Een elektronisch dossier zou daar een uitkomst in zijn.

Niet iedereen is van mening dat je rekening moet houden met recidive bij het afsluiten van een behandeling: volgens één professional reikt dat te ver.

5.2.2. Richtlijn Transitiepsychiatrie 18-/18+ van Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie  
Voorafgaand aan de daadwerkelijke overstap ('transfer') van jeugd-GGZ of adolescententeams naar de volwassenzorg verdient het de aanbeveling om de jongere kennis te laten maken met de volwassenzorg. Dit kan plaatsvinden in de vorm van een gesprek met een volwassenhulpverlener of bijvoorbeeld een meeloopochtend op een afdeling. Voor een jongere is het prettig om vooraf te ervaren wat de verschillen zijn met de jeugd-GGZ. Tijdens een kennismaking kunnen eventuele vragen of zorgen over veranderingen van de jongere besproken worden. De transitiecoördinator organiseert (mede) deze kennismaking.

Het verdient aanbeveling dat de jongere ten minste de eerste twee afspraken na de transfer met dezelfde zorgprofessional heeft om enige stabiliteit en continuïteit te bieden. Ook is het aan te raden dat de transitiecoördinator de jongere bijstaat tot na het eerste evaluatiemoment na de transfer. Te overwegen valt om een zogenaamd 'behandelpaspoort' op te stellen, waarin niet alleen gegevens over de symptomen staan maar ook over welke aanpak goed effect heeft gesorteerd.

### **Taakverdeling**

Of het nu een adolescententeam betreft, of een regulier jeugdteam, elke organisatie dient een persoon aan te wijzen die verantwoordelijk is voor het ontwikkelen en uitdragen van het transitiebeleid. Het implementeren van het transitiebeleid binnen een organisatie is eveneens een aparte taak. Om te blijven aansluiten op behoeften van jongeren en feedback te genereren op transitiebeleid kunnen zij platforms oprichten waarop jongeren ervaringen kunnen delen en verbeterpunten kunnen aanleveren. Belangrijk hierbij is dat jongeren met verschillende achtergronden en zorgvragen deelnemen zodat het brede veld van de kinder- en jeugdpsychiatrie vertegenwoordigd is.

Een soepele transitie en transfer doet een beroep op zowel jeugdhulporganisaties en organisaties voor volwassenzorg als op adolescententeams. Hoewel elke organisatie zijn eigen rol heeft binnen het transitieproces, is een goede samenwerking tussen en binnen de verschillende organisaties essentieel om de transitiezorg af te stemmen op de jongere.

### **Jeugd-GGZ**

In de voorbereiding van de jongere en de ouder(s) binnen de transitie speelt de jeugd-GGZ of het adolescententeam de belangrijkste rol. Enkele taken hierin zijn:

- de jongere (en ouders) voorbereiden op een mogelijke overstap naar volwassenzorg;
- mogelijkheden van volwassenzorg inventariseren;
- contact opnemen met organisaties voor volwassenzorg in verband met mogelijke transfer;
- afspraak tussen volwassenzorgorganisatie en de jongere (en ouders) organiseren;
- de jongere informeren over, en bijstaan in de praktische regelzaken (zoals verzekeringen);
- inhoudelijke overdracht van zorg.

### **Volwassenzorg**

De overstap vanuit de bekende omgeving van de jeugd-GGZ of adolescententeam naar een nieuwe omgeving van een adolescententeam of de volwassenzorg kan voor een jongere een grote verandering zijn. Het verdient dan ook aanbeveling om het proces in kleine stappen op te delen.

Mogelijke taken zijn:

- een kennismaking tussen de nieuwe organisatie en de jongere (en ouders) faciliteren;
- de betrokkenheid van ouders bespreken;
- het kinder- en jeugdpsychiatrisch perspectief meenemen in het behandelplan.

### **Adolescententeams**

Steeds meer GGZ-organisaties hebben een adolescententeam. Dit team zorgt voor de behandeling van jongeren in de adolescentenleeftijd. Hiermee ondervangt het team enerzijds de problemen die

ontstaan rondom de transfer van jeugd-GGZ naar volwassenenzorg. Anderzijds heeft dit team wel te maken met de veranderende, specifieke behoefte van jongeren in de adolescentiefase. Deze leeftijdsspecifieke behoeften spelen ook een rol bij een transfer van het adolescententeam naar volwassenenzorg. Het is hoe dan ook van het grootste belang dat zorgprofessionals die met jongeren in de adolescentiefase werken, bedacht zijn op de uitdagingen en aandachtspunten van zorgoverdracht van deze jongeren.

### 5.2.3 NICE-richtlijn transitie jeugdhulp naar volwassenenhulp

Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) doet een aantal aanbevelingen met betrekking tot de transitie van jeugdhulp naar volwassenenzorg. Onderstaande algemene (vrij vertaalde) aanbevelingen van het NICE hebben betrekking op de overdracht en de verantwoordelijkheden.

#### **Algemene aanbevelingen**

- Samenwerken tussen zorgprofessionals in de jeugdhulp en de volwassenenzorg, zodat de transitie geleidelijk en soepel verloopt;
- Informatie uitwisselen tussen belangrijke instanties en/of zorgprofessionals binnen vertrouwelijkheidsafspraken;
- Nagaan of een jongere staat ingeschreven bij een huisarts.

NICE doet tevens aanbevelingen op organisatieniveau. Of het nu een adolescententeam betreft, of een regulier jeugdteam, elke organisatie dient een persoon aan te wijzen die verantwoordelijk is voor het ontwikkelen en uitdragen van het transitiebeleid (NICE, 2016; eveneens beschreven in KJP, 2017).

### 5.2.4. Overwegingen werkgroep

De werkgroep vindt het belangrijk dat er gezamenlijk afspraken worden gemaakt tussen de zorgverleners van jeugd- en volwassenen-GGZ én met de jongere. Als het niet haalbaar is dit in persoon te doen, dan kan dit ook in een gezamenlijk telefonisch/video-overleg. De werkgroep geeft ook aan om te overwegen of de jongere zelf in de overdrachtsbrief kan aangeven wat hij/zij vindt dat de nieuwe behandelaar over hem/haar moet weten.

Overdracht kan problematisch zijn wanneer bij de volwassenen-GGZ een wachtlijst is. Er dient daarom op tijd gezocht te worden naar een geschikte plek, waarbij rekening wordt gehouden met wachtlijsten. Het behoort ook tot de taak van de jeugd-GGZ om een eindgesprek met de jongeren en eventueel ouders te houden.

## 6. Ontwikkel- en onderzoeksagenda

Naast bovengenoemde aanbevelingen, wijst de werkgroep ook op de noodzaak voor toekomstig onderzoek en ontwikkelingen en noemt daarbij de volgende onderwerpen:

1. Monitoren van de hier genoemde adviezen: het effect zowel op het proces als de inhoud van de zorg.
2. Onderzoek naar de invloed van de Jeugdwet op de transitie naar volwassenzorg.
3. Onderzoek naar de uitval tussen de jeugd- en volwassenen-GGZ in Nederland.
4. Onderzoek naar het verschil in uitkomsten wanneer de 'knip' tussen de jeugd- en volwassenen-GGZ op verschillende moment wordt gelegd.
5. Bekendheid in het veld met de knelpunten in de transitie.
6. Onderzoek naar de effecten van het gebruik van antidepressiva bij jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis.
7. Onderzoek naar de effecten van het betrekken van de gezinscontext bij de behandeling van kinderen, adolescenten en jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis.
8. Onderzoek naar de validiteit van instrumenten om de ernst van de depressie en behandelrespons bij de doelgroep 16-24 jaar te meten, specifiek naar de validiteit van de Nederlandstalige DASS-21.
9. Onderzoek naar de financiële randvoorwaarden voor de overgang van jeugd- naar volwassen zorg..

## 7. Referenties

van Amelsvoort, T. A. M. J. (2013). Transitiepsychiatrie: Bridging the Gap [Oratie]. Geraadpleegd van <http://digitalarchive.maastrichtuniversity.nl/fedora/get/guid:ad37ac8c-11fe-4818-982c-62371189e823/ASSET1>

Beasley Jr. CM, Ball SG, Nilsson ME, et al. Fluoxetine and adult suicidality revisited: An updated meta-analysis using expanded data sources from placebo-controlled trials. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27(6):682-686.

Beurs, E. de, Van Dyck, R., Marquenie, L., Lange, A., & Blonk, R.W.B. (2001). De DASS: Een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*, 34, 35-53.

Bowden, C.L., Schoenfeld, L.S., & Adams, R.L. (1980) A correlation between dropout status and improvement in a psychiatric clinic. *Hosp Community Psychiatry* 31:192–195.

CBO, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, Evidence-based Richtlijnontwikkeling Handleiding voor werkgroepleden. 2017.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). Curatieve GGZ; zorgtrajecten per diagnose, leeftijd, aantal diagnoses. Geraadpleegd via: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81549NED&D1=0,2,4,6&D2=0&D3=1-4,25-26&D4=a&D5=64&D6=l&HDR=G3,G2,T,G1&STB=G5,G4&VW=T>

Crone, E. (2008). *Het puberende brein*. Amsterdam: Prometheus.

Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, Diamond GM, Gallop R, Shelef K, Levy S. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Feb;49(2):122-31. PubMed PMID: 20215934.

Fristad MA, Verducci JS, Walters K, Young ME. Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Sep;66(9):1013-21. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.112. PubMed PMID: 19736358.

Gerritsen, S. E., Dieleman, G. C., Beltman, M. A. C., Tangenbergh, A. A. M., van Amelsvoort, T. A. M. J., & van Staa, A. L. (2017). Transitiepsychiatrie in Nederland: ervaringen en opvattingen van ggz-professionals. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 596, 341-349.

GGZ Nederland (2015) Sectorrapport GGZ 2013: Feiten en cijfers over een sector in beweging.

Goodyer, I, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, Breen S, trainee, Ford C, et al., Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routinespecialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomized controlled trial. *BMJ* 2007. *BMJ* doi:10.1136/bmj.39224.494340.55

Gogtay, N., Giedd, J., Lusk, L., Hayashi, K., Greenstein, D., Vaituzis, A., . . . Thompson, P. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 8174-8179.

Huber M, Knottnerus JA, Green L et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343 (4163):235-7.

Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, Sullivan PF, McKenzie JM, Abbott RM, Stevens IF. Patterns and predictors of remission, response and recovery in major depression treated with fluoxetine or nortriptyline. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002 Jun;36(3):384-91. PubMed PMID: 12060188.

Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. (2009). Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *J Adolesc Health*.45(3): 216-21.

Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M (2000) Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance: characteristics and outcome. *Br J Psychiatry* 176: 160–165.

KJP, richtlijn transitiepsychiatrie 18-/18+. 2017. <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/nieuws/nieuw-richtlijn-transitiepsychiatrie-18-18/>

Kovacs, M. Sherrill, J., George, C.J., Pollock, M., Tumuluru, R.V., Ho, V. (2006). Contextual emotionregulation therapy for childhood depression: description and pilot testing of a new intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45 (8), 892-903.

Kraus, J. E., Horrigan, J. P., Carpenter, D. J., Fong, R., Barrett, P. S., & Davies, J. T. (2010). Clinical features of patients with treatment-emergent suicidal behavior following initiation of paroxetine therapy. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 40-47.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606–13

Kuehn BM. FDA panel seeks to balance risks in warnings for antidepressants. *JAMA*. 2007 Feb 14;297(6):573-4. PubMed PMID: 17299184.

Kutcher S, Gardner DM. Use of selective serotonin reuptake inhibitors and youth suicide: Making sense from a confusing story. *Current Opinion in Psychiatry*. 2008;21(1):65-69.

Leon AC. The revised warning for antidepressants and suicidality: Unveiling the black box of statistical analyses. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12):1786-1789.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1584-1591.

Lima AR, Mello MF, De Jesus Mari J. The role of early parental bonding in the development of psychiatric symptoms in adulthood. *Current Opinion in Psychiatry*. 2010;23(4):383-387.

Logan DE, King CA. Parental facilitation of adolescent mental health service utilization: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology*. 2001; 8(3):319–333.

Luby J, Lenze S, Tillman R. A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Mar;53(3):313-22. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02483.x. Epub 2011 Oct 31. PubMed PMID: 22040016; PubMed Central PMCID: PMC3640820.



McDonagh JE. (2006). Growing up ready for emerging adulthood: an evidence base for professionals involved in transitional care for young people with chronic illness and/or disabilities. Cambridge: Eastern Region Public Health Observatory.

Mufson L., Darta K.P., Wickramaratne P., Nomura Y., Olfson M., Weissman M.M. (2004). A randomized effectiveness trials of interpersonal psychotherapy for depressive adolescents. *Archives of General Psychiatry*. 61(6): 577-584.

Mufson L., Weissman, M.M., Moreau, D., Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56 (6), 573-579.

Mulder RT, Watkins WG, Joyce PR, Luty SE. Age may affect response to antidepressants with serotonergic and noradrenergic actions. *J Affect Disord*. 2003 Sep;76(1-3):143-9. PubMed PMID: 12943944.

Multidisciplinaire richtlijn depressie. Trimbos Instituut, 2013.

Multidisciplinaire richtlijn Addendum Depressie bij Jeugd. Trimbos instituut, 2009.

National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2016). Transition planning for young people moving from children's to adult services. Manchester. Geraadpleegd van: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/transition-from-childrens-to-adults-services#content=view-node%3Anodes-building-independence&path=view%3A/pathways/transition-from-childrens-to-adults-services/transition-planning-for-young-people-moving-from-childrens-to-adult-services.xml>

Ng, F., Taruer, T., Dodd, S., Callaly, T., Campbell, S., & Birk, M. (2007). The validity of a 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales as a routine clinical outcome measure. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, 304 – 310.

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*; 369: 1302–13.

Qin B, Zhang Y, Zhou X, Cheng P, Liu Y, Chen J, Fu Y, Luo Q, Xie P. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants in young patients: a meta-analysis of efficacy and acceptability. *Clin Ther*. 2014 Jul 1;36(7):1087-1095.e4. doi: 10.1016/j.clinthera.2014.06.001. Epub 2014 Jul 3. Review. PubMed PMID: 24998011.

[http://ac.els-cdn.com/S0149291814003531/1-s2.0-S0149291814003531-main.pdf?\\_tid=506bf9a4-8cbc-11e7-9d5a-0000aacb360&acdnat=1504012789\\_88a226604ab87b5ecc40784aa9155fa4](http://ac.els-cdn.com/S0149291814003531/1-s2.0-S0149291814003531-main.pdf?_tid=506bf9a4-8cbc-11e7-9d5a-0000aacb360&acdnat=1504012789_88a226604ab87b5ecc40784aa9155fa4)

Rihmer, Z. (2001). Can better recognition and treatment of depression reduce suicide rates? A brief review. *European Psychiatry*, 16, 7, 406-409.

Rossello J., Bernal G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67(9%): 734-745.

Schwartz OS, Dudgeon P, Sheeber LB, Yap MBH, Simmons JG, Allen NB. Parental Behaviors During Family Interactions Predict Changes in Depression and Anxiety Symptoms During Adolescence| *Abnorm Child Psychol* (2012) 40:59–71

Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S, Hovish K, Islam Z, Belling R,

White S. (2010). Process, outcome and experience of transition from child to adult mental health care: multiperspective study. *Brit J Psychiatry*;197: 305-312.

Somerville, L. H., Jones, R. M., & Casey, B. J. (2010). A time of change: Behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain and Cognition*, 124.

Steinberg, L. (2008). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.

Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, Hammad TA, Temple R, Rochester G. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*. 2009 Aug 11;339:b2880. doi: 10.1136/bmj.b2880. Review. PubMed PMID: 19671933; PubMed Central PMCID: PMC2725270. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19671933>

Trowell J, Joffe I, Campbell J, Clemente C, Almqvist F, Soininen M, Koskenranta-Aalto U, Weintraub S, Kolaitis G, Tomaras V, Anastasopoulos D, Grayson K, Barnes J, Tsiantis J. Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Apr;16(3):157-67. Epub 2007 Jan 2. PubMed PMID: 17200793.

van Staa, A. L., Jedeloo, S., van Meeteren, J. & Latour, J. M. (2011). Crossing the transition chasm: experiences and recommendations for improving transitional care of young adults, parents and providers. *Child: Care, Health and Development*, 37, 6, 821-832.

Watson D, O'Hara MW, Simms LJ, Kotov R, Chmielewski M, McDade-Montez EA, Gamez W, Stuart S. Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychol Assess*. 2007 Sep;19(3):253-68. PubMed PMID: 17845118.

Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., ... & Wickramaratne, P. (1999). Depressed Adolescents Grown Up. *JAMA*. 1999; 281(18), 1707-1713.  
Weisz, J.R., McCarty, C.A., Valeri, S.M., (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132 (1), 132-149.

Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382, 1575–1586.

Wu P, Hoven CW, Bird HR, Moore RE, Cohen P, Alegria M, Dulcan MK, Goodman SH, Horwitz SM, Lichtman JH, Narrow WE, Rae DS, Regier DA, Roper MT. Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999; 38(9):1081–1090.

Young AS, Fristad MA. Family-based interventions for childhood mood disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015;24(3):517-534. growth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;1

## Bijlagen

### A. Samenvatting interviews

Jongeren

#### 10 geïnterviewde jongvolwassenen

##### A. Achtergrond

###### *Leeftijd*

19 (2x) – 20 (2x) – 21 – 24 – 25 – 26 (3x) jaar

###### *Ervaring met een depressieve stemmingsstoornis*

- Vanaf 16 jaar klachten, rond 18<sup>de</sup> in zorg gekomen.
- 14 tot 19 jaar in behandeling. Op de leeftijd van 23 jaar weer kort in behandeling.
- Vanaf 12 jaar verschillende episodes met klachten en zorg.
- Van 10 tot 19 jaar klachten en zorg.
- 14 tot 23 jaar, pas vanaf 19 jaar in zorg.
- Vanaf 11 jaar klachten, op 15<sup>de</sup> een jaar zorg.
- Sinds 12 jaar klachten en in behandeling tot 21<sup>ste</sup>.
- Vanaf 17 tot 21 jaar in zorg.
- Op 14<sup>de</sup> één jaar zorg en vanaf 19 jaar zorg.
- Vanaf 15 jaar klachten en in zorg tot 18 jaar. Daarna op 20-jarige leeftijd weer in zorg.

###### *Wat was jouw ervaring met de transitie van jeugd- naar volwassenzorg?*

- Over het algemeen geven de jongvolwassenen aan dat vooral de andere benadering opvallend is. Je wordt volwassener benaderd. Er wordt vooral meer verantwoordelijkheid en zelfstandigheid verwacht.
- Het overgrote deel geeft aan zich op dit moment nog niet volwassen te hebben gevoeld, ook al waren ze officieel volwassen.
- Eén iemand gaf aan zich meer gehoord te voelen toen hij jonger was, op latere leeftijd meer als nummer behandeld.
- Bij enkele jongvolwassenen is rond hun 18<sup>e</sup> veel geswitcht, omdat ze eerst in het ene traject kwamen en vervolgens toch weer werden naar een andere groep. Dit betroffen ook switches tussen jeugd- en volwassenzorg.
- Enkele jongvolwassenen kregen zorg bij een organisatie met een verlengd jeugdtraject tot 21 jaar. Vaak eindigde dan de behandeling en/of werd doorverwezen naar een traject na behandeling.
- Twee jongvolwassenen hebben geen overgang meegemaakt: één begon in de volwassenzorg, bij de ander was sprake van discontinue zorg.

###### *Wat moet er naar jouw idee verbeterd worden?*

- Meerdere jongvolwassenen geven aan dat ze meer aandacht zouden willen zien voor de persoon achter de stoornis. Er wordt enkel gepraat over hoe de stoornis/klachten zijn ontstaan, maar minder over wat er nu speelt en dat er meer in de jongvolwassene omgaat dan alleen de stoornis.
- Iemand geeft aan dat er ook betere communicatie moet zijn tussen en binnen organisaties. Er moeten steeds opnieuw intakegesprekken worden gevoerd die veel tijd kosten. De informatie die wordt besproken in intakegesprekken, staat ook in de dossiers die er zijn. In kritieke situaties is de tijd die nodig is voor al die intakegesprekken er vaak niet.

- Iemand geeft aan dat het belangrijk is om al op tijd te zoeken naar mogelijkheden voor behandeling nadat de cliënt 18 jaar is geworden. Op dit moment is dit belangrijk door de lange wachttijden in de zorg.
- Eén jongvolwassene geeft aan dat het vooral belangrijk is dat professionals beseffen dat je niet meteen volwassen bent, ook al heb je de leeftijd van 18 jaar bereikt. Het kost tijd om volwassen te worden en aan een andere benadering te wennen.
- Eén jongvolwassene noemt dat er meer gekeken moet worden naar effectiviteit van behandelingen.
- Eén jongvolwassene benoemt dat het CAK een moeilijke organisatie is om mee om te gaan. Je lijkt vanaf 18 jaar niet meteen in beeld te zijn bij het CAK, maar achteraf moest deze jongvolwassene toch alles met terugwerkende kracht betalen.

*Wat gaat er naar jouw idee goed?*

- Over het algemeen is er in de maatschappij meer aandacht voor depressie onder jongvolwassenen en knelpunten in de zorg, dat vinden de jongvolwassenen fijn.
- Een jongvolwassene noemt een individuele behandelaar als heel goed en fijn.

*Waren er bij jou cruciale momenten in de zorg? Zijn er momenten te markeren dat het belangrijk is aandacht te geven aan de transitie naar volwassenheid of de transitie in zorg?*

- Over het algemeen vinden jongvolwassenen dit moeilijk aan te geven, omdat dit sterk verschilt per persoon.
- De meerderheid geeft aan geen informatie te hebben gehad over de transitie van jeugd-ggz naar volwassenzorg.
- Iemand geeft aan dat zijn overgang cruciaal was in zijn behandeling. Door de overgang naar volwassenzorg, kreeg hij het gevoel dat hij een hopeloos geval was en voor de rest van zijn leven in behandeling zou blijven. Hij had graag gewild dat de overgang op een positievere manier ingevuld was, door aan te geven waarom hij naar volwassenzorg ging en waar hij dan ook zou kunnen werken, wat baat zou hebben voor de toekomst.
- Eén jongvolwassene heeft het volgende idee: vanuit de jeugdorganisatie een soort team dat de begeleiding regelt van jongeren die volwassen worden en dat helpt met de overgang naar volwassenzorg en zoeken naar een nieuwe instantie, etc.
- Eén jongvolwassene benoemt de cruciale momenten in haar leven: dat ze op de middelbare school begon te spijbelen, waar niemand toen aandacht aangaf. Ze had graag gewild dat iemand haar toen al had geholpen. Ook het moment van slagen van de middelbare school was belangrijk voor haar, omdat haar toekomst onzeker was. Ten derde noemt ze het afsluiten van de behandeling bij een psycholoog; ze had nog niet het gevoel zelf verder te kunnen en wist niet wat ze moest doen.

## **B. Knelpunt: Onvoldoende voorbereiding op de transitie naar volwassenheid**

*Was 'volwassen worden' voor jou denk je anders dan voor andere leeftijdsgenoten?*

- De jongvolwassenen geven unaniem aan dat het voor hen heel anders voelde om volwassen te worden.
- Veel jongvolwassenen geven aan het gevoel te hebben gehad dat ze stilstonden, toen ze zich niet goed voelden. Ze denken ook dat ze hierdoor het meest achterstand hebben opgelopen.
- De meesten geven aan een achterstand te voelen op sociaal gebied. Dit uit zich in moeilijk contact maken met leeftijdsgenoten en een klein sociaal netwerk.
- Een jongvolwassene geeft hierbij specifiek aan dat hij een 'ziek systeem' heeft met mensen die hij kent uit de verschillende klinieken. Dit zijn mensen die zelf worstelen met depressies en/of verslavingen. Als hij met deze mensen omgaat, moet hij oppassen dat hij zelf niet

terugzakt in zijn depressie. Hij geeft aan dat er misschien binnen de zorg hier wat meer aandacht voor zou kunnen komen: welke systemen spelen mee, wat is de kwaliteit van deze banden en hoe beïnvloeden deze jou?

- Enkele jongvolwassenen vertelden een gevoel van frustratie en 'jaloezie' te ervaren bij het zien van leeftijdsgenoten die erg op de toekomst waren gericht.
- Over het algemeen geven de jongvolwassenen aan dat onzekerheid een belangrijke factor is. Je hebt minder zelfvertrouwen, je voelt je onzeker omdat je niet weet hoe 'de wereld' werkt, je weet niet hoe je toekomst eruit gaat zien. Er wordt steeds meer van je verwacht, maar je weet niet hoe je hier aan moet voldoen.
- De jongvolwassenen geven ook aan dat er geen ruimte lijkt om die achterstand in te halen. Op een latere leeftijd worden er weer nieuwe dingen van je verwacht, terwijl jij al vanaf het begin achterloopt.
- Een jongvolwassene geeft specifiek aan nooit geïnvesteerd te hebben in interesses, een sociaal netwerk of de toekomst in zijn geheel. Hij had nooit het idee dat hij er op latere leeftijd nog zou zijn, dus hij stond heel negatief in het leven.

*Was jij graag ergens op voorbereid m.b.t 'volwassen worden'? Waarop?*

- Over het algemeen hadden jongvolwassenen graag geweten wat van hen werd verwacht op het moment dat zij 'volwassen' werden. Ze hadden het gevoel als volwassene opeens alles zelf te moeten doen.
- Eén jongvolwassene geeft aan dat er op school meer aandacht zou moeten komen voor 'volwassen worden' en alles wat hierbij komt kijken, zoals het zelf regelen van je financiën, solliciteren en je eigen eten koken.
- Praktische zaken, zoals een uitkering aanvragen en zorgverzekering regelen, etc. zijn een aantal keer genoemd.
- Enkele jongvolwassenen geven ook aan graag meer informatie te willen over verschillen die er zijn tussen iemand die worstelt met problematiek en iemand die dit niet heeft, en hoe je omgaat met deze verschillen. Hoe bereik je ondanks je klachten toch nog je doelen in je leven. Hiervoor zien ze graag meer aandacht binnen de behandeling.

*En je ouders? Waarop?*

- De meeste jongvolwassenen geven aan dat hun ouders vooral psycho-educatie zouden moeten krijgen. Ze zouden voorbereid moeten worden op de verschillen in de ontwikkeling van jongvolwassenen met en zonder depressie en hoe ze hiermee om kunnen gaan. De jongvolwassenen geven hierbij aan dat het ook goed kan zijn om ouders een soort voorbereiding op de toekomst te geven, waar kan de jongere nog mee geconfronteerd worden.
- Enkele jongvolwassenen geven hierbij ook aan dat het goed is als de behandelaar in gesprek gaat met ouders en afspraken kan maken hoe ze de behandeling zo effectief mogelijk kunnen maken door bepaalde zaken thuis te gaan doen. Ouders kunnen geïnformeerd worden hoe een goede en hoe een 'slechte' ontwikkeling eruit zou zien, o.a. gericht op hoe zorg je als ouder dat je de ontwikkeling niet tegenhoudt.
- Eén jongvolwassene geeft aan dat de maatschappij heel rooskleurige beelden kan scheppen van bijvoorbeeld je studententijd. Als dan aan deze verwachtingen niet wordt voldaan, kan de jongvolwassene denken dat hij iets niet goed doet. Deze jongvolwassene zou graag zien dat er meer bewustzijn komt voor deze maatschappelijke ideeën en ouders helpen om hierin een meer realistisch beeld te scheppen.
- Een idee dat door iemand werd geopperd: groepstherapie aanbieden aan ouders, zodat ze ervaringen kunnen uitwisselen.

*Moeten professionals ook rekening houden met dat een jongere volwassen wordt? Hoe?*

- De jongvolwassenen zijn het er unaniem over eens dat professionals ook rekening moeten houden met dat een jongere volwassen wordt.
- De meerderheid van de jongvolwassenen geeft aan dat professionals er vooral rekening mee moeten houden dat bij verschillende leeftijden ook verschillende ontwikkelingsfasen horen. Zo kan bepaald gedrag gezien worden als symptoom van borderline, maar het kan ook beschreven worden als recalcitrant gedrag wat past bij de ontwikkeling van een 17-jarige.
- Daarnaast geeft een deel van de jongvolwassenen ook aan dat het belangrijk is om aandacht te schenken aan ingrijpende veranderingen die (kunnen) plaatsvinden rond je 18<sup>de</sup> levensjaar.
- Een deel van de jongvolwassenen geeft nu aan dat ze niet denken dat er nu veel rekening wordt gehouden met de leeftijd, dat er enkel wordt gedacht in een onderscheid tussen jeugd en volwassenen.

### **C. Knelpunt: Onvoldoende voorbereiding op de transitie in zorg**

*Heb jij een overgang van jeugd- naar volwassenzorg meegemaakt? Hoe ging dat?*

- De meerderheid van de interviewde jongvolwassenen heeft een overgang van jeugd- naar volwassenzorg meegemaakt.
- Een paar van de jongvolwassenen zat op 18-jarige leeftijd binnen een kliniek of organisatie waar de jeugd doorgetrokken kon worden tot 21 of 23 jaar. Hierna zijn ze doorgestroomd naar volwassenzorg of naar een nazorgtraject.
- Over het algemeen lijkt alles vrij automatisch te zijn verlopen. Sommige jongvolwassenen geven specifiek aan hier weinig van te hebben meegekregen, met onderliggende redenen dat het op dat moment niet goed ging met hen.

*Heb jij verschillen in de manier van werken tussen jeugd- en volwassenzorg ervaren? Welke?*

- Alle jongvolwassenen geven aan dat er binnen de volwassenzorg meer verantwoordelijkheid en zelfstandigheid wordt verwacht dan binnen de jeugd.
- Het probleem in het verwachten van meer verantwoordelijkheid en zelfstandigheid is bij het overgrote deel van de jongvolwassenen dat ze dit niet gewend waren, omdat dit binnen de jeugd-GGZ niet zo was. Ze zijn er niet op voorbereid en weten in het begin niet goed hoe ze hiermee om moeten gaan. Zo wordt er eigen initiatief verwacht voor het plannen van gesprekken en er lijkt vanuit te worden gegaan dat de jongvolwassenen dit weten, terwijl dit niet zo is.
- Enkele jongvolwassenen geven aan dat ze het niet erg vinden dat je meer verantwoordelijkheid moet tonen binnen volwassenzorg, maar dat ze dit liever hadden opgebouwd in de jeugd-GGZ en daar ook al wat meer eigen verantwoordelijkheid hadden kunnen hebben. Het voelt vooral als een hele grote stap van géén verantwoordelijkheid naar álle verantwoordelijkheid.
- De jongvolwassenen geven ook aan dat als hun ouders betrokken waren binnen de jeugd-GGZ, dit niet meer het geval was bij de volwassenzorg.
- Eén jongvolwassene geeft specifiek aan veel moeite te hebben gehad met de verschillen in vraagstelling in de jeugd- en volwassenen-GGZ. Binnen de jeugd-GGZ waren de vragen veel concreter dan in de volwassenen-GGZ. Het duurde een tijd voordat hij dit durfde aan te geven bij de behandelaar. Wanneer de vragen werden opgesplitst in aparte deelvragen, kon hij ze veel beter beantwoorden.

*Was jij graag ergens op voorbereid m.b.t overgaan van jeugd- naar volwassenzorg? Waarop?*

- Bijna alle jongvolwassenen geven aan niet geïnformeerd en/of voorbereid te zijn op de overgang van jeugd- naar volwassenzorg en de verschillen in de benadering.
- Alle jongvolwassenen die niet voorbereid waren, geven aan dit wel fijn te hebben gevonden. Ze hadden het fijn gevonden om te weten wat de verschillen in benadering waren, zodat ze een beter verwachtingspatroon konden opbouwen. De meeste jongvolwassenen verwachten in de volwassenzorg dezelfde dingen als in de jeugd-GGZ, omdat hen niet werd verteld dat het anders zou zijn.
- De meeste jongvolwassenen vinden het moeilijk om een moment aan te geven dat het goed is om cliënten voor te bereiden op deze overgang. Over het algemeen wordt gezegd dat dit op tijd moet gebeuren, vooral als iemand nog geen 18 jaar is, maar er wel de verwachting is dat deze persoon langer in zorg blijft.
- Eén iemand geeft aan dat je idealiter samen met je eigen behandelaar uit de jeugd en met de toekomstige behandelaar uit de volwassenzorg een gesprek gaat voeren. In dit gesprek zou worden besproken aan welke doelen is gewerkt binnen de jeugd en waar aan gewerkt kan worden binnen de volwassenzorg.
- Met betrekking tot discontinue zorg: één jongvolwassene geeft aan tijdens haar jeugd in behandeling te zijn geweest en nu binnenkort terug in behandeling wil stromen. Ze heeft echter bij de afsluiting van de jeugdbehandeling nooit informatie gehad waar ze later terecht zou kunnen. Hier was ze graag op voorbereid.
- Met betrekking tot discontinue zorg: één jongvolwassene geeft aan dat hij graag bij de eerste afspraak in de volwassenzorg was voorbereid dat er verschillen zouden zijn ten opzichte van de jeugdzorg. Hij geeft aan dat dit voldoende voorbereiding zou zijn, omdat je dan weet dat het niet aan jou ligt als je dingen niet snapt.
- Eén jongvolwassene geeft aan goed voorbereid te zijn op de overgang van jeugd- naar volwassenzorg, maar geeft hierbij aan te weten dat dit meer uitzondering dan regel is.

*En je ouders? Waarop?*

- De jongvolwassenen vinden over het algemeen dat ouders ook voorbereid moeten worden op de overgang van jeugd- naar volwassenzorg en de verschillen in aanpak. Voor de ouders is het een groot verschil dat zij niet meer altijd betrokken zullen worden bij behandeling.

*Zouden professionals iets moeten weten of ergens rekening mee moeten houden? Wat?*

- De jongvolwassenen komen bij deze vraag uit op de leeftijd. Ze geven aan dat professionals er rekening mee moeten houden dat vaak van cliënten wordt verwacht dat ze alles weten, maar dat dat niet zo is. Deze groep is over het algemeen wat jonger dan de andere cliënten in de volwassenzorg en hier moeten professionals ook rekening mee houden. Jongvolwassenen zijn met andere dingen bezig en hebben andere interesses dan de andere cliënten in de volwassenzorg.
- Genoemd wordt ook dat het ook zo kan zijn dat de cliënt oud genoeg is voor volwassenzorg, maar zichzelf nog niet volwassen voelt.
- Eén jongvolwassene geeft aan dat er een te grote generalisatie is binnen de hulpverlening. Alle mensen met depressieve klachten worden gezien als hetzelfde. Professionals moeten aan jongvolwassenen zelf vragen waar ze rekening mee moeten houden of wat ze over hen moeten weten, want ieder heeft eigen wensen en behoeften.

*Had jij iets te zeggen over de overgang van jeugd- naar volwassenzorg?*

- Bijna niemand had iets te zeggen over de overgang van jeugd- naar volwassenzorg. Het is bijna altijd bepaald door de hoofdbehandelaar en het lijkt hierdoor een soort automatisch proces te zijn.

- Een jongvolwassene geeft specifiek aan dat haar werd verteld dat ze een traject in zou gaan, waar ze vervolgens een aantal maanden op werd voorbereid. Op het laatste moment is ze toen toch een ander traject ingegaan, dat ze helemaal niet wilde. Ze wist vooraf niet dat er verschillende opties waren en dat op het laatste moment het traject ook nog kon veranderen. Hier was ze liever op voorbereid.
- Bij één jongvolwassene was sprake van discontinue zorg gehad; een afgerond traject bij de jeugd en een nieuwe zelf-geïnitieerde behandeling in de volwassenzorg.

#### **D. Knelpunt: verschil in werkwijzen tussen jeugd- en volwassen GGZ**

*Heb jij ervaren dat er verschillen zijn in het betrekken van je gezin (o.a. ouders) tussen de jeugd- en volwassenzorg?*

- Over het algemeen worden ouders binnen de jeugd-GGZ standaard betrokken en binnen de volwassenzorg niet meer. Er zijn enkele gevallen waar binnen de jeugd ouders niet zo sterk werden betrokken, maar dit was afhankelijk van de relatie tussen ouder en jongere.
- De meeste jongvolwassenen geven aan dat het betrekken van ouders binnen jeugd- en volwassenzorg moet gebeuren in overleg met de cliënt. Sommige cliënten hebben geen goede relatie met hun ouders en willen niet dat zij worden betrokken bij de behandeling.
- Sommige jongvolwassenen geven aan dat het binnen volwassenzorg ook goed kan zijn om ouders te betrekken. Vooral in gevallen waar de jongvolwassene nog thuis woont. Ouders kunnen dan aangeven hoe dingen thuis gaan en ouders hebben dan nog een grote invloed op de dag en op de gemoedstoestand van de jongvolwassene.
- Er wordt aangegeven dat de betrokkenheid van ouders binnen de behandeling niet groot hoeft te zijn, maar dat de ouder (of een ander belangrijk persoon, zoals een partner) eens in de zoveel tijd mee kan gaan op gesprek bij de behandelaar.
- Een jongvolwassene noemt het idee dat wanneer ouders niet betrokken kunnen of willen zijn, er ook een zelfgekozen vertrouwenspersoon betrokken kan worden. Aangezien de hulpverlener niet altijd 24/7 te bereiken is, heeft de cliënt de vertrouwenspersoon om op terug te vallen en deze is dan op de hoogte van de behandelingen.

*Heb jij ervaren dat er verschillen zijn in hoeveel aandacht er bij de behandeling wordt gegeven aan naar school gaan / werk vinden / meedoen in de maatschappij tussen de jeugd- en volwassenzorg?*

- De meerderheid van de jongvolwassenen geeft aan dat er binnen de jeugd-GGZ veel aandacht was voor school. Er werd gevraagd naar de schoolgang en gebeurtenissen op school. Wanneer er geen schoolgang was, werd deze wel gestimuleerd. Binnen de volwassenzorg is er minder aandacht voor werk en school.
- De meeste jongvolwassenen benoemen dat het belangrijk is om binnen de volwassenzorg ook meer aandacht te geven aan school en/of werk. Dit zijn immers punten waar jongvolwassenen tegenaan lopen en deze kunnen de problematiek versterken. Op die manier kan het de behandeling effectiever te maken door aandacht te besteden aan 'alledaagse dingen'.
- Een iemand geeft aan dat er binnen jeugd-GGZ veel aandacht wordt besteed aan school, maar dat kritischer gekeken zou moeten worden of school überhaupt wel een optie is op dat moment.
- Een jongvolwassene stelt voor om vanuit ambulante hulp ondersteuning te bieden bij opleiding en/of werk. Er kan dan ondersteuning geboden worden bij het uitzoeken van een vervolgopleiding, het opstellen van een cv of het schrijven van een sollicitatiebrief.
- Iemand anders refereert aan een 18+ traject bij Horizon. In dit traject leren jongvolwassenen 'life skills' voor het volwassen leven, om zo goed mogelijk mee te doen in de maatschappij.



Zij geeft aan dat het goed zou zijn als meer organisaties dergelijke trajecten zouden aanbieden.

- Eén jongvolwassene geeft aan hierin geen verschillen te hebben ervaren.

### **E. Knelpunt: eigen bijdrage**

*Heb jij ermee te maken gehad dat je vanaf je 18<sup>de</sup> een eigen risico moest betalen voor de zorg? Hoe vond je dat?*

- Het overgrote deel van de jongvolwassenen is zich bewust van het eigen risico dat ze vanaf 18 jaar moeten betalen. Een paar jongvolwassenen hebben met hun ouders afspraken gemaakt over de zorgrekeningen.
- Over het algemeen wordt het eigen risico als redelijke last ervaren. Een deel van de jongvolwassenen geeft aan dat het voor veel stress zorgde om dit geld bij elkaar te werken. Een jongvolwassene vertelt dat ze dit zonder haar ouders niet zou kunnen betalen.
- Ongeveer de helft van de jongvolwassene geeft aan dat ze voor hun 18<sup>de</sup> ook niet wisten dat ze dit moesten gaan betalen als ze 18 jaar waren. Zij geven aan dat het belangrijk is dat dit goed wordt gecommuniceerd naar jongeren die 18 jaar worden. Iemand benoemt het idee van het sturen van een brief, wanneer iemand in de zorg 18 jaar wordt. In deze brief kan de jongere worden geïnformeerd over de verandering in zorgkosten en ook hoe je hiermee om kan gaan, zoals gespreid betalen of voorzieningen bij de gemeente.
- Een deel van de jongvolwassenen geeft aan dat het eigen risico idealiter wordt bepaald aan de hand van het inkomen. Of dat het eigen risico vanaf 18 jaar trapsgewijs opgebouwd zou worden.
- Eén jongvolwassene geeft aan dat ze niet zo veel problemen heeft met het eigen risico. Ten opzichte van haar ziektekostenrekening is het eigen risico maar een schijntje.

## B. Naasten

### 2 geïnterviewde moeders

#### A. Achtergrond

##### *Ervaring met een depressieve-stemmingsstoornis*

Beide ouders hadden kinderen die last hadden van een depressieve-stemmingsstoornis.

##### *Wat was jouw ervaring met de transitie van jeugd- naar volwassenzorg van je kind?*

- Beide ouders gaven aan een moeilijke transitie te hebben gehad van jeugd naar volwassenzorg. De ervaringen hierin waren heel verschillend.
- Eén ouder gaf specifiek aan dat het heel moeilijk was voor haar en haar zoon dat ze niet meer werd betrokken bij gesprekken. Haar zoon wilde haar er graag bij hebben, maar de behandelaar stond dit niet toe.

##### *Wat moet er naar jouw idee verbeterd worden?*

- Een ouder geeft aan dat er niet alleen naar de kalenderleeftijd moet worden gekeken wanneer wordt bepaald of de jongere/jongvolwassene binnen de jeugd- of volwassenzorg hulp moet krijgen. Er moet gekeken worden naar de persoon zelf en hoe deze zich ontwikkelt.
- Een ouder geeft aan dat er meer ruimte moet zijn om ouders betrokken te houden na de 18<sup>de</sup> verjaardag. Behandelaren zouden samen met de jongvolwassene en ouders in gesprek moeten gaan over de rol van ouders bij de behandeling.

##### *Wat gaat er naar jouw idee goed?*

- Een ouder gaf aan dat ze mentorschap heeft aangevraagd over haar kind. Vanaf dat moment waren behandelaren verplicht om haar te betrekken bij de behandeling, en dit gebeurde toen ook.

##### *Waren er bij jouw kind cruciale momenten in de zorg? Zijn er momenten te markeren dat het belangrijk is aandacht te geven aan de transitie naar volwassenheid of de transitie in zorg?*

- Beide ouders vinden het moeilijk om echte cruciale momenten aan te geven.

#### B. Knelpunt: Onvoldoende voorbereiding op de transitie naar volwassenheid

##### *Was 'volwassen worden' voor jouw zoon/dochter denk je anders dan voor andere leeftijdsgenoten?*

- Beide ouders geven aan dat het voor hun kind duidelijk anders was om volwassen te worden dan voor leeftijdsgenoten.
  - Een ouder geeft aan dat haar kind vooral op sociaal gebied achterliep. Ze ging niet naar school, ging niet uit en deed niet wat 'normale' leeftijdsgenoten wel deden.
  - Een ouder gaf aan dat haar kind een grote achterstand in de sociaal-emotionele ontwikkeling had opgelopen. Dit werd in eerste instantie genegeerd door de hulpverlening, waardoor hij sterk werd overvraagd. Nadat een externe organisatie werd betrokken, werd hier pas aandacht aan besteed.

##### *Was jij als ouder graag ergens op voorbereid m.b.t 'volwassen worden' van jouw zoon/dochter? Waarop?*

- Beide ouders geven aan dat ze niet specifiek iets hebben waar ze op voorbereid hadden willen worden.

*Moeten professionals ook rekening houden met dat een jongere volwassen wordt? Hoe?*

- Een ouder geeft aan dat als jongeren aangeven wat hun toekomstdromen en wensen zijn, de professionals hier iets mee zouden kunnen doen. Op het moment dat jongeren volwassen worden, wordt dit steeds belangrijker. Op dit moment ligt de focus met name op de huidige problemen. Door te praten over toekomstdromen, kan er ook een perspectief gecreëerd worden.

### **C. Knelpunt: Onvoldoende voorbereiding op de transitie in zorg**

*Heeft jouw kind een overgang van jeugd- naar volwassenzorg meegemaakt? Hoe ging dat?*

- Beide ouders geven aan een moeilijke transitie te hebben gehad van jeugd- naar volwassenzorg.
- Eén ouder gaf specifiek aan dat het heel moeilijk was voor haar en haar zoon dat ze niet meer werd betrokken bij gesprekken. Haar zoon wilde haar er graag bij hebben, maar de behandelaar stond dit niet toe.
- Eén gaf ouder aan dat heel moeizaam was omdat er veel wisselingen waren. In eerste instantie werd haar dochter binnen de volwassenzorg geplaatst, waar ze met volwassenen van 40+ jaar zat. Vervolgens werd ze teruggestuurd naar jeugd. Nu is ze weer doorgestroomd naar de volwassenzorg.

*Heb jij verschillen in de manier van werken tussen jeugd- en volwassenzorg ervaren? Welke?*

- Beide ouders hebben duidelijk verschillen in de manier van werken ervaren tussen jeugd- en volwassenzorg.
- Een ouder gaf aan dat ouders niet meer betrokken werden en zij het moeilijk vinden dat ze niet meer wisten wat gebeurde binnen de volwassenzorg.
  - Een ouder gaf aan dat er meer volwassenheid werd verwacht, terwijl haar zoon nog niet zo ver was. Hij werd aangesproken op zijn verantwoordelijkheid en hij vond het moeilijk om hiermee om te gaan.

*Was jij als ouder graag ergens op voorbereid m.b.t overgaan van jeugd naar volwassenzorg?*

*Waarop?*

- Een ouder gaf aan niet van te voren te weten dat ze als ouders niet meer betrokken zouden worden in de volwassenzorg, dit had ze graag vooraf geweten.

*Zouden professionals iets moeten weten of ergens rekening mee moeten houden? Wat?*

- Een ouder geeft aan dat ze de overgang naar de volwassenzorg niet meer op 18 jaar zou willen hebben. Ze denkt dat het beter zou zijn om deze transitie op wat latere leeftijd te laten plaatsvinden. Er vinden op 18-jarige leeftijd al veel 'life events' plaats, zoals het starten met een opleiding en/of werk.
- Een ouder geeft aan dat ze merkt dat er intern veel schuilt achter een depressie en andere psychische stoornissen. Ze vindt het vervelend dat wanneer haar kind een vertrouwensband heeft opgebouwd met een behandelaar, ze uiteindelijk naar een andere behandelaar moet omdat ze een jaar ouder is. Hier moet ze opnieuw beginnen met het opbouwen van een vertrouwensband.

*Had jouw kind of jij iets te zeggen over de overgang van jeugd- naar volwassenzorg?*

- Een ouder geeft aan dat ze niet heel veel te zeggen had over de overgang. Alles gebeurde heel snel en ze was al blij dat er een plek was voor haar kind, dus ging ze overal maar mee akkoord. De organisatie maakt de beslissingen die zij nodig achten, echter zijn de voorbereidingen op de veranderingen heel slecht.

- Een ouder geeft aan dat er een overstap zou plaatsvinden naar een andere behandeling, echter was hiervoor een lange wachtlijst. Op dit moment is ze zelf op zoek gegaan naar andere zorg.

#### **D. Knelpunt: verschil in werkwijzen tussen jeugd- en volwassen GGZ**

*Heb jij ervaren dat er verschillen zijn in het betrekken van het gezin (o.a. ouders) tussen de jeugd- en volwassenzorg?*

- Beide ouders geven aan dat er een groot verschil is in het betrekken van het gezin. Ouders worden niet betrokken in de volwassenzorg.
- Een ouder geeft aan dat ze vindt dat ouders wel betrokken zouden moeten worden, zeker als de jongvolwassene nog thuis woont. Er wordt nu verwacht dat jongvolwassenen zelf alles communiceren met ouders, maar vaak gebeurt dit niet. Je hebt als ouder van een thuiswonend kind een grote invloed, maar de ouder voelt zich door de hulpverlener buitenspel gezet.
- Een ouder geeft aan dat, nu het iets beter gaat met haar kind, ze het ook goed vindt dat ze niet meer volledig wordt betrokken bij de zorg. Ze vindt dat haar kind nu ook zelf dingen moet gaan leren en probeert hiervoor wat op afstand te blijven.
- Een ouder geeft aan mentorschap te hebben aangevraagd bij de rechter, zodat de hulpverleners gedwongen werden om de ouder te betrekken.

*Heb jij ervaren dat er verschillen zijn in hoeveel aandacht er bij de behandeling wordt gegeven aan naar school gaan / werk vinden / meedoen in de maatschappij tussen de jeugd- en volwassenzorg?*

- Een ouder geeft aan dat er altijd redelijk weinig aandacht is geweest voor school. Het ging met haar kind dermate slecht dat ook binnen de jeugd-GGZ niet werd gesproken over school en ze ook niet naar school ging. Op een punt wilde haar kind wel naar school, maar werd dit afgeraden door de hulpverlening, omdat dit nog niet goed zou zijn voor haar.
- Een ouder geeft aan dat er binnen de volwassenzorg geen aandacht wordt gegeven aan school, dit was wel zo binnen de jeugd-GGZ. Ze vindt het wel belangrijk dat er binnen de volwassenzorg meer aandacht zou zijn voor opleidingen, maar ze weet niet of deze kennis er op dit moment is.

#### **E. Knelpunt: eigen bijdrage**

*Heeft jouw kind ermee te maken gehad dat hij of zij vanaf je 18<sup>de</sup> een eigen risico moest betalen voor de zorg?*

- Een ouder geeft aan dat ze met haar kind een afspraak heeft gemaakt over het betalen van haar ziektekosten.

## C. Professionals

### 9 geïnterviewde professionals

#### A. Achtergrond

##### *Beroepsgroep*

GGD-jeugdarts - GGZ Jeugdverpleegkundig specialist – Gezondheidszorgpsycholoog - Psychiater in volwassenenzorg - Hoogleraar stemmingsstoornissen – Jeugdpsycholoog – Psychiater doelgroep 15-25 jaar – Kinder- en jeugdpsychiater

##### *Ervaring met jongeren/jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis*

- De ervaringen die de professionals hebben met jongeren is heel verschillend. Enkele professionals hebben geen ervaring met jongeren met depressieve-stemmingsstoornissen. Andere professionals hebben ervaring met deze groep jongeren in de jeugd-GGZ of in de volwassenenzorg.
- Eén professional is gepromoveerd op jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis.

##### *Wat valt u over het algemeen op aan de transitie van jeugd- naar volwassenenzorg voor jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis?*

- Bijna alle professionals benoemen de overgang van jeugd- naar volwassenenzorg bij de leeftijdsgrens van 18 jaar. De jeugd-GGZ zou officieel door moeten lopen tot jongeren 23 jaar zijn, maar dit verschilt per organisatie, op veel plekken komen jongeren van 18 jaar meteen in de volwassenenzorg terecht. Deze groep is vaak nog niet in staat om binnen de kaders van de volwassenenzorg te functioneren.
- Een professional die binnen zowel de jeugd- als de volwassenen-GGZ heeft gewerkt, noemt ook specifiek het verschil in het appel op de eigen verantwoordelijkheid. Binnen de volwassenenzorg wordt een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid gedaan. Dit is ongeacht of de jongvolwassenen dit aankunnen of niet. Als jongvolwassenen geen eigen verantwoordelijkheid tonen, wordt vaak het traject gestopt.
- Een andere professional benoemt ook nog specifiek het eigen risico in de zorg. Er zijn jongvolwassenen die dit niet willen en/of kunnen betalen en worden hierdoor zorgmijdend.
- Een professional benoemt dat er een grote groep jongvolwassenen is die niet via de 'reguliere weg' terecht komt in de GGZ, omdat dit moeilijk is voor hen. Financiën spelen daarbij een rol. Het belangrijkste is echter het feit dat er eigen motivatie en inzet wordt verwacht, terwijl het voor depressieve jongeren en jongvolwassenen vaak heel moeilijk is om zelf dingen te ondernemen. Uiteindelijk komt een deel via school en laagdrempelige basisteams wel in de GGZ terecht, maar er valt een deel buiten de boot.
- Een professional geeft aan dat motivatie vanaf 18 jaar een groot probleem wordt. Als de jongere 18 jaar wordt en geen motivatie meer heeft, dan kun je als professional weinig doen en ouders hebben ook niets meer te zeggen. Hier raken we veel jongvolwassenen kwijt.

##### *Wat moet er naar uw idee verbeterd worden?*

- De meeste professionals zouden een andere benadering willen zien in de volwassenenzorg. Een professional benoemt een mogelijk gebrek aan expertise rondom de 18+ groep binnen de volwassenenzorg. Hij weet nu niet of er in de volwassengroep genoeg expertise is om met die groep om te gaan die vanuit de jeugd komt. Een andere professional noemt dat het misschien een mogelijkheid is om een aparte groep van 16-27 jaar te creëren, de periode van jongvolwassen naar volwassenheid.
- Een andere professional zou graag een meer systemische ingang zien binnen de volwassenenzorg. Hij geeft aan dat er een te groot verschil lijkt te zijn tussen jeugd- en volwassenenzorg en zou graag zien dat cliënten in de volwassenenzorg worden uitgenodigd met betrokkenen (ouders en/of partner).

- Een professional geeft aan dat het idee dat de jongere/jongvolwassene zelf wel naar de hulpverlening toe komt, losgelaten moet worden. Er zou een meer outreachende houding aangenomen moeten worden en de hulpverlener moet de verantwoordelijkheid nemen om jongeren te vinden. Dit is zeker belangrijk voor jongeren die geen stok achter de deur hebben van bijvoorbeeld ouders.

*Wat gaat er naar uw idee goed?*

- De antwoorden van de professionals waren uiteenlopend.
- Eén professional geeft aan dat het vooral goed is dat de zorg op dit moment dichterbij en laagdrempeliger wordt aangeboden door het CJG en de wijkteams.
- Eén professional geeft aan dat het bij veel organisaties goed geregeld is dat zij zorg aan jongvolwassenen mogen aanbieden tot zij 23 jaar oud zijn.
- Eén professional geeft aan dat het goed is dat er in het werkveld professionals zijn die de knelpunten in de zorg herkennen en die zich ervoor inzetten dat jongeren en jongvolwassenen niet tussen wal en schip vallen.

*Wat zijn naar uw idee cruciale momenten in de zorg voor jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis? Zijn er momenten te markeren dat het belangrijk is aandacht te geven aan de transitie naar volwassenheid of de transitie in zorg?*

- Over het algemeen geven de professionals aan dat tijd een belangrijk onderdeel is. Er moet op tijd informatie verstrekt worden aan de jongeren. Daarnaast wil je op tijd duidelijkheid verstrekken. Als de zorg stopt bij 18 jaar, wil je dit op tijd laten weten en aan de jongere laten weten waar hij na zijn 18<sup>e</sup> terecht kan voor zorg.
- Met betrekking tot jeugd-GGZ die doorgaat tot 23 jaar, wordt genoemd dat men op tijd moet kijken of de behandeling vóór 23 jaar afgerond kan worden. Als de behandeling niet voor 23 jaar afgerond kan worden, of als de thema's in de zorg meer samen hangen met volwassenheid, zou al voor 23 jaar verwezen kunnen worden naar volwassenzorg.
- Een professional geeft aan dat het moment dat de jongere de stap gaat maken naar de volwassenheid heel belangrijk is. Zaken die hierbij komen kijken, zijn het volgen en afronden van een opleiding, het vinden van een baan en het aangaan van relaties. Deze groep krijgt vaak problemen op deze gebieden op dit moment. Het ligt er hierbij ook aan in hoeverre de ontwikkelingsstaken horende bij de leeftijd kunnen worden volbracht.

## **B. Knelpunt: Onvoldoende voorbereiding op de transitie naar volwassenheid**

*Waar moeten jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis op voorbereid worden m.b.t. de transitie naar volwassenheid? Denk aan veranderende omgeving, leefstijl, voorzieningen.*

- De professionals geven aan dat moeite met volwassen worden een belangrijk thema kan zijn bij jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis. In dit geval is de overgang naar volwassenheid bij uitstek iets om aan te pakken binnen de behandeling. De behandelaar kan met de jongere bespreken waar hij tegenaan loopt, zoals veranderingen die komen, verschillen met leeftijdsgenoten, sociale relaties.
- Eén professional benoemt specifiek dat jongeren en jongvolwassenen met stemmingsklachten vaak heel alleen staan. De interactie met hun systeem is vaak niet duidelijk voor de behandelaar. Je weet niet in hoeverre de cliënt dingen bespreekt met het systeem of door het systeem wordt voorbereid op de volwassenheid. Vanuit de zorg kan je standaard stilstaan bij veranderingen omtrent volwassen worden.
- Eén professional benoemt specifiek emotieregulatie. Ze geeft aan dat men er in de laatste jaren achter is gekomen dat er te weinig aandacht is geweest voor emotieregulatie in de opvoeding. Bij deze specifieke groep is de emotieregulatie vaak niet goed ontwikkeld. Het

leren van emotieregulatie begint heel jong in de opvoeding, maar kan ook worden geleerd op scholen. Op alle momenten dat volwassenen met kinderen in contact zijn, zou hier aandacht aan besteed kunnen worden. Zo kun je het met kinderen en/of jongeren hebben over: hoe ga je om met emoties, hoe kun je ontspannen, wat doe je met lastige emoties?

- Eén professional geeft aan dat jongeren en jongvolwassenen met een depressie nog meer steun vanuit het systeem nodig hebben, dan leeftijdsgenoten. Dit systeem moet twee dingen bieden: erkenning en steun bij het leed dat ze lijden en aan de andere kant stimulering en uitdaging zodat ze geactiveerd worden en in beweging blijven. Hierbij hoort ook dat ze dingen oppakken die bij de leeftijd horen.
- Eén professional heeft recentelijk bij een conferentie gehoord over een project in Zweden, 'mental health power'. Op school leren de kinderen vaardigheden waardoor ze het leven in de maatschappij uiteindelijk beter aankunnen. Ze komen hiermee meer in eigen kracht te staan en kunnen beter met problemen omweg. Uit onderzoek blijkt dit goed te werken. Ze leren hoe voorzieningen werken en waar ze met problemen terecht kunnen. De voorlichtingen op school worden door een organisatie gegeven die gespecialiseerd is hierin.

*Waar moeten hun ouders op voorbereid worden m.b.t. de transitie naar volwassenheid? Denk aan veranderende omgeving, leefstijl, voorzieningen.*

- De meeste professionals geven aan dat over het algemeen de ouders ook moeten worden voorbereid op de transitie naar volwassenheid. Het gaat om psycho-educatie en de verschillen tussen jongvolwassenen met stemmingsproblemen en jongeren zonder. Met name op sociaal-emotioneel gebied kunnen deze jongeren jonger zijn dan hun daadwerkelijke leeftijd. Dit is voor ouders belangrijk om te beseffen.
- Eén professional geeft aan dat het belangrijk is dat ouders blijven opvoeden, ook al worden de jongeren 18 jaar. Ouders moeten de basisbehoeften blijven bieden. Het zou hierin goed zijn als ouders hoop en perspectief uitspreken tegenover de jongvolwassenen en ze blijven proberen te activeren, in plaats van meegaan in de depressie. Vaak zie je dat ouders gaan overbeschermen, omdat hun kinderen kwetsbaar zijn. Dit roept echter ook een kwetsbaarheid op. Om deze reden is het belangrijk dat ouders blijven activeren.
- Eén professional geeft aan dat als de hulpverlener merkt dat de ouder moeite heeft met het volwassen worden van de jongere, hij of zij hier aandacht aan kan besteden. De veranderingen bij de jongeren kunnen voor de ouders ook ingrijpend zijn. De hulpverlener kan een gesprek voeren met ouders of een gezamenlijk gesprek met ouders en de jongere.
- Eén professional benoemt het preventieve beleid dat wordt ingezet in IJsland. Hier worden ouders meer betrokken bij jongeren. Ouders worden bewust gemaakt van de tijd die ze doorbrengen met jongeren en hoe belangrijk dat is. In IJsland heeft dit als gevolg gehad dat hun grootste probleem, middelenmisbruik onder jongeren, sterk is afgenomen.

*Waar moeten professionals op voorbereid worden m.b.t. de transitie naar volwassenheid van jeugdigen met een depressieve-stemmingsstoornis? Denk aan veranderende omgeving, leefstijl, voorzieningen.*

- De professionals geven aan dat er goed gekeken moet worden naar de leeftijd van de jongeren en de aspecten die hierbij horen. Aan de ene kant moeten professionals rekening houden met het feit dat het doorlopen van de ontwikkelingstaken langzamer gaat bij jongeren met psychische klachten. Aan de andere kant moet je als professional goed op de hoogte zijn van wat er speelt bij verschillende leeftijdsgroepen, zodat je hier op in kan spelen.
- Op dit moment heerst het beeld dat er binnen de zorg niet altijd genoeg aandacht wordt gegeven aan de transitie naar volwassenheid binnen de volwassenenzorg.
- Eén professional benoemt dat het belangrijk is dat professionals kennis hebben van de verschillende uitingsvormen van stemmingsproblemen en de verschillende gradaties ervan.

De traditionele GGZ is er sterk op gericht dat de problemen in een DSM-model moeten passen. Als je hier niet inpast, krijg je niet de hulp die je nodig hebt. Er zou meer klachtgericht gewerkt moeten worden en zo zou meer zorg op maat geleverd moeten worden. Dit vraagt bij professionals om kennis van zaken en flexibel denken.

- Eén professional geeft aan dat er meer open en eerlijk gesproken moet worden tegen de jongeren over de toekomst. We weten dat 50% van de jongeren binnen aantal jaar een nieuwe depressie krijgt. Het is belangrijk dat hier eerlijk aandacht aan wordt gegeven door de behandelaar. Vooral als er verschillende risicofactoren zijn, is deze kans sterk aanwezig. Specifiek kan de behandelaar er met cliënten op ingaan hoe ze in de volwassenheid een zo goed mogelijk leven kunnen leiden met deze kwetsbaarheid.
- Eén professional geeft aan dat het goed zou zijn dat jongeren met een depressie gemonitord zouden worden, net als diabetespatiënten. Er blijft op deze manier aandacht voor de kwetsbaarheid en de lijnen blijven kort. Op het moment dat zich nieuwe signalen voor een depressie voordoen, kunnen deze signalen snel worden opgepikt en hoeft de terugval minder groot te zijn.

### **C. Knelpunt: Onvoldoende voorbereiding op de transitie in zorg**

*Waar moeten jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis op voorbereid worden m.b.t. de transitie naar volwassenzorg?*

- Meerdere professionals noemen het gegeven dat er binnen de volwassenzorg een groter appèl wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. De jongvolwassenen worden meer als volwassenen behandeld. Het belangrijkste hierin is dat van de jongvolwassenen wordt verwacht dat ze hun eigen hulpvraag kunnen formuleren. Als dat lastig is om te formuleren, zal dat misschien geïnterpreteerd worden als een gebrek aan motivatie. Tijdens het jeugdtraject zou je de jongeren hier op kunnen voorbereiden. Tegelijkertijd moet er bij de volwassenzorg het besef zijn dat dergelijke zaken moeilijk zijn voor deze specifieke groep.
- Eén professional geeft aan dat als een jongere op zijn of haar 18<sup>de</sup> moet doorstromen naar een andere organisatie, dat dit samen met de jongere moet worden besproken. De behandelaar en de jongere kunnen samen bespreken hoe ze het proces zo makkelijk mogelijk kunnen laten verlopen.
- Eén professional geeft aan dat jongeren ingelicht moeten worden over het eigen risico vanaf 18 jaar. Daarnaast kunnen ze voorgelicht worden over eventuele voorzieningen en/of uitkeringen waar ze aanspraak op kunnen maken.
- Eén professional geeft aan dat ouders niks meer te zeggen hebben in de volwassenzorg, maar nog steeds heel belangrijk zijn, zeker bij de groep depressieve jongvolwassenen. Het is belangrijk om dit als behandelaar aan te geven bij de jongvolwassene en het contact met ouders te stimuleren.

*Waar moeten hun ouders op voorbereid worden m.b.t. de transitie naar volwassenzorg?*

- De professionals benoemen vooral het verschil in het betrekken van ouders tussen jeugd- en volwassenen-GGZ. Ouders moeten er op worden voorbereid dat ze meer op afstand worden gehouden in de volwassenzorg.
- Eén professional noemt dat ouders ook geïnformeerd kunnen worden over het eigen risico en de voorzieningen voor jongvolwassenen. Op deze manier kunnen de ouders de jongvolwassenen hierin eventueel begeleiden en ondersteunen.
- Eén professional geeft specifiek aan dat ouders vaak meer moeite hebben met het feit dat ze niet meer worden betrokken in de zorg. Ouders kunnen zich hierdoor afgewezen en niet gehoord voelen.



- Eén professional geeft aan dat je als behandelaar met ouders kan bespreken hoe ze toch nog de jongvolwassene kunnen ondersteunen en motiveren, zonder dat ze actief worden betrokken bij de behandeling.

*Waar moeten professionals op voorbereid worden m.b.t. de transitie naar volwassenzorg van jeugdigen met een depressieve-stemmingsstoornis?*

- De meeste professionals geven aan dat het belangrijk is dat professionals op tijd handelen in de transitie naar de volwassenzorg. Ruim voor het 18<sup>de</sup> levensjaar zou er al contact geweest moeten zijn met de toekomstige zorgverlener. Een warme overdracht hierin is heel belangrijk.
- Een professional geeft aan dat het belangrijk is dat professionals in het veld bekend zijn met de knelpunten die nu spelen in de transitie en de ervaringen die cliënten hiermee hebben. Veel professionals zijn zich op dit moment wellicht niet bewust van de knelpunten.
- Hier wordt opnieuw door een professional benoemd dat rekening moet worden gehouden met de leeftijd en het mogelijk niet goed doorlopen van alle ontwikkelingstaken. De professionals in de volwassenzorg kennen het voortraject van de jongvolwassenen wellicht niet en beseffen niet dat de jongvolwassene niet alles alleen kan.
- Eén professional geeft aan dat professionals zich bewust moeten zijn hoe groot de rol van ouders nog is, ook al zijn cliënten 18 jaar of ouder. Professionals moeten de optie van het betrekken van ouders open houden. Ze moeten beseffen dat contact tussen ouders en jongvolwassene een grotere rol kan spelen bij de klachten, maar dat het contact met ouders ook een beschermende rol kan spelen.
- Eén professional geeft aan dat het belangrijk is dat professionals weten hoe ze deze doelgroep betrokken en gemotiveerd kunnen houden. Het is hierin ook belangrijk om een goede balans te vinden tussen behandelen en loslaten. Veel cliënten krijgen hun acht sessies en moeten dan het zelf maar zien te redden. Maar oneindig doorbehandelen is ook niet de oplossing. Het zou goed zijn om hierin een balans te vinden.

*Hoe zou gezamenlijke besluitvorming over de transitie in zorg van jongeren met een depressieve-stemmingsstoornis eruit moeten zien?*

- *In het geval van continuïteit van zorg (op 18<sup>de</sup> in zorg)*
- *In het geval van discontinue zorg (dus tijdens de adolescentie in zorg geweest en in jongvolwassenheid weer).*
- De professionals noemen dat een warme overdracht het belangrijkste is. De primaire verantwoordelijkheid ligt bij de behandelaar in de jeugd-GGZ.
- Eén professional noemt dat het belangrijk is dat er bij de aanmelding al wordt gekeken hoe lang een behandeling gaat duren. Wanneer een 18-jarige zich aanbiedt voor zorg, is het belangrijk om te kijken wat de inhoud van de casus is en hoe lang een behandeling zal duren. In sommige gevallen is het dan goed om meteen door te verwijzen naar volwassenzorg (ook als de organisatie zelf verlengde jeugdtrajecten aanbiedt).
- Eén professional geeft aan dat er over het algemeen meer contact zou moeten zijn tussen jeugd- en volwasseninstellingen, zodat bekend is waar iedereen zich mee bezig houdt. Dit geeft meer vertrouwen dat een doorverwijzing goed kan lopen en het houdt de lijntjes kort.

#### **D. Knelpunt: verschil in werkwijzen tussen jeugd- en volwassen GGZ**

*Zijn er naar uw idee verschillen in het betrekken van de gezinscontext (o.a. ouders) tussen de jeugd- en volwassenen-GGZ, specifiek in de behandeling van depressieve-stemmingsstoornissen?*

- Alle professionals geven aan dat in de volwassenenzorg de ouders en/of het gezin niet tot weinig worden betrokken. De meeste professionals geven aan dat ouders meer betrokken kunnen worden, zeker als de jongvolwassene nog thuis woont. In deze gevallen is er sprake van een wisselwerking tussen ouders en jongvolwassenen. In een gesprek tussen ouders en behandelaar wordt besproken waar aandacht aan wordt gegeven tijdens de behandeling, wat belangrijke punten zijn en wat ouders thuis ook kunnen doen om de behandeling zo effectief mogelijk te laten zijn.
- Enkele professionals geven aan dat het eventueel betrekken van ouders moet afhangen van de inhoud van de casus. Wanneer er sprake is van individuele problemen, dan is behandeling zonder ouders genoeg. Maar er kunnen ook problemen zijn waarin het systeem een belangrijke rol speelt, dan is het goed om ouders te betrekken.
- Eén professional geeft aan dat het juist in deze levensfase goed kan zijn om ouders te betrekken. De jongvolwassenen hebben dan meer reflectief vermogen en kijken terug op hun eigen opvoeding. Vaak realiseren jongvolwassenen zich wat ze hebben gemist in hun opvoeding of wat de effecten van hun opvoeding zijn geweest. Het kan goed zijn om dit in de zorg op te pakken met de ouders erbij.
- De meeste professionals benoemen dat zij vinden dat de professional de beslissing moet maken of ouders wel of niet worden betrokken.

*Zijn er naar uw idee verschillen in de focus op persoonlijk en maatschappelijk herstel (dus niet alleen terugdringen van ziekte en gebrek, maar ook het opbouwen of hervinden van de eigen identiteit en terugkrijgen van de regie over het eigen leven) tussen de jeugd- en volwassenen-GGZ?*

- De professionals geven aan dat er geen verschillen lijken te zijn in de focus op persoonlijk herstel tussen jeugd- en volwassenen-GGZ.
- De professionals zijn wat meer verdeeld over de focus op het maatschappelijk herstel. Een paar professionals geven aan niet zo goed op de hoogte te zijn van eventuele verschillen of te denken dat deze verschillen er niet echt zijn.
- Een deel van de professionals denkt wel dat er een verschil is in focus op maatschappelijk herstel. Echter, de meningen zijn verdeeld over welke groep meer aandacht heeft voor maatschappelijk herstel. Het ene deel van de professionals geeft aan dat er binnen de jeugd meer aandacht is voor maatschappelijk herstel (specifiek aandacht voor school). Andere professionals geven aan dat er binnen de volwassenenzorg meer aandacht is voor maatschappelijk herstel (met name werk en gezin).
- Eén professional geeft aan dat het verschil er meer in zit dat in de jeugd-GGZ automatisch aandacht wordt gegeven aan school en dat dit in de volwassenenzorg meer afhankelijk is van de hulpvraag.
- Eén professional geeft specifiek aan dat het bij de behandeling van een depressie belangrijk is om een dag invulling en structuur te hebben. Om deze reden is het dus belangrijk om ook aandacht te schenken aan school en/of werk.

*Wat zijn de verschillen in het voorschrijven van antidepressiva naar uw idee?*

- Bijna alle professionals geven aan hier weinig van te weten, omdat ze zelf geen psychiater zijn die medicijnen voorschrijven. Bij hen is wel het beeld dat bij de jeugd en volwassenen andere medicijnen worden voorgeschreven. Ze zijn er allemaal mee bekend dat de effectiviteit van antidepressiva bij jongeren niet onomstotelijk bewezen is. Bij jongeren wordt vooral gelet op de ernst van de klachten en eventuele familiale aanleg.
- Eén professional geeft aan dat er niet genoeg naar de richtlijnen wordt gehandeld door psychiaters.
- Eén professional werkt zelf als psychiater binnen de volwassenenzorg. Hij benoemt de richtlijn depressie Jeugd. Hij denkt dat er goed naar de richtlijnen wordt gehandeld.

- Eén professional geeft ook aan dat er maar weinig antidepressiva geregistreerd zijn voor gebruik bij minderjarigen. Er wordt in het algemeen weinig onderzoek gedaan naar effectiviteit van medicijnen bij jongeren. De leeftijdsgrens voor dit onderzoek is recentelijk verlaagd naar 16 jaar.
- Twee professionals geven aan dat het goed is dat er binnen de jeugd weinig antidepressiva worden voorgeschreven. De problemen die spelen zijn in essentie heel anders. In volwassenenzorg zie je veel meer 'echte' depressie, binnen de jeugd hebben de jongeren vooral problemen met hun emotieregulatie. De jongere wil niet echt dood, maar kan niet goed met zijn emoties omgaan.
- Twee professionals geven aan dat antidepressiva voorschrijven in de jeugd ook averechts kan werken. Door geen antidepressiva voor te schrijven, zet je jongeren ook meer in hun eigen kracht. Je geeft ze het vertrouwen dat ze hier ook door kunnen komen zonder pil en dat ze geen pil nodig hebben.

### **E. Knelpunt: overdracht**

*Wie heeft welke verantwoordelijkheid als een jongere met een depressieve-stemmingsstoornis overgaat van de jeugd-GGZ naar de volwassenen-GGZ?*

- *In het geval van continuïteit van zorg (op 18<sup>de</sup> in zorg)*
- *In het geval van discontinue zorg (dus tijdens de adolescentie in zorg geweest en in jongvolwassenheid weer).*

*Hoe zou de overdracht van een jongere met een depressieve-stemmingsstoornis van de jeugd- naar de volwassenen-GGZ er uit moeten zien?*

- *In het geval van continuïteit van zorg.*
- *In het geval van discontinue zorg (dus tijdens de adolescentie in zorg geweest en in jongvolwassenheid weer).*

#### Continue zorg:

- De professionals hebben over het algemeen hetzelfde beeld hoe de overdracht van jeugd- naar volwassenen-GGZ eruit zou moeten zien. De behandelaar in de jeugd is hoofdverantwoordelijk bij de overdracht. Deze behandelaar zal op zoek moeten gaan naar een organisatie waar de jongere naar kan doorstromen. De behandelaar maakt contact met deze organisatie en regelt de overgang.
- De overdracht moet volgens alle professionals warm zijn. De behandelaren van de jeugd-GGZ en volwassenen-GGZ moeten samen beëindigen en een nieuwe intake doen. De professionals geven aan dat dit door cliënten als prettig wordt ervaren.
- Eén professional geeft aan dat het goed zou zijn als jongeren niet meteen op hun 18<sup>de</sup> worden losgelaten. Het zou goed zijn als er gekeken wordt naar de persoon zelf en de overgang naar volwassenenzorg pas plaatsvindt als de jongvolwassene hier klaar voor is.
- Eén professional geeft aan dat het ook belangrijk is dat de behandelaar in de volwassenenzorg verantwoordelijkheid neemt. De overdracht zou in het afsluitprotocol van jeugd moeten worden vastgelegd. Vervolgens moet de volwassenenzorg hiervoor openstaan. Dit protocol is er nu nog niet.
- Eén professional vult de overdracht aan met een moment een paar weken of maanden na de overgang, waarin de (oud) jeugdbehandelaar contact opneemt met de jongvolwassene om te controleren of de overgang goed is verlopen.
- Twee professionals geven aan dat er meer vertrouwd moet worden op elkaars expertise. Vaak beginnen professionals in de volwassenenzorg weer helemaal opnieuw met diagnostiek en gesprekken. Het zou goed zijn als ze uitgaan van de informatie uit de jeugd-GGZ en hierop

voorborduren in plaats van alles opnieuw te doen. Dit is minder frustrerend voor de cliënt en het scheelt veel tijd. Er moet goed afgestemd worden wat is gedaan en om welke reden dingen zijn gedaan.

- Eén professional geeft aan dat je idealiter al met 16 jaar begint met het opstellen van een transitieplan. Er moet met ouders en jongeren over gesproken worden waar de jongere behoefte aan zal hebben als hij 18 jaar is.

#### Discontinue zorg:

- De ideeën over de overdracht in geval van discontinue zorg zijn meer uiteenlopend.
- Een paar professionals denken dat de overdracht in geval van discontinue zorg vooral plaatsvindt via de ontslagbrief. Wanneer de zorg in de jeugd wordt afgesloten, moet duidelijk in de ontslagbrief worden beschreven waar de behandeling op heeft ingezet, wat effectief was en of het risico op terugval groot is. In deze ontslagbrief kan ook beschreven worden waar aan gewerkt kan worden ingeval van een terugval. Deze ontslagbrief zal altijd voorhanden zijn bij de huisarts, wanneer een jongere zich meldt voor een nieuwe verwijzing. Het is dus belangrijk dat de ontslagbrief zorgvuldig wordt opgesteld.
- Een paar professionals geven aan dat de organisatie waar de jongvolwassene zich meldt moet zorgen dat de meest geschikte zorg wordt ingezet. Zoals de zorgplicht die nu geldt voor scholen binnen het passend onderwijs. In veel gevallen zal de jongvolwassene zich aanmelden bij de organisatie waar hij in het verleden zorg heeft gehad. In dat geval zal de oude behandelaar kunnen zoeken naar nieuwe zorg.
- Eén professional geeft aan dat bij de tweede keer zorg er aandacht moet komen voor de klachten die er waren bij de eerste keer zorg. Er is op dit moment onvoldoende aandacht voor het feit dat er eerder zorg is geweest. Idealiter wil je de nieuwe behandelaar informatie laten inwinnen bij de behandelaar in de jeugd-GGZ, maar dit is nu vaak moeilijk door een gebrek aan continuïteit in de zorg.
- Eén professional geeft aan dat ze in de toekomst graag een elektronisch dossier zou zien waar de belangrijkste verslagen en/of gegevens van cliënten in staan. In geval van discontinue zorg heb je zo geen problemen met oud-behandelaren die niet meer te bereiken zijn, maar heb je alle informatie in het online dossier.
- Eén professional geeft aan dat ze in een afsluitingsgesprek met jongeren ook altijd aangeeft waar jongeren zich kunnen melden, wanneer zij later toch een terugval hebben.
- Eén professional geeft specifiek aan dat het te ver gaat om afspraken te maken in geval van discontinue zorg. Het is moeilijk om hier een leeftijdsgrens in te bepalen en het is moeilijk voorspellen of iemand nog eens terug zal komen in de zorg.

#### **Algemeen zaken die genoemd zijn:**

- Een professional noemt het STORM-project in de regio Oss, Uden en Veghel. Dit is een samenwerking met scholen. Jongeren worden gescreend op angst- en depressieklachten en jongeren met klachten worden op school door hulpverleners geholpen. Jongeren met suïcidale of ernstige klachten worden direct doorverwezen naar de GGZ.
- Een professional benoemt het te laat verwijzen van depressieve jeugdigen door de basisteams. Zij starten vaak al met een jongere (18-) en hun gezin en doen vaak zelf de behandeling. Over algemeen houden ze depressieve jongeren te lang bij zich, terwijl zij niet goed genoeg opknappen door de behandeling. Vaak wordt erg laat pas de beslissing genomen om door te sturen naar Specialistische GGZ. Dit maakt het moeilijker voor Specialistische GGZ om dit op te pakken.

- Een professional noemt dat het in Brabant bij 18- goed geregeld is dat op scholen meer aandacht is voor signaleren van depressieve klachten. Jongeren krijgen dan ook al cognitieve groepstherapie op school.
- Een professional geeft aan dat wanneer ouders in behandeling zijn voor (depressieve) klachten, de kinderen daar ook in meegenomen zouden moeten worden. De klachten van ouders kunnen gigantische impact hebben op de kinderen. Behandelaren kunnen dan actief kijken of het ook nodig is om hulp in te schakelen voor de kinderen.
- Suzanne Gerritsen heeft veel onderzoek gedaan naar de transitie van jeugd- naar volwassenen-GGZ.
- Er zijn binnen de GGZ veel nieuwe aanbieders sinds de Jeugdwet. Het is als professional al moeilijk om te volgen welke aanbieders er zijn en nog wel of niet bestaan. Dit is jongeren (en hun ouders) ook moeilijk. Er zijn zelfs instellingen die opeens hun deuren moeten sluiten, omdat ze geen financiering vanuit de gemeente meer krijgen. Hierdoor vallen veel jongeren tussen wal en schip.

## B. Literatuur

Op welke wijze dienen farmacotherapeutische interventies ingezet te worden in de behandeling van jongeren/ jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis?

De projectgroep heeft met hulp van een informatiespecialist van TNO 3 systematische literatuursearches verricht. De eerste twee searches hebben betrekking op de uitgangsvraag: Op welke wijze dienen farmacotherapeutische interventies ingezet te worden in de behandeling van jongeren/ jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis?

Onderzocht is wat op dit moment in de wetenschappelijke literatuur bekend is over effectiviteit van antidepressiva bij jongvolwassenen (search 1) en het suïciderisico bij gebruik van antidepressiva bij jongvolwassenen (search 2). De volgende relevante databases zijn gebruikt: SCOPUS, Cochrane library en PsycINFO. De literatuursearch richtte zich op de periode 2007 tot oktober 2017. Alleen reviews en meta-analyses zijn meegenomen.

De eerste search resulteerde in 224 artikelen: 132 SCOPUS, 50 Cochrane library en 42 PsycINFO. Na kritische lezing bleef hiervan geen enkel artikel over.

De tweede search resulteerde in 140 artikelen: 98 SCOPUS, 8 Cochrane library en 34 PsycINFO. Na kritische lezing, bleef hiervan 1 artikel over. Daarnaast werd aan deze lijst met behulp van de sneeuwbal methode 1 artikel toegevoegd.

Op welke wijze dienen professionals de gezinscontext te betrekken bij de behandeling van jongeren/ jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis?

De derde search heeft betrekking op de uitgangsvraag: Op welke wijze dienen professionals de gezinscontext te betrekken bij de behandeling van jongeren/ jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis? Onderzocht is wat op dit moment in de wetenschappelijke literatuur bekend is over de effectiviteit van het betrekken van de gezinscontext bij de behandeling van kinderen, adolescenten en jongvolwassenen met een depressie. De literatuursearch richtte zich op de periode 2007 tot oktober 2017.

Deze search resulteerde in 485 artikelen: 341 SCOPUS, 124 Cochrane library en 20 PsycINFO. Na kritische lezing bleven hiervan 3 artikelen over. Eén van deze drie artikelen is een overzichtsartikel van Young en Fristad (2015); vijf relevante beschreven artikelen uit dit overzichtsartikel zijn meegenomen in de beantwoording van de uitgangsvraag.

### Zoektermen

De gehanteerde zoektermen worden hieronder weergegeven. Een noodzakelijke nadere schifting heeft vervolgens plaatsgevonden op grond van successievelijk: a) het onderwerp of de titel; b) de samenvatting; en - zo nodig - c) de inhoud van het artikel.

De geselecteerde artikelen zijn beoordeeld op hun methodologische kwaliteit volgens de EBRO-methodiek. De evidentie is samengevat in 'evidentietabellen' (zie bijlage C).

In de literatuursearches is gebruik gemaakt van de volgende zoektermen:

**Depressie:** Bipolar Disorder, Major Depression, Anaclitic Depression, Dysthymic Disorder, Endogenous Depression, Reactive Depression, Recurrent Depression, Treatment Resistant Depression, Atypical Depression

**Populatie:** Young adults, adults under 25.

##search 3: KW + Ti + AB: child\*, young\*, adolescen\*, teen\*.

emerging adulthood, emerging adult, adulthood, ages 18-

**Biologische behandeling:** Drug Therapy, Antidepressant Drugs, Serotonin, Norepinephrine Reuptake Inhibitors, Venlafaxine, Tricyclic Antidepressant Drugs, Amitriptyline, Chlorimipramine, Desipramine, Doxepin, Imipramine, Maprotiline, Nortriptyline, Serotonin Reuptake Inhibitors, Chlorimipramine, Citalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Zimeldine, Antidepressant Drugs, Bupropion, Citalopram, Fluvoxamine, Iproniazid, Isocarboxazid, Lithium Carbonate, Methylphenidate, Mianserin, Moclobemide, Molindone, Nefazodone, Nialamide, Nomifensine, Paroxetine, Phenelzine, Pheniprazine, Pipradrol, Serotonin, Norepinephrine, Reuptake Inhibitors, Sertraline, Sulpiride, Tranylcypromine, Trazodone, Tricyclic Antidepressant Drugs, Venlafaxine, Zimeldine, Hypericum Perforatum, TI st. john's wort or KW st. john's wort.

**Gezinscontext:** Parents, Adoptive Parents, Fathers, Foster Parents, Homosexual Parents, Mothers, Single Parents, Stepparents, Surrogate Parents (Humans), Parental Characteristics, Parent Educational Background, Parental Attitudes, Parental Occupation, Parental Permissiveness, Parental Role, Parenting Skills, Parenting Style, Parental Expectations, Parenting Style, Parental Permissiveness, Childrearing Practices, Child Discipline, Weaning, Father Child Relations, Mother Child Relations, Parent Child Relations, Children of Alcoholics, Parent Child Communication, Dysfunctional Family, Parental Investment, Parental Involvement, Family Therapy, Conjoint Therapy, Family Intervention, Family Life Education, Parent Training, Family Socioeconomic Level, Family Systems Theory, Parental Absence, Father Absence, Mother Absence, Family Structure, Family relations.

### C. Evidentie tabellen

#### Effectiviteit van het betrekken van de gezinscontext in de behandeling van kinderen, adolescenten en jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis

Bibliografische referentie	Mate van bewijs	Studie type	Onderzochte populatie	N (aantal kinderen en ouders of studies)	Follow-up indien van toepassing	Uitkomstmaat en onderzochte blootstellingfactor	Resultaten	Opmerkingen
Lima et al., 2010	A2	Review	Ouders en kinderen	8 studies	2 studies v.d. 8 zijn longitudinaal	Associaties tussen ouder-kind relaties en psychiatrische symptomen tijdens volwassenheid	de mate van gehechtheid tussen ouder en kind kan dienen als een beschermende- of risicofactor voor de ontwikkeling van psychiatrische symptomen.	
Schwartz et al., 2012	A2	Prospectief cohortonderzoek	Adolescenten	194 adolescenten	Longitudinaal Baseline meting en t2 na 31 maanden	In hoeverre gedrag van ouders tijdens familieinteracties de verandering in depressie en angst symptomen in de adolescentie kan voorspellen	Meer agressie bij ouders blijkt een voorspellende factor voor meer symptomen van depressie en angst bij adolescenten twee jaar later, terwijl meer positief gedrag van ouders juist een afname van depressiesymptomen voorspelt.	



						Uitkomstmaat: ces- d (depressie) en BAI (angst)		
Diamond et al., 2010	A2	RCT	Adolescenten in de leeftijd van 12 tot 18 jaar.	66 adolescenten met verhoogd suïciderisico	Baseline, 6,12, en 24 weken	<p>Blootstelling:</p> <p>De patiënten zijn willekeurig toegewezen aan de ABFT (Attachment Based Family Therapy) of Usual care groep.</p> <p>Uitkomst:</p> <p>Het verschil in zelfgerapporteerde suïcidegedachten tussen baseline en follow-up metingen</p>	<p>Patiënten in de ABFT groep tonen een significante vermindering in suïcidegedachten na de behandeling. Deze voordelen blijven behouden bij de follow-up, met grote effect groottes (ES = 0,97).</p> <p>Significant meer patiënten in de ABFT groep voldeed aan de criteria voor klinische herstel wat betreft suïcidegedachten (87%; 95% betrouwbaarheids interval [BI] = 74,6-99,6) dan patiënten in usual care groep (51,7%; 95% BI = 32,4-54,32). Dit voordeel is ook bij de follow-up (ABFT, 70%; 95% BI = 52,6-87,4; EUC 34,6%; 95% BI = 15,6-54,2; odds ratio = 4,41).</p>	
Goodyer et al., 2007	A2	RCT	Adolescenten in de leeftijd van 11-17 jaar	208 adolescenten met matig of	Baseline, 12 en 28 weken	<p>Blootstelling:</p> <p>De patiënten zijn toegewezen aan de SSRI en routine care</p>	Beide groepen lieten een significante afname zien van depressieve symptomen en suïciderisico, en een	

				ernstige depressie		groep of SSRI, routine care en cognitieve gedragstherapie  Uitkomst:  Het verschil in de uitkomst op de Health of the Nation outcome scale en depressielijsten tussen baseline en follow-up metingen	verbetering van algemeen functioneren. Cognitieve gedragstherapie met betrokkenheid van ouders was echter niet significant beter dan alleen het gebruik van SSRI.	
Luby et al., 2012	B	Pilot RCT	3-7 jarigen	29 met depressie (19 PCIT-ED en 10 psychoeducatie PCIT)	Baseline en follow-up	Blootstelling:  De patiënten zijn willekeurig toegewezen aan de ouder-kind interactie met emotionele ontwikkeling therapie (Parent Child Interaction Therapy-Emotion and Development, PCIT-ED) of een groepsbehandeling	Beide groepen tonen significante vermindering in depressie symptomen.	Vanwege aantallen een B ipv A2

						<p>enkel gericht op ouders (PCIT)</p> <p>Uitkomst:</p> <p>Het verschil in oudergerapporteerde depressiesymptomen tussen baseline en follow-up metingen</p>		
Trowell et al., 2007	C	RCT	9-15 jarigen	72 patiënten met een depressie	Baseline, end of treatment en 6 maanden	<p>Blootstelling:</p> <p>De patiënten zijn willekeurig toegewezen aan de FIPP (individual psychodynamic Psychotherapy) of SIFT (family therapy) groep.</p> <p>Uitkomstmaat: gestructureerde interviews en vragenlijsten gericht op depressie</p>	<p>Bij de nameting bleek dat SIFT effectiever was in het verminderen van depressieve symptomen dan FIPP, maar na de follow-up van 6 maanden was dit verschil tussen de groepen niet meer significant; desondanks zijn bij beide therapievormen de positieve effecten ook na 6 maanden nog steeds aanwezig.</p>	<p>Door het ontbreken van een echte controlegroep in de vorm van ofwel geen echte behandeling ofwel een bewezen effectieve behandeling is het lastig om de resultaten te vergelijken met andere vormen van psychotherapie</p>

								ie (mate van bewijs C).
Fristad et al., 2009	A2	RCT	8 tot 12 jaar	156 met een depressie (78 in de behandelgroep en 87 in WLC groep)	Baseline, 6,12, en 18 maanden	<p>Blootstelling:</p> <p>De patiënten zijn willekeurig toegewezen aan de interventie + treatment aanvullend op treatment as usual groep) of aan de wait list control + treatment as usual groep (WLC).</p> <p>Uitkomst:mood severity index</p>	De interventie groep heeft lagere MSI scores bij de follow-up (ofwel mindere depressie symptomen).	

## Effectiviteit van antidepressiva bij jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis

Bibliografische referentie	Mate van bewijs	Studie type	Onderzochte populatie	N (aantal kinderen en ouders of studies)	Follow-up indien van toepassing	Uitkomstmaat en onderzochte blootstellingfactor	Resultaten	Opmerkingen
Qin et al., 2014	A2	Meta-analyse	7-25 jaar	422 patiënten met een matige of ernstige depressie	nvt	<p>Blootstelling:</p> <p>De patiënten zijn willekeurig toegewezen aan de SSRI- of TCA groep.</p> <p>Uitkomst:</p> <p>Het verschil in depressieve score tussen baseline en afloop behandeling (8-12 weken behandeling)</p>	<p>SSRI is effectiever in het verminderen van depressieve symptomen in vergelijking met TCA (SMD = -0,52; 95% BI, -0,81 tot -0,24; <math>p = 0,0003</math>; RR = 1,55; 95% BI, 1,04 tot 2,29; <math>p = 0,03</math>). Er zijn subgroepanalyses uitgevoerd om na te gaan of de effectiviteit in het verminderen van depressieve symptomen afhangt van het type SSRI (fluoxetine of paroxetine). De resultaten tonen dat fluoxetine effectiever is dan paroxetine (SMD = -0,82; 95% BI, -1,34 tot -0,29; <math>p = 0,003</math>).</p>	<p>Er zijn 5 studies geïncludeerd, waarvan 1 studie zich richt op jongvolwassenen.</p> <p>Geen placebogroep</p> <p>Meerdere studies van niveau B</p>

### Suïciderisico bij gebruik van antidepressiva door jongvolwassenen met een depressieve-stemmingsstoornis

Bibliografische referentie	Mate van bewijs	Studie type	Onderzochte populatie	N (aantal kinderen en ouders of studies)	Follow-up indien van toepassing	Uitkomstmaat en onderzochte blootstellingfactor	Resultaten	Opmerkingen
Stone et al., 2014	A1	Meta-analyse met dubbel blind gerandomiseerde placebo gecontroleerde trials	18 tot 25 jaar	4780 (medicatie) 2621 (placebo) patiënten met een psychiatrische indicatie	nvt	<p>Blootstelling:</p> <p>De patiënten zijn willekeurig toegewezen aan o.a. de antidepressiva groep (bijv SSRI, SNRI en TCA) of placebo groep (gerandomiseerd)</p> <p>Uitkomst:</p> <p>Suïcidaliteit is gedefinieerd als suïcidegedrag (voorbereidende plannen en al dan niet geslaagde</p>	<p>bij de groep 18 tot 25 jaar is er een significant verhoogd risico is op suïcidegedrag in de antidepressivagroep (bij 18-24 jaar suïcidegedrag en -gedachten: odds ratio = 1,62; 95% BI = 0,97–2,71; suïcidegedrag alleen: odds ratio = 2,30; 95% BI = 1,04–5,09)</p> <p>Als een uitsplitsing wordt gemaakt naar de groep patiënten met een depressieve stoornis, dan zijn er geen significante verschillen in suïcidaliteit tussen de placebo- en antidepressivagroep in de leeftijdsgroep 18 tot 25 jaar (suïcidegedrag en -gedachten: odds ratio = 1,46; 95% CI = 0,70–3,07, <math>p = 0,31</math>; en</p>	Alleen de leeftijdsgroep 18-25 jaar is beschreven in deze tabel, artikel bevat ook trials met oudere volwassenen.

						pogingen) en suïcidegedachten.	suïcidegedrag alleen: odds ratio = 1,36; 95% CI = 0,47– 3,96 $p = 0,40$ )	
Beasley et al., 2007	B	Meta- analyse met dubbel blind placebo gecontrolee rde trials	18 tot 25 jaar	Patiënten met een depressie, 125 fluoxetine en 76 placebo.		Blootstelling  De patiënten zijn willekeurig toegewezen aan de Fluoxetine of placebogroep.  Uitkomst:  Suïcidaliteit (gedachten en gedrag)	MIHD voor suïcidaliteit is -0.11 en de MHRR laat zien dat het risico voor placebo 1.52 is ten opzichte van fluoxetine. Deze uitkomst is niet significant tussen behandelgroepen.	Alleen de leeftijdsgroep 18 tot 25 jaar is beschreven in deze tabel, artikel bevat ook trials met oudere volwassenen