



Visietekst transitie

Samen op weg naar volwassenheid

Psychologen VDKA

Oktober 2019

Inhoudsopgave

I. Inleiding	3
II. Definitie	5
III. Drie pijlers	7
1. Jongere tot partner in de zorg maken.....	7
2. Transitithema's bespreekbaar maken.....	9
3. Realiseren van soepele en veilige overdracht van zorg in de overstap	10
IV. Referenties	12

I. Inleiding

Elke overstap brengt veranderingen en onzekerheid met zich mee en vraagt aanpassingen. Dit geldt ook voor jongeren met diabetes die stilaan (jong)volwassen worden. Ze hebben langdurende zorgbehoeften. Daarbij komt de overstap van kinder- naar volwassen geneeskunde en diabetes management van gezin/omgeving naar individu.

Het is belangrijk dat jongeren geprikkeld worden om zelfstandiger te worden in de zorg. Dit betekent dat de autonomie, zelfredzaamheid en eigen regie van de jongere wordt versterkt en dat de jongere ruimte gegeven wordt om gevoelige onderwerpen te bespreken, al dan niet in de aanwezigheid van de ouders. Ouders moeten oefenen met loslaten of beter gezegd 'de jongere anders leren vasthouden' en dit moet met zorg en stap voor stap gebeuren. Ouders mogen in dit transitieproces dus niet vergeten worden, laat staan buiten spel gezet worden. Ze worden actief betrokken bij het transitieproces en krijgen begeleiding bij de geleidelijke overdracht van regie en verantwoordelijkheid naar hun kind en blijven ook na de transfer naar de volwassenzorg betrokken, al verandert hun positie en rol.

Uit diverse internationale studies blijkt dat de transitie niet altijd goed verloopt. Kwalitatief onderzoek naar transitie (Fegran et al., 2014) duidt op de ervaring van een verlies van de relatie met het kinderteam gecombineerd met een gevoel van onveiligheid en onvoorbereid zijn naar de toekomst. In het begin van de ontluikende volwassenheid, welke samen gaat met de transitie van pediatrie naar volwassenzorg, blijkt de glycemiecontrole in sterke mate af te nemen (Bryden et al., 2001). Optimale glycemiecontrole in deze periode van het leven reduceert lange termijn complicaties (Blonde, 2012). Vlotte transitiezorg is nodig om de glycemiecontrole van jong volwassenen te optimaliseren en op die manier toekomstige complicaties te voorkomen. Reviews, die de impact van transitiezorg op gezondheidsuitkomsten en gezondheidsgedrag nagaan, duiden op meer afwezigheid op ambulante afspraken na overstap naar volwassenzorg. Er is hierbij een vermoedelijke evidentie van een positieve impact van gestructureerde transitieprogramma's (Sheehan, While & Coyne, 2015). Gestructureerde transitieprogramma's vertonen een verbetering van het HbA1c één jaar na de transitie in vergelijking met pre-transitie waarden (Holmes-Walker, Llewellyn & Farrell, 2007; Vanelli et al., 2004) en zijn geassocieerd met betere glycemiecontrole, kleinere "gaten" in de zorg, betere ervaren diabetescontrole, verbetering in self-efficacy (zelfeffectiviteit, ook te begrijpen als vertrouwen in het eigen kunnen) en zelfzorg, alsook minder lange termijn complicaties (Cadario et al., 2009, Gerber et al., 2007, Huang et al., 2014; Markowitz & Laffel, 2012, Van Wallegghem et al., 2008). Ten slotte wijzen studies ook op het grote belang van verbondenheid. Jongvolwassenen die een goede en sterke relatie hebben met hun pediatrisch team voelen zich meer voorbereid op de transitie, zijn meer tevreden over hun transitie en rapporteren zelden een "gat" in de zorg (M.K. Finley et al, 2015). De ISPAD richtlijnen (ISPAD guidelines, 2018) waarschuwen ook voor toename van hospitalisaties na de transitie in geval van onvoldoende goede transitiezorg.

Met een goede transitiezorg kunnen m.a.w. een aantal problemen worden voorkomen:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - een <u>aanzienlijk aantal jongeren verdwijnt</u> voor kortere of langere tijd uit beeld van de specialistische diabeteszorg (drop-outs, fragmentatie of ook wel ‘gaten’ in de zorg) - <u>onvoldoende zelfstandigheid en zelfredzaamheid</u> - het <u>achterblijven</u> bij het bereiken van <u>sociaal emotionele mijlpalen, gevoel van geen controle te hebben over de diabetes, gebrekkige self-efficacy, gebrekkige therapietrouw</u> (met toename van posttransitie hospitalisaties, lange termijn complicaties en soms overlijden tot gevolg) |
|--|

Verder zijn de verschillen tussen kindzorg en volwassenzorg groot. Het is belangrijk dat jongeren en ouders hierover op voorhand geïnformeerd worden. Daarnaast dient een gemeenschappelijke visie te worden ontwikkeld op behandeling en werkwijzen in patiëntenzorg voor jongeren in pediatrie en in volwassenzorg. Bovendien is het doel om verschillen zo veel mogelijk te verkleinen. Dit neemt niet weg dat er ook punten van overeenkomst zijn tussen pediatrie en volwassenzorg zoals de multidisciplinaire werking.

Kinderzorg	Volwassenzorg
Systeem of gezinsgericht	Individueel gericht
Aandacht voor ontwikkeling, sociaal functioneren en cognitieve ontwikkeling (school)	Nadruk op behandeling, complicaties, therapietrouw en eigen verantwoordelijkheid (Jongeren/jongvolwassenen moeten zelfstandig zijn, los van hun cognitief, sociaal emotioneel niveau: ze moeten zelf vragen stellen, doelen stellen)
Sociaal georiënteerd	Ziekte georiënteerd
Informeel, ontspannen	Formeel en direct (nadruk op behandeling, complicaties, therapietrouw)
Hoog frequente contacten	Laag frequente contacten

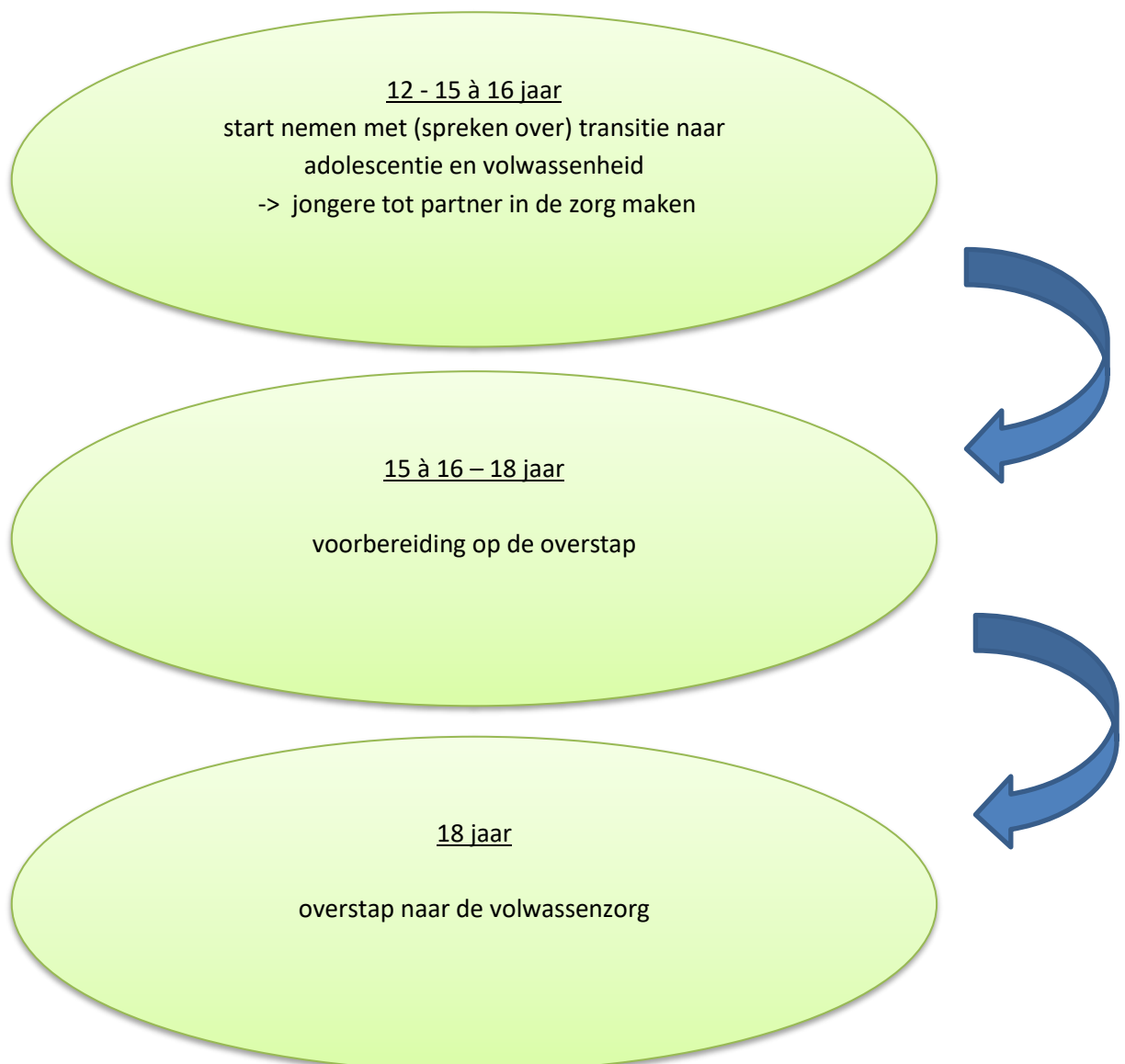
Bovenstaande maakt duidelijk waarom speciale aandacht voor deze transitiefase nodig is en waarom we deze tekst schreven. We noemen deze tekst geen ‘richtlijn’ of ‘protocol’ maar wel een visietekst omtrent omgaan met transitie. We willen zeker niet bepalen wat ‘moet’ of teams in een keurslijf zetten. Wel willen we een aantal aandachtspunten in de verf zetten rond transitie waarbij elk team kan implementeren wat bij zijn werking past.

II. Definitie

Definitie transitie in zorg: *“een doelbewust, gepland proces waarin aandacht wordt besteed aan medische, psychosociale en opleidings- en ontwikkelingsbehoeften van adolescenten en jongvolwassenen met chronische ziekte en lichamelijke beperkingen bij de overstap van kinderzorg naar volwassenzorg, zodat er sprake is van allesomvattende, goed gecoördineerde en continue zorgverlening op het juiste moment in de ontwikkelingsfase” (Blum et al. 1993).*

Transitie is dus geen momentopname, maar veronderstelt een geleidelijk proces, een traject. De overstap zelf maakt wel deel uit van het proces maar vormt slechts een gedeelte van het hele transitiegebeuren. M.a.w. het proces vraagt meerdere jaren tijd en niet slechts het jaar van de overstap naar de volwassenzorg.

Het begrip transitie is dus heel ruim te interpreteren. Artificieel gezien zou je kunnen spreken over 3 subfasen.



Subfase 3, de overstap naar de volwassenzorg vindt doorgaans plaats rond de leeftijd van 18 jaar. Soms zijn er ook uitzonderingen waarbij jongeren eerder de overstap maken (bv op 16 jaar wanneer een familielid opgevolgd wordt in de volwassenzorg) of later (bv op 21 jaar bij cognitieve beperkingen). Sommige jongvolwassenen zijn meer matuur dan andere. De gezinsomstandigheden zijn ook telkens anders. Soms hangt het ook af van de mogelijkheden tot opvolging binnen de volwassenenwerking en van de eigen voorkeuren van de jongere en zijn familie en het gevoel er klaar voor te zijn. Het is dus belangrijk om flexibel om te gaan met deze overstapsleeftijd. Er dient wel over een aantal zaken gewaakt te worden. Optimale glycemiewaarden is een goed uitgangsprincipe, maar geen voorwaarde om de overstap te maken. Soms is een duw naar minder aanklampende zorg ook goed of nodig.

De aandacht voor het hele transitiegebeuren stopt ook best niet bij de overstap maar gaat door tot de leeftijd van 25 jaar. Ook in de volwassenenwerking dient er voldoende aandacht te zijn voor de jongvolwassen groep van 18 – 25 jaar.

Er kan ook gebruik gemaakt worden van een peer buddy die zelf ook diabetes heeft en de transitie al heeft doorgemaakt.

III. Drie pijlers

Transitie in zorg van kinder- naar volwassenzorg bestaat uit drie pijlers:

1) jongere tot partner in zorg maken; 2) transitiethema's bespreekbaar maken; 3) realiseren van soepele en veilige overdracht van zorg in de overstap.

1. Jongere tot partner in de zorg maken

Je kan de jongere tot partner in de zorg maken, door hem/haar (deels) alleen aanwezig te laten zijn in de spreekkamer en de ouder niet altijd mee binnen te laten komen tijdens de consultatie. Het team kan hierover een bepaald kader schetsen (vanaf een bepaalde leeftijd, bijvoorbeeld 12 jaar komt de jongere alleen binnen of het eerste deel van het consult en vertelt de jongere zelf aan het einde aan de ouder wat er is besproken; variëren waarbij de ene keer de ouder mee binnen komt en de andere keer niet of waarbij de verpleegkundige een zelfstandig consult met de jongere voert terwijl jongere en ouders samen naar de arts gaan) of kan dit thema aansnijden met ouder en jongere en bevragen hoe zij dit zien. Jongeren voelen zich immers soms onzeker om alleen bij de arts binnen te gaan of voelen zich loyaal tegenover hun ouders en ouders voelen zich soms buitengesloten, dus is het belangrijk dat hierover gesproken wordt. De jongere (een deel van het consult) alleen in de spreekkamer zien, stimuleert jongeren actief te zijn in en eigen verantwoordelijkheid op te nemen voor hun behandeling. Het volwasserteam zal op dit elan verder gaan, maar zal net moeten zoeken hoe ouders al dan niet toch nog betrokken dienen te worden.

Daarnaast is het belangrijk om de jongere actiever aanwezig te maken in de spreekkamer, door bijvoorbeeld vragen aan de jongere te stellen en niet alleen aan de ouders (m.a.w. te praten met de jongere i.p.v. over de jongere), aandacht te hebben voor wat de jongere zelf aanbrengt, de jongere zelf vragen te laten stellen of een voorbereiding te laten meebrengen, de afspraken te laten maken, verantwoordelijkheid te laten opnemen voor zijn materiaal, zijn wensen en behoeften te bevragen, de jongere zelf te laten nadenken over de oplossing van een probleem ... Hierdoor maak je de jongere partner in de zorg en ben je ook inhoudelijk al over transitie aan het spreken.

1. Jongere (deels) alleen aanwezig in de spreekkamer:

- Jongere komt alleen binnen
- Jongere komt eerste deel van het consult alleen binnen
- Afwisselend jongere alleen en samen met de ouder
- Bij de verpleegkundige alleen, bij de dokter samen

2. Jongere actiever aanwezig maken in de spreekkamer:

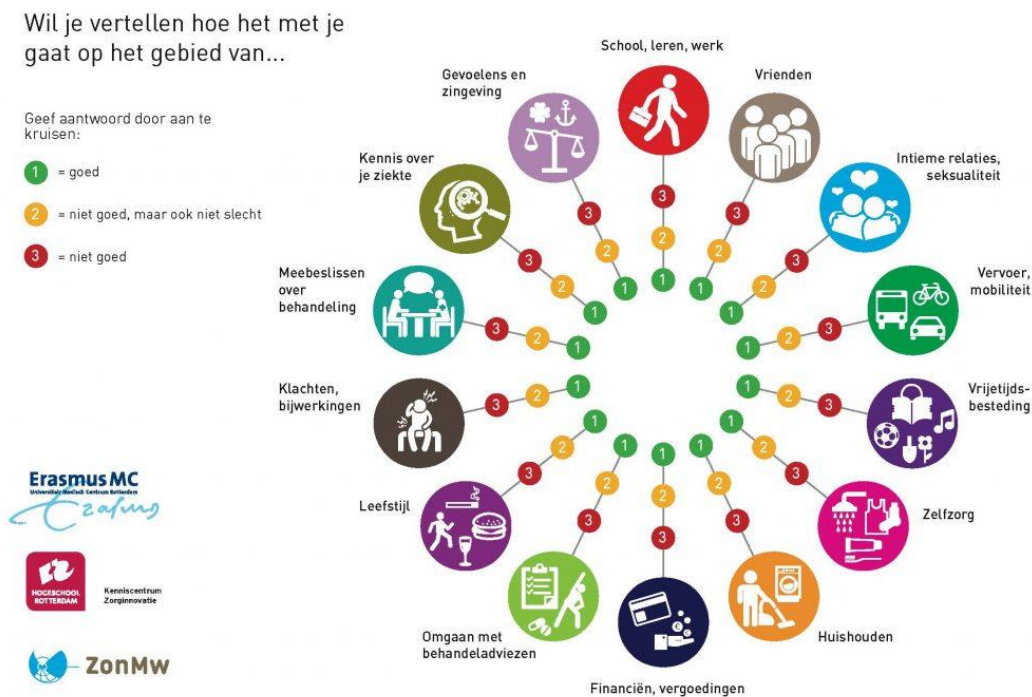
- Vragen aan de jongere stellen
- Jongere zelf vragen laten stellen
- Jongere vragen om een voorbereiding mee te brengen
- Jongere de afspraken laten maken
- Jongere verantwoordelijkheid laten opnemen over zijn materiaal
- Jongere zijn wensen en behoeften bevragen
- Jongere laten nadenken over de oplossing van een probleem

10 tips om jongeren meer te stimuleren tijdens een consult

1. Laat de jongere de agenda mee bepalen i.p.v. je eigen checklist af te werken.
2. Zorg dat onderwerpen die jongeren belangrijk vinden aan bod komen.
3. Richt de communicatie direct op de jongere.
4. Geef jongeren concrete opdrachten ter voorbereiding van het consult.
5. Goed luisteren naar wat de jongere zegt is belangrijker dan zelf veel praten.
6. Communiceer met de jongere via middelen zoals sociale media.
7. Verminder routine afspraken, experimenteer met afspraken op behoefte.
8. Laat jongeren ook alleen, zonder ouders in de spreekkamer komen.
9. Geef verpleegkundige consulten een eigen inhoud zoals psychosociale zorg en educatie.
10. Introduceer groepsconsulten.

2. Transitiethema's bespreekbaar maken

Kaart specifieke thema's aan die met de transitie naar volwassenheid verbonden zijn want deze zijn nu teveel ondergesneeuwd. Iedereen kan dit vanuit zijn discipline doen want transitiezorg is de verantwoordelijkheid van het hele team, niet van één professional. Transitiethema's zijn bijvoorbeeld: 'kennis over diabetes', 'vaardigheden omtrent de diabetesbehandeling', 'oefenen met onafhankelijkheid rond de diabeteszorg', 'adolescententhema's zoals op kot gaan, studeren en werken, economische zelfstandigheid, auto rijden, seksualiteit, relatievorming en contraceptie, alcohol, roken en drugs,' en in het algemeen, kennis over de transitie op zich ofwel de overstap naar de volwassenconventie (wanneer, wie, verschillen tussen kinder- en volwassenzorg, overdracht van informatie). Het is m.a.w. belangrijk niet alleen aandacht te besteden aan medische onderwerpen maar ook aan de psychosociale behoeften van jongeren en hierbij rekening te houden met culturele en religieuze invloeden. Dit is immers even belangrijk voor de kwaliteit van leven dan de diabetes specifieke behandeling.



Er bestaan allerlei instrumenten om transitiethema's bespreekbaar te maken (bv zelfmanagement web; individueel transitieprofiel (ITP) 12-15 jaar en 15-18 jaar). Deze kunnen voor of tijdens de consultatie ingevuld worden en als leidraad gebruikt worden voor gesprek. In team dient bekeken te worden wie deze vragenlijsten laat invullen (bijvoorbeeld de diabeteseducator, de arts). Voorstel is dit minstens op de leeftijd van 12 jaar en 15 à 16 jaar te doen. Deze thema's kunnen dan ook op een MDO besproken worden. Mogelijk wordt er in de toekomst naar een eigen vragenlijst toegewerkt (op basis van ITP en ready steady go).

Ook folders kunnen een hulp zijn om bepaalde (jong)volwassen thema's aan te snijden. Daarnaast staan er in de ISPAD guidelines (2018) handvaten om over deze thema's te spreken.

3. Realiseren van soepele en veilige overdracht van zorg in de overstap

Het is belangrijk aandacht te besteden aan een goede overdracht van zorg in de overstap naar de volwassenenwerking zodat de overstap zo soepel mogelijk kan verlopen. Hieronder overlopen we enkele mogelijkheden om de overstap te ondersteunen.

Geef een folder mee over de volwassenenwerking. Geef informatie over wat hen te wachten staat.

Indien mogelijk (of bij moeilijke gevallen) leert de jongere de nieuwe zorgverleners en hun werkwijze voorafgaand aan de overstap kennen. Een manier om de transitiezorg voor jongeren te organiseren is door middel van een transitiepoli (gezamenlijke consultatie) waar zorgverleners van de kinderkant en van de volwassenenkant de jongere een aantal keren samen zien. In de internationale literatuur wordt de transitiepoli als 'best practice' aanbevolen en is deze (op korte termijn) in de diabeteszorg effectief gebleken (betere HbA1c-waarden, meer zelfmonitoring, minder no-show, minder vaak opgenomen in het ziekenhuis en betere psychosociale uitkomsten). Zo een transitiepoli kan bijvoorbeeld gedurende minimaal één jaar tenminste twee keer plaatsvinden, bijvoorbeeld één keer op locatie van de kinderconventie, één keer op locatie van de volwassenconventie.

Uiteraard zijn er nog heel wat andere vormen mogelijk. Soms kan het bijvoorbeeld helpen al eens kennis te maken met het volwassenteam en na de eerste consultatie bij het volwassenteam nog eens terug te komen naar het kinderteam voor een terugkomconsultatie. De jongere zit dan 'op twee plaatsen'. Het is belangrijk dat de jongere wordt vastgehouden tot hij goed op zijn plaats zit, zeker als de jongere verder zal opgevolgd worden buiten het eigen ziekenhuis. De arts kan daarbij als GPS fungeren om de jongere opnieuw te verwijzen als hij niet goed is geland. De jongere kan ook opgebeld worden ter follow-up om in te schatten of hij/zij bij de nieuwe behandelaars goed is toegekomen. In de transfer wordt ook van de volwassen equipe verwacht dat ze opvolgt wanneer de patiënt niet komt opdagen door deze op te bellen en/of contact op te nemen met het kinderteam.

Soms kan het ook zinvol zijn dat bijvoorbeeld de psycholoog van de kinderconventie de jongere of de ouder nog langer opvolgt, ondanks de overstap naar de volwassen conventie.

Daarnaast kan er ook sprake zijn van een transitie MDO waarbij de jongeren worden besproken voor de overstap en er na de overstap een terugkoppeling en evaluatie is. Dit kan het gevoel geven van een 'warme' overdracht met aandacht voor het individu. Specifieke thema's kunnen aan bod komen met als doel de samenwerking tussen kinder- en volwassenzorg te versterken. Een goede transfer van het globaal medisch dossier en in het beste geval gelinkte databases kan hierbij ook helpen.

Misschien is transitiepoli of terugkomconsultatie niet mogelijk, maar kan er wel een rondleiding gebeuren bij en door het diabetesteam voor volwassenen.

Indien gezamenlijke consultaties of gezamenlijk MDO of al eens gaan kennismaken niet mogelijk zijn, is een goede overdracht van de informatie tussen de 2 teams (1 hulpverlener die meegaat naar de volwassenen consultatie, minimale telefonische overdracht) belangrijk (gesynthetiseerd of per discipline).

Onder meer afhankelijk van de grootte van de patiëntenpopulatie, kan er beslist worden om een transitiecoördinator aan te stellen. De ISPAD richtlijnen (ISPAD guidelines, 2018) beschrijven dit ook als een zorgambassadeur of een patiënt navigator die het transitieproces ondersteunt. Een

aanspreekpunt creëren aan beide zijden van de transitie is hierbij nodig. Het uitwerken van een gezamenlijk beleid kan zinvol zijn, zoals de verschillen tussen kinder- en volwassenzorg inzichtelijk maken en waar mogelijk deze verschillen verkleinen, een eenduidig beleid afspreken, gezamenlijke thema's bepalen, protocollen op elkaar afstemmen. Dit versterkt het vertrouwen van jongeren en ouders en de samenwerking. De transitiecoördinator is een centraal aanspreekpunt voor jongeren, ouders en zorgverleners, biedt inhoudelijke ondersteuning en zorgt voor een soepel verloop van het proces.

Uiteraard is dit makkelijker te realiseren wanneer jongeren overgaan naar de volwassen conventie in hetzelfde ziekenhuis dan wanneer er een transfer is naar een ander ziekenhuis.

Verder is het ook belangrijk zelf aandacht te besteden aan de afronding in het kinderteam (bv aan de hand van een kaartje).

Tenslotte bevelen de ISPAD richtlijnen (ISPAD guidelines, 2018) ook aan dat jongvolwassenen met diabetes minstens om de 3 maanden opgevolgd worden. Dit vraagt mogelijks aanpassingen van de volwassenen teams.

Overdracht van zorg in de overstap:

- Folder meegeven van de volwassen conventie
- Transitiepoli: gezamenlijke consultatie, 1x op locatie van de kinderwerking, 1 x op locatie van de volwassenzorg
- 1 consultatie volwassenzorg + terugkomconsultatie kinderwerking
- Telefonisch contact ter follow up, arts als GPS
- Na overstap toch nog verdere psychologische opvolging kinderteam
- Rondleiding door volwassen team
- Transitie MDO
- 1 hulpverlener kinderteam die eens meegaat naar de volwassen consultatie
- Telefonische overdracht
- Transitiecoördinator
- Positieve afronding kinderdiabetesteam (bv. afscheidkaartje)
- Aanpassing van frequentie opvolging jongvolwassenen door volwassenen teams
- Opvolgen welke jongvolwassenen aan de follow up ontsnappen

IV. Referenties

Aldiss, S., Ellis, J. Cass, H., Pettigrew, T., Rose, L., Gibson F. (2015). Transition From Child to Adult Care- It's not a Onn- off Event: Development of benchmarks to Improve the Experience. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 638-647.

Blonde, L. (2012). Benefits and risks for intensive glycemic control in patients with diabetes mellitus. *The American Journal of the Medical Sciences*, 343, 17-20.

Blum, R. W., Garell, D., Hodgman, C. H., Jorissen, T. W., Okinow, N. A., Orr, D. P., & Slap, G. B. (1993). Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 14(7), 570-576.

Bronner, M., Peeters, M., Sattoe, J., Van Staa, A. (2017). Factsheet ervaringen met transitiezorg bij jongeren met diabetes mellitus type 1, (Op Eigen benen vooruit).

Bronner, M., Peeters, M., Sattoe, J., Van Staa, A. (2017). Tien punten programma betere transitie in zorg (van kindzorg naar volwassenzorg voor jongeren met een chronische aandoening) (Op Eigen benen vooruit).

Bronner, M., Peeters, M., Sattoe, J., Van Staa, A. (2017). Het zelfmanagement web 'jongeren aan zet in de spreekkamer' (interventies gericht op zelfmanagement en zelfredzaamheid van jongeren) (Op Eigen benen vooruit).

Bronner, M., Peeters, M., Sattoe, J., Van Staa, A. (2017). Individueel transitieplan voor jongeren (Op Eigen benen vooruit).

Bryden, K. S., Peveler, R.C., Stein, A., Neil, A., Mayou, R.A. & Dunger, D. B. (2001). Clinical and psychological course of diabetes from adolescence to young adulthood: A longitudinal cohort study. *Diabetes Care*, 24, 1536-1540.

Cadario, F., Prodam, F., Bellone, S., Trada, M. Binotti, M. et al. (2009). Transition process of patients with type 1 diabetes (T1DM) from paediatric to the adult health care service: A hospital- based approach. *Clinical Endocrinology*, 71, 346-350.

Cameron, F., Garvey, K., Hood, K., Acerini, C., Codner, E. (2018). Ispad clinical practice consensus guidelines 2018: diabetes in adolescence. *Pediatric diabetes*, 19, 250-261.

Fegran, L., hall E., Uhrenfeldt, L., Aagaard, H., & Ludvigsen, M. (2014). Adolescents and young adults transition experiences when transferring from paediatric to adult care: A qualitative metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 123-135.

Findley, M.K., Cha E., Wong, E., Faulkner M.S. (2015). A systematic Review of Transitional Care for Emerging Adults with Diabetes. *Journal of pediatric Nursing*, 30, e 47-e62.

Gerber, B.S., Solomon, M.C., Shaffer, T.L., Quinn, M.T. & Lipton, R.B.. (2007). Evaluation of an Internet diabetes self-management training program for adolescents and young adults. *Diabetes technology & Therapeutics*, 9, 60-67.

Goubeek, Anne-Marije. (2018). *Bijeenkomst VDKA psychologen: Transitie in praktijk*.

Holmes-Walker, D.J. , Llewellyn, A.C. & Farrell, K. (2007). A transition care programme which improves diabetes control and reduces hospital admission rates in young adults with type 1 diabetes aged 15-25 years. *Diabetes Medicine*, 24, 764-769.

Huang, J.S., Terrones, L., Tompane, T., Dillon, L., Pian, M., Gottschalk, M. et al. (2014). Preparing adolescents with chronic disease for transition to adult care: A technology program. *Pediatrics*, 133, e 1639-e1646.

Markowitz, J.T., & Laffel, L.M. (2012). Transition in care: support group for young adults with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 29, 522-525.

Nagra, Arvind. , Pacne, MC., Wigle, M., Saewyc, E., Mcdonagh, J. (1998 en 2006). (NHS) Transition: moving into adult care: Information for young people and families. Ready steady go programme.

Nice guideline (2016): Transition from children's to adult's services for young people using health or social care services.

Sheehan A. M. , While, A.E. & Coyne I. (2015). The experiences and impact of transition from child to adult health care services for young people with type 1 diabetes: A Systematic review. *Diabetic Medicine*, 32, 440-458.

Strating M., Cramm, J., Sonneveld, H., Van Staa, A., Roebroek, M., Nieboer, A. (2012). *Betere transitiezorg voor jongeren met chronische aandoeningen: Evaluatieonderzoek van het actieprogramma 'Op eigen benen vooruit'*.

Van Staa, A., Kuiper, M., Jedeloo, S., Latour, J. (2007). Participatie van jongeren in de spreekkamer: hoe kunnen kinderverpleegkundigen jongeren met chronische aandoeningen activeren?

Van Wallegghem, N. Macdonald, C.A., & Dean, H.J. (2012). Transition of care for young adults with type 1 and 2 diabetes. *Pediatric Annals*, 41, e16-e20.

Vanelli, M., Caronna, S., Adinolfi, B., Chiari, G., Gugliotta, M., & Arsenio, L. (2004). Effectiveness of an uninterrupted procedure to transfer adolescents with type 1 diabetes from the paediatric to the adult clinic held in the same hospital: Eight- year experience with the Parma protocol. *Diabetes, Nutrition & Metabolism*, 17, 304-308.

