

Transitiezorg voor jongeren met diabetes mellitus type 1

Resultaten van een quick scan onder zorgverleners

Dr. Madelon Bronner
Dr. Jane Sattoe
Mariëlle Peeters MSc
Dr. AnneLoes van Staa

September 2017

Correspondentie:

Hogeschool Rotterdam
Kenniscentrum Zorginnovatie
T.a.v. Dr. AnneLoes van Staa
Postbus 25035
3001 HA Rotterdam
E. a.van.staa@hr.nl
T. 010-7946682



Kenniscentrum
Zorginnovatie



Diabetes
Fonds

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van de quick scan ‘Transitiezorg bij Diabetes Mellitus type 1 – zorgverleners’. Zorgverleners uit de Nederlandse diabeteszorg voor jongeren en jongvolwassenen zijn met een internetenquête bevestigd over de wijze waarop zij transitiezorg verlenen en hun ervaringen daarmee. Deze quick scan is onderdeel van het project ‘Betere Transitie bij Diabetes’ en brengt de huidige stand van zaken m.b.t. transitiezorg voor jongeren en jongvolwassenen met diabetes mellitus type 1 (DM1) in Nederland in kaart. Het project betreft een onderzoeks- en verbeterprogramma in de Nederlandse diabeteszorg met als doel dat evidence-based werkwijzen in de transitiezorg zoveel mogelijk geïmplementeerd worden en jongeren met DM1 optimale ondersteuning krijgen in de transitiefase van kindertijd naar volwassenheid en van kindertijd naar de volwassenenzorg.

Zeventien diabetesteam participeren binnen het onderzoeks- en verbeterprogramma, evenals een panel van jongvolwassenen met diabetes. Het projectteam bestaat uit onderzoekers en adviseurs die de verbeterteams begeleiden. Senior onderzoekers *Jane Sattoe* en *Madelon Bronner* (vanaf april 2017), onderzoekers *Mariëlle Peeters*, *Evelien de Kruif-Hoek*, *Maartje van der Slikke* en onderzoeksassistenten *Houda Alla*, *Saskia Hartog* en *Valérie Wester* (Kenniscentrum Zorginnovatie) werken aan het onderzoek. Lector *AnneLoes van Staa* (Kenniscentrum Zorginnovatie) is programmaleider en is samen met senioradviseur *Jeroen Havers* (Vilans) verantwoordelijk voor de begeleiding van de teams in het verbeterprogramma. Ervaringsdeskundige *Wietske Wits* (Sweet Connection) leidt het jongerenpanel. Een onafhankelijke stuurgroep adviseert bij het project, bestaande uit *Maartje de Wit* (postdoc onderzoeker, VUmc), *Paul Voorhoeve* (kinderarts, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde), *Mirja de Lange* (verpleegkundig specialist diabetes beroepsvereniging, EADV), en ervaringsdeskundigen *Marjolein Hendriks* (Diabetesvereniging Nederland) en *Jasper Iking* (Stichting ééndiabetes).

Het project wordt uitgevoerd door Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam en is gefinancierd door het Diabetesfonds en Fonds NutsOhra (looptijd: 2016-2018). Meer informatie is te vinden op: www.opeigenbenen.nu en <https://www.hr.nl/dm1>

Dr. Madelon Bronner, projectleider onderzoek

Dr. Jane Sattoe, voormalig projectleider onderzoek

Mariëlle Peeters MSc., projectmedewerker onderzoek

Dr. AnneLoes van Staa, programmaleider

Rotterdam, september 2017

Inhoudsopgave

1	Probleem- en vraagstelling.....	4
2	Methode.....	5
2.1	Deelnemers en proces	5
2.2	Vragenlijst	6
2.2.1	Achtergrondinformatie	6
2.2.2	Organisatie van transitiezorg en interventies die worden ingezet.....	6
2.2.3	Proces van transitie.....	7
2.2.4	Niet-medische onderwerpen tijdens consulten	7
2.2.5	Ervaren knelpunten.....	7
2.2.6	Het teamklimaat	8
2.2.6	Stellingen over transitie(zorg).....	8
2.3	Analyses	8
3	Resultaten.....	9
3.1	Respons en achtergrondinformatie	9
3.2	Organisatie van transitiezorg en interventies die worden ingezet.....	10
3.2.1	Overdracht en afstemming	10
3.2.2	Elementen van transitiezorg en inzet van interventies	11
3.3	Proces van transitie.....	12
3.4	Niet-medische onderwerpen tijdens consulten	13
3.5	Ervaren knelpunten.....	14
3.6	Het teamklimaat	15
3.7	Stellingen over transitie(zorg).....	15
4	Conclusie en aanbevelingen.....	17
5	Referenties	18
	Bijlage I Overzicht instellingen of samenwerkingsverbanden respondenten	19

1 Probleem- en vraagstelling

In Nederland groeit bijna 11% van de jongeren onder de 25 jaar op met een chronische aandoening [1]. Na astma is diabetes mellitus type 1 (DM1) de meest voorkomende chronische aandoening in deze groep [2, 3]. Geschat wordt dat er ongeveer 10.000-12.000 jongeren onder de 25 jaar leven met DM1 [2, 4]. Opgroeien met een chronische aandoening is niet altijd gemakkelijk. De adolescentie is een periode van losmaken en experimenteren; ontwikkelingsopgaven die zich niet goed verhouden met diabetes. Hoewel er jongeren met diabetes zijn bij wie het goed gaat, is de diabetesregulatie in deze levensfase in het algemeen slecht [5]. Extra aandacht is noodzakelijk, want jongeren die opgroeien met een chronische aandoening hebben te maken met een extra uitdaging in het volwassen worden, namelijk het oppakken van zelfmanagement. Zij moeten de balans vinden en houden tussen enerzijds de normale ontwikkelingstaken die horen bij de adolescentiefase en anderzijds de (medische) eisen die hun conditie stelt [6]. En juist in die fase moeten jongeren de vertrouwde zorgverleners verlaten om de overstap te maken naar de interne geneeskunde. Dat gaat niet altijd goed. De transitie naar de volwassenenzorg en volwassenheid kan gepaard gaan met verslechtering van HbA1c-waarden, slechtere follow-up (uitval uit zorg) en toename van risicogedrag [7]. Vooral follow-up is een dringend probleem waarnaar nog weinig onderzoek is gedaan, terwijl er hoge uitvalpercentages worden gerapporteerd [8]. Gevolgen van uitval kunnen zijn: grotere kans op acute ontregeling en gevaar voor het ontstaan van chronische complicaties. Dat jongeren ondersteuning kunnen gebruiken bij hun transitie naar de volwassenenzorg en volwassenheid, is geen nieuw gegeven [9, 10]. Dit geldt ook voor jongeren met diabetes [11, 12].

Er is de laatste jaren veel kennis beschikbaar gekomen over wat de risico's zijn van een slecht georganiseerde transitie in zorg bij DM1 en over de principes van goede transitiezorg. De praktijk blijft echter achter. De NDF Zorgstandaard beschrijft de norm voor goede diabeteszorg, waarbij aandacht wordt besteed aan wat jongeren doormaken als ze overstappen van de kinder- naar volwassenenzorg [13]. Er wordt benadrukt dat speciale aandacht voor deze transitiefase nodig is en dat er structurele afstemming moet plaatsvinden tussen kinder- en volwassenenzorg, eventueel inclusief gezamenlijke behandeling. Toch is het onduidelijk hoeveel diabeteszorgteams in Nederland daadwerkelijk structurele afstemming en samenwerking tussen de kinder- en volwassenenzorg hebben georganiseerd. Ook is onbekend welke andere interventies worden ingezet in de transitiezorg voor jongeren met DM1.

Dit alles vormde de aanleiding voor deze quick scan onder zorgverleners in de Nederlandse diabeteszorg. De volgende vraag stond hierbij centraal: *Hoe is de transitiezorg voor jongeren en jongvolwassenen met diabetes mellitus type 1 in Nederland georganiseerd?*

2 Methode

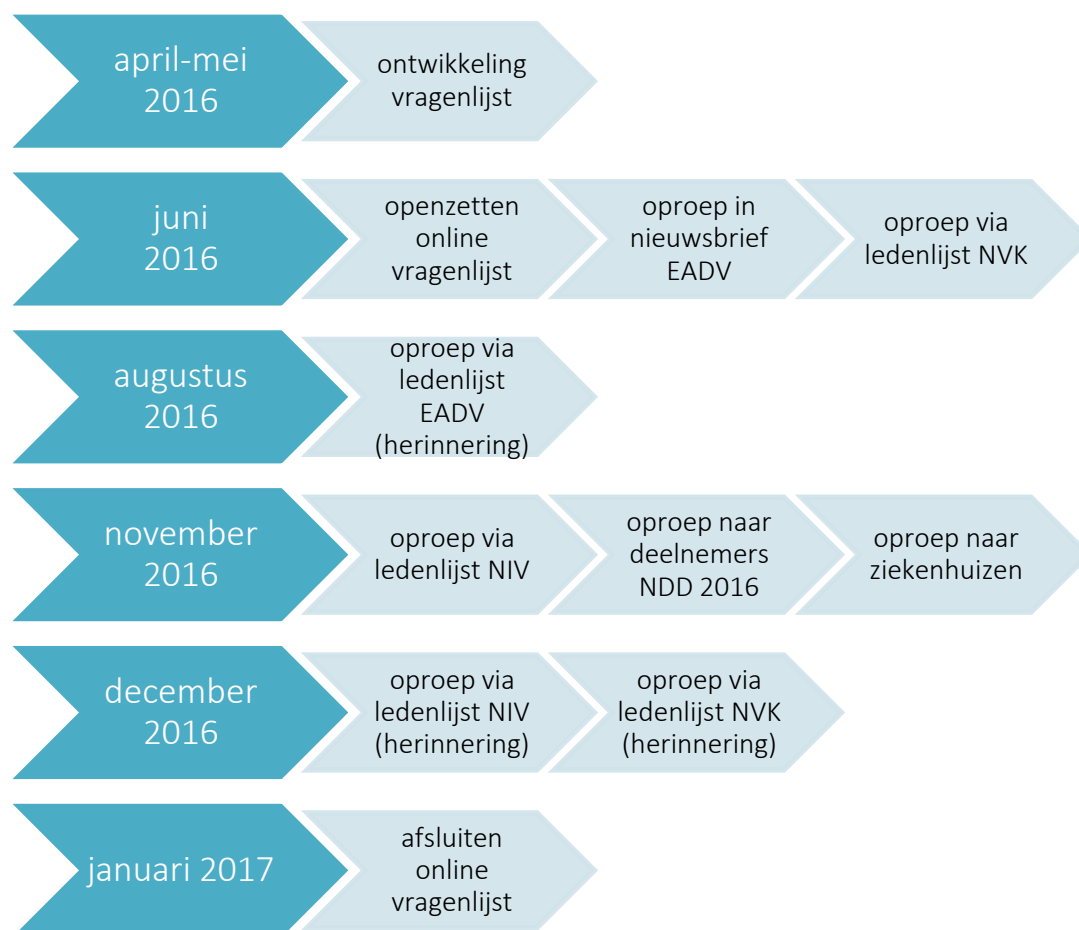
Om inzicht te verkrijgen in de stand van zaken van de huidige transitiezorg voor jongeren met DM1 is een online vragenlijst verspreid onder professionals die werkzaam zijn in de zorg voor deze groep. In de volgende paragrafen wordt dit verder toegelicht.

2.1 Deelnemers en proces

De online vragenlijst was bedoeld voor alle zorgverleners werkzaam in de Nederlandse diabeteszorg voor jongeren van 12-25 jaar. Hieronder vallen kinderartsen, internisten en verpleegkundigen, maar ook paramedici. Om zo veel mogelijk potentiële respondenten te kunnen bereiken, is via verschillende kanalen een digitale oproep om de vragenlijst in te vullen, verspreid. Namelijk, via:

1. De beroepsorganisatie voor diabeteszorgverleners (EADV);
2. de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK);
3. de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV);
4. de deelnemerslijst van de Nationale Diabetes Dag (NDD) 2016; en
5. de participerende diabetesafdelingen in het project “Betere Transitie bij Diabetes”

Het proces van het vragenlijstonderzoek is hieronder schematisch weergegeven.



2.2 Vragenlijst

In de vragenlijst kwamen verschillende thema's aan bod. Allereerst werden respondenten gevraagd naar achtergrondinformatie. Vervolgens werd ingegaan op de organisatie van transitiezorg, het proces van transitie, interventies die worden ingezet, niet-medische onderwerpen in de zorg, ervaren knelpunten en het teamklimaat. Tot slot werd aan respondenten een aantal stellingen over transitiezorg voorgelegd. De conceptvragenlijst is voorgelegd aan de stuurgroep 'Betere Transitie bij Diabetes' en daarna definitief opgesteld. De inhoud wordt hieronder verder toegelicht.

2.2.1 Achtergrondinformatie

Respondenten werden ten eerste gevraagd de volgende informatie in te vullen: leeftijd (in jaren), geslacht (man/vrouw), huidige functie (in de diabeteszorg), instelling (ziekenhuis), diabetesteam (kinderzorg, volwassenenzorg of allebei) en de samenstelling diabetesteam (disciplines in het team). De vragenlijst was hierdoor niet anoniem, maar de gegevens over instelling en functie zijn alleen gebruikt voor het maken van een overzicht van de stand van zaken ten aanzien van transitiezorg in de verschillende deelnemende instellingen.

2.2.2 Organisatie van transitiezorg en interventies die worden ingezet

Omtrent de organisatie van transitiezorg werden verschillende aspecten bevestigd:

- *Aanwezigheid van een **gezamenlijke visie** t.a.v. transitie van kinder- en volwassenenzorg (ja/nee).*
Er is sprake van een gezamenlijke visie ten aanzien van de behandeling van patiënten en werkwijze van de teams wanneer de afdelingen hun gezamenlijk beleid schriftelijk hebben vastgelegd, bijvoorbeeld in een beleidsplan zodat het aantoonbaar een structurele manier van werken is.
- *Aanwezigheid van een **transitieprotocol** op het niveau van afdelingen (ja/nee).*
Een transitieprotocol beschrijft de algemene procedures en criteria voor de verschillende deelprocessen in het totale transitieproces en geeft een overzicht van de acties die door zorgverleners ondernomen worden in die deelprocessen. Deze worden gekoppeld aan meetbare indicatoren waarmee de voortgang tijdens het proces in kaart wordt gebracht.
- *Aanwezigheid van een **vast aanspreekpunt** (ja/nee), zowel in de kinder- als in de volwassenenzorg.*
Zo ja, wie vervult deze rol.
- *Aanwezigheid van een **transitiecoördinator** (ja/nee).* Zo ja: op welke afdeling, wie vervult deze rol en is hij/zij direct toegankelijk voor jongeren (via e-mail of telefoon).
Een transitiecoördinator is een zorgverlener met een speciale taakopdracht om jongeren van 12-25 jaar te ondersteunen voor en eventueel na de transitie naar de volwassenenzorg.
- *Aanwezigheid van een **transitiepoli** (ja/nee).* Zo ja: op welke afdeling, hoe vaak worden er gezamenlijke consulten gehouden (aantal keer per jaar), hoe vaak komen jongeren op de poli voor de overstap (aantal consulten), welke leeftijdsgrenzen worden gehanteerd (in jaren) en hoe zit het met de kosten en financiering (open vraag).
De transitiepoli (ook wel jongeren- of tienerpoli genoemd) is een speciaal spreekuur voor jongeren die zich voorbereiden op de transitie naar de volwassenenzorg. Op de transitiepoli houden de teams van de kinderkant en van de volwassenenkant gezamenlijke gesprekken. De transitiepoli is een structurele activiteit waar zorgverleners van de kinder- en volwassenenkant gezamenlijk zorg bieden.
- ***Afstemming** tussen kinder- en volwassenenzorg: afscheidsbijeenkomst in de kinderkant (ja/nee), kennismakingsbijeenkomst in de volwassenenzorg (ja/nee), gezamenlijk (medisch)*

behandelprotocol (ja/nee), op welke onderdelen vindt afstemming plaats (medisch, logistiek etc.), structureel overleg (aantal keer per jaar), contact met eigen en andere disciplines andere zijde (1-10, waarbij 1=heel afstandelijk, 10=heel vertrouwelijk).

- **Overdracht tussen kinder- en volwassenenzorg:** aantal jongeren overgestapt in afgelopen jaar (<5, 5-10, 10-15 of >15), schriftelijke overdracht van medische informatie (ja/nee), schriftelijke overdracht van verpleegkundige en paramedische informatie (ja/nee), gezamenlijke mondelinge bespreking van overstappers (ja/nee), overdracht naar andere instelling (plaats) (schriftelijk, telefonisch, Skype/FaceTime, anders).
- **Interventies voor jongeren/jongvolwassenen die worden ingezet (ja/nee):** individueel transitieplan, jongeren alleen in de spreekkamer, checklist niet-medische onderwerpen, kennistoets voor jongeren en transfer readiness assessment (zie Toolkit Op Eigen Benen voor een beschrijving van de interventies [14]).

2.2.3 Proces van transitie

Omtrent het proces van transitie kwam een aantal onderwerpen aan bod:

- **Moment van transfer** (flexibel, op een vaste leeftijd, anders).
- **Leeftijd** waarop gestart wordt met **voorbereiding** op transitie (in jaren).
- **Maximumleeftijd** waarop behandeling door kinderteam stopt (ja/nee). Zo ja: welke leeftijd (jaren).
- **Door wie en op welke wijze** wordt vastgesteld of jongere **klaar is voor overstap**.

2.2.4 Niet-medische onderwerpen tijdens consulten

Aan respondenten is gevraagd **hoe vaak** niet-medische onderwerpen tijdens hun eigen consulten met jongeren/jongvolwassenen aan bod kwam (nooit, soms, regelmatig, vaak, heel vaak, schaal van 1-5) en of zij vinden dat er **meer aandacht** voor deze onderwerpen moet komen (helemaal oneens, oneens, niet oneens en niet eens, eens, helemaal eens, schaal van 1-5). Dit werd per onderwerp uitgevraagd. **Niet-medische onderwerpen** waren:

- de transitie naar het ziekenhuis voor volwassenen;
- zaken die te maken hebben met seksualiteit;
- zaken die te maken hebben met relatievorming, vruchtbaarheid, zwangerschap en contraceptie;
- hoe het gaat op school of op het werk, ook met het omgaan met de aandoening daar, ziekteverzuim;
- carrièreplanning, beroepskeuze van de jongere;
- de vooruitzichten voor de ziekte of handicap;
- zelfstandig wonen, mobiliteit, ADL;
- actieve leefstijl, vrijetijdbesteding en sport;
- economische zelfstandigheid (uitkeringen en sociale voorzieningen, ziektekostenverzekering);
- alcohol, drugs en roken.

2.2.5 Ervaren knelpunten

Knelpunten in de huidige transitiezorg werden in kaart gebracht met een bestaande lijst uit eerder onderzoek [15]. Daarin werd respondenten gevraagd op een schaal van 1-10 aan te geven hoe groot de volgende **knelpunten** zijn in hun eigen zorgverlening (1=zeer klein, 10=zeer groot):

- Problemen met de continuïteit van zorg.
- Gebrek aan beleid/gemeenschappelijke visie tussen kinder- en volwassenenzorg.

- Gebrek aan mensen en middelen voor transitiezorg/adolescentenzorg.
- Problemen met loslaten en overdragen regie bij ouders.
- Problemen met zelfstandigheid in de zorg bij jongeren.
- Psychosociale problemen van jongeren (bv. risicogedragingen; depressie).
- Problemen met therapietrouw aan de behandeling / no-show bij consulten.
- Gebrekkige sociale participatie van jongeren (bv. geen werk of schooluitval)

Daarnaast werden respondenten gevraagd aan te geven welke drie knelpunten het grootst waren en dus prioriteit zouden hebben om als verbeterdoel te dienen. Tot slot kregen zij de mogelijkheid om knelpunten te noemen die zij wel ervaren, maar die niet in de lijst hierboven opgenomen zijn.

2.2.6 Het teamklimaat

Het **teamklimaat** onder zorgverleners werkzaam in de transitiezorg werd in kaart gebracht door de gevalideerde Team Climate Inventory (short version) (TCI) af te nemen [16]. Deze lijst geeft inzicht in de mate waarin respondenten ervaren dat zij als team samen aan iets kunnen werken ($\alpha=.92$). Vier thema's komen aan bod: gezamenlijke visie en doel (4 stellingen), veiligheid binnen het team (4 stellingen), oriëntatie op taken als team (3 stellingen), en innovatiegezindheid (3 stellingen). Per stelling kan de respondent op een schaal van 1-5 aangeven in hoeverre hij/zij het hiermee eens is (1=helemaal mee oneens, 5=helemaal mee eens).

2.2.6 Stellingen over transitie(zorg)

Er werd aan respondenten vijf **stellingen over transitiezorg** voorgelegd. Zij konden op een schaal van 1-10 aangeven in hoeverre ze het eens waren met deze stellingen (1=helemaal oneens, 10=helemaal eens). De stellingen zijn vastgesteld in samenwerking met het projectteam en de stuurgroep Betere Transitie bij Diabetes en gaan over verbeterthema's rond transitiezorg in het bredere zorgstelsel:

- Er moet een nationaal erkende richtlijn komen voor transitiezorg.
- Transitiezorg moet een kwaliteitsindicator zijn voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Transitiezorg moet onderdeel uitmaken van de accreditatie van zorginstellingen.
- Er moet meer aandacht zijn voor transitiezorg in de opleiding van professionals.
- Er moet een passende financieringsvorm komen voor transitiezorg.

In een aparte vraag is ook gevraagd hoe noodzakelijk aandacht voor transitie in de zorg voor kinderen en jongeren/jongvolwassenen met DM1 volgens respondenten is. Zij konden hier op een schaal van 1-10 een score aan geven (1=totaal niet noodzakelijk, 10=zeer noodzakelijk).

2.3 Analyses

De verkregen data werden geanalyseerd met SPSS (versie 23.0). Er zijn beschrijvende analyses uitgevoerd om een overzicht te krijgen van de huidige stand van zaken met betrekking tot de transitiezorg voor jongeren met DM1. Daarnaast zijn enkele toetsende (t-toets) en correlatie analyses (Spearman Rho) uitgevoerd om verbanden tussen achtergrondkenmerken en andere variabelen te verkennen. De analyses op instellingsniveau zijn gedaan door steeds de antwoorden van alle respondenten van deze instelling op te tellen. Als de meerderheid het zelfde antwoord gaf werd dit antwoord gecodeerd. Als respondenten tegenstrijdig antwoordden of er geen meerderheid was, werd 'onduidelijk' gecodeerd.

3 Resultaten

3.1 Respons en achtergrondinformatie

In totaal startten 192 zorgverleners met de vragenlijst. Een deel van de respondenten (n=36) werd uitgesloten van verdere analyses (door incomplete data of dubbele respons). Uiteindelijk zijn 156 zorgverleners vanuit 58 verschillende zorginstellingen meegenomen in de analyses. Een overzicht van de achtergrondkenmerken van deze zorgverleners wordt gepresenteerd in tabel 1. In totaal vulden 50 artsen (32,1%), 98 (62,8%) verpleegkundigen en 8 (5,1%) zorgverleners vanuit andere disciplines de vragenlijst in. De instellingen of samenwerkingsverbanden waarbinnen de respondenten werkzaam zijn, zijn weergegeven in bijlage I.

Tabel 1. Overzicht studie sample (n=156)

Kenmerk	Freq. (%) of gem. (\pm SD)
Leeftijd	49,0 (\pm 7,7) IQR: 43-55
Geslacht (vrouw)	122 (78,2)
Huidige functie	
Algemeen kinderarts /Kinderarts-endocrinoloog	31 (19,9)
Algemeen internist / Internist-endocrinoloog	19 (12,2)
(Diabetes)verpleegkundige kinderzorg	37 (23,6)
(Diabetes)verpleegkundige volwassenenzorg	50 (32,1)
(Diabetes)verpleegkundige kinder- en volwassenenzorg	11 (7,1)
Diëtist (kinderzorg n=4; kinder- en volwassenenzorg n=1)	5 (3,2)
Psycholoog (kinderzorg n=1; volwassenenzorg n=1)	2 (1,3)
Maatschappelijk werker (kinderzorg)	1 (0,6)
Setting	
Kinderzorg	72 (46,2)
Volwassenenzorg	68 (43,6)
Kinder- en volwassenenzorg	16 (10,3)

De respondenten uit 58 verschillende instellingen werd gevraagd naar de samenstelling van het diabetesteam waarin zij werkzaam zijn. Artsen en verpleegkundigen maken in alle zorginstellingen deel uit van het diabetesteam. Ook zijn bijna in elk team een diëtist en psycholoog aanwezig. Daarnaast wordt in sommige instellingen genoemd dat maatschappelijke werkers en podotherapeuten betrokken zijn bij het team.

3.2 Organisatie van transitiezorg en interventies die worden ingezet

3.2.1 Overdracht en afstemming

In 16 van de 58 instellingen (27,6%) stapten in het afgelopen jaar nul tot vijf jongeren over van de kinder- naar de volwassenenzorg. In 18 van de 58 (31,0%) ligt dit aantal tussen de vijf en tien jongeren. Een kwart (25,9%, n=15) van de instellingen geeft aan dat er per jaar meer dan 10 jongeren overstappen. Voor de 9 overige instellingen (15,5%) blijft onduidelijk hoeveel jongeren overgestapt zijn in het afgelopen jaar, omdat de verschillende respondenten binnen de instellingen elkaar tegenspreken of omdat er geen meerderheid is die hetzelfde rapporteert.

In alle instellingen geven de respondenten aan dat er een **schriftelijke overdracht** van medische informatie plaatsvindt tussen kinder- en volwassenenzorg, dan wel per brief, dan wel via het elektronisch patiëntendossier. Verpleegkundige of paramedische informatie wordt minder vaak schriftelijk overgedragen. De overdracht van deze informatie gebeurt volgens de zorgverleners vaker mondeling dan de overdracht van medische informatie. In bijna 1 op de 5 instellingen (18,6%) vindt er een gezamenlijke, **multidisciplinaire** bespreking plaats van de patiënten die worden overgedragen tussen kinder- en volwassenenzorg.

In 11 van de 58 (19,0%) is er sprake van een gezamenlijk medisch **behandelprotocol** tussen kinder- en volwassenenzorg. **Inhoudelijke afstemming** tussen zorgverleners van de kinder- en volwassenenzorg vindt voornamelijk plaats rondom **zorginhoudelijke** (61,5%) en **logistieke** (51,6%) aspecten. Tevens noemt bijna 20% andere onderwerpen voor afstemming, zoals: psychosociale problematiek, verschillen tussen de afdelingen, medisch-inhoudelijk (bijv. pomptherapie), het elektronisch patiëntendossier, het gezinsleven van de patiënt, informatie over school/studie of werk en andere aandachtspunten. Een derde van de respondenten (33,8%) geeft aan dat deze afstemming niet structureel gebeurt.

In iets meer dan de helft (56,9%, n=33) van de instellingen is er sprake van een **gezamenlijke visie** voor de behandeling en werkwijzen in de patiëntenzorg tussen kinderzorg en volwassenenzorg, waarvan dit in 16 (27,8%) instellingen ook schriftelijk is vastgelegd. In een kwart (25,9%, n=15) van de instellingen is er op het niveau van de afdelingen geen gezamenlijke visie, bij 10 instellingen (17,2%) is dit onduidelijk.

Vierentwintig van de 58 instellingen (41,4%) maken gebruik van een **transitieprotocol** om de voorbereiding op het proces van transitie te ondersteunen, en een zelfde percentage (41,4%) maakt geen gebruik van een protocol. In 17,2% van de instellingen is hier geen eenduidigheid over het gebruik van een protocol bij de respondenten.

Tot slot is gevraagd hoe de **overdracht** naar een **andere instelling** plaatsvindt, indien hier sprake van is. Het merendeel (77,6%) van de respondenten geeft aan dat er een schriftelijke overdracht wordt gedaan. Een enkele keer komt een telefonische overdracht of overdracht via Skype/FaceTime voor. Verder geven sommige respondenten bij de toelichting aan dat er vaak sprake is van een combinatie van schriftelijke en telefonische overdracht en dat als het echt nodig is, een locatiebezoek ook mogelijk is.

3.2.2 Elementen van transitiezorg en inzet van interventies

Aan de zorgverleners is vervolgens gevraagd hoe de transitiezorg eruit ziet en welke interventies worden ingezet. Een overzicht hiervan op instellingsniveau wordt weergegeven in tabel 2. Hierbij is wederom uitgegaan van wat (de meerderheid) van de respondenten uit de instellingen heeft gerapporteerd.

Tabel 2. Organisatie transitiezorg op instellingsniveau

<i>Kenmerk transitiezorg of interventie</i>	Aanwezig	Niet aanwezig	Onduidelijk
Transitievoordinator	25,9%	55,2%	18,9%
Transitiepoli	34,5%	50,0%	15,5%
Afscheidsbijeenkomst in kinderczorg	10,2%	48,3%	48,5%
Individueel transitieplan	28,8%	55,9%	27,1%
Jongeren alleen in de spreekkamer	84,5%	1,7%	13,8%
Checklist niet-medische onderwerpen	35,1%	45,6%	19,3%
Kennistoets voor jongeren	6,9%	77,6%	15,5%
Transfer readiness assessment	7,2%	73,2%	19,6%

De meeste teams ($\pm 80\%$) hebben een **vast aanspreekpunt** in zowel de kinder- als volwassenenzorg. Vrijwel altijd zijn er twee aanspreekpunten, namelijk de arts en de verpleegkundige. Dit geldt voor zowel de kinder- als de volwassenenzorg. In ruim twee derde (67,2%) van de instellingen is er binnen de volwassenenzorg een 'dedicated professional' voor deze doelgroep.

In een kwart van de instellingen (25,9%) is een **transitievoordinator** aanwezig, en in 55,2% is er geen coördinator, voor 11 instellingen is dit onduidelijk. De rol van de transitievoordinator wordt meestal ingevuld door de diabetesverpleegkundige of verpleegkundig specialist en in sommige gevallen door de arts. Bijna 90% van de respondenten die de vragen over de transitievoordinator hebben ingevuld geeft aan dat deze direct benaderbaar is voor jongeren en ouders via e-mail en/of telefoon. De helft van de transitievoordinatoren is werkzaam in de kinderczorg, de andere helft werkt in zowel de kinder- als de volwassenenzorg.

In 34,5% van de instellingen is een **transitiepoli** aanwezig. Deze poli wordt meestal georganiseerd op de kinderafdeling, of vindt wisselend plaats op de kinder- en volwassenenafdeling. In sommige gevallen wordt de poli vanuit de interne afdeling georganiseerd. De helft van de instellingen heeft nog geen transitiepoli en voor 15,5% is dat onduidelijk.

Het aantal **gezamenlijke consulten** per jaar dat op een transitiepoli plaatsvindt, wisselt afhankelijk van hoeveel jongeren er in dat jaar overstappen. De range die respondenten aangeven loopt van 0 tot 16 consulten per jaar. Het aantal gezamenlijke consulten dat een individuele jongere op een transitiepoli heeft, verschilt ook. Vaak zijn dit er één tot twee en in enkele gevallen meer (vier tot zes). Sommige respondenten geven aan dat er geen gezamenlijke consulten zijn, maar dat jongeren aparte consulten hebben met zowel de zorgverlener uit de kinderczorg als volwassenenzorg. De **leeftijdsgroepen** die op transitiepoli's gezien worden variëren ook. De ondergrens loopt van 12 t/m 20 jaar en de bovengrens van 18 t/m 25 jaar.

Opvallend is dat **transitie interventies** in de meerderheid van de instellingen geen vast onderdeel vormen van de zorg. In 10,2% van de instellingen wordt bijvoorbeeld een **afscheidsbijeenkomst** georganiseerd voor de jongeren. Een **kennistoets** voor de jongere wordt gebruikt in 6,9% van de instellingen en 7,1% maakt gebruik van een **assessment** om te bepalen of de jongere klaar is om de overstap te maken. Daarnaast maakt ruim een kwart (28,8%) van de instellingen gebruik van een **individueel transitieplan**. Tevens maakt 35,1% gebruik van een checklist/vragenlijst om systematisch aandacht te geven aan niet-medische thema's. De enige interventie die vaak voorkomt is dat **jongeren alleen** in de spreekkamer worden gezien (84,5%).

De **financiering** van de transitiepoli is een discussiepunt. Veel respondenten weten niet goed hoe deze gefinancierd wordt of geven aan dat het een probleem is dat nog opgepakt moet worden. Er is vaak geen extra financiering aanwezig, waardoor transitiepoli's worden gefinancierd vanuit DBC's van reguliere spreekuren. Financieringsmanieren die worden genoemd zijn: via DBC van de kinderzorg; via parallelle (dubbele) DBC's van de kinder- en volwassenenzorg; of eerst financiering vanuit DBC kinderafdeling, dan vanuit interne afdeling (bijv. wisseling halverwege het jaar of tweede consult bij interne). Binnen één instelling is externe financiering aanwezig vanuit een regionaal samenwerkingsverband.

3.3 Proces van transitie

Het proces van transitie start met de **voorbereiding** van jongeren op de overstap naar de volwassenenzorg. De **leeftijd** waarop hiermee wordt begonnen is niet altijd duidelijk. Bij 40,7% van de instellingen geven respondenten verschillende antwoorden en is er geen meerderheid die hetzelfde rapporteert. In de instellingen waar dit wel duidelijk is, wordt meestal met de voorbereiding gestart op **16-jarige leeftijd** (28,1%), waarbij 28,2% start tussen de 12-15 jaar, en 43,7% pas later.

Het **moment van transfer** verschilt ook tussen instellingen, al is hierover wel een duidelijker beeld. De ruime meerderheid van de instellingen (58,6%) geeft aan dat het moment waarop de transfer plaatsvindt flexibel is. In 12,1% van de instellingen stappen jongeren over op de leeftijd van 18 jaar en in 1,7% is dat op een andere vaste leeftijd, nl 21 jaar. In 16 instellingen (27,5%) is het moment van transfer niet duidelijk. De **maximumleeftijd** waarop behandeling door het kinderteam stopt is ook flexibel. De meeste instellingen geven aan dat zij geen vaste leeftijd hebben waarop behandeling stopt, maar dat de meeste jongeren in de regel overgaan tussen de 18-20. Met een uitzondering daar.

Tevens werd gevraagd hoe wordt vastgesteld of de jongere klaar is voor de overstap. De meerderheid (71,2%) van de instellingen geeft aan dat zij dit doen in overleg tussen de kinderarts, verpleegkundige (specialist) en jongere. In 28,8% van de instellingen is het onduidelijk hoe dit wordt vastgesteld.

3.4 Niet-medische onderwerpen tijdens consulten

De meest besproken niet-medische onderwerpen tijdens het consult zijn school & werk gevolgd door alcohol & drugs. Dit geldt voor zowel in de kinder- als volwassenenzorg. In de kinderzorg ($M = 2,86$, $SD = 0,49$) en de volwassenenzorg ($M = 2,83$, $SD = 0,60$) wordt gemiddeld evenveel aandacht besteed aan deze negen niet-medische onderwerpen, $t = 0,377$, $df = 120$, $p = 0,707$. Er zijn echter wel verschillen in aandacht voor de specifieke onderwerpen. In de kinderzorg wordt namelijk significant meer aandacht besteed aan de transitie en hoe het gaat met de aandoening op school dan in de volwassenenzorg. Daarentegen wordt in de volwassenenzorg significant meer aandacht besteed aan zaken die te maken hebben met relatievorming en economische zelfstandigheid dan in de kinderzorg (tabel 3).

Zorgverleners rapporteren dat voor alle niet-medische onderwerpen meer aandacht gewenst is in de spreekkamer. Dit beeld is gelijk voor kinder- en volwassenenzorg.

Tabel 3. Niet-medische onderwerpen tijdens consulten, gemiddelde (\pm SD)

Onderwerp	Aandacht besteed kinderzorg (n=64)	Aandacht besteed volwassenen (n=58)	Meer aandacht gewenst kinderzorg (n=64)	Meer aandacht gewenst volwassenen (n=58)
de transitie naar het ziekenhuis voor volwassenen*	3,02 (\pm 0,75)	2,41 (\pm 0,92)	3,95 (\pm 0,78)	3,97 (\pm 0,77)
zaken die te maken hebben met seksualiteit	2,34 (\pm 0,72)	2,60 (\pm 0,77)	3,59 (\pm 0,75)	3,84 (\pm 0,81)
zaken die te maken hebben met relatievorming, vruchtbaarheid, zwangerschap en contraceptie*	2,36 (\pm 0,76)	2,95 (\pm 0,99)	3,66 (\pm 0,76)	3,89 (\pm 0,80)
hoe het gaat op school of op het werk, ook met het omgaan met de aandoening daar, ziekteverzuim*	4,05 (\pm 0,79)	3,45 (\pm 0,85)	3,67 (\pm 1,01)	3,77 (\pm 0,76)
carrièreplanning, beroepskeuze van de jongere	3,11 (\pm 0,94)	2,88 (\pm 0,91)	3,63 (\pm 0,72)	3,64 (\pm 0,79)
de vooruitzichten voor de ziekte of handicap	2,84 (\pm 0,91)	2,71 (\pm 0,86)	3,55 (\pm 0,78)	3,65 (\pm 0,83)
zelfstandig wonen, mobiliteit, ADL	2,50 (\pm 0,99)	2,67 (\pm 0,82)	3,42 (\pm 0,75)	3,58 (\pm 0,80)
economische zelfstandigheid (uitkeringen, sociale voorzieningen en ziektekostenverzekering)*	1,86 (\pm 0,77)	2,38 (\pm 0,90)	3,47 (\pm 0,84)	3,59 (\pm 0,78)
alcohol, drugs en roken	3,65 (\pm 0,76)	3,89 (\pm 0,83)	3,80 (\pm 0,98)	3,98 (\pm 0,80)

*significant verschil tussen aandacht besteed tijdens consult in kinder- en volwassenenzorg, $p < .01$

3.5 Ervaren knelpunten

Er werd tevens gevraagd naar knelpunten met betrekking tot transitiezorg binnen de eigen zorgverlening, waarbij respondenten de hoogste score gaven aan het knelpunt 'problemen met therapietrouw aan de behandeling / no-show bij consulten', gevolgd door 'psychosociale problemen van jongeren' (tabel 4). Het knelpunt 'problemen met de continuïteit van zorg' scoorde het laagst. De ervaren knelpunten waren niet significant verschillend tussen kinder- en volwassenenzorg. Tussen disciplines verschillen artsen en verpleegkundigen in hun score op het knelpunt 'psychosociale problemen van jongeren', waarbij artsen dit knelpunt significant groter vinden ($6,2 \pm 1,8$) dan verpleegkundigen ($5,2 \pm 1,9$) ($p < .01$). Ook op het knelpunt 'problemen met therapietrouw' scoren artsen ($7,0 \pm 1,4$) significant hoger dan verpleegkundigen ($6,3 \pm 2,1$) ($p < .05$). Op de andere knelpunten werden geen verschillen gevonden.

Tabel 4. Knelpunten in de transitiezorg (n=129)

<i>Knelpunt</i>	Gemiddelde (\pmSD) schaal van 1-10
Problemen met therapietrouw aan de behandeling / no-show bij consulten	6,6 ($\pm 1,9$)
Psychosociale problemen van jongeren (bv. risicogedragingen; depressie)	5,6 ($\pm 1,9$)
Gebrek aan beleid/gemeenschappelijke visie tussen kinder- en volwassenenzorg	5,1 ($\pm 2,5$)
Problemen met zelfstandigheid in de zorg bij jongeren	5,0 ($\pm 1,9$)
Gebrekkige sociale participatie van jongeren (bv. geen werk of school uitval)	5,0 ($\pm 1,9$)
Gebrek aan mensen en middelen voor transitiezorg/adolescentenzorg	4,8 ($\pm 2,6$)
Problemen met loslaten en overdragen regie bij ouders	4,5 ($\pm 1,8$)
Problemen met de continuïteit van zorg	4,4 ($\pm 2,4$)

Zorgverleners werd ook gevraagd om aan te geven welk knelpunt de hoogste prioriteit heeft als het gaat om verbeterdoelen. Dan wordt met stip het knelpunt 'problemen met therapietrouw aan de behandeling / no-show bij consulten' genoemd (26,9%), gevolgd door 'gebrek aan beleid/gemeenschappelijke visie tussen kinder- en volwassenenzorg' (14,7%). Daarna zijn de meningen redelijk gelijk verdeeld over de prioritering van de knelpunten.

Andere knelpunten die zorgverleners (in een open vraag) noemen zijn onder andere: het afstemmen van werkcultuur, visie en doelen als er sprake is van een fusie tussen ziekenhuizen; de verwachtingen van jongeren meenemen in de beleidsvoering (persoonsgerichte zorg); grote verschillen tussen kinder- en volwassenenzorg; concurrentie met Diabeter; overstap naar andere ziekenhuizen; en logistieke uitdagingen.

3.6 Het teamklimaat

Respondenten werd tevens gevraagd hoe zij hun teamklimaat ervaren. Dit werd in kaart gebracht aan de hand van vier thema's, namelijk het hebben van een gezamenlijke visie en doel, de veiligheid binnen het team, oriëntatie op taken als team en innovatiegezindheid. Scores op deze schalen zijn weergegeven in tabel 5. De veiligheid binnen het team wordt door zorgverleners gemiddeld het hoogst gewaardeerd.

Tabel 5. Teamklimaat

Teamklimaat	Items	Minimum	Maximum	Totaal (±SD)	Gemiddeld (±SD)
Gezamenlijke visie en doel	4	11	20	16,4 (±2,4)	4,1 (±0,6)
Veiligheid binnen het team	4	9	20	17,1 (±2,3)	4,3 (±0,6)
Oriëntatie op taken als team	3	5	15	11,4 (±2,1)	3,8 (±0,7)
Innovatiegezindheid	3	6	15	11,5 (±2,1)	3,8 (±0,7)
Totale score	14	36	70	56,7 (±7,5)	4,0 (±0,5)

Verder zijn er geen verschillen in de beoordeling van het teamklimaat tussen de kindzorg en de volwassenenzorg. Artsen en verpleegkundigen geven wel verschillen aan in hoe zij hun teamklimaat beoordelen. Artsen scoren op bijna alle schalen significant hoger dan verpleegkundigen. Zij ervaren een positiever teamklimaat op het gebied van visie, veiligheid en innovatie (tabel 6).

Tabel 6. Verschillen in ervaren teamklimaat tussen artsen en verpleegkundigen, gemiddelde (±SD)

Teamklimaat	Artsen (n=45)	Verpleegkundigen (n=89)
Gezamenlijke visie en doel*	17,4 (±1,9)	15,9 (±2,4)
Veiligheid binnen het team*	17,8 (±2,4)	16,7 (±2,2)
Oriëntatie op taken als team	11,9 (±2,4)	11,2 (±2,0)
Innovatiegezindheid*	12,1 (±2,0)	11,1 (±2,1)
Totale score*	59,2 (±7,2)	54,9 (±7,2)

*significant verschil tussen artsen en verpleegkundigen, $p < .01$

Daarnaast werd respondenten gevraagd hoe zij het contact met de andere afdeling (kinder- dan wel volwassenenkant) ervaren. Gemiddeld geven de respondenten een score van 7,5 (±1,9) op een range van 1-10 (heel afstandelijk tot heel vertrouwelijk) aan het contact met de eigen discipline, aan de andere zijde. Het contact met medewerkers van andere disciplines van de andere zijde wordt gewaardeerd met een 6,7 (±2,2). De beoordeling van deze contacten is significant verschillend ($t = 6,030$, $df = 141$, $p < 0.00$), wat inhoudt dat zorgverleners het contact met hun eigen discipline vertrouwelijker ervaren dan die met de andere disciplines, aan de andere zijde.

3.7 Stellingen over transitiezorg

De zorgverleners waren het over het algemeen met elkaar eens dat aandacht voor transitie in de zorg voor jongeren met DM1 noodzakelijk is. Op een schaal van 1-10 scoorden zij gemiddeld 8,9 ($\pm 1,1$). 91,0% van de respondenten geeft een 8 of hoger. Daarnaast werd de respondenten vijf *stellingen over transitiezorg* voorgelegd. De zorgverleners waren het meest eens met de stelling 'Er moet een passende financieringsvorm komen voor transitiezorg'. Vervolgens waren zij het meest eens met de stelling 'Er moet meer aandacht zijn voor transitiezorg in de opleiding van professionals' (tabel 8).

De meningen over de stellingen verschilden tussen zorgverleners uit de kinderczorg en die uit de volwassenenzorg. Zo waren zorgverleners in de kinderczorg het ten eerste gemiddeld meer eens dat er aandacht moet zijn voor de transitiezorg in de opleiding van professionals en ten tweede dat er een passende financieringsvorm moet komen voor transitiezorg (tabel 7).

Tabel 7. Verschillen in stellingen transitiezorg tussen kinder- en volwassenenzorg, gemiddelde (\pm SD)

Stelling	Zorgverleners Allen	Zorgverleners kinderzorg	Zorgverleners volwassenenzorg	<i>p</i>
Er moet meer aandacht zijn voor transitiezorg in de opleiding van professionals	7,6 ($\pm 1,9$)	8,0 ($\pm 1,5$)	7,3 ($\pm 2,1$)	.027
Er moet een passende financieringsvorm komen voor transitiezorg	7,6 ($\pm 2,2$)	8,3 ($\pm 1,5$)	7,1 ($\pm 2,4$)	.002
Er moet een nationaal erkende richtlijn komen voor transitiezorg	7,3 ($\pm 2,4$)	7,4 ($\pm 2,5$)	7,0 ($\pm 2,3$)	.353
Transitiezorg moet onderdeel uitmaken van de accreditatie van zorginstellingen	6,7 ($\pm 2,2$)	7,0 ($\pm 2,1$)	6,4 ($\pm 2,4$)	.182
Transitiezorg moet een kwaliteitsindicator zijn voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg	6,3 ($\pm 2,4$)	6,7 ($\pm 2,4$)	6,0 ($\pm 2,5$)	.145

Artsen en verpleegkundigen verschilden ook significant van mening over de diverse stellingen. Verpleegkundigen waren het gemiddeld meer eens met alle stellingen dan artsen ($p < .01$), behalve met de stelling 'Er moet een passende financieringsvorm komen voor transitiezorg'. Deze stelling vonden beide disciplines even belangrijk. Artsen vonden dit zelfs de belangrijkste stelling.

4 Conclusie en aanbevelingen

De volgende vraag stond in deze quick scan centraal: *Hoe is de transitiezorg voor jongeren en jongvolwassenen met diabetes mellitus type 1 in Nederland georganiseerd?*

De traditionele scheiding tussen kinder- en volwassenenzorg is terug te zien in de transitiezorg voor jongeren en jongvolwassenen met DM1. De meeste zorgverleners werken óf in een diabetesteam voor volwassenen óf in een diabetesteam voor kinderen. Een kleine minderheid werkt in combinatie teams (10,3%). Ongeacht de samenstelling van het team, valt het op dat naast de arts de diabetesverpleegkundige en diëtist het vaakst onderdeel vormen van het diabetesteam. Binnen de teams wordt over het algemeen een positief teamklimaat ervaren en het contact tussen kinder- en volwassenenzorg is volgens de zorgverleners vrij goed.

Toch geeft maar een kleine meerderheid (56,9%) aan dat er sprake is van een gezamenlijke visie op transitiezorg en werkt minder dan de helft (41,4%) van de instellingen met een transitieprotocol. Het gebrek aan beleid of gemeenschappelijke visie is dan ook een veelgenoemd knelpunt door zorgverleners. Dit werd ook weerspiegeld in de respons op de vragen, zorgverleners uit dezelfde instelling gaven vaak hele verschillende antwoorden, waardoor het lastig was om een eenduidig beeld van de transitiezorg per instelling te formuleren.

De leeftijd waarop men met de voorbereiding op de transitie begint, is onduidelijk en varieert aanzienlijk tussen teams. Het moment van transfer vindt in de meeste (58,6%) instellingen flexibel plaats. In de regel gaan de meeste jongeren over tussen de 18-20 jaar. Afstemming tussen kinder- en volwassenenzorg gebeurt op meerdere aspecten, bijv. op medisch vlak, maar ook psychosociaal en logistiek gebied. Echter vindt er in 1 op de 5 instellingen (18,6%) een structureel, gezamenlijk, multidisciplinaire bespreking plaats voor afstemming van de jongeren die overstappen.

Het valt op dat transitie interventies voor jongeren over het algemeen geen vast onderdeel vormen van de transitiezorg, terwijl knelpunten gerelateerd aan therapietrouw, zelfstandigheid en psychosociaal welzijn relatief vaak worden gerapporteerd. Daarbij geven zorgverleners aan dat zij meer aandacht zouden willen besteden aan niet-medische onderwerpen in de spreekkamer.

Op basis van de resultaten wordt teams in de transitiezorg voor jongeren en jongvolwassenen met DM1 aanbevolen om te werken aan een gezamenlijk transitieprotocol waarin in ieder geval de volgende punten aan bod komen:

- De gezamenlijke visie van de kinder- en volwassenenafdeling op transitiezorg.
- De leeftijd waarop gestart wordt met de voorbereiding op transitie.
- Interventies die ingezet kunnen worden in de transitiezorg.
- Aandacht voor van niet-medische onderwerpen in de spreekkamer.
- Zorg voor problemen met therapietrouw en no-show bij consulten.

Verder is een belangrijke aanbeveling voor het beleidsveld dat er meer aandacht moet komen voor een passende financiering voor de transitiezorg en aandacht voor transitiezorg binnen de opleiding van professionals.

5 Referenties

1. Gijzen, R., S.H. van Oostrom, and F. Schellevis, *Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten?*, in *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. (2013). RIVM: Bilthoven.
2. Diabetes Fonds. *Diabetes in cijfers*. (2015). Available from: <https://www.diabetesfonds.nl/over-diabetes/diabetes-in-het-gemeen/diabetes-in-cijfers>.
3. Van Wouwe, J. P., Mattiazzo, G. F., El Mokadem, N., Reeser, H. M., & Hirasing, R. A. (2004). De incidentie en de eerste symptomen van diabetes mellitus type I bij 0-14-jarigen in Nederland, 1996-1999. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 148(37), 1824-1829.
4. Baan, C. A., & Poos, M. J. J. C. (2009). Hoe vaak komt diabetes mellitus voor en hoeveel mensen sterven eraan. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
5. Clements, M. A., Foster, N. C., Maahs, D. M., Schatz, D. A., Olson, B. A., Tsalikian, E., ... & Miller, K. M. (2015). Hemoglobin A1c (HbA1c) changes over time among adolescent and young adult participants in the T1D exchange clinic registry. *Pediatric Diabetes*, 17(5), 327-336.
6. Sawyer, S. M., Drew, S., Yeo, M. S., & Britto, M. T. (2007). Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *The Lancet*, 369(9571), 1481-1489.
7. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. *ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014*. (2014). Available from: <http://www.ispad.org/>.
8. Kipps, S., Bahu, T., Ong, K., Ackland, F. M., Brown, R. S., Fox, C. T., ... & Simpson, H. (2002). Current methods of transfer of young people with type 1 diabetes to adult services. *Diabetic Medicine*, 19(8), 649-654.
9. van Staa, A.L., *On Your Own Feet. Adolescents with chronic conditions and their preferences and competencies for care*. (2012). Dissertation, Erasmus University Rotterdam.
10. Sattoe, J.N.T., *Growing up with a Chronic Condition: Challenges for Self-management and Self-management Support*. (2015). Dissertation, Erasmus University Rotterdam.
11. van Staa, A.L., *Van zorgstandaard naar zorgpraktijk: goede adolescentenzorg in de transitiefase*. *Diabetes Specialist*, 32, 26-27.
12. Garvey, K. C., Beste, M. G., Luff, D., Atakov-Castillo, A., Wolpert, H. A., & Ritholz, M. D. (2014). Experiences of health care transition voiced by young adults with type 1 diabetes: a qualitative study. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 5, 191.
13. NDF (Nederlandse Diabetes Federatie). *NDF Zorgstandaard Type 1*. (2015). Geraadpleegd op <http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/wp-content/uploads/2015/08/NDF-Zorgstandaard-diabetes-type-1-Kinderen-2015.pdf>
14. Op Eigen Benen. *Transitie Toolkit*. (2017). Geraadpleegd op <http://www.opeigenbenen.nu/professionals/transitie-toolkit/>
15. Nieboer, A. P., Cramm, J. M., Sonneveld, H. M., Roebroek, M. E., van Staa, A., & Strating, M. M. (2014). Reducing bottlenecks: professionals' and adolescents' experiences with transitional care delivery. *BMC Health Services Research*, 14(1), 47.
16. Strating, M. M., & Nieboer, A. P. (2009). Psychometric test of the Team Climate Inventory-short version investigated in Dutch quality improvement teams. *BMC Health Services Research*, 9(1), 126.

Bijlage I Overzicht instellingen of samenwerkingsverbanden respondenten (n=156)

1.	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis – Goes & Vlissingen	2
2.	Albert Schweitzer Ziekenhuis – Dordrecht	3
3.	Alrijne Zorggroep – Leiden	4
4.	Academisch Medisch Centrum – Amsterdam	1
5.	Amphia Ziekenhuis – Breda & Oosterhout	5
6.	St. Anna Ziekenhuis – Geldrop	1
7.	Beatrixziekenhuis – Gorinchem	2
8.	Bravis Ziekenhuis – Roosendaal	1
9.	Catharina Ziekenhuis – Eindhoven	2
10.	Deventer Ziekenhuis – Deventer	3
11.	Diabeter – Rotterdam	4
12.	Diabetes Centraal – Utrecht	7
13.	Diaboss/OLVG – Amsterdam	4
14.	Diakonessenhuis – Utrecht	2
15.	Elisabeth TweeSteden Ziekenhuis – Waalwijk & Tilburg	10
16.	Elkerliek Ziekenhuis – Helmond & Deurne	2
17.	Groene Hart Ziekenhuis – Gouda	6
18.	Juliana Kinderziekenhuis (Haga Ziekenhuis) – Den Haag	7
19.	Isala – Zwolle	3
20.	Jeroen Bosch Ziekenhuis – Den Bosch	1
21.	Kinder Diabetes Centrum Nijmegen – Nijmegen	4
22.	Kinderkliniek – Almere	1
23.	LangeLand Ziekenhuis – Zoetermeer	5
24.	Laurentius Ziekenhuis – Roermond	2
25.	Maastad Ziekenhuis – Rotterdam	5
26.	Maastricht UMC – Maastricht	2
27.	Maasziekenhuis Pantein – Beugen	2
28.	Martini Ziekenhuis – Groningen	1
29.	Maxima Medisch Centrum – Veldhoven	1
30.	MC Groep – Lelystad	2
31.	HMC Bronovo – Den Haag	3
32.	Meander Medisch Centrum – Amersfoort	3
33.	Medisch Centrum Leeuwarden – Leeuwarden	2
34.	Noordwest Ziekenhuisgroep – Alkmaar	3
35.	Ommelander Ziekenhuis Groningen – Winschoten & Delfzijl	3
36.	Radboud UMC – Nijmegen	1
37.	Reinier de Graaf Gasthuis – Delft	2
38.	Ziekenhuis Rijnstate – Arnhem	2
39.	Rode Kruis Ziekenhuis – Beverwijk	1

40. Slingeland Ziekenhuis – Doetinchem	2
41. Spaarne Gasthuis – Heemstede & Haarlem	5
42. St. Jansdal Ziekenhuis – Harderwijk	1
43. Streekziekenhuis Koningin Beatrix – Winterswijk	2
44. Tergooi – Hilversum	1
45. Ziekenhuis de Tjongerschans – Heerenveen	2
46. Treant Zorggroep – Hogeveen, Stadskanaal & Emmen	3
47. UMC Utrecht – Utrecht	2
48. Van Weel Bethesda ziekenhuis – Dirksland	1
49. VUmc – Amsterdam	4
50. Waterlandziekenhuis – Purmerend	4
51. Westfriesgasthuis – Hoorn	2
52. Wilhelmina Ziekenhuis Assen	2
53. Zaans Medisch Centrum – Zaandam	2
54. Ziekenhuis Gelderse Vallei – Ede	1
55. Ziekenhuis Rivierenland – Tiel	1
56. Ziekenhuisgroep Twente – Hengelo & Almelo	2
57. Zuwe Hofpoort Ziekenhuis – Woerden	2
58. Zuyderland MC – Geleen & Sittard	2
	156