



**Annemarie van Elburg** (1958) is kinder- en jeugdpsychiater, medisch manager van Altrecht eetstoornissen Rintveld en hoogleraar eetstoornissen bij de Universiteit van Utrecht. Zij is redacteur bij Psychiatrienet, waar zij schrijft over eetstoornissen.

# Transitiepsychiatrie en eetstoornissen

Op het NVvP Voorjaarscongres volgde ik een workshop over een onderzoek naar transitiezorg, de zorg in de overgangsfase van jeugd naar volwassenheid. Het onderzoek werd gesubsidieerd door de Europese Unie. Al luisterend steeg mijn verbazing; de suggestie werd gedaan de leeftijd van de volwassenafdelingen te verlagen naar 16, of die van de jeugdafdeling te verhogen naar 23 jaar. Maar creëer je zo geen minivolwassenen of oudere jeugdigen?

De oplossing die wij op Rintveld hebben gevonden, is nauwer overleg tussen jeugdpsychiaters en psychiaters voor volwassenen. Door samen te werken, voor elkaar waar te nemen en vooral veel met elkaar te bespreken, is deze setting gegroeid en evolueert hij nog voortdurend. We zijn ook in een discussie over herstel beland, want wat vinden onze patiënten nu eigenlijk een goed doel van behandeling? Een gezond gewicht of iets dat daar onder ligt? En wie heeft dan de regie? Zo zijn de jeugdpsychiaters op hun handen gaan zitten om niet in de bekende "sturende omarming" van de patiënt te schieten, en zijn de behandelaars in de volwassenenzorg wat directiever geworden in hun aansturing van de behandeling.

De behandeling van eetstoornissen vormt bij uitstek transitiepsychiatrie, want deze stoornissen treden meestal voor het eerst op in de puberteit en blijven gewoonlijk bestaan tot in de volwassenheid. Met dit gegeven ontwikkelde Rintveld een behandeling die geschikt is voor patiënten van zeven tot zeventig jaar. Onze aanpak sluit nauw aan op de huidige tendens in de psychiatrie naar "levensloopbenadering". Dat is te zien in de DSM-5, waar de voedingsstoornissen zijn samengevoegd met de eetstoornissen. Niet de kalenderleeftijd, maar de ontwikkeling is het leidend principe.

Terwijl juist de continuïteit van behandeling goud waard is, maakt de transitie van de jeugdzorg het administratief zeer complex. Zo lopen er nu twee administratieve en financiële declaratiesystemen naast elkaar. Door de stelselwijziging worden programma's waarbij continuïteit van behandeling gebaseerd is op ontwikkeling, ernstig belemmerd. Hoe doen we dat bij Rintveld?

We beschikken over drie transmurale behandellijnen voor patiënten met anorexia nervosa (AN). Eentje voor jeugdigen, "opvoedelingen", die nog niet lang AN hebben, waarin gewerkt wordt vanuit een ontwikkelingspsychologisch perspectief, met de ouders *in the lead* en met hulp van school, vrienden en sport. Een tweede individuele lijn richt zich op iets oudere patiënten die soms al een eerdere behandeling achter de rug hebben of op zichzelf zijn aangewezen en waarbij het systeem een "vangnetfunctie" inneemt. De derde lijn is ten slotte voor patiënten die "zorg op maat" nodig hebben. Ofwel omdat ze al heel erg lang ziek zijn en genezing er niet meer inzit, ofwel omdat ze naast AN ook een pervasieve stoornis hebben, zoals autisme of zwakbegaafdheid.

In alle drie de programma's wordt de omgeving betrokken bij de behandeling. Indien een patiënt een transitie ondergaat van de ene naar een andere behandellijn, gaat daar eerst een discussie aan vooraf. Vanzelfsprekend met de patiënt en het systeem, maar ook tussen de ene behandelaar met de andere. Daarbij wordt stevast gevraagd naar het doel van de behandeling in de nieuwe lijn. Een doel dat moet worden vastgesteld in samenspraak met patiënt, systeem en behandelaar.

Al doende zijn de grenzen beslecht. Het geheim? Openstaan voor en luisteren naar elkaar, niet staan op het afgrenzen van je eigen territorium, maar juist naar elkaar toedenken en elkaars kennis en kunde benutten. Gek genoeg is het dan juist prettig om kinder- en jeugdpsychiater naast de volwassenenpsychiater te zijn. ←

*'Het geheim?  
Naar elkaar toedenken'*