

## **Te groot voor het servet, te klein voor het tafellaken?**

### **De uitdaging voor kinderverpleegkundigen bij transitie in zorg voor jongeren met chronische aandoeningen**

*AnneLoes van Staa*

Nu de VVKV zelf haar tienerjaren heeft bereikt, is het een goed moment stil te staan bij de rol van de kinderverpleegkundige bij de zorg voor adolescenten. Want juist de kinderverpleegkundige is de aangewezen persoon om de zorg voor deze groep te coördineren en jongeren en hun ouders te begeleiden bij het volwassen worden en de overstap naar de volwassenenzorg. *AnneLoes van Staa* zal op het Jubileumcongres van de VVKV op 4 november a.s. spreken over de opdracht van kinderverpleegkundigen bij transitie in zorg. In dit artikel geeft zij vast een voorproefje van haar betoog.

#### ***Volwassen worden***

Verreweg de meeste kinderen met ernstige aangeboren of verworven aandoeningen worden tegenwoordig volwassen. Aandoeningen, die vroeger vrijwel altijd fataal waren, zoals cystic fibrosis (CF), aangeboren hartafwijkingen, maar ook vele vormen van kanker bij kinderen kunnen tegenwoordig met succes behandeld worden. Het succes van de kindergeneeskunde valt af te lezen aan de toegenomen levensverwachting en kwaliteit van leven van deze kinderen. Maar de keerzijde is dat deze kinderen volwassen worden met een chronische aandoening en hiervan vaak aanzienlijke beperkingen in hun dagelijks leven ondervinden. Zij blijven aangewezen op extra aandacht en op multidisciplinaire, specialistische zorg. Jongeren met chronische aandoeningen ondervinden regelmatig hindernissen bij hun schoolcarrière en bij het vinden van passend werk. Vrije tijdsbesteding, het aangaan van partnerrelaties, seksualiteit en gezinsvorming zijn voor hen moeilijker dan voor gezonde leeftijdsgenoten. Jongeren met chronische aandoeningen houden hun ziekte vaak voor hun omgeving verborgen, als dat kan. Ze nemen het niet zo nauw met de therapietrouw en proberen zo gewoon mogelijk te leven. Maar er is altijd een spanning tussen “gewoon leven” en het opgroeien met een chronische aandoening. Zelfstandig worden en voor jezelf zorgen zijn hierbij de grootste opgaven. Deze jongeren kunnen wel wat extra steun bij hun *transitie naar de volwassenheid* gebruiken. In het kinderziekenhuis is de zorg minder afgestemd op de behoeften van adolescenten dan op die van jonge kinderen en hun ouders. Zorgverleners vinden adolescenten een ‘moeilijke’ groep, er zijn in het kinderziekenhuis nauwelijks speciale voorzieningen voor jongeren.

Rond het 18e levensjaar maken deze jongeren de overstap naar de volwassenenzorg. Dit proces wordt *transitie in zorg* genoemd. Het feitelijke moment van overstap (de *transfer*) is slechts een klein onderdeel van het totale proces van transitie. In Nederland vindt transitie meestal op *ad hoc* basis plaats (Donckerwolcke & van Zeben, 2002). Gestructureerde transitieprogramma's zijn een zeldzaamheid, terwijl de cultuurverschillen tussen pediatrie en volwassenenzorg aanzienlijk zijn (zie tabel 1). Waar de kindzorg adolescenten soms 'klein' houdt en focust op beperkingen in plaats van op kansen, wordt in de volwassenenzorg juist te weinig aandacht besteed aan de specifieke ontwikkelingsopgaven van deze groep (Betz & Redcay, 2002).

Zorgen voor een soepele en succesvolle transitie is een grote uitdaging voor iedereen die betrokken is bij de zorg voor adolescenten met chronische ziektes en beperkingen. Dit geldt niet alleen in de pediatrie en kinderrevalidatie, maar juist ook aan 'de overkant': de volwassenenzorg.

**Tabel 1** Verschillen tussen de kinder- en volwassenenzorg (Fleming et al. 2002; Rosen 1995)

Kinderzorg (pediatrie)	Volwassenenzorg
Gezinsgericht (ouders sterk betrokken)	Individueel gericht
Generalistisch	Specialistisch
Sociaal georiënteerd	Ziektegeoriënteerd
Informeel, ontspannen	Formeel en direct
Aandacht voor ontwikkeling, school en sociaal functioneren	Nadruk op behandeling, complicaties en therapietrouw

### ***Transities***

Transities zijn overgangen van de ene levensfase, fysieke of psychische gesteldheid of van de ene sociale rol naar de andere, die het normale leven tijdelijk ontwrichten en om aanpassing vragen (Schumacher & Meleis, 1994; de Lange & van Staa, 2004). Bij jongeren met chronische aandoeningen speelt de 'gewone' ontwikkelings transitie naar de volwassenheid en de transitie naar de volwassenenzorg. Typische problemen die volgens de internationale literatuur veelvuldig optreden in de adolescentenfase zijn (de Lange en van Staa, 2003):

- 'drop-out' van jongeren uit behandelingsprogramma's (vooral bij jongens);
- opstand tegen strakke behandelingsregimes, gebrekkige therapietrouw met als gevolg meer complicaties en verslechtering van de algemene conditie (zie ook Grypdonck et al., 2003);
- gebrekkige overdracht en discontinuïteit van zorg, met als gevolg ondermaatse zorgverlening.

In Nederland is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar chronisch zieke jongeren zelf en hun voorkeuren voor zorg. Liesbeth Verhoeven onderzocht de ervaringen van jongeren met

CF bij hun transitie naar de volwassenenzorg. Haar onderzoeken zijn al vaker (o.a. binnen het Tijdschrift voor Kinderverpleegkundigen) onder de aandacht gebracht (Verhoeven & van Staa, 2000; Verhoeven, 2002 en 2002a, Theunissen & Noorda, 2003; Verhoeven & van Staa, in press). Op basis van haar onderzoek werd in het CF-Centrum van het UMC-Utrecht een transitieprotocol ontwikkeld, dat in 2002 de Anna Reijnvaan Praktijkprijs kreeg (Boomsma & van der Elst, 2002). Een eerste pilotonderzoek onder jongeren die zijn overgestapt uit het Erasmus MC – Sophia naar de volwassenenzorg, bevestigde dat de transitie bij de meeste jongeren nauwelijks is voorbereid (van Staa & Latour, 2004). Binnen de revalidatiezorg is er onlangs een grote studie afgerond naar jongeren met spina bifida (ASPINE studie, zie o.a. Prevo et al., 2004) waaruit blijkt dat de zorgverlening aan deze groep niet optimaal is georganiseerd.

“Transitie is het proces van de uiteindelijke overstap van de kinder- naar de volwassenenzorg; deze overstap moet uiteindelijk gezien worden als het succes om chronisch zieke kinderen te helpen een productief leven te starten en sociale integratie als volwassenen te bereiken” (Schidlow 2002).

### ***Obstakels én kansen***

Het kinderziekenhuis is geen ideale omgeving voor adolescenten. De overstap naar de volwassenenzorg biedt jongeren belangrijke voordelen, aldus Schidlow (1989):

- Normalisatie van de ontwikkeling;
- Bevorderen van onafhankelijkheid;
- Bevorderen van zelfmanagement en zelfredzaamheid;
- Het bieden van een gepaste omgeving;
- Planning van lange termijn levensdoelen.

Toch zijn er in de praktijk nog wel wat obstakels bij transitie (tabel 2). Alles wat voor de jongere en zijn ouders jarenlang vertrouwd was, valt opeens weg. De overstap zelf wordt als een cultuurshock ervaren, vooral als opnames regelmatig voorkomen. Een jongere met CF, die net was overgestapt naar de volwassenenzorg ervoer bij zijn eerste opname dat het “helemaal totaal echt iedereen nieuw” was. Transitie in zorg wordt als “onzeker” ervaren: ambivalentie en angst voor de overstap komen wel voor, vooral als jongeren onvolwassen zijn en afhankelijk gedrag vertonen (Schidlow & Fiel, 1990). Toch zijn er ook veel aanwijzingen dat jongeren de overstap met vertrouwen en positief beleven omdat zij zich “oud en wijs genoeg” voelen (Verhoeven, 2002): “Je wordt anders benaderd. Vroeger ging alles via je ouders ... Nu kan ik zelf beslissen en dat vind ik wel veel fijner”. Voor ouders geldt dat (over)bezorgdheid een soepele transitie in de weg kan staan (Schidlow en Fiel, 1990) en dat zij over het algemeen meer moeite hebben met de overgang dan hun kinderen (Verhoeven,

2002). Vooral voor ouders, maar ook voor jongeren, kost het moeite kost de vertrouwde omgeving van het kinderziekenhuis te verlaten (Anderson e.a., 2002). Ook voor zorgverleners uit het kinderziekenhuis is het afscheid, vaak na vele jaren van intensieve zorg en betrokkenheid, niet gemakkelijk. Zij zijn vaak veel bezorgder over de transitie dan de jongeren zelf en de zorgverleners in de volwassenenzorg (Flume et al., 2001, 2004). Maar als pediatrie zorgverleners laten blijken dat ze weinig vertrouwen hebben in de volwassenenzorg, is dat een perfecte manier om de transitie te laten mislukken (Schidlow, 2002).

**Tabel 2 Overzicht van mogelijke obstakels voor de transitie van kinder- naar volwassenenzorg (de Lange & van Staa, 2003; naar Schidlow & Fiel, 1990)**

<b>Patiënt</b>	<b>Pediatrie</b>
Afhankelijk gedrag	Sterke emotionele band met patiënt en ouders
Onvoldoende voorbereid op volwassen patiëntenrol, onvolwassenheid	Opvatting over eigen kwaliteit als zorgverlener voor volwassene
Ernstige ziekte of beperkingen	Wantrouwen ten opzichte van volwassenenzorg
Angst en depressie, andere psychische stoornissen	Verkeerde inschatting van overlevingskans
Gebrekkige sociale steun, sociaal isolement	Ambivalentie ten opzichte van transitie van zorg
Gebrek aan vertrouwen in hulpverleners	Zorg om continuïteit (onderzoeks)programma
Gebrekkige therapietrouw	
<b>Ouders</b>	<b>Volwassenenzorg</b>
Overmatige behoefte aan controle en bescherming	Gebrek aan kennis en ervaring over afwijking die typisch is voor kinderleeftijd
Emotionele afhankelijkheid	Gebrek aan ervaring in omgaan met ernstige zieke jonge volwassenen
Angst en depressie, andere psychische stoornissen	Verkeerde inschatting van mate van zorgbehoefte
Gebrek aan vertrouwen in hulpverleners in volwassenenzorg	Gebrek aan institutionele betrokkenheid
Verkeerde inschatting van overlevingskans	Zorg om financiële belasting programma

### ***Transitieprogramma's***

Om de overgang naar een nieuwe levensfase én naar een nieuwe zorgorganisatie soepel te laten verlopen, worden steeds vaker *transitieprogramma's* ontwikkeld. Het is “de gerichte en geplande beweging van adolescenten en jong volwassenen met chronische aandoeningen en beperkingen van de kinder- naar de volwassenenzorg” (Blum, 1993). Het gaat erom een allesomvattende, goed gecoördineerde en continue zorgverlening op het juiste moment in de ontwikkelingsfase te realiseren.

De laatste tien jaar is er sprake van een ware explosie aan artikelen over transitie. Met name in de VS, maar ook in Engeland en Australië, zijn al veel ervaringen met transitiezorg voor

adolescenten opgedaan (de Lange en van Staa, 2003). De CF-zorg loopt hierin voorop: de meeste publicaties over transitie in zorg van adolescenten hebben betrekking op ervaringen in CF-programma's. In Nederland zijn er nauwelijks transitieprotocollen of gestructureerde programma's (Donckerwolcke & van Zeben, 2002). Er zijn maar enkele specifieke zorgvoorzieningen voor adolescenten en jong volwassenen. Hoewel de CF-zorg nog gunstig afsteekt bij andere aandoeningen, is volgens de Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting in een recent rapport (NCFS, 2002) de periode van transitie een belangrijk knelpunt, naast de capaciteit en deskundigheid van de zorgverleners in de volwassenenzorg.

Transitieprogramma's zijn vaak ziektespecifiek of worden binnen één specialisme georganiseerd, generieke adolescentenprogramma's komen minder vaak voor (Scal et al., 1999), ook al is de opgave van zelfstandigheidsontwikkeling voor iedereen dezelfde. Transitieprogramma's beloven betere gezondheidsuitkomsten en kwaliteit van leven voor de betrokkenen, al zijn de bewijzen daarvoor nog maar beperkt geleverd (Viner, 1999). Op basis van de literatuur zijn wel sleutelementen van een effectief transitieprogramma te identificeren.

### ***Verpleegkundige taak***

Coördinatie van de transitie in zorg wordt algemeen gezien als een verpleegkundige taak. Verpleegkundigen kunnen bij de organisatie en voorbereiding van de transitie een belangrijke, coördinerende rol spelen in de ondersteuning van de jongere en zijn ouders. In het buitenland zijn gespecialiseerde verpleegkundigen veelal verantwoordelijk voor de organisatie van een transitiekliniek (Betz & Redcay, 2003; Betz, 2003; Cowlard, 2002). Een bekend voorbeeld van zo'n door verpleegkundigen gecoördineerde integrale adolescentenpoli is het CF-centrum in Leeds (UK).

Binnen de Nederlandse kinderverpleegkunde staat het onderwerp momenteel in de belangstelling. Het AMC heeft, op initiatief van het Emma Kinderziekenhuis, "transities" tot jaarthema 2004 voor het gehele ziekenhuis gekozen. Binnen de Revalidatiegeneeskunde bestaat het Transitieonderzoek Zuid West Nederland (Stam & Roebroek, 2002) en experimenteert men met de opzet van een transitiepoli. De Kenniskring Transities in Zorg (Hogeschool Rotterdam, de Lange & van Staa, 2004) heeft onderzoek naar transities bij adolescenten en de ontwikkeling van transitieprotocollen tot een speerpunt in haar onderzoeksprogramma gemaakt. ZonMw Nederland financiert het project "Op eigen benen: Zorgpreferenties en competenties van jongeren met een chronische ziekte of beperking op weg naar hun volwassenheid", dat de Kenniskring samen met het Erasmus MC – Sophia uitvoert. Het is een begin, maar het is nog lang niet genoeg. Meer aandacht, meer onderzoek en meer betrokkenheid van verpleegkundigen is gewenst!

### ***Tips voor transitie***

In de literatuur worden talloze praktische tips gegeven voor de aanpak van transitie (zie tabel 2). Transitieplanning moet vroeg beginnen, in feite al bij de diagnose. Het belangrijkste principe hierbij is de actieve participatie, op de eerste plaats van de jongere en zijn familie. Een individuele, flexibele benadering is volgens Schidlow (2002) essentieel: het transitieplan moet realistisch zijn, aansluiten bij de mogelijkheden en wensen van de jongere. Het tijdstip van de feitelijke overstap flexibel worden vastgesteld. De transitie vindt plaats in de stormachtige periode van adolescentie waarin grote veranderingen voor de jongere en zijn omgeving plaatsvinden. Transitiezorg moet rekening houden met deze context. Jongeren hebben in deze fase niet alleen behoefte aan specialistische, maar juist ook aan primaire zorg: er moet aandacht zijn voor groei en ontwikkeling, psychische klachten, seksualiteit, gebruik van drugs en alcohol enzovoort.

De belangrijkste voorwaarde voor succes is dat jongeren vóór de overstap hun vermogen tot succesvolle zelfzorg hebben gedemonstreerd (Rosen, 2004). Dat betekent dat ze dus al in het kinderziekenhuis zelfstandig afspraken maken, zonder ouders bij zorgverleners komen, hun eigen aandoening moeten kennen en hun eigen behandeling moeten kunnen uitvoeren. Systematische voorbereiding op zelfmanagement en het checken van die competenties (met “assessment tools”, Betz 2000, 2003) is een cruciaal onderdeel van de adolescentenzorg. Jongeren die veel opgenomen worden of die in deze periode een acute verslechtering van hun gezondheid doormaken, zijn erg kwetsbaar. Het wordt dan vaak afgeraden om een transitie in zorg te organiseren (Schidlow, 2002) en bij hen is extra aandacht voor hun zelfstandigheidsontwikkeling vereist.

Transitie in zorg wordt voorbereid en gestuurd vanuit de zorgteams in het kinderziekenhuis: alleen dankzij zorgvuldige informatie-uitwisseling kan continuïteit van zorg worden gewaarborgd. Veel auteurs zijn van mening dat dit het beste kan worden gerealiseerd door gezamenlijke transitieklinieken, waar pediatrie en zorgverleners voor volwassenen samen de patiënten zien (zie Rosen, 2004). Maar dat vereist een omslag in de organisatie van de zorg: niet meer gebaseerd op specialismen, maar op leeftijdsgroepen. Andere belangrijke principes voor transitie in zorg zijn betrokkenheid van de hele familie en de sociale context van de jongeren. Net als voor kinderen moet zorg voor jongvolwassenen uitgaan van een integrale benadering, waarin aandacht wordt geschonken aan de sociale en emotionele context van het bestaan. Binnen de volwassenenzorg zouden multidisciplinaire teams net zo ingeburgerd moeten zijn als in het kinderziekenhuis.

Hoe beter de transitie naar de volwassenenzorg wordt georganiseerd, hoe meer winst er te behalen valt. Voor de jongere, die op eigen benen heeft leren staan en kan groeien in de rol van volwassenen; voor de ouders die in vertrouwen kunnen loslaten en voor de zorgverleners

die hun inspanningen voor chronisch zieke kinderen beloofd zien met een succesvolle integratie in de volwassenheid. Er is een wereld te winnen!

**Tabel 2 Praktische tips voor succesvolle transitie (naar Rosen, 2004 en Schidlow, 2002)**

Transitie is geen moment, maar een proces
Transitieplanning moet flexibel zijn en uitgaan van de mogelijkheden en wensen van de adolescent
Succes bij zelfzorg en zelfmanagement van de ziekte is een voorwaarde voor de overstap
Adequate uitwisseling van informatie tussen pediatrie en volwassenenzorg is noodzakelijk voor continuïteit van zorg
Geen succesvolle transfer zonder coördinatie. Verpleegkundigen zijn bij uitstek geschikt het proces te coördineren
Gezamenlijke transitiepoli's, waarin kinder- en volwassenenzorg samen patiënten zien dragen bij aan een naadloze overgang
De familie moet intensief bij het transitieproces worden betrokken
Transitie moet passen binnen de sociale context van de jongere en bij zijn ontwikkelingsfase
Primaire zorg, met aandacht voor de specifieke ontwikkelingscontext van de adolescentie, is net zo belangrijk als specialistische zorg
Een adequate infrastructuur voor transitie is noodzakelijk: dit impliceert multidisciplinaire zorg en integrale aandacht voor het individu

*AnneLoes van Staa* is kinderverpleegkundige en studeerde daarna geneeskunde en culturele antropologie. Sinds 2003 is zij aangesteld bij de Hogeschool Rotterdam als lector Transitie in Zorg. Daarnaast werkt zij bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (Erasmus MC). Zij bereidt een proefschrift voor over competenties en preferenties van jongeren met chronische aandoeningen in de transitiefase. Meer informatie op [www.transitiesinzorg.nl/oepigenbenen.htm](http://www.transitiesinzorg.nl/oepigenbenen.htm)

## Literatuurlijst

- Anderson et al. (2002) Transition programs in cystic fibrosis centers: perceptions en patients. *Pediatr Pulmonol.* 33 (5): 327-331.
- ASPINE studie (2003). Adolescenten met Spina Bifida; een inventariserend onderzoek naar fysieke en cognitieve stoornissen, zorgverlening en maatschappelijk functioneren en welbevinden. Rapport Revalidatiecentrum De Hoogstraat / UMC Utrecht.
- Betz, C.L. (2000) California healthy and ready to work transition health care guide: developmental guidelines for teaching health care selfcare skills to children. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 23 (4): 203-44.
- Betz, C.L. (2004) Transition of adolescents with Special Health Care Needs: Review and analysis of the literature. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 27 (3): 179-241.
- Betz, C.L., Redcay G. (2002) Lessons learned from providing transition services to adolescents with special health care needs. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 25 (2): 129-49. Review.
- Betz, C.L., G. Redcay, S. (2003) Creating Healthy Futures: an innovative nurse-managed transition clinic for adolescents and young adults with special health care needs. *Pediatr Nurs.* 29 (1): 25-30.
- Blum, R.W.M., et al. (1993) Transition from child-centred to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions: A proposition paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health* 14: 570 – 576.
- Boomsma, J. en D. van Elst-Laureijns (2002) Een protocol voor transitie. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen TvZ* 2002 (8): 65- 67.
- Cowlard, J. (2003) Cystic fibrosis: transition from paediatric to adult care. *Nurs Stand.* 18 (4): 39-41.
- Donckerwolcke R.A.M.G. en D.M.C.B. van Zeben (2002) Overdracht van zorg voor adolescenten met chronische ziekten: van kindergeneeskunde naar specialismen voor volwassenen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 146(14): 675-678.
- Fleming, E. et al. (2002) The transition of adolescents with diabetes from the children's health care service into the adult health care service: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11: 560-567.
- Flume, P.A. et al. (2001) Transition programs in cystic fibrosis centers: perceptions of pediatric and adult program directors. *Pediatr Pulmonol.* 31 (6): 443-450.
- Flume et al. (2004) Transition programs in cystic fibrosis centers: perceptions of team members. *Pediatr Pulmonol.* 37 (1): 4-7.
- Grypdonck, M. et al. (2003) Zelfmanagement van adolescenten met een chronische ziekte. Een kritische analyse van de literatuur. In: I. Jongerden en Heijnen-Kaales (red.) *State-of-the-Art Studie Verpleging en Verzorging*. Utrecht: LEVV.
- Lange, J. de, Staa, A.L. van (2003) Transitie in ziekte en zorg; op zoek naar een nieuw evenwicht. Rotterdam: Kenniskring Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam.



- Lange, J. de, Staa, A.L. van (2004) Transities in ziekte en zorg: op zoek naar een nieuw evenwicht. *Verpleegkunde* (19) 2: 142-150. Lectorale rede.
- NCFS (2002) CF-Centrum Zorg. Gespecialiseerde zorg voor patiënten met Cystic Fibrosis. Baarn: Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting.
- Prevo, A.J.H. et al. (2004) Jongvolwassenen met spina bifida; pleidooi voor een betere organisatie van de zorg. *Medisch contact* 19 (7).
- Rosen, D. S. (1995) Between two worlds: bridging the cultures of child health and adult medicine. *Journal of Adolescent Health*, 17: 10-16.
- Rosen, D. S. (2004) Transition of young people with respiratory diseases to adult health care. *Paediatric Respiratory Reviews* 5: 124-131.
- Scal, P. et al. (1999) Trends in transition from pediatric to adult health care services for young adults with chronic conditions. *Journal of Adolescent Health*, 24: 259-264.
- Schidlow, D.V. en S. Fiel (1990) Life beyond pediatrics: Transition of chronically ill adolescents from pediatric to adult health-care systems. *Medical Clinics of North America*, 74 (5): 1113-1120.
- Schidlow, D.V. (2002) Transition in cystic fibrosis: much ado about nothing? A pediatrician's view. *Pediatric Pulmonol.* 33:325-326.
- Schidlow, D.V. (1989) Growing up and getting medical care: Youth with Special Health Care Needs. Obstacles to transition from pediatric to adult health care systems. Paper for the 1989 Surgeon General's Conference.  
<http://www.ichp.edu/presentations/archivedpresentations/Transition'99/proceedings/obstacles.htm>
- Schumacher, K.L. en A.I. Meleis (1994) Transition: A central concept in nursing. *Image, Journal of Nursing Scholarship*. 26: 119-127.
- Staa, A.L. van en Latour, J. (2004) Transitie van adolescenten naar de volwassenenzorg: geen moment maar proces. Pilotstudy in Erasmus MC – Sophia. *Abstract, Congresboek 10 jaar VVKV 4 november 2004: 33-34.*
- Stam, H.J. en M.E. Roebroek (2002) Transitieonderzoek Zuidwest Nederland op stoom.  
<http://www.revalidatiegeneeskunde.nl/Onderzoek/o1cpspin.htm>
- Theunissen en Noorda (2003) Transitie. Een kwalitatief onderzoek. *Tijdschrift voor Kinderverpleegkundigen*, 2003; 9 (5): 22-25.
- Verhoeven, L. en A.L. van Staa (2000) Een soepele overstap. *Tijdschrift voor Kinderverpleegkundigen*, 2000; 4: 12-15.
- Verhoeven, L. en Staa, A.L. van (in press) "Vanzelfsprekend, maar niet vanzelf": Ervaringen van adolescenten met Cystic Fibrosis en hun ouders bij hun transitie in zorg. *Aangeboden aan Verpleegkunde*.
- Verhoeven-Wind, L. (2002) Oud en wijs genoeg. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen TvZ* 2002 (8): 62- 65.

Viner, R. (1999) Transition from paediatric to adult care. Bridging the gaps or passing the buck? *Archives of Disease in Children* (81): 271-275.