

Algemeen	
Onderwerp	Uitwerking vervolg aanpak eetstoornissen(anorexia nervosa)
Verspreiden	Nee
Contactpersoon	Rik Post
Eenheid	Beleid en Bestuur
E-mail	r.post@regiogv.nl
Kenmerk	DOC23002830
Datum	31 oktober 2023

### Voorstel

Nummer	Omschrijving
Voorstel 1.	Opdracht geven aan het netwerk eetstoornissen om jaarlijks 2 webinars en 2 combitrainingen te organiseren. Reserveren van een bedrag voor organisatiekosten.
Voorstel 2.	Bekostigen van een psychiater van Levvel voor consultatie aan Tergooi
Voorstel 3.	Bekostigen van diëtisten voor de komende 2 jaar die een cruciaal onderdeel zijn van de keten in de behandeling van eetstoornissen als anorexia.
Voorstel 4.	Instemmen met de totale jaarlijkse kosten van €67.500 (voorstel 1-3). Deze jaarlijkse kosten verdelen op basis van inwoneraantal. Aangezien dit nog geen structurele kosten betreft wordt voorgesteld dit via facturen aan de gemeenten te verrekenen. De aanbieders factureren bij de Regio

### Behandeling

Datum	Overleg	Doel	Conclusie
31-10-23	Ambtelijk overleg	Adviseren	Akkoord, Advies om niet 2 scenario,s voor bekostiging voor te leggen maar uit te gaan van de beter passende variant van 67.500
16-11-22	Directieoverleg	Adviseren	
21-11-23	Uitvoeringsoverleg	Kennisnemen	
23-11-23	Portefeuillehoudersoverleg	Vaststellen	

### Toelichting

#### Beknopte toelichting

In juni 2022 heeft het PFHO goedkeuring gegeven aan de inhoudelijke en financiële invulling door het netwerk eetstoornissen (Tergooi, Levvel en vrijgevestigde psychologen en diëtisten) om knelpunten voor gezinnen met kinderen die kampen met eetstoornissen (anorexia) in 2022 en 2023 aan te pakken. Afsproken is toen om na de zomer van 2023 te komen met een voorstel of en hoe dit structureel verder moet in 2024 en daarna. Dit betreft uitgevoerde activiteiten als webinars voor ouders, leerkrachten en artsen, combitraining van ouders en consultatie van een psychiater door kinderartsen en psychologen van Tergooi. De activiteiten zijn merendeels succesvol gebleken maar de manier waarop e.e.a. georganiseerd is en wordt afgerekend is blijkt niet helpend. Ook ontbrak tot nu toe een passende bijdrage voor de diëtisten in de behandeling anorexia.

In dit voorstel daarom een uitwerking hoe in 2024 en 2025 verder te gaan.

1. **Opdracht geven aan het netwerk eetstoornissen om jaarlijks 2 webinars en 2 combitrainingen te organiseren. Reserveren van een bedrag voor organisatiekosten.**
2. **Bekostigen van een psychiater van Levvel voor consultatie aan Tergooi**
3. **Bekostigen van diëtisten voor de komende 2 jaar die een cruciaal onderdeel zijn van de keten in de behandeling van eetstoornissen als anorexia.**
4. **Instemmen met de totale jaarlijkse kosten van €67.500 (voorstel 1-3). Deze jaarlijkse kosten verdelen op basis van inwoneraantal. Aangezien dit nog geen structurele kosten betreft wordt voorgesteld dit via facturen aan de gemeenten te verrekenen. De aanbieders factureren bij de Regio**

### **Kernboodschap**

Het is belangrijk om de preventieve activiteiten van het netwerk eetstoornissen in iets aangepaste vorm voort te zetten omdat eetstoornisproblematiek bij kinderen en jongeren complex kan zijn en samenwerking tussen meerdere partijen vereist. Deze samenwerking is van belang om de problematiek, die zich vaak voordoet in combinatie met andere (psychische) aandoeningen, vroeg te herkennen, adequaat te behandelen en te begeleiden en om hierin steeds beter te worden. Dit met het doel dat vaker voorkomen kan worden dat jongeren ernstig ziek worden en gebruik moeten maken van de schaars beschikbare en dure specialistische zorg. Het netwerk is verder gericht op het verzamelen, delen, verspreiden en monitoren van kennis over eetstoornissen, al dan niet in combinatie met andere problematiek.

Het netwerk eetstoornissen Gooi de regio wordt gevormd door organisaties als Levvel en Tergooi en gespecialiseerde vrijgevestigde psychologen /pedagogen en diëtisten met als doel:  
*Eerdere herkenning van hun probleem, beter begrip en effectievere behandeling. Vroegtijdig herkennen en behandelen leidt namelijk tot minder lijden, minder maatschappelijke kosten en minder ernstig zieke kinderen en jongeren.*

Daarvoor worden enkele malen per jaar bijeenkomsten voor kennisuitwisseling en deskundigheidsbevordering georganiseerd en wordt op client/behandelniveau ook kennis gedeeld.

Hierdoor:

- Krijgen kinderen en jongeren een betere en snellere verwijzing in de buurt*
- is er een overzicht van het behandelaanbod in de regio*
- kunnen professionals en ook anderen eetproblemen vroeger en beter herkennen*
- is er meer aandacht voor co-morbiditeit*
- is er een aanzet om eetstoornissen beter bespreekbaar te maken (destigmatisering)*

### **Aanleiding**

In juni 2022 heeft het PFHO goedkeuring gegeven aan de inhoudelijke en financiële invulling door het netwerk eetstoornissen (Tergooi, Levvel en vrijgevestigde psychologen en diëtisten) om knelpunten voor gezinnen met kinderen die kampen met eetstoornissen in 2022 en 2023 aan te pakken. Afsproken is toen om na de zomer van 2023 te komen met een voorstel of en hoe deze preventieve aanpak eetstoornissen verder moet in 2024. Dit betreft webinars voor ouders leerkrachten en artsen, combitraining van ouders en consultatie van een psychiater door kinderartsen en psychologen van Tergooi. (ongeveer 100 patiënten per jaar. De schatting is dat er ongeveer 250 cliënten <18 zijn met anorexia en boulimia nervosa in onze regio op basis van prevalentiecijfers) De activiteiten zijn merendeels succesvol gebleken maar de manier waarop het aantal en de organisatie van bijeenkomsten en de financiering georganiseerd is blijkt niet helpend. Er zijn ondanks de landelijke groei na de corona<sup>1</sup> momenteel minder knelpunten bij eetstoornissen maar dat

<sup>1</sup> In Nederland lijden niet alleen meer jonge mensen aan eetstoornissen dan vóór de coronacrisis. Ook de problematiek is ernstiger geworden, waardoor bijvoorbeeld dwangvoeding vaker wordt toegepast. Daarvoor waarschuwen experts hoewel concrete landelijke cijfers ontbreken. Kinderarts Annemarie van Bellegem, en Károly Illy, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), houden rekening met zeker 200.000 mensen die een eetstoornis hebben en schatten in dat het aantal jonge eetstoornispatiënten ten opzichte van vóór de coronacrisis is verdubbeld. Van Bellegem ziet vanaf het najaar van 2020 een toename van het aantal kinderen en jongeren met eetstoornissen dat behandeld werd in haar ziekenhuis. 27 mei 2022 [Nu.nl](https://www.nu.nl).

kan/zal nog niet geheel het gevolg zijn van het ingezette meer preventieve beleid. En nog steeds zijn er moeilijk op te lossen situaties met ernstige zieke cliënten met eetproblematiek. Maar in een netwerk kan je elkaar ook dan makkelijker vinden. In dit voorstel daarom een uitwerking hoe in 2024 verder te gaan met eetstoornissen en het netwerk en noodzakelijke aanvullende ondersteuning via diëtisten toe te voegen. Er is meer aandacht nodig voor de functie van diëtisten in de behandeling. Zij zijn heel belangrijk in de behandeling maar de bekostiging van de ZvW is met 3 behandelingen volstrekt onvoldoende. Ook de Jeugdwet biedt helaas onvoldoende mogelijkheden. Voorgesteld wordt om dit gat in 2024 en 2025 vanuit jeugdwet middelen te bekostigen en te onderzoeken of juist dit overgangsg gebied tussen twee wetten binnen de afspraken IZA gedekt kan worden.

## **Doel**

Met de bekostiging in 2022 en 2023 werden de volgende doelen nagestreefd:

- Ouders en professionals herkennen eerder signalen van een eetstoornis en zoeken eerder hulp.
- Ouders krijgen eerder begeleiding met als doel in de vroege fase de eetstoornis proberen om te buigen naar een gezonde situatie
- Verbetering van de zorg van kinderen met een eetstoornis in de eerste en tweede lijn d.m.v. een training aan ouders, waarbij de tweedelijnszorg wordt ontlast en onnodige doorverwijzingen naar derdelijnszorg wordt voorkomen.

Uit de evaluaties (bijlage) blijkt dat met de ingezette instrumenten deze doelen behaald worden en dat het nodig blijft om dit te herhalen. Ook is de verbinding met het Noord Hollandse kennisnetwerk rond eetstoornissen gemaakt wat gekoppeld is aan de landelijke Ketenaanpak Eetstoornissen (K-EET). Dit met name voor de meer complexe eetstoornissen.

## **Argumenten**

### **Ad. 1**

Uit de evaluaties (zie bijlage) blijkt dat de webinars en de combitraining gewaardeerd worden en als zeer ondersteunend ervaren worden door deelnemers. Levvel geeft echter te kennen dat zij onvoldoende expertise in het organiseren van webinars voor een breed publiek als aanbieder van gespecialiseerde SGGZ. Ook het bereiken van de juiste doelgroepen is lastig en zij beschikken niet over het juiste netwerk. Dat heeft daarom extra veel tijd gekost en zou efficiënter belegd kunnen worden. Voor de combicursus geldt dat iets minder maar ook daar speelt dat. Bovendien moesten deelnemers=ouders in het facturatiesysteem ingeschreven om de uren van de Psychologen te kunnen factureren via DLP. Daar is het systeem niet op gemaakt om ouders (waarvan de kinderen) niet in behandeling zijn bij Levvel in te schrijven. Het DLPfacturatiesysteem is überhaupt niet gemaakt en geschikt om preventieve activiteiten te kunnen factureren. Een lumpsum voor de activiteit is daarom meer geschikt. De verschillende deelnemers in het netwerk die gezamenlijk activiteiten als webinar en oudertraining verzorgen moeten dat bij de Regio kunnen factureren. Bij de GGD hebben ze de expertise en zijn ze gewend om webinars voor ouders te organiseren. Ook meerdaagse cursussen. Aangezien zij meer aan de preventieve kant opereren hebben zij ook de contacten met scholen en verwijzers. Zij kunnen het netwerk hierbij ondersteunen. Aan de webinars en ouders cursussen doen inwoners en leraren en huisartsen/POH uit alle gemeenten mee. De kosten worden daarom op basis van het aantal inwoners over de gemeenten verdeeld. En wordt via de begroting van de Regio verwerkt. Er is ook een bedrag nodig om een projectleider/organisator te bekostigen. Dit is deels uit de oudercursus onttrokken (omdat in het afgesproken tarief overhead verwerkt was waaruit dat mogelijk is) en deels extra tov vorige begroting. Daarmee kan dit m.n. organisatorisch knelpunt verholpen worden.

### **Ad.2**

Het is van belang dat deze uren niet via DLP verlopen omdat het niet aan 1 client is toe te schrijven. Het betreft 2 wekelijkse consultatie op locatie waarbij steeds meerdere cliënten besproken kunnen worden. Levvel kan 1 x per jaar een factuur voor deze consultatie indienen bij de Regio. Door deze consultatie voelen de kinderartsen en psychologen van Tergooi zich ondersteund om hun werk, wat grotendeels hun reguliere taken via ZvW overstijgt, voor deze gezinnen voort te zetten. Een deel van de jongeren gaat nu volgens de kinderartsen van Tergooi niet naar ambulante behandeling wat €10.000 per client bespaart. Een jongere die niet opgenomen moet worden in kliniek bij Levvel bespaart binnen een half jaar al gauw €60- 90.000. En ook als een jongere juist sneller opgenomen kan worden op basis van consultatie blijkt dat kostenbesparend.

### **Ad.3**

3 uur diëtistische zorg voor behandeling van kinderen en jeugdigen met Anorexia Nervosa is niet voldoende:

- Geen continuïteit van zorg waardoor herstart en meer kans op terugval  
De eerstelijns diëtist heeft onvoldoende tijd om de behandeling goed uit te voeren en/of af te ronden. De dieetbehandeling stopt vroegtijdig na drie uur, terwijl de behandeldoelen niet zijn behaald. Er is geen sprake van een goede follow-up van zorg, terwijl dat juist bij kinderen en jeugdigen met Anorexia Nervosa zo belangrijk is. Er is meer kans op terugval. Niet bij iedereen vindt weer herstart behandeling plaats in het nieuwe jaar.
- Er is goede afstemming nodig met gezin, sociaal systeem, hulpverleners (kinderartsen, psychologen). Dit is tijdrovend maar een absolute must voor een optimale behandeling.
- Ongewenste overname regie dieetzorg door andere zorgprofessionals. Andere (dure) zorgverleners nemen de dieetbehandeling uit nood deels over, zoals de kinderarts of de orthopedagoog of psycholoog van een zogenoemd multidisciplinair eetteam, dat complexe voedings- en gedragsproblematiek behandelt. De diëtist maak wel deel uit van zo'n team maar haar specifieke deskundigheid kan niet volledig worden benut door de beperkte vergoeding (Multidisciplinaire eerstelijns eetteams begeleiden kinderen met eetproblemen. Deze zijn goedkoper dan eetteams in ziekenhuizen en begeleiden kinderen vanuit hun thuissetting en niet vanuit een klinische setting).
- Door steeds kortere opname in het ziekenhuis, wordt een kind of jeugdige met Anorexia Nervosa sneller overgedragen naar een eerstelijns diëtist. Die krijgt hierdoor kinderen met complexere problematiek in behandeling. Dit zorgt voor dilemma's vanwege de korte behandeltijd. Een aantal gespecialiseerde diëtisten uit het netwerk aanvullend bekostigen is dus belangrijk om de zorgverlening op een goed niveau te krijgen.

#### Ad.4

Dit betreft niet direct allemaal extra kosten. Een deel van deze kosten is afgelopen jaren ook al gedekt/gemaakt via de maatwerkgeden. Door deze collectieve preventieve aanpak worden er kosten bespaard op niet te maken uitgaven via individueel maatwerk. De 10000 organisatiekosten/netwerk zijn deels bedoeld om de cursussen en webinars te kunnen organiseren en deelnemers te werven. Dit ontbrak de afgelopen 2 jaar en gaf veel onnodig gedoe. Naast alle kostenbesparingen voorkomen we ook ernstiger afglijden en lastigere langdurigere behandelingen van een aantal jongeren. Het is in principe mogelijk om niet alle activiteiten 1-3 te bekostigen. Echter voor de samenhang en samenwerking in het netwerk en de kwaliteit en voortgang van de behandeling is dat niet verstandig. De kosten voor het houden van noodzakelijke netwerk bijeenkomsten, gezamenlijke bijscholing en supervisie nieuwe behandelaren zijn nu overigens ook in begroting opgenomen. Het bedrag voor diëtiëk is in overleg met diëtisten begroot. Hiermee is een kleine maar realistische invulling van de pilot mogelijk. Om de kosten laag te houden betreft dit enkel kosten voor trajecten die niet gedekt zijn via AV en ook niet door ouders (deels) zelf bekostigd kunnen worden.

#### Kanttekeningen

- DE RVE GGD is vanwege de reorganisatie nog niet in staat een nieuwe taak als dit type webinars en oudercursussen volledig op te pakken maar wil wel ondersteunen. De discussie over de verdere ontwikkeling van de collectieve zorg loopt nog. En er wordt nog gewerkt aan een goede ruimte voor webinars. De GGD vindt het interessant om mee te nemen in het vormgeven van de preventie infrastructuur.
- Door het geld aan de uitvoerder (levvel) te geven en niet aan de vragende/ontvangende Partij(Tergooi kinderartsen en psychologen) heeft deze (gebruiker) misschien te weinig invloed op wat nodig is. Bovendien zou de consultatie na 2 jaar vanwege de inmiddels verworven kennis misschien ook met minder uren toe kunnen?
- Diëtiëk valt niet onder de jeugdwet maar onder de ZvW en die moet dus meer doen. Echter de vergoeding van eetstoornissen in de ZvW gaat meer uit van advies bij overgewicht en Anorexia nervosa is een Psychiatrisch ziektebeeld wat onder de jeugdwet valt. Diëtiëk is een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling Anorexia en boulimia nervosa. Binnen de IZA zou nadrukkelijk naar dit soort grenszorg tussen 2 financieringsdomeinen gekeken moeten worden. De bedoeling is ook om te kijken hoe met de resultaten van deze 2 jarige pilot de Zorgverzekeraar overtuigd kan worden van het nut van (co) financiering.
- Deze 67.500 euro zijn belangrijk voor de voortzetting van de preventieve activiteiten. Ook de diëtiëk pilot wordt minimaal vormgegeven. Behandeling van eetstoornissen is zeer intensief en als therapeuten het al willen doen hebben zij begeleiding nodig en willen zij dit maar een deel van hun werkuren doen. In het netwerk ondersteunen ervaren en beginnende professionals elkaar. De resultaten van netwerken en preventieactiviteiten zijn niet makkelijk te meten. Maar de deelnemers

zijn enthousiast en zijn van mening dat de problematiek op deze manier behandelbaar en hanteerbaar is geworden.

## Financiën

Het totaal benodigde bedrag is 67.500.

Afgelopen 2 jaren was de bekostiging 20.000 euro Spuk GGZ, 20.000 euro toezegging PFHO juni 2021. Hiermee konden projectleiding en ontwikkelkosten gedekt en de webinars en consultatie van Psychiater. De Combitraining is voorheen bekostigd via maatwerkgelden na accordering in DLP door gemeente. De bekostiging wijzigt met name qua vormgeving om die meer te laten aansluiten op de activiteiten die niet gekoppeld zijn aan individuele personen.

webinar	2	5000
combitraining	2	22500
consultatie Tergooi		15000
Dietisten		15.000
Organisatiekosten/netwerk		10.000
Totaal		67.500

## Verdeling over gemeenten

	inwoners	Percentage*
Blaricum	11952	5,1
Gooise Meren	58524	24,7
Hilversum	91786	38,9
Huizen	40961	17,4
Laren	11398	4,8
Wijdmeren	21471	9,1
Totaal	236092	100

67.500

\*Indicatief. Precieze percentages en bedragen volgen in factuur.

## Uitvoering

## Bijlage

### 1 Evaluatie consultatie

### 2 Evaluatie oudercursus.

### 3 Opzet aanvulling dietiek

### 4 Interview K-eet met 2 deelnemers regionaal verbonden netwerken waaronder G&V



## Regionaal aanbod eetstoornissen

### *Consultatie in Tergooi door kinderpsychiater Levvel*

#### **Tussentijdse evaluatie d.d. 16 augustus 2023**

In het verbeterplan voor de aanpak van eetstoornissen in Gooi- en Vechtstreek is naast een webinar voor verwijzers en een training voor ouders, ook de mogelijkheid opgenomen van een psychiatrisch consult door de kinderpsychiater van Levvel in het Tergooi Ziekenhuis. Deze consultaties vinden plaats zonder dat Levvel de psychologische begeleiding overneemt. In deze tussentijdse evaluatie wordt beschreven hoe de consultaties zijn ingericht en wat er te melden valt over de resultaten.

#### **Organisatie van de consulten**

De consultaties zijn van start gegaan in februari 2022. Eenmaal per 2-4 weken komt de kinder- en jeugdpsychiater op de maandagmiddag in totaal 1 dagdeel naar Tergooi voor consultaties. Daarnaast is er een telefonisch consultmogelijkheid ingericht.

Een consultatiemiddag start met een MDO om de meest complexe patiënten te bespreken, vervolgens een terugkoppeling te krijgen van resultaten van eerdere consulten en tijd te hebben voor educatie over en weer (kinderartsen/aios/kinderpsychologen). Na het bespreken van (nieuwe) patiënten vinden er controles plaats.

Aantal: per consult worden er meestal 5 patiënten in een MDO besproken.

Leeftijd: rond de 14 jaar, de meeste patiënten zijn pubers met eetstoornissen.

Typering van de patiënten: de redenen van het consult zijn veelal gelegen in twijfel over co-morbiditeit.

Maar ook twijfel over de mate van somberheid – is die passend bij de eetstoornis of niet. Soms heeft de consultatie betrekking op de medicatie (aanpassen of starten), en vrijwel altijd komt het thema communicatie tussen patiënt en arts aan bod, gericht op elkaar beter leren begrijpen.

De consultatie heeft altijd als doel om de behandeling beter passend te maken bij de patiënt.

Thema's die uit het consult voortkomen zijn o.a. twijfel of de patiënt op de goede plek zit, een zorgkader

dat niet helemaal in orde is, hoe om te gaan met patiënten die niet gemotiveerd zijn of zijn afgehaakt bij de behandeling (wat zorgelijk is).

Het betekent soms dat een patiënt eerder bij Levvel wordt opgenomen om de behandeling zo snel mogelijk te starten. Voor andere patiënten geldt dat de behandeling poliklinisch voortgezet kan worden wat anders niet gelukt zou zijn. Deze patiënten gaan dan terug naar de eerste lijns behandelaren. En daarmee is verwijzing naar Levvel voorkomen.

#### **Rode draden in de resultaten tot nu toe**

Als belangrijk resultaat van de werkwijze wordt genoemd: het voorkomen van de doorverwijzing naar de 3e lijn. Sommige patiënten worden wel doorverwezen, c.q. op de wachtlijst geplaatst. Dat kan overigens betekenen dat een deel hiervan uiteindelijk niet bij Levvel of Rintveld terecht komt. Als je er vroeg bij bent en de behandeling aanslaat wordt dit voorkomen. Het adagium bij eetstoornissen blijft: hoe eerder hoe

beter!

Kinderartsen en psychiater concluderen dat de consultatie absoluut toegevoegde waarde heeft: anders waren deze patiënten eerder verwezen naar de 3<sup>e</sup> lijn.

Deze werkwijze levert snelheid in de behandeling op – hiermee worden kinderen eerder op de goede manier geholpen. Patiënten die alleen op een wachtlijst staan worden over het algemeen slechter. Zeker als er sprake is van een wachttijd van 6 tot 9 maanden. Door de samenwerking wordt de behandeling beter op de rit gezet en patiënten gaan in een minder slechte toestand naar behandelaren. Ook de psychologen in het ziekenhuis zijn met de adviezen beter in staat een eerste start te maken met de behandeling.

Nog te verbeteren: in het ziekenhuis wordt gesteld dat er nog meer collega's gebruik kunnen maken van de mogelijkheid van consultatie door de psychiater van Levvel, zeker als het gaat over de AIO's. .

### **Tot slot**

Vanaf augustus gaan de betrokken kinderartsen en psychiater een vast format gebruiken om de casuïstiek die in de consultatie aan de orde komt, te registreren. Op basis daarvan is het mogelijk om over een half jaar een analyse te maken van de casussen en de resultaten die zijn bereikt met deze werkwijze.

## **Oudertraining eetstoornis in de regio 2022-2023**

### **Evaluatie van de trainers (J. Vanstaen en M. Mos)**

Ten tijde van de start van de oudertraining zagen wij ouders in crisis en met sterke gevoelens van angst en paniek, veel onbegrip en machteloosheid ten aanzien van hoe het met hun kind ging. Ouders ervoeren weinig regie in hun ouderschap en duidelijk was dat er bij allen sprake was van een verstoorde verhouding in draagkracht-draaglast.

In korte tijd hebben ouders veel informatie gekregen over verschillende eetstoornissen en de behandeling en het herstel ervan. Vooraf hebben we de vragen van ouders geïnventariseerd en hier ons programma op afgestemd. Ouders hadden vragen over kennis, communicatie, emotie, houding en handelen. Alles is aan de orde gekomen. Meer begrip en zicht op wat een eetstoornis inhoudt, gaf enkele ouders direct verlichting van stress en angst. De erkenning van de complexiteit van de ziekte was voor ouders belangrijk om te horen en zich te beseffen. Dit in combinatie met toegenomen inzicht dat zij als ouders een belangrijke rol spelen in het herstelproces van hun kind gaf hoop en zorgde voor afname van de machteloosheid. Het was empowerend voor ouders om het gevoel terug te krijgen zelf iets te kunnen doen wat betekenisvol en nodig is. De aandacht voor het thema 'zelfzorg' om het beter vol te kunnen houden is goed overgekomen bij ouders. Ouders kregen als het ware 'toestemming' om goed voor zichzelf te zorgen (in balans raken ten aanzien van zorg- en werktaken, anderen inlichten over hoe moeilijk ouders het thuis hebben, support vragen etc).

Bij aanvang dachten ouders wat sceptisch over het onderdeel van geweldloos verzet, maar naarmate de training vorderde, vielen de puzzelstukjes in elkaar en was er bij alle ouders de sterke overtuiging dat het een zeer waardevolle bijdrage was voor hun ouderschap. Wat ouders met name bij is gebleven is:

- Jezelf kalmeren is nodig om te de-escaleren
- Het ijzer smeden als het koud is
- Je hebt geen controle over de ander, alleen over jezelf
- Het is belangrijk om grenzen te stellen
- Het kind zien achter de eetstoornis
- De relatie met je kind voeden met liefdevolle aandacht

Ten aanzien van het groepsproces kwam er vanaf de 5e sessie meer verbinding en in de 6e bijeenkomst hebben alle ouders (naar aanleiding van de opdracht om een kaartje met een spreuk uit te kiezen van het kaartendeck Verbindend Gezag) zich zeer kwetsbaar en open opgesteld waar steunend op werd gereageerd. Het gaf onderling veel (h)erkenning en nam de druk van de ketel weg. Emoties werden tijdens de bijeenkomst gereguleerd en ouders werden omwikkeld door elkaars ondersteunende woorden.

Hieronder een greep uit wat ouders in de laatste bijeenkomst hebben opgemerkt over de oudertraining:

- Ik begrijp dat mijn behoefte aan controle niet helpend is voor de ontwikkeling van mijn dochter.
- Ik heb vertrouwen dat het goed komt, het gaat nog een hele tijd duren maar we maken kleine stapjes de goede richting op.
- Ik heb met mij man gereflecteerd over wat ons is overkomen en gelukkig hebben we het gezien wat er aan de hand was, we waren er op tijd bij en het vraagt nog een lang herstel. Dat kunnen wij aan samen.
- Ik wil aan mijn dochter meegeven dat boosheid en verdriet er ook mag zijn, zij hoeft niet de lieve dochter te spelen.
- Ik heb moeite om mijn geduld te bewaren en ik heb me voorgenomen om me rustig te houden ondanks dat mijn dochter de grenzen over gegaan is en het was heel moeilijk maar het is me gelukt. Ik ben er trots op.
- Mijn man is meer aanwezig geworden in het leven van mijn kind en ik oefen minder dwang en controle uit op mijn dochter. We 'levvelen' nu meer. Hierdoor zijn de ouder-kind relaties verbeterd en voelen we ons allemaal minder alleen.
- De moeilijke momenten zorgen nu voor verbinding in plaats van het gevoel van afstand en uit elkaar groeien, zo hebben wij als gezin afgesproken 's avonds de dag samen goed af te sluiten zodat lastige situaties op de dag niet doorsijpelen naar de volgende dag.
- Alle goede dingen om te doen die we eerder in de tijd al hadden geleerd of opgedaan kwamen samen in het geweldloos verzet.

Verbeterpunten/ideeën:

Koffie/thee in de gang laten staan zodat ouders een moment hebben om ook informeel een en ander met elkaar uit te wisselen. De opdracht om een aankondiging aan jezelf te schrijven tijdens de bijeenkomst doen, als huiswerkopdracht was de drempel te groot.

***Concluderend denken wij dat de training bijdraagt aan de-escalatie en het creëren van een gezinsomgeving waarbinnen ouders zich op kalme, liefdevolle wijze leren verzetten tegen het ziektegedrag. De meeste ouders rapporteren aan het eind van de training duidelijk meer inzicht in de fase van de eetstoornis waarin hun kind zich bevindt, de stapjes die hun kind aan het maken is en stemmen hun handelen daar beter op af. Kans op crises en verslechtering in de periode van nog niet op de juiste hulpverleningsplek zijn, neemt daarmee af. Bovendien kan er in een startend hulpverleningstraject tijd gewonnen worden, doordat ouders nu al veel beter begrijpen wat de rationale van de behandeling is en zij de 'taal' van geweldloos verzet hebben leren spreken.***

**Eerste opzet aanvraag vergoeding diëtiëk behandeling Anorexia binnen de jeugdwet.**

In Nederland lijden niet alleen méér kinderen en jeugdigen aan eetstoornissen dan vóór de coronacrisis, ook de problematiek is ernstiger geworden. Vanaf het najaar van 2020 zagen kinderarts Annemarie van Bellegem, en Károly Illy, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) een verdubbeling van het aantal jonge eetstoornispatiënten ten opzichte van vóór de coronacrisis. Ditzelfde lijkt ook het geval in regio Gooi en Vechtstreek.

Kinderen en jeugdigen met de eetstoornis Anorexia Nervosa zijn kwetsbaar. Zij verdienen een optimale dieetbehandeling om te kunnen opgroeien tot gezonde volwassenen. Met maar 3 uur vergoeding diëtistische zorg uit de basisverzekering is dit helaas niet mogelijk. De eerstelijns (kinder)dietist heeft niet

genoeg tijd om de behandeling goed uit te voeren. Terwijl er juist bij deze kinderen en jeugdigen zoveel winst te behalen is. Jongeren in de acute fase van eetstoornis Anorexia Nervosa staan vaak op een wachtlijst voor behandeling in een kliniek voor eetstoornissen. Ter overbrugging is de eerstelijns diëtist nodig om verslechtering van de voedingstoestand door verder gewichtsverlies te voorkomen. Dit voorkomt een (dure) ziekenhuisopname. Ook voor de nazorg na een ziekenhuisopname of eetstoorniskliniek worden kinderen en jeugdigen met Anorexia Nervosa vaak naar de eerstelijnsdiëtist verwezen om terugval te voorkomen. Bovendien stoten ziekenhuizen steeds vaker de polikliniek diëtetik af en het kind wordt overgedragen aan de eerstelijns diëtist. Naast de behandeling en coaching van het kind is het noodzakelijk om ouders/verzorgers te betrekken bij de dieetbehandeling (systeembenadering).

### **Waarom is 3 uur diëtistische zorg voor behandeling van kinderen en jeugdigen met Anorexia Nervosa niet voldoende?**

- Geen continuïteit van zorg waardoor herstart en meer kans op terugval De eerstelijns diëtist heeft onvoldoende tijd om de behandeling goed uit te voeren en/of af te ronden. De dieetbehandeling stopt vroegtijdig na drie uur, terwijl de behandeldoelen niet zijn behaald. Er is geen sprake van een goede follow-up van zorg, terwijl dat juist bij kinderen en jeugdigen met Anorexia Nervosa zo belangrijk is. Er is meer kans op terugval. Niet bij iedereen vindt weer herstart behandeling plaats in het nieuwe jaar.
  - Er is goede afstemming nodig met gezin, sociaal systeem, hulpverleners (kinderartsen, psychologen). Dit is tijdrovend maar een absolute must voor een optimale behandeling.
  - Ongewenste overname regie dieetzorg door andere zorgprofessionals Andere (dure) zorgverleners nemen de dieetbehandeling uit nood deels over, zoals de kinderarts of de orthopedagoog of psycholoog van een zogenoemd multidisciplinair eetteam, dat complexe voedings- en gedragsproblematiek behandelt. De diëtist maak wel deel uit van zo'n team maar haar specifieke deskundigheid kan niet volledig worden benut door de beperkte vergoeding (Multidisciplinaire eerstelijns eetteams begeleiden kinderen met eetproblemen. Deze zijn goedkoper dan eetteams in ziekenhuizen en begeleiden kinderen vanuit hun thuissetting en niet vanuit een klinische setting).
  - Door steeds kortere opname in het ziekenhuis, wordt een kind of jeugdige met Anorexia Nervosa sneller overgedragen naar een eerstelijns diëtist. Die krijgt hierdoor kinderen met complexere problematiek in behandeling. Dit zorgt voor dilemma's vanwege de korte behandelingsduur.

### **Waarom is eerstelijns diëtistische zorg voor kinderen en jeugdigen met Anorexia Nervosa belangrijk?**

- Dieetinterventie in de eerste lijn is effectiever en goedkoper dan in de tweede lijn. Voordelen om kinderen en jeugdigen in de thuissetting te laten herstellen van hun eetstoornis zijn: het voorkomt dat deze patiëntengroep "hospitaliseert", de thuissituatie is rustgevend en positief voor het herstel van kinderen en jeugdigen (en hun ouders) met Anorexia Nervosa.
- Ouders willen dieetzorg graag dichtbij huis. De dieetzorg is daardoor makkelijker, toegankelijker, goedkoper, toegespitst op de specifieke vraag van de cliënt en kostenbesparend vanwege het niet aanwezig hoeven zijn van alle faciliteiten van een ziekenhuis. Dit zorgt tevens voor een toename van tevredenheid onder cliënten.

### **Hoeveel eerstelijns diëtistische zorg voor kinderen en jeugdigen (onder 18 jaar) met Anorexia Nervosa is per jaar nodig?**

1. Acute fase (6 weken):  
Intake en advies en 1 uur begeleiding per week: 9 uur
2. Pre-herstel fase (8 weken):  
Om de week afspraak: 1 uur 4 uur
3. Herstelfase (24 weken):  
Om de 3 weken afspraak: 1 uur 8 uur
4. Stabilisatiefase (14 weken):  
Iedere 4 weken afspraak: 1 uur 4 uur

Uurtarief van een eerstelijnsdiëtist: 85 euro

### **Welke zorg biedt de eerstelijns-diëtist aan kinderen en jeugdigen (onder 18 jaar) met Anorexia Nervosa?**

- Contacturen patiëntenzorg: fysiek in praktijk, telefonisch, via app of mail;
- Contacturen met ouders van cliënt: fysiek, telefonisch, via app of mail;

- Individueel overleg met andere zorgprofessionals die bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn;
- MDO (multi-disciplinair overleg) met zorgprofessionals die bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn;
- Aanvraag van medische drink- of sondevoeding;
- Opstellen, berekenen en bijstellen van voedingsadviezen passend bij iedere fase van de behandeling van Anorexia Nervosa;

Uit bovenstaande onderbouwing blijkt dat 25 uur eerstelijns diëtistische zorg per jaar voor een kind of jeugdige met Anorexia Nervosa noodzakelijk is. Er wordt 3 uur uit de basisverzekering vergoed dus een aanvulling van 22 uur x 85 euro per kind/jeugdige met Anorexia Nervosa zou welkom zijn.

**Katja Andreae, Debbie Smiet, Fiona Veenendaal en Corinne van Acht – eerstelijns (kinder)diëtisten**

NB Er wordt momenteel door de diëtisten nog een nadere uitwerking gemaakt hoe de pilot eruit komt te zien. Waarbij duidelijk is dat dit aantal uren weliswaar noodzakelijk wordt geacht maar dat we voor de pilot graag meer cliënten ( 5 per diëtist) willen bedienen en er ook ouders zijn die aanvullend verzekerd zijn (=2-4 uur extra vergoeding) dan wel deze kosten zelf kunnen betalen en dat de gemeente dat niet wil overnemen. Het betreft dus enkel ouders met een inkomen onder modaal en iets daar boven. En het aantal behandelingen en/of uurtarief zal tevens omlaag gebracht worden. Ook een mogelijkheid is het werken met halve uren of 45 minuten. De resultaten moeten op zijn laatst midden 2025 input leveren voor het gesprek met de Zorgverzekeraar maar liever al eerder.

Bijlage 4



### **Behandelteam Eetstoornissen rondom patiënten en hun naasten: samenwerken in een netwerk ondanks verschillende werkgevers**

Samenwerken tussen zorgprofessionals in een regionaal netwerk, het gebeurt op steeds meer plaatsen in Nederland. Met als doel: de zorg voor kinderen en jongeren met een eetstoornis en hun naasten te verbeteren. K-EET sprak met twee zorgprofessionals die actief zijn in regionale netwerken. Met Marinda Koopmans (kinder- en jeugdpsychiater) in de regio Noord Holland Noord en met Jacqueline Vanstaen (klinisch psycholoog/psychotherapeut) in de regio 't Gooi. Betere afstemming, minder ruis, minder het gevoel de zorg voor vaak complexe zorg alleen te moeten leveren en het belangrijkste: meer tevredenheid bij patiënten en hun naasten.

#### **Tips en trucs uit deze regio's?**

1. Neem de patiënt, ouders en eventuele ervaringsdeskundige ondersteuner serieus. Werk met hen samen bij het opstellen en evalueren van doelen en afspraken.

2. Deel nieuwe aanmeldingen direct met elkaar en vraag hiervoor toestemming aan de patiënt. Overleg met de patiënt wat je wel en niet deelt.
3. Leg bij ruis, vragen of zorgen snel contact met elkaar en reageer snel. Maak gebruik van een beveiligd communicatiemiddel, bijvoorbeeld de Siilo-app (per patiënt een nieuwe groep) of beveiligde mail.
4. Wees helder over ieders taak en respecteer elkaars expertise, maak hier duidelijke afspraken over en spreek elkaar ook aan als de verwachtingen toch anders blijken te liggen.
5. Spreek dezelfde taal met elkaar en met patiënten. Maak niet alleen afspraken over de concrete taal die je samen bezigt (praat je over gewichtstoe- en afname of over het exacte gewicht), maar ook over de toon die je hanteert.

## **Samenwerking zorgprofessionals in 't Gooi voor kinderen en jongeren met een eetstoornis**

*'We zagen elkaar eerst fysiek maar werken nu vooral met de Siilo-app'*

In de regio 't Gooi wordt in een netwerk gewerkt aan de verbetering van de zorg voor kinderen en jongeren met een eetstoornis. 'De kinderarts was initiatiefnemer van ons overleg. Er was voor de patiëntengroep met eetstoornissen behoefte aan psychische zorg naast medische. Jacqueline Vanstaen, klinisch psycholoog/psychotherapeut, al vanaf het prille begin betrokken bij het netwerk: 'We zijn eerst een aantal keer fysiek bij elkaar gekomen. Inmiddels werken we via de Siilo-app in een netwerk met kinderartsen uit het Ter Gooi ziekenhuis, met zelfstandig gevestigde GZ-psychologen en een diëtiste, gespecialiseerd in eetstoornissen.'

### **In het begin hebben we ook vaak fysiek overleg gehad**

Over hoe het netwerk werkt, zegt Jacqueline: 'Standaard als een patiënt wordt aangemeld bij een van de partijen, worden anderen direct geïnformeerd. Een patiënt geeft toestemming voor het delen van medische gegevens zoals gewicht. We delen de afspraken die er met de patiënt zijn gemaakt. Het is van belang hier duidelijk over te communiceren, zodat er niet kan worden getornd aan medisch/dieet-beleid. Daarbij bespreken we ook de taakverdeling. De kinderarts is verantwoordelijk voor het medisch beleid, de diëtist voor eetmanagement en de GZ-psycholoog voor psycho-educatie, behandeling en ondersteunen van ouders dat zij verantwoordelijkheid nemen voor voedselinname. De GZ-psycholoog ondersteunt bij angst en weerstand om het zo mede mogelijk te maken dat het beleid van de kinderarts en diëtist uitgevoerd kan worden.'

### **Je staat er niet alleen voor en dat heb je nodig**

Het werken in een netwerk levert in de regio 't Gooi veel voordelen op aldus Jacqueline. 'Eetproblemen vragen een multidisciplinaire aanpak. Het is een kunstfout om geïsoleerd te behandelen: deskundigheid op medisch, diëtetisch en psychologisch gebied is noodzakelijk. Eetproblematiek is best zware problematiek, natuurlijk in de eerste plaats voor de patiënt en naasten, maar ook voor behandelaren. Het zijn de patiënten waar je van wakker ligt. Het is heel fijn om daar samen in het netwerk zorg voor te dragen en elkaar daarin te kunnen vertrouwen. Je staat er niet alleen voor en dat heb je nodig, want het vraagt een lange adem. Het is daarmee ook van belang voor je eigen emotie-regulatie. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om gezamenlijk medisch-ethische dilemma's te bespreken.'

### **Heldere afspraken om ruis te voorkomen**

'Het kost tijd om elkaar echt te leren kennen en het kost tijd om elkaars taal te leren spreken. We hebben het bijvoorbeeld in contact met patiënten over de *trend* in het gewicht. Is er sprake van een toe- of afname of gelijk blijven, in plaats van dat we praten over het exacte gewicht. Daar hebben we afspraken over gemaakt. Ook heldere afspraken over wat wiens verantwoordelijkheid is, zijn van belang. Elkaar daar over bevragen en het

bespreekbaar maken als het even anders loopt. De patiënt zal soms informatie verspreiden over de hulpverleners: soms uit angst, soms uit gebrek aan overzicht. Het is belangrijk dat de informatie bij elkaar komt en iedereen dezelfde bejegening hanteert voor de patiënt.'

### **Vlotte bereikbaarheid is cruciaal**

'Contact leggen met elkaar als je ergens vragen over hebt is belangrijk. Wij werken met de Sillo-app. Dat is veilig en betrouwbaar. Voor elke patiënt maken we een aparte groep aan. Hierin worden nieuwe medische en dieet-afspraken gedeeld. Zo is direct duidelijk wat het gewicht is, wat afspraken zijn over hoeveelheid eten en bewegen en wie welke taak heeft. Uiteraard is transparantie richting de patiënt welke gegevens je wel en niet deelt hierbij belangrijk. Wanneer de patiënt iets deelt met de psychotherapeut, kan deze bijvoorbeeld

met de patiënt afspreken dat hij tijdelijk niet aangeeft wat het geheim is en de patiënt motiveren dit zelf te vertellen. De psychotherapeut beperkt zich dan tot de informatie dat de patiënt een geheim heeft gedeeld.'

### **Zorgnetwerk voor kinderen en jongeren met een eetstoornis in Noord Holland Noord**

*'We fungeren als een behandelteam ondanks verschillende werkgevers'*

Om de zorg voor kinderen en jongeren met een eetstoornis beter te laten verlopen, wachttijden te verminderen en direct toegang te hebben tot de juiste zorg, wordt in de regio Westfriesland gewerkt met een multidisciplinaire netwerkaanpak. Veel casuïstiek rondom eetstoornissen wordt hier besproken en geëvalueerd. Marinda Koopmans, kinder- en jeugdpsychiater bij GGZ Noord Holland Noord praat ons bij over de noodzaak maar ook de effectiviteit van de netwerkaanpak waarin zij actief is.

### **Inzet van multidisciplinaire overleggen**

'Er is een periode geweest dat jongeren langer werden opgenomen in het ziekenhuis. Vanuit het verplegend personeel in het ziekenhuis was onvoldoende duidelijk hoe met deze groep om te gaan. We moesten expertise gaan bundelen, die bereidheid en behoefte was er enorm. Vanuit de ggz hebben we eerst scholingen georganiseerd. Daarnaast is gekeken hoe we het beste vorm konden geven aan samenwerking in de regionale netwerkaanpak. Zowel kinderartsen, kinder- en jeugdpsychiaters, psychologen, systeemtherapeuten, psychomotorische therapeuten en diëtisten zijn nu betrokken bij multidisciplinaire overleggen. Het is en blijft heel intensieve zorg. Veel moet worden afgestemd. Maar we blijven proberen zoveel mogelijk ambulante te werken om opnames te voorkomen en als die opname er wel is, deze in ieder geval zo kort mogelijk te laten duren', aldus Marinda Koopmans.

### **Duidelijke taakverdeling en korte lijnen**

'In het multidisciplinair netwerkoverleg kijken we naar het behandelplan. Zitten we nog op het goede spoor? Wat zijn de problemen waar we tegen aan lopen en hoe kunnen we die in het netwerk oplossen? Er wordt elk consult een korte rapportage met afspraken naar het behandelteam (beschermd) gemaïld om duidelijk te kunnen afstemmen. Zo blijft iedereen goed op de hoogte, over de 'muren' van onze organisaties heen en ontstaat er geen ruis. We fungeren echt als een behandelteam ondanks verschillende werkgevers.

Daarom is het belangrijk om een duidelijke taakverdeling te hebben en korte lijnen. Weten van elkaar wat iedereen doet.'

'We plannen gezamenlijke evaluaties en MDO's. Ook zijn er overleggen met patiënten, ouders en ervaringsdeskundige ondersteuners. Patiënten en ouders waarderen dit enorm, we hebben daardoor meer tevreden patiënten, omdat het patientsysteem merkt dat we goed samenwerken. Bij de start zijn we ook zoekende geweest in de taakverdeling. Het is belangrijk om dit goed op elkaar af te stemmen, zodat het voor de patiënt en ouders dit ook

duidelijk is. Bijvoorbeeld: de kinderarts gaat over de lichamelijke gesteldheid, het streefgewicht en de beweging. Bij de kinderarts wordt gewogen. Daarnaast is er een mogelijkheid om buiten de afspraken om op de poli wekelijks te wegen. Voor de diëtist is dit fijn. Als de diëtist ook moet wegen is het veel lastiger om dan nog in gesprek te gaan met de patiënt en ouders over het eten.'

**Belangrijk om flexibel te zijn en 'out of the box' te kunnen denken**

'Als we belemmeringen ervaren in deze manier van werken, zijn het vooral financiële belemmeringen. De facturering van de diëtist is een probleem en dat is bij vrijgevestigde diëtisten nog steeds een probleem. En de bekende administratieve rompslomp. Gemeente en zorg spreken vaak een andere taal', aldus Marinda Koopmans. 'Het is belangrijk om flexibel te zijn en 'out of the box' te kunnen denken en om laagdrempelig met elkaar te kunnen mailen en bellen. We maken eens per jaar met elkaar beleid: we kijken naar de ontwikkelingen in behandelingen en in ons werkveld. We maken afspraken over samenwerking en over nascholing. En maken ruimte voor een gemeenschappelijke refereravond.'

**Vragen of meer weten? Mail naar [keet.aanpak@gmail.com](mailto:keet.aanpak@gmail.com)**