

Concept ¹ TRIAS netwerkzorg eetstoornissen

Het doel van dit document

Dit document is bedoeld als een richtlijn² om de TRIAS netwerkzorg en -steun in de regio Utrecht en Flevoland vorm te geven. De TRIAS netwerkzorg is onderdeel van de regionale K-EET doelstellingen. Deze zorg wordt in dit document omschreven als de 'TRIAS netwerkzorg'. *Bij het samenstellen van dit document is gewerkt vanuit de ervaringen met anorexia nervosa. Om de TRIAS netwerkzorg breder toe te kunnen passen wordt dit document in 2024 verder aangevuld.*³

INDELING

1. Voor wie is de TRIAS zorg bedoeld?
2. Wat is de TRIAS netwerkzorg?
3. Start direct met het bieden van hulp
4. Uitgangspunten
 - a. De werkwijze
 - b. Opstarten TRIAS netwerk
 - c. Start behandeling
 - d. Transitie van de zorg
5. Netwerken
6. Consultatie
7. Scholing

BIJLAGEN

Taken en verantwoordelijkheden:

1. Psyche (regievoering inhoudelijk/procesmatig)
2. Somatiek
3. Diëtetiek

Voor wie is TRIAS zorg bedoeld?

Dit document spreekt over 'het gezin met een kind met een eetstoornis' om het belang van de steun door het gezin/naasten aan het kind te benadrukken. Bij een behandeling wordt het gesprek met het kind én de gezinsleden aangegaan. De uitgangspunten opgenomen in dit document zijn gericht op hulpverleners/zorgprofessionals die vanuit het vakgebied somatiek, psyche en diëtetiek betrokken zijn bij de zorg en steun.

Wat is de TRIAS netwerkzorg?

Om de regionale doelstelling 'eerdere herkenning, eerdere (binnen 3 weken opgestart) en effectieve zorg voor gezinnen met een kind met een eetstoornis' vanuit K-EET Utrecht en Flevoland te implementeren is de TRIAS netwerkzorg⁴ ontwikkeld.

De behandeling van een gezin met een kind/jongere met een eetstoornis vraagt een multidisciplinaire aanpak. Daarbij zijn de volgende expertises noodzakelijk: somatiek, psychische zorg en diëtetiek, samen de 'TRIAS' genoemd. Afhankelijk van de behoefte en intensiteit van de zorg wordt deze TRIAS op lokaal, jeugdregio of bovenregionaal niveau vormgegeven. De experts vormen de TRIAS en stemmen met elkaar af wie welke verantwoordelijkheid neemt.

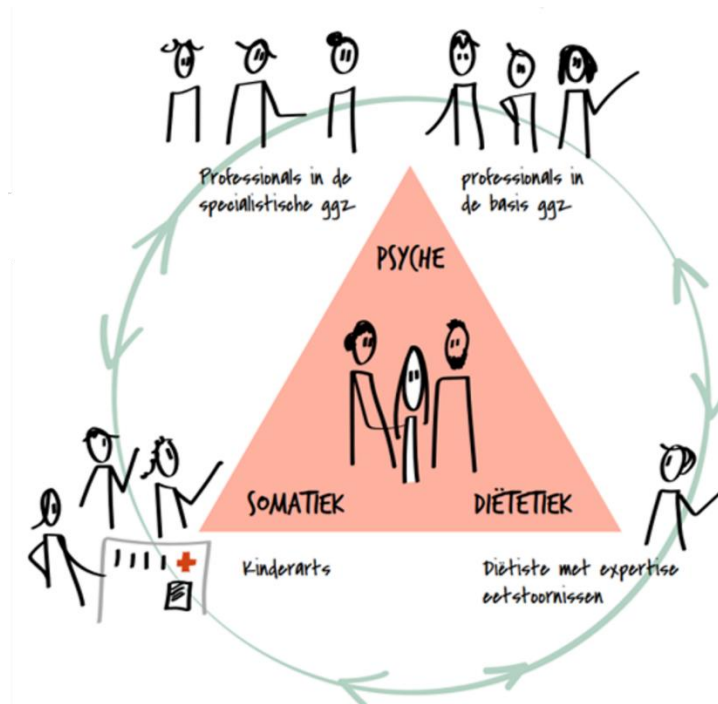
¹ Deze concepttekst wordt ter becommentariëring voorgelegd aan zorgverleners in onze regio

² Niet verplicht wel ter aanbeveling toepasbaar.

³ Het eerste concept is gemaakt door vertegenwoordigers vanuit somatiek (Gerwin), psyche TOPGGZ (Nicole en Jos Kuik), SGGZ (Jose/Pieter, Marlie). In de tweede fase wordt een breder werkveld betrokken waaronder diëtisten, buurtteams en ervaringsdeskundigen alsmede meerdere jeugdregio's.

⁴ Uitbreiding naar volwassenen en meer soorten eetstoornissen is gewenst.

Schematische weergave TRIAS netwerkzorg⁵:



Start direct met bieden van hulp

Vanuit K-EET Utrecht en Flevoland gaan we uit van het principe dat elke zorgprofessional eetstoornissen kan behandelen mits er in de TRIAS gewerkt wordt, waarbij de TRIAS partners ervaring met het bieden van eetstoorniszorg hebben. De stap om behandeling bij eetstoornissen te bieden is gemakkelijker wanneer er voldoende back-up beschikbaar is en ruimte voor co-regulatie.

Naast het TRIAS netwerk is het netwerk in je eigen vakgebied van grote meerwaarde. Zeker wanneer je als behandelaar uit de somatiek, psyche of diëtetiek begint met het behandelen van een gezin met een kind met een eetstoornis. Zorg dan altijd voor steun en consultatie bij ervaren vakgenoten. Een aanvullende vorm op netwerken zijn de consultatiemogelijkheden. Soms aanwezig intern binnen de eigen organisatie alsmede extern, bijvoorbeeld bij de K-EETi hulplijn voor verwijzers of een gespecialiseerde ketenpartner. Verderop in dit document tref je meer informatie over consultatiemogelijkheden aan.

UITGANGSPUNTEN

Voor het invulling geven aan de samenwerking in de TRIAS staat het gezin centraal. Hieronder staan een aantal uitgangspunten hoe dat vorm gegeven kan worden.

De werkwijze

- Gewerkt wordt conform de zorgstandaard eetstoornissen. Daarbij hoort ook de mogelijkheid om op basis van nieuwe inzichten weloverwogen onderbouwd af te wijken van deze standaard.
- Het gezin behandelen betekent dat er volgens de zorgstandaard eetstoornissen wordt ingezet op systemische behandeling. Daarbij spreken we zoveel mogelijk dezelfde taal. Dit draagt bij aan het beperken van de speelruimte van de eetstoornis: het gezin krijgt eenduidige boodschappen zoals over bijv. de gezonde (gewichts)marge.

⁵ Zie tevens de praatplaat TRIAS netwerkzorg eetstoornissen

- Korte communicatie lijnen tussen betrokken zorgprofessionals (onderling) werken in het voordeel van de behandeling en ter bevordering van het herstel. Het heeft daarom de voorkeur wanneer er toestemming gegeven wordt voor uitwisseling van gegevens.
- Diagnostische vragenlijsten (zoals bijv. Eating Disorder Examination-Questionnaire, EDE-Q) en het semigestructureerde Ch-EDE interview worden in de betrokken TRIAS netwerkzorg gedeeld, zodat het gezin deze diagnostische instrumenten maar éénmalig hoeft door te nemen. Tevens levert dit in de zorg de nodige kostenbesparing.
- We vertrouwen en steunen elkaar en zijn bereikbaar voor elkaar als netwerkpartners, ook (vooral) als het moeilijker wordt. Handelen vanuit ieders kunde, taken en verantwoordelijkheid voorkomt dat zorgverleners zelf alleen komen te staan bij complexe casuïstiek.
- Verantwoordelijkheden en taken zijn afhankelijk van de ervaringen en expertise van de betrokkenen. Netwerkzorg streeft naar goed afgestemde taakverdeling.
- Het is helpend als er wordt afgesproken wie de regie voert. Regievoering is afhankelijk van het zwaartepunt van de behandeling. In principe bij psyché, tenzij er sprake is van somatische crisissituatie, dan bij somatiek. Idealiter voert een expert vanuit de psyché de regie op inhoud.
- Regelmatig wordt samengewerkt met hulpverleners die niet structureel verbonden zijn bij de TRIAS netwerkzorg, zoals ervaringsdeskundigen, wijkteammedewerkers, zorgcoördinatoren uit het onderwijs. Belangrijk is dat deze hulpverleners worden meegenomen in de afstemming rondom de behandeling.
- Deelname door het team uit de wijk⁶ is essentieel voor veel gezinnen en van grote meerwaarde. Door diverse redenen kan de opstart door de gemeente soms op een later tijdstip plaatsvinden. *Er zijn gemeentes die alleen beschikkingen schrijven en niet begeleiden (zie bijlage).* De wens om met het team uit de wijk op te starten mag geen belemmering zijn voor de opstart van de TRIAS netwerkzorg.
- Het wijkteam is idealiter procesmatig regievoerend en daarmee verantwoordelijk om alle partijen bij elkaar te krijgen. Ook als het nodig is ten aanzien van niet-eetstoornis gebonden onderwerpen.
- Goede intervisie, consultatie en scholing draagt bij aan het gevoel sterker in de schoenen te staan, waardoor behandelaars meer kunnen 'dragen'.
- Co-behandeling kan nodig zijn bij comorbiditeit. De ervaring leert dat een eetstoornis zelden alleen komt. Afstemming over timing van de inzet van behandeling gericht op bijkomende problematiek dient zorgvuldig afgewogen te worden.

Opstarten TRIAS netwerk

Na de aanmelding van een gezin met een kind met een eetstoornis bij somatiek, psyché of diëtetiek zijn de volgende stappen gewenst:

1. Uitleg geven over de TRIAS netwerkzorg én toestemming vragen van het gezin en patiënt voor verwijzing naar de andere partners.
2. Betrek kinderarts én ook altijd de huisarts, indien nog niet betrokken, informeren.
3. Wijs het gezin op aanmelding bij de gemeente⁷ (het wijkteam, buurtteam, sociaal team) om de procesregie te kunnen voeren.
4. Streef ernaar om < 3 weken de TRIAS netwerkzorg te hebben opgestart, inclusief regievoering
 - a. Beslis wie de (inhoudelijk regiebehandelaar is).
 - b. In principe heeft de gemeente de procesregie. Beslis in de TRIAS wie procesregie heeft wanneer gemeente dit niet uitvoert.

⁶ Ook bekend als het sociaal team, wijkteam, buurtteam.

⁷ Niet elke gemeente doet aan procesregie of ondersteuning bijv. thuis. Stem in de TRIAS af wat haalbaar en efficiënt is.

5. SGGZ informeert huisarts en helpt op inzetten psycho educatie vanuit voorveld. Per direct⁸ psycho educatie voor het gezin: kennis van 'hoe werkt een eetstoornis' en 'hoe ga je er mee om/bejegening' voor het gezin alsmede betrokkenen om het gezin helpt om de groeikansen van de ernst van de eetstoornis te verkleinen en het herstel te bevorderen.

Start behandeling

1. **Inplannen afstemmings-MDO (zie bijlage)** kan enkele weken nadat de TRIAS is gevormd met alle betrokken partijen binnen de TRIAS. Daarin worden o.a. de volgende items besproken:
 - a. De regievoering
 - b. De taakverdeling (waar wordt gewogen, wie denkt mee over dieet, bewegingsbeperking of niet, etc)
 - c. De behandeldoelen (welke insteek, bijv. start FBT)
 - d. Afstemming en communicatie (welke vorm, en met welke regelmaat).
2. Evalueren op regelmatige basis tijdens het vervolg van de behandeling: voorkeur 1x/8 weken. Besproken wordt onder andere het vervolg en de lange termijn doelen van het gezin, eventueel aanpassing of verandering in behandelaanpak en taak-rolverdeling.
3. Terugvalpreventie: TRIAS partners steunen elkaar bij het inzetten van de juiste nazorg (te denken valt aan basisGGZ, wijkteam, POH-GGZ, huisarts, etc.).

Transitie van de zorg bij op- en afschalen

1. Met elkaar kunnen wij de goede zorg voor het gezin bieden, juist ook wanneer op- of afschalen gewenst is.
2. Van belang is dat we met elkaar beseffen dat transitie van zorg een periode is van verandering. Daarbij is de ene organisatie of behandelaar soms al meer op de hoogte van ontwikkelingen dan de andere. Dit vergt van ons werkveld geduld, veiligheid en vertrouwen van goede intenties.
3. Check op de akkoord verklaring TRIAS zorg rondom delen van dossier.
4. Iedere zorgbehandelaar stelt (deel) dossier actief kenbaar aan andere partij. Zodat op- en afschalen vlot verloopt.
5. Op het punt van wachtlijst, wachttijd, urgentie dienen afspraken te worden gemaakt.
6. Borging van continuïteit van opgebouwde vertrouwensbanden. Bij opschaling en (deels) overdracht van zorg komt de zorg niet stil te liggen. De stappen die al zijn gezet vallen niet weg. De vertrouwensbanden die zijn opgebouwd dienen te worden behouden. Bijvoorbeeld wanneer reeds ingezet is op systeemtherapie dan is het in het belang van het gezin dat die therapeut blijft. Het is de therapeut die dan bijvoorbeeld kan leunen op een gespecialiseerde ketenpartner.

CONSULTATIE

Consultatie vraagt in een wereld waarin de druk op de kosten in de zorg vergroten verantwoording. Indien we toegang tot consultatie verbeteren, dan zorgt dat voor minder druk op gespecialiseerde ketenpartners. Dientengevolge draagt dit ook weer bij aan minder lange wachttijden.

Wie kan ik hoe consulteren?

Telefonische hulplijn KEETi:
085-760 3375 op werkdagen
 tussen 12.00-13.00 uur



INTERACTIEF, INFORMATIEF EN INTERCOLLEGIAAL ADVIES
 OVER EETSTOORNISSEN BIJ KINDEREN EN JONGEREN

Elke werkdag tussen 12.00-13.00 uur
 bereikbaar via ☎ **085-760 3375**

⁸ Zie voor filmpjes, overige info en organisaties die bij psycho-educatie helpen: www.firsteetkit.nl

In de eigen TRIAS

1. via korte lijnen tussen BGGZ en SGGZ:
oa via de digitale tool Siilo
In ontwikkeling (2024):
 - a. Laagdrempelig contact leggen om mee te denken
 - b. Training on the job in de spreekkamer
2. FBT intervisie/supervisie na FBT scholing
3. TOPGGZ instelling Rintveld in onze regio kan op de volgende manieren worden ingeschakeld:
 - a. **Consultatie:** dien een verzoek in tot 'consultatie'. Dit betreft consultatie aan de hulpverlener, zonder patient/gezinsleden te spreken, op incidenteel karakter en de intentie is informatieverstrekking zodat de externe hulpverlener weer verder kan met de eigen behandeling. Er is geen sprake van vragen rondom aanmelding (dat is een spreekuur voor bij het aanmeldteam) Voorbeelden van deze consultatie: belt in tijdens een MDO of denkt mee 'op papier'.
 - b. **Second opinion:** dien verzoek in voor 'second opinion' voor bepaalde patiënt middels een verwijzing. Er vindt een fysieke afspraak plaats met het betreffend gezin, bij voorkeur in aanwezigheid van de behandelaar. Aanwezige behandelaren blijven verantwoordelijkheid dragen en ontvangen advies voor vervolgbehandeling.
 - c. **Voordeurteam:** wanneer aanmelding bij Rintveld is gedaan en er inhoudelijke vragen zijn is er een telefonisch spreekuur van 11.00-12.00 uur op maandag, woensdag en vrijdag op telefoonnummer 030-696 5477. Dus niet op de andere werkdagen.
 - d. **In ontwikkeling:** gebruik maken van losse behandelmodules zoals bijvoorbeeld PMT module lichaamswaardering, een klinische opname of een groepsbehandeling.

NETWERK

Landelijk voor het vinden van steun en zorg bij eetstoornissen: www.eetstoornisennetwerk.nl

Nederland kent 8 bovenregionale netwerken, waaronder het bovenregionale expertisenetwerk (BEN) Utrecht/Flevoland, uitgevoerd door de gemeente Utrecht.

K-EET Utrecht en Flevoland valt onder deze BEN en wordt gefaciliteerd door procesleiders Clarine Corstens en Patricia Bos. Binnen deze BEN vallen zes jeugdregio's: Eemland, Flevoland, Lekstroom, Utrecht Stad, Utrecht West, Zuid Oost Utrecht

Door middel van netwerkbijeenkomsten en scholingen kunnen betrokkenen bij eetstoornissen participeren en bijdragen aan het verbeteren van de zorg. De kerngroep stelt een jaarplan samen en draagt verantwoording af aan de BEN.

Afstemming met de gemeente

Betrokkenheid van de gemeenten bij de zorg is momenteel erg verschillend. In een aantal gemeenten is een operationeel sociaal team werkzaam, dat tevens mensen thuis bezoekt. In andere gemeenten wordt dit onderdeel deels dan wel volledig uitbesteed. Ook de financiële toezegging voor het zorgtraject indien er sprake is van een minderjarige verschilt enorm.

SCHOLING

Naast bevorderen van netwerken en consultatie is bevordering van scholing voor K-EET Utrecht en Flevoland een belangrijke doelstelling, weergegeven in het jaarplan. Neem voor scholingsmogelijkheden contact op met een van de procesleiders van de regio (en leer ook van andere regio's). Denk bijvoorbeeld aan eerdere scholingsmogelijkheden:

Basisscholing: Online 'schrik-eraf' training, Online gedachtengoed FBT

Vervolg scholing: tweedaagse scholing (oa bejegening en netwerkzorg), FBT tweedaagse scholing

Kennis in instellingen) wordt uitgebreid, verdiept en vernieuwd: help mee te delen.

BIJLAGE

Taken / Verantwoordelijkheden TRIAS partners

Hieronder staan voor somatiek, psyche en diëtetiek uitgangspunten ten aanzien van de te vervullen taken en verantwoordelijkheden. Per TRIASvorming is het raadzaam afstemming te hebben over wie welke taak op zich neemt.

Regievoering is afhankelijk van het zwaartepunt van de behandeling. Idealiter voert een expert vanuit de psyche de regie.

Verantwoordelijkheden psychologie

1. Opvragen medische gegevens (staan veelal in de KA brief of HA brief) en waar nodig doorsturen
info die bij voorkeur huisarts doorstuurt:
 - Voorkomen van dubbel invullen van vragenlijsten (voor gezin van groot belang)
 - Vinkjes zetten bij welke info beschikbaar is? Is er wel of niet een PARDI/EDE of andere vragenlijst afgenomen
2. Check op aanmelding bij twee organisaties: hoe voorkomen we dat het gezin gaat wachten op TopGGZ terwijl SGGZ beschikbaar is.
3. Afnemen diagnostische vragen(lijsten) (denk aan EDE, PARDI, SCOFF),
4. Vragenlijsten of samenvatting delen (indien toestemming) met somatiek en/of diëtetiek
5. Uitwisselen gegevens van arts naar TOPGGZ: welke details tav lab, ecg, etc zie www.firsteetkit.nl
6. Opstellen herstel doelen
7. Begeleiden en uitleg ouders

Taken/verantwoordelijkheden van de regievoerder

Regievoering is afhankelijk van het zwaartepunt van de behandeling, idealiter voert een expert vanuit de psyche de regie. Besluit vanuit de gemeente is hierbij nodig ivm tijdsinvestering

Wenselijk is dat de regiebehandelaar de doelen stelt met 'het gezin'. ...

- De regiebehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.
- De regiebehandelaar ziet erop toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
- De regiebehandelaar laat zich informeren door de andere bij de behandeling betrokken zorgverleners, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de cliënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten van anderen bijdragen aan de behandeling van de cliënt en passen binnen het door de regiebehandelaar in overleg met de cliënt vastgestelde behandelplan.
- De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan in persoonlijk contact (of online) en/of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de cliënt, met de daartoe noodzakelijke frequentie, op geleide van de problematiek/vraagstelling van de cliënt.
- De regiebehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de cliënt en diens naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling.

Verantwoordelijkheden diëtetiek:

- Psycho-educatie normaal dieet en maaltijden
- Berekenen normale behoefte
- Indien geïndiceerd opstellen en aanpassen eetlijst
- **Nog aanpassen door kerngroep/NDE/reeds ontwikkeld overzicht Noord-Nederland**

Verantwoordelijkheden somatiek

Bij instellen van de TRIAS vindt er afstemming plaats tussen huisarts en de kinderarts. In de meeste gevallen zal dit leiden tot een verwijzing naar de kindergeneeskunde voor onderstaande taken. Indien er sprake is van affiniteit en expertise van de huisarts kan deze ook een deel van de begeleiding borgen, met name bij de minder-somatisch bedreigde kinderen. De ervaring leert dat een arts die meer bekend is met het werken binnen de TRIAS vaak van meerwaarde is voor de rest van het team vanwege gemakkelijkere afstemming, gelijke taal en bekendheid met mogelijkheden voor opschaling.

Kinderarts:

- In kaart brengen van de somatische toestand van de patient. Hierin wordt een inventarisatie gemaakt van de huidige klachten, wordt er lichamelijk onderzoek verricht, aangevuld met bloedonderzoek en zo nodig ECG/hartfilmpje. Er wordt een inschatting gemaakt van huidige lichaamsgewicht tov 'ideaal' en oorspronkelijk lichaamsgewicht.
- De lichamelijke klachten en somatische toestand wordt uitgelegd aan patiënt en ouders. Dit zodat het voor ouders en kind duidelijk is waarom klachten zich presenteren, en de betekenis hiervan. Hetzelfde geldt voor klachten die ontstaan tijdens de herstelfase.
- Bewaken van de somatische ondergrens. Dat gebeurt in principe door geplande poliklinische controles, waarbij de frequentie wordt aangepast naar gelang somatische status (tot 1x per week). Indien de somatische ondergrens wordt bereikt en de veiligheid thuis niet kan worden gegarandeerd wordt patiënt om somatische redenen opgenomen in het ziekenhuis. Opnameduur is in principe begrensd totdat somatisch kind weer stabiel genoeg is om met ontslag te gaan. Nb. In algemeen ziekenhuis kan dit betekenen sondevoeding waarbij geen dwang nodig is
- Het ziekenhuis is aanspreekpunt voor patient/gezin bij acuut somatisch gevaar door de eetstoornis, bv voedingsweigering is >24 uur of andere acute somatische complicaties (collaps, hypoglycemie)

Inhoud afstemmings-MDO

1. Benoemen van regie-behandelaar, in principe vanuit de psychologie
2. Rol en taakverdeling van psychologie – ziekenhuis – diëtetiek, afhankelijk van ervaring/expertise betrokkenen. Ook bijvoorbeeld afspreken wordt gewogen?, waar wordt gewogen, wie denkt mee over dieet, welke activiteiten kunnen wel/niet.
3. Bepalen behandeldoelen in eerste fase
 - i. Bijvoorbeeld stabiliseren somatische situatie
 - ii. Opstellen lange termijn doel met patient/gezin
 - iii. Psycho-educatie kind én ouders over de eetstoornis en voeding
4. Welke behandelvorm en insteek, bijvoorbeeld FBT (1e keus) of CBT-E (2e keus)
5. Communicatie beloop en delen verslaglegging onderling
6. Behoeft gezamenlijke afspraken, oa gezamenlijk consult, fysiek of digitaal/video
7. Bepalen of er indicatie is voor verwijzing eetkliniek / Top-GGZ
8. Plannen datum volgend MDO