

Programma van Eisen, VNG 2019-2020, Altrecht Eetstoornissen Rintveld

Deel 2 Afspraken voor de functie Eetstoornissen

- **Afspraken over de gemiddelde behandelduur:**
Behandelduur ligt rond 1,5 jaar, een deel van de patiënten heeft ook na 18^e jaar zorg nodig en gaat over naar ZVW, dit kan binnen Rintveld zonder dat continuïteit behandeling in gevaar komt.
- **Wat zijn aanvaardbare wachttijden voor de functie:**
Maximaal 4 weken aanmeldingswachttijd, daarna intake en diagnostiek en direct aansluitend behandeling als die geïndiceerd is en overeengekomen wordt. De praktijk is helaas anders, er is een lange aanmeldingswachttijd.
- **Richting gevend bedrag van de omzet dat jaarlijks onder deze raamovereenkomst valt:**
Circa 3,4 miljoen per jaar.
- **VNG ontvangt, aanvullend aan de contractueel afgesproken beleidsinformatie voorafgaand aan elk ontwikkelgesprek een opgave van:**
- **Termijn waarbinnen, na verwijzing, de behandeling start:**
Zie 2^e bullit
- **Wat doe je standaard aan nazorg:**
De nazorg wordt uitgevoerd op basis van de Richtlijn terugvalpreventie Anorexia Nervosa. Deze Richtlijn is geschreven voor zowel jeugd als voor patiënten van 18 jaar of ouder. Aan de hand van deze richtlijn wordt een terugvalpreventieplan gemaakt. Na afronding van de behandeling starten patiënten in het APK-traject (anorexia periodieke keuring). Er is laagfrequent contact, waarin patiënten en hun hulpverleners leren om de signalen van terugval tijdig te herkennen en welke interventies zij dan kunnen ondernemen. Voor het opstellen van een terugvalpreventieplan en het APK-traject is een e-healthmodule ontwikkeld, waardoor deze contacten ook via e-health aangeboden kunnen worden. Indien nodig kan de behandeling opgeschaald worden. De focus ligt op het verhogen van de zelfmanagementvaardigheden van de patiënt en hun hulpverleners. Het APK-traject kan aanvullend gevolgd worden naast behandeling voor andere problematiek elders. Vanuit onderzoek is aangetoond dat 30 – 58% van de patiënten met anorexia nervosa na een succesvolle behandeling terugvallen (Eckert e.a., 1995; Strober e.a., 1997; Herzog e.a., 1999; Carter e.a., 2004; Richard e.a., 2005; Keel e.a., 2005; Walsh e.a., 2006; McFarlane, 2008; Carter e.a., 2012). Uit recent onderzoek uitgevoerd met een cohort patiënten dat met de Richtlijn terugvalpreventie Anorexia Nervosa heeft gewerkt bleek dat het terugvalpercentage fors lager is dan in de eerder weergegeven onderzoeken, namelijk 11% (Berends e.a. 2016). Het toepassen van de Richtlijn Terugvalpreventie draagt ertoe bij dat de patiënten die een gedeeltelijke terugval ervaren, na een korte intensivering van het contact en na gerichte inzet van zelfmanagementvaardigheden gericht op terugvalpreventie, weer herstellen.
- **Verbeteren van aansluiting van jeugd naar volwassenheid:**
De behandeling voor de Eetstoornis kan indien nodig binnen Rintveld voortgezet worden. Indien patiënt ook voor andere problematiek elders behandeld moet worden, zoeken we een andere hulpverlener, onze ervaring is dat dit moeizaam verloopt en er lange wachttijden zijn.
- **Specifieke uitwerking van afspraken in deel 1 op de onderdelen:**
 - Ter beschikking stellen van kennis: Rintveld heeft hierin een belangrijke rol, zie ook criteria voor TOPGGz.
 - Effectiviteit van interventies: de interventies worden systematisch onderzocht, zowel m.b.v. ROM als met eigen wetenschappelijk onderzoek.

Deel 3: Inhoudelijke omschrijving zorgvraag en functie

1. Aard problematiek van het kind

Het gaat voor de landelijke functie om:

- Patiënten tot 18 jaar
- Overwegend meisjes, incidenteel jongens
- Patiënten waarbij een eerdere behandeling niet succesvol is verlopen
- Patiënten met somatische (lichamelijke) of psychiatrische comorbiditeit naast de eetstoornis
- Patiënten met ernstige somatische complicaties ten gevolge van de eetstoornis
- Patiënten met normale intelligentie en met een licht verstandelijke beperking (prevalentie van dat laatste is laag).
- De belangrijkste psychiatrische eetstoornissen in de DSM-5 zijn anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis. Daarnaast zijn er nog de kleinere groepen ARFID, Pica en ruminatiestoornis, samen te vatten als voedingsstoornissen en eetproblematiek van de kindertijd. Onderstaande tabel geeft de cijfers weer van de door Rintveld in 2016 gestelde DSM diagnoses:

Patiënten tot 18 jaar, voor intake in 2016		
DSM-5 Type Eetstoornis	N	%
anorexia nervosa – restrictief	90	60%
anorexia nervosa - eetbui/purgerend	21	14%
boulimia nervosa	15	10%
eetbuistoornis	0	0%
vermijgend restr voedselnamestoornis	13	9%
andere gespec voedings- of eetstoornissen	8	5%
ongespec voedings- of eetstoornissen	2	1%
Totaal	149	100%

- Eetstoornissen komen vooral voor bij meisjes en vrouwen en ontstaan meestal rond de pubertijd. Eetstoornissen zijn ernstige en persistente stoornissen die vaak gepaard gaan met ernstige somatische gevolgen, die een grote aanslag doen op het dragend vermogen van het gezinssysteem
- Bij jongeren gaat de somatische verslechtering ten gevolge van de eetstoornis snel als gevolg van hun minder grote reserve aan vetweefsel. Naast de eetstoornis is vaak sprake van psychiatrische comorbiditeit zoals een stemmings- of angststoornis of een posttraumatische stressstoornis.

NB: Overgewicht is wel een groot gezondheidsprobleem voor kinderen en jeugdigen, maar geen psychiatrische eetstoornis volgens de DSM (IV en 5), overgewicht alleen is dus geen indicatie voor behandeling in een centrum voor eetstoornissen. Echter, de meerderheid van de jongeren met een eetbuienstoornis heeft overgewicht.

Kort samengevat geldt de definitie van het perceel zoals opgenomen in de aanbesteding:

De functie betreft het bieden van ambulante en klinische jeugd GGZ aan jeugdigen met een psychiatrische eetstoornis overeenkomstig de definitie uit de DSM IV en 5, bij wie eerdere specialistische jeugd GGZ-behandeling niet of niet voldoende geholpen heeft, dan wel is vastgelopen en voor jeugdigen waarvoor gezien de ernst van de somatische en psychiatrische toestand acuut hoog specialistische zorg nodig is, omdat in de reguliere specialistische jeugd GGZ niet in de zorgvraag kan voorzien.

2. Onderscheidend vermogen ten opzichte van regionaal aanbod

- De zorgfunctie is onderscheidend door de mogelijkheden om complexe patiënten (zie karakteristieken van het kind) met eetstoornissen ambulante, in deeltijd en klinisch te behandelen.
- In de behandelcentra werkt gespecialiseerd personeel dat veel kennis en ervaring heeft over de wijze waarop deze patiënten behandeld moeten worden. Dit betreft zowel somatische als psychologische aspecten.
- Er is expertise rond het verantwoord herstellen van het gewicht (het voorkomen van het refeedingsyndroom).
- Indien nodig kan sondevoeding toegediend worden.

3. Beschrijving van de vorm van de behandeling: welke methoden gebruik je en zijn die erkend

De behandeling in Rintveld is georganiseerd in 2 transmurale clusters. Transmuraal wil zeggen dat er continuïteit van behandeling is, ongeacht de setting.

Cluster	Doelgroep	Behandelmethode	Behandel mogelijkheden
Jeugd	Kinderen- en jeugdigen met AN in nauwe samenwerking met het systeem Jeugdigen met langer durende AN, behandeling gericht op herstel Kinderen en jeugdigen met ARFID en BN	<ul style="list-style-type: none"> • FBT • IRB • Maatwerkbehandeling • CGT 	<ul style="list-style-type: none"> • Intake en diagnostiek • Ambulante behandeling • Multi Family Therapy • Deeltijdbehandeling • Klinische behandeling, crisis interventie en kortdurende behandeling • Terugvalpreventie en nazorg via APK
(Jong) volwassenen	Behandeling van (jong)volwassenen met AN en comorbiditeit Rehabilitatie / zorg op maat voor (jong) volwassenen met langdurige eetstoornis i.c.m. andere problematiek Behandeling van BN	<ul style="list-style-type: none"> • MANTRA • CBTE • SSCM • IRB • CGT 	<ul style="list-style-type: none"> • Intake en diagnostiek • Ambulante behandeling • Dagbehandeling • Deeltijdbehandeling • Klinische behandeling, crisis interventie en kortdurende behandeling • Terugvalpreventie en nazorg via APK

De gebruikte behandelmethoden zijn evidence based en conform de professionele standaard.

Aanmeldingen en intake

Het triagetraject bestaat uit contact tussen Rintveld en verwijzer en/of patiënt, uitwisseling van gegevens en besluitvorming over de aanmelding. Als de patiënt bij Rintveld in behandeling komt wordt een intake gepland voor de behandelvorm waarvoor de patiënt op basis van de informatie uit het aanmeldproces naar verwachting voor in aanmerking komt. De wachttijd voor intake is helaas lang. Tijdens de wachttijd blijft de patiënt in zorg bij de verwijzer. Deze kan voor consultatie een beroep op Rintveld doen. We werken met een gewogen wachtlijst, waarbij op basis van de situatie van de patiënt voorrang gegeven kan worden als dat nodig is. De afspraken voor intake en diagnostiek vinden binnen 1-2 weken plaats en worden afgerond met een adviesgesprek. Zo mogelijk direct aansluitend begint de behandeling, tenzij de uitkomst van het adviesgesprek is dat niet gekozen wordt voor behandeling bij Rintveld.

Behandeling Cluster jeugd

Het grootste deel van de jeugdigen (74%) komt voor diagnostiek en behandeling van Anorexia Nervosa. In 2016 is het behandelprogramma voor deze doelgroep ingrijpend gewijzigd. De behandeling richt zich op een snelle start na de intake, waarbij de ouders direct een rol bij de behandeling hebben volgens de principes van Family Based Therapy (FBT). De behandeling is fasegericht:

- Fase 1; gericht op gewichtsherstel, waarbij de regierol bij ouders blijft of komt en gewerkt wordt aan herstel van relaties met leeftijdgenoten
- Fase 2; gericht op eigen regie van kind over eten, en tevens aandacht voor aanpak herstel belemmerende factoren, zoals co-morbiditeit
- Fase 3; gericht op verder herstel, overgang puber – jongvolwassene en terugvalpreventie ter voorbereiding op de nazorg via de APK

Het zwaartepunt van de behandeling ligt in het begin.

In het Cluster Jeugd zijn tevens behandelmogelijkheden voor kinderen en jeugdigen met vermijdend restrictieve voedselnamestoornis (avoidant restrictive food intake disorder (ARFID) en BN). Hier is (cognitieve) gedragstherapie (CGT) de leidende behandelvorm.

Klinische opname

Rintveld beschikt over 29 klinische bedden, waarvan 10-12 voor jeugdige patiënten. Hiervoor is een aparte groep ingericht.

De klinische behandeling wordt gebruikt voor crisisinterventie en kortdurende behandeling. Behandeling is gericht op vooraf afgesproken doelen. Refeeding is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Indien nodig kan sondevoeding gegeven worden. Onder het regime van de wet BOPZ kan ook dwangvoeding toegediend worden. De klinische behandeling is ingebed in de ambulante behandeling, waar mogelijk houden de patiënt en het systeem dezelfde behandelaars. Er is een noodbed beschikbaar voor kortdurende crisisinterventie, meestal vanwege de somatische toestand van de patiënt.

Settingonafhankelijke behandelmogelijkheden

Er zijn verschillende behandelvormen die settingonafhankelijk zijn. Daar waar het groepsbehandeling betreft worden deze voor kinderen en jeugdigen en volwassenen apart aangeboden. Het betreft

- Somatische controles
- Begeleidingscontacten
- Voedingsmanagement
- Psychoeducatie
- Medicamenteuze behandeling
- Cognitieve Remediatie Therapie
- Groepsbehandeling
- Case management IRB
- Systeemtherapie
- Ouderbegeleiding
- Onderwijsbegeleiding voor opgenomen patiënten die leerplichtig zijn
- Psychomotorische therapie
- Beeldende therapie
- Activiteiten therapie

Ervaringsdeskundige

Onze ervaringsdeskundige is vanuit Ixta Noa voor 16 uur in de week bij Rintveld gedetacheerd. Er is een supportgroep Ervaringsdeskundigheid waarin de inzet van ervaringsdeskundigheid in de behandeling besproken wordt.

Er wordt gewerkt met ervaringsdeskundige vrijwilligers, waaronder ervaringsdeskundige ouders. IxtaNoa verzorgt de training voor de vrijwilligers.

Er worden regelmatig bijeenkomsten georganiseerd voor ouders, patiënten en hun relaties, in deze bijeenkomsten vertellen ervaringsdeskundigen hun herstelverhaal. Deze bijeenkomsten worden druk bezocht. Er is wekelijks een inloopmiddag voor patiënten van Rintveld, hier worden onder auspiciën van IxtaNoa activiteiten georganiseerd.

De ervaringsdeskundige bezoekt regelmatig de klinische patiënten, neemt deel aan een aantal groepen, houdt spreekuur, participeert in de psycho-educatie en ondersteunt de klankbordgroep van Rintveld.

4. Type professionals, gelet op de norm verantwoorde werktoedeling

De volgende behandelaars zijn bij de behandeling betrokken:

- Medische beroepen
 - Kinder- en jeugdpsychiater
 - Arts in opleiding tot specialist
 - Arts niet in opleiding tot specialist
 - Basisarts
 - Kinderarts (consultatief)
- Psychologische beroepen
 - Klinisch psycholoog
 - GZ-psycholoog
 - Psychotherapeut
 - Basispsycholoog
- Agogische beroepen
 - Psychodiagnostisch werkende
 - GGZ agoog
 - GGZ agoog / schoolbegeleider
 - Maatschappelijk werkende
 - Systeemtherapeut
- Verpleegkundige beroepen
 - Verpleegkundig specialist
 - Verpleegkundige/ Sociaal Pedagogisch Hulpverlener
 - Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
- Somatische beroepen
 - Diëtist
 - Huisarts
- Vaktherapeutische beroepen
 - Beeldende therapeut
 - Psychomotorisch therapeut
 - Dramatherapeut
- Ervaringsdeskundige

5. Implementatie kwaliteit

Rintveld is onderdeel van de Altrecht GGZ. In Altrecht wordt de kwaliteit bewaakt conform de voor de GGZ geldende wetten (zoals WGBO, BOPZ, Wet BIG, Kwaliteitswet zorginstellingen). Hiervoor zijn verschillende regelingen en procedures van kracht. Dit betreft onder meer:

- Kwaliteitsstatuut

- Professioneel statuut
- Privacybeleid
- Regels voor bevoegdheidsbehandelaars, door controle Bigregistratie en controle diploma's op CONO beroepen
- Medicatiebeleid
- Registratie en monitoring bijscholing risicovolle en voorbehouden handelingen
- Beleid voor suïcidepreventie
- Beleid voor klachtenbehandeling
- Registratie van incidenten in directe patiëntenzorg
- Kwaliteitsaudits en certificering