

A. Programma van eisen Eetstoornissen, 12 november 2018

Vul hieronder in voor welke landelijke specialismen dit Programma van Eisen is ingevuld.

Eetstoornissen

1. Huidige landelijke specialismen JeugdzorgPlus
 - a. JeugdzorgPlus voor jongeren onder 12 jaar
 - b. Zeer Intensieve Kortdurende Observatie en Stabilisatie
 - c. Gesloten opname van tienermoeders tijdens zwangerschap of met pasgeboren kind

2. GGZ met landelijk functie
 - a. Eetstoornissen
 - b. Autisme
 - c. Persoonlijkheidsstoornissen
 - d. GGZ voor doven en slechthorenden
 - e. Psychotrauma
 - f. Eergerelateerd geweld/loverboys en prostitutie

3. Expertise en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties onder 18 jaar
 - a. Eergerelateerd geweld/loverboys en prostitutie

4. Jeugd sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (j-sglvg)

5. Gespecialiseerde diagnostiek, observatie en exploratieve behandeling aan (L)VB jeugd GGZ met bijkomende complexe problematiek

6. Forensische jeugdzorg: inzet van erkende gedragsinterventies gericht op het verminderen van de recidive bij schorsing voorlopige hechtenis, voorwaardelijke veroordeling of gedragsmaatregel
 - a. Functional Family Therapy
 - b. Multidimensional Treatment Foster Care

- c. Multidimensionele Familie therapie
- d. Multisysteem Therapie
- e. Ouderschap met Liefde en Grenzen

Toegangscriteria

1. Karakteristieken van de kinderen: geef een beschrijving van de algemene karakteristieken van de kinderen (en/of hun omgeving) die in aanmerking komen voor deze zorgfunctie. In de beschrijving vermeldt u in ieder geval de leeftijd van de kinderen, het geslacht en of er sprake is van beperkt verstandelijk vermogen en/of verslavingsproblematiek.

Kinderen en jeugdigen, incidenteel jongens en overwegend meisjes vanaf 6 jaar tot 18 jaar met een psychiatrische eetstoornis, inclusief kinderen en jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. De eetstoornis betreft anorexia nervosa, boulimia nervosa, de eetbuistoornis, of andere eetstoornissen (bijv. ARFID). Het gaat voor de landelijke functie om:

- Patiënten van 14 jaar of jonger
- Patiënten waarbij een eerdere behandeling niet succesvol is verlopen
- Patiënten met somatische of psychiatrische co-morbiditeit naast de eetstoornis
- Patiënten met ernstige somatische complicaties t.g.v. de eetstoornis
- Patiënten met licht verstandelijke beperking (prevalentie is laag)

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

2. Aard van de problematiek: beschrijf de aard van de problematiek van de kinderen. Het gaat hier om de problematiek waarvoor het kind de behandeling ondergaat. Als er bijkomende problematiek is (beperkte verstandelijke vermogens, verslaving, somatische problematiek) die de zorgvraag complexer maakt, maar die geen onderdeel is van de behandeling, beschrijft u die bij vraag 1.

In de beschrijving vermeldt u of er sprake is van psychische en/of gedragsproblematiek, problematiek ten aanzien van sociale redzaamheid¹, psychosociaal/cognitief functioneren en/of ADL² bij het kind. Geef aan of en welk instrument³ gebruik wordt om de problematiek te meten en wat de drempelwaarde is.

¹ te weinig sociale vaardigheden, te weinig sociaal redzaam, te weinig weerbaar, te weinig kennis van sociale omgangsvormen, te weinig sociaal inzicht

² Algemeen dagelijkse levensverrichtingen

³ Voorbeelden van meetinstrumenten zijn DSM-IV, ICD-10, CAP-J,

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. 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 psychiatrische co-morbiditeit en 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, posttraumatische stressstoornis, ASS of een bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling.

Bij de diagnostiek wordt de psychiatrische diagnose gesteld op basis van de DSM-5. Tevens wordt de patiënt lichamelijk onderzocht (lichamelijke conditie, gewicht, bloedwaarden, functioneren hart etc.) en wordt de directe omgeving betrokken en onderzocht op stoornis bestendigende en verandering bevorderende factoren.

3. Onderscheidend vermogen: beschrijf hoe deze zorgfunctie onderscheidend is ten opzichte van aanbieders die dezelfde problematiek behandelen. Dit zijn de redenen waarom deze zorg onderdeel is van het landelijke arrangement in aanvulling op (boven)regionale afspraken gemaakt door gemeenten met andere aanbieders. Dit kan zowel zijn op karakteristieken (vraag 1) als op aard van de problematiek (vraag 2).

De zorgfunctie is onderscheidend door de mogelijkheden om complexe patiënten met eetstoornissen ambulante, in deeltijd of klinisch te behandelen.

- Patiënten van 14 jaar of jonger
- Patiënten waarbij een eerdere behandeling niet succesvol is verlopen
- Patiënten met somatische of psychiatrische co-morbiditeit naast de eetstoornis
- Patiënten met ernstige somatische complicaties t.g.v. de eetstoornis
- Patiënten met licht verstandelijke beperking (prevalentie is laag)

Bij GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula werkt gespecialiseerd personeel dat veel kennis en ervaring heeft over de wijze waarop deze patiënten en gezinnen 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. Door het volume aan patiënten kunnen wij een divers behandelingsaanbod bieden: ambulante (o.a. meergezinsdagbehandeling), intensief of klinisch.

De insteek in de behandeling is in eerste instantie gericht op het opbouwen van een samenwerkingsrelatie met de directe omgeving van de jongere, om gezamenlijk vervolgens de problemen te gaan inperken en begrenzen en een gezonde ontwikkeling op gang te brengen.

4. Toeleiding: Beschrijf op welke wijze kinderen bij u binnenkomen. Denk hierbij aan eigen initiatief vanuit het kind, een directe verwijzing vanuit de verwijzers of doorverwezen door

collega aanbieders. Probeer per wijze van binnenkomst te kwantificeren (in percentages) hoe vaak deze wijze het geval is.

De patiënten komen grotendeels uit het medisch kanaal en worden verwezen door de huisarts, kinderarts of kinder- en jeugdpsychiater. Verwijzingen uit het jeugdzorgcircuit komen slechts incidenteel voor. Initiatief voor het zoeken van hulp ligt meestal bij de ouders.

Levering van de zorg

5. Termijn: binnen welke termijn start, na aanmelding, de behandeling?

De behandeling wordt zo spoedig mogelijk gestart en kan binnen 1 – 2 weken na het adviesgesprek na intake en diagnostiek beginnen. Bij een groot aantal aanmeldingen wordt gewerkt met gewogen wachtlijsten, waardoor patiënten met een hoge urgentie snel in behandeling kunnen worden genomen. De wachttijd na aanmelding voor patiënten zonder urgentie kan oplopen tot 16 weken.

6. Overbruggingszorg: beschrijf of er sprake is van overbruggingszorg als de levering van zorg niet direct van start kan gaan en hoe de overbruggingszorg eruit ziet. Het gaat om kinderen die op een wachtlijst staan om te worden behandeld binnen uw instelling en welke actie uw instelling daarin neemt.

Tijdens de wachttijd voor intake is GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula consultatief beschikbaar voor de verwijzer. De patiënt blijft bij de verwijzer in zorg, tot de behandeling begint. Tussen verwijzer en behandelcentrum is gedurende de wachttijd contact over de mogelijke toename van de behandelurgentie.

7. Urgentie: hoe handelt u in geval van urgentie?

Na aanmelding vindt er gegevensuitwisseling plaats en is er contact met de verwijzer, op basis daarvan wordt de urgentie bepaald, de lichamelijke toestand van de patiënt is de belangrijkste factor daarin. Bij een hoge urgentie wordt de patiënt eerder gezien, waardoor de behandeling eerder kan beginnen.

Inhoudelijke beschrijving van de zorg

8. Doel van de behandeling: beschrijft u SMART⁴ het **doel** van de **behandeling**. Probeer in de beschrijving van het doel zo specifiek mogelijk te zijn (wat is het resultaat van de behandeling), of en hoe u (objectief) meet of het resultaat behaald is en de behandelduur (in

⁴ Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden

maanden) te vermelden. Geef tevens aan hoe u deze inzichten gebruikt om uw behandeling te verbeteren.

De behandeling van eetstoornissen richt zich op de lichamelijke gevolgen, het eetgedrag en de psychologische oorzakelijke en in stand houdende factoren, ook als dit comorbide psychiatrische stoornissen betreft. Er wordt altijd nauw samengewerkt met de ouders/verzorgers van patiënt.

Bij patiënten met een (ernstig) ondergewicht is het eerste doel een verdere daling van het gewicht te voorkomen. In het eerste deel van de behandeling wordt gewerkt aan het uit de gevarenzone (somaïsch) krijgen van de patiënt, dan aan herstel van het eetgedrag (voedingsmanagement), vervolgens aan herstel van deelname aan het gewone leven (school, vrienden etc.) door te werken aan de hinderende symptomen zoals cognities en gebrek aan zelfvertrouwen en het verstoord lichaamsbeeld en tot slot aan terugvalpreventie. Ouders worden vanaf het begin nauw bij de behandeling betrokken en maken daar een belangrijk deel van uit, ook als een intensiever behandeling of opname aan de orde is.

Bij patiënten die ten gevolge van de eetstoornis een overgewicht hebben wordt ook gewerkt aan het normaliseren van het gewicht door een persoonlijk voedings- en bewegingsadvies.

De voortgang in de behandeling wordt gemonitord via de Routine Outcome Monitoring (ROM). De behandelduur varieert afhankelijk van de aard en intensiteit van de eetstoornis, de lichamelijke gevolgen en de comorbiditeit. De duur van de behandeling varieert van enkele maanden tot meer dan een jaar.

De eerste keus van behandeling is ambulante. Alleen wanneer dat echt noodzakelijk is wordt een (korte) somatische of psychiatrische klinische behandeling aanbevolen.

De resultaten van de ROM en evaluaties met patiënt en ouders dienen als kwaliteitsinstrumenten waarmee de kwaliteit van behandeling systematisch wordt verbeterd. Daarnaast verrichten wij wetenschappelijk onderzoek dat tot doel heeft de kwaliteit van de behandeling te verbeteren.

9. **Beschrijving behandeling:** Beschrijf de inrichting van het traject dat een kind in de **behandeling** doorloopt. Beschrijf dit in fases die te onderscheiden zijn, bv. diagnostiek, behandeling en afsluiten en of dit een cyclisch proces is of opeenvolgende activiteiten zijn. Beschrijf ook de interventies/activiteiten die worden ondernomen in de behandelfase en wat het tijdspad is van de behandeling. Vermeld als de geleverde behandeling vastligt in richtlijnen.

Het traject ziet er als volgt uit:

- Aanmelding en triage
- Intake en diagnostiek: gekeken wordt naar psychiatrisch beeld, somatische toestand, voedingssituatie en gezinssituatie en functioneren op school

Vervolgens kan de behandeling uit de volgende onderdelen bestaan:

- Ambulante behandeling: systeemtherapie, voedingsmanagement, somatisch management, en op indicatie aanvullende behandeling. Het leeuwendeel van de patiënten wordt uitsluitend poliklinisch behandeld, soms met een korte opname periode
Meergezinsdagbehandeling is onze eerste keuze voor behandeling.
- Deeltijdbehandeling: een behandelprogramma voor enkele dagen per week
- Klinische behandeling: crisis interventie, kortdurende behandeling waarin gefocust wordt gewerkt aan een beperkt deel van de behandelvragen.
- De behandeling wordt op maat van de patiënt en het gezin samengesteld. Na de diagnostiekfase wordt een eerste behandelplan met ouders en patiënt besproken. De behandeling wordt vervolgens regelmatig geëvalueerd en in een adviesgesprek met ouders en patiënt worden op basis van de situatie van de patiënt de behandeldoelen in onderling overleg bijgesteld.

Na afronding van de behandeling volgt:

- Terugvalpreventie en nazorg , en / of
- Doorwijzing naar andere behandelaar

De behandeling is gebaseerd op de zorgstandaard eetstoornissen en het Eetstoornisenzorgprogramma van GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula.

10. Vorm van de behandeling: Beschrijf hoe de behandel sessies plaatsvinden. Denk hierbij aan behandeling een individuele vs. groepsbehandeling, met of zonder ouders.

De behandeling kan uit de volgende vormen bestaan:

- Meergezinsdagbehandeling; meerdere gezinnen (inclusief patiënt) doen mee aan groep, waarbij bijvoorbeeld samen geluncht wordt en moeilijke situaties geoefend en besproken kunnen worden
- Systeemtherapie en ouderbegeleiding; gesprekken met patiënt en ouders en met ouders alleen
- Verschillende vormen van behandeling in de groep (tiernegroep; intensieve behandeling meerdere dagen per week), met grote betrokkenheid van ouders
- Individuele therapie en begeleidingsgesprekken, meestal in combinatie met oudergesprekken
- Medicamenteuze behandeling, ondersteunend en opnamevoorkomend, met name aan het begin van de behandeling en bij comorbiditeit
- Somatische controles en begeleiding
- Voedingsadvies en coaching
- Psychiatrische (intensieve) thuiszorg

Bovenstaande behandelvormen kunnen ambulant, in deeltijd en klinisch plaatsvinden

11. Beschrijving zorg: Beschrijf de **zorg** die een kind kan verwachten. Beschrijf dit in termen van zaken die u ook in een behandelplan opneemt, te weten het doel van de zorg, afspraken over begeleiding, verzorging en verpleging en over dagbesteding (hoeveel uur per dag, groeps grootte, activiteit) en evaluatie met de patiënt. Neem hier ook op als er sprake is van een 3 milieu voorziening (wonen, onderwijs, vrije tijd).

De zorg varieert sterk, afhankelijk van de situatie van de patiënt. In veel gevallen volstaat ambulante behandeling, waarbij de patiënt en diens ouders regelmatig (veelal wekelijks) naar het behandelcentrum komen. Indien intensievere behandeling nodig is komt de patiënt vaker naar het behandelcentrum. Bij deeltijdbehandeling komt de jongere enkele dagen per week naar het behandelcentrum. Indien een opname nodig is verblijft de patiënt in het behandelcentrum, waarbij in de loop van de opname de patiënten het weekend thuis doorbrengt.

12. Samenwerking: is het samenwerking met andere zorgverleners tijdens de behandeling noodzakelijk voor het uitvoeren van de zorgfunctie?

Het kan voorkomen dat bij ernstige somatische complicaties nauw samengewerkt wordt met een kinderarts van de afdeling pediatrie van een algemeen ziekenhuis. Bij psychiatrische comorbiditeit kan tijdens de behandeling samengewerkt worden met een andere GGZ behandelaar. Bij opgenomen patiënten wordt samengewerkt met de school van de patiënt. Voor langdurige klinische behandeling wordt samengewerkt met Curium kinder- en jeugdpsychiatrie.

Fysieke omgeving waar de behandeling plaatsvindt

13. Behandelomgeving: Beschrijf de fysieke omgeving waar de behandeling plaatsvindt. Beschrijf in ieder geval of er sprake is van behandeling bij het kind thuis of op (het terrein van) de instelling, of er sprake is van verblijf (met overnachting).

De behandeling vindt voor een groot deel plaats in het behandelcentrum. Behandeling in de thuissituatie kan ingezet worden in de vorm van psychiatrische thuiszorg of Ehealth.

14. Verblijfsomgeving: Indien er sprake is van verblijf, beschrijf de verblijfssetting. Beschrijf of er sprake is van een open of gesloten setting, of er sprake is van beveiliging en aan welke (wettelijke) normen de setting voldoet. Geef tevens aan wat de bijzonder/specifieke eisen zijn aan de behandelomgeving ten gunste van de behandeling.

Kinderen worden zelden opgenomen. Afhankelijk van de ernst van de eetstoornis en het gedrag van het kind kan de opname (met een van de ouders) op onze open of op de gesloten afdeling (High Cure) worden vorm gegeven. Er worden afspraken gemaakt over het al dan niet zelfstandig

naar buiten kunnen gaan. Hierbij wordt rekening gehouden met de gezondheidstoestand van de patiënt.

Door de dag heen zijn vaste momenten voor maaltijden en tussendoortjes. Alle patiënten krijgen een voedingsadvies. Wegen en lichamelijke controles zijn een onderdeel van de behandeling.

In overleg met ouders en behandelaars worden afspraken gemaakt over bezoek en het al dan niet thuis doorbrengen van weekenden.

De opnameduur wordt zo kort mogelijk gehouden, de instelling is niet ingericht voor langdurig verblijf en een woonfunctie. Voor de opgenomen patiënten wordt naar vermogen gezorgd voor ontspanningsactiviteiten. In vakantieperiodes is een vakantieprogramma.

De regels en procedures van een GGZ instelling zijn van kracht.

Personele inzet

15. Professionals: Beschrijf welke beroepenclusters betrokken zijn (direct patiëntgebonden tijd) in het behandeltraject. Geef specifiek aan welke beroepencluster(s) zijn betrokken bij de diagnosestelling.

Voorbeelden van onderscheidende beroepenclusters zijn: medische beroepen (arts, psychiater,..), psychotherapeutische beroepen, psychologische beroepen ((Ortho)pedagoog, (GZ)-psycholoog, klinisch (neuro) psycholoog), agogische beroepen (maatschappelijk werk, SPH'er, agoog), verpleegkundige beroepen (verpleegkundige (art 3.)), vaktherapeutische beroepen, somatische beroepen (fysio-, ergotherapeut, neuroloog, kinderarts, huisarts).

De volgende behandelaars zijn bij de behandeling betrokken:

- Medische beroepen
 - Kinder- en jeugdpsychiater
 - Arts-assistent
 - Huisarts
 - Kinderarts
- Psychologische beroepen
 - Klinisch psycholoog
 - GZ-psycholoog
 - Psychotherapeut
 - Systeemtherapeut
 - Basispsycholoog
- Verpleegkundige beroepen
 - Verpleegkundig specialist
 - Verpleegkundige / Sociaal Pedagogisch Hulpverlener
 - Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
- Paramedische beroepen
 - Diëtist
- Vaktherapeutische beroepen
 - Beeldende therapeut
 - Psychomotorisch therapeut
- Schoolbegeleider / leerkracht
- Ervaringsdeskundige

16. Onderscheidend vermogen: beschrijf hoe de professionals die u inzet onderscheidend zijn van ten opzichte van professionals in hetzelfde beroepencluster en zelfde zorgfunctie. Denk hierbij aan aanvullende opleiding of ervaringsniveau.

De professionals van GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula onderscheiden zich door hun specialisatie in de behandeling van kinderen en jeugdigen met eetstoornissen. Door het grote aantal patiënten dat jaarlijks behandeld wordt, de specifieke training, kennis en ervaring en affiniteit met de doelgroep is de kwaliteit van zorg beter dan bij een niet gespecialiseerde instelling.

GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula beschikt over het keurmerk TOPGGz, dit betekent dat er sprake is van veel 3^e lijnszorg, waarbij het centrum een last resort functie vervult. Tevens is er structurele aandacht voor wetenschappelijk onderzoek, innovatie en kennisoverdracht.

17. Beschikbaarheid personeel: Is er sprake van permanent beschikbaar personeel? Met permanent beschikbaar personeel wordt bedoeld personeel dat op gedurende 24-uur oproepbaar is. Indien van toepassing geef aan over welk beroep het gaat en voor welk doel de beschikbaarheid noodzakelijk is.

Wij zijn onderdeel van het grote GGZ Rivierduinen. Hierdoor is de continuïteit van personele inzet gegarandeerd. In de kliniek zijn 24 uur per dag verpleegkundigen / begeleiders volgens rooster. Er is een psychiater als achterwacht bereikbaar.

Beëindiging van de zorg

18. Uitstroom: Op welk moment (criteria) wordt het zorgtraject beëindigd? Wat is de meest voorkomende wijze waarop door- of uitstroom van zorg plaatsvindt?

Intensieve behandelvormen (zoals verblijf) worden zo snel als mogelijk beëindigd. Minder intensieve ambulante behandeling kan, gezien de hardnekkige aard van de behandeling, langer duren. Bij evaluatie van de behandeling wordt steeds gekeken of de behandeldoelen gerealiseerd zijn. Indien er geen behandeldoelen meer zijn waarvoor behandeling bij de gespecialiseerde setting nodig is, wordt de behandeling beëindigd. Voor behandeling van andere problematiek worden patiënten doorverwezen.

De behandeldoelen hebben altijd betrekking op de gezondheidstoestand patiënt (gewicht en somatische toestand), psychische toestand en het dagelijks functioneren van de patiënt. De intensiteit van de behandeling wordt op maat afhankelijk van de ernst van de problematiek ingericht en steeds bijgesteld.

19. Nazorg: Welke zorg verleent u na het ontslag van de cliënt, als onderdeel van de zorg?

Alle patiënten krijgen een nazorgtraject aangeboden dat toegespitst is op de eetstoornis. De behandeling wordt in frequentie afgebouwd tot er vertrouwen is in de stabiliteit van de bereikte resultaten en het kind haar ontwikkeling weer heeft opgepakt. Indien nodig is er incidenteel laagdrempelig contact met ouders.

20. Communicatie: beschrijf of en hoe er communicatie met andere zorgverleners plaatsvindt nadat de behandeling van het kind bij u is afgelopen.

Huisarts en andere betrokken zorgverleners worden mondeling en schriftelijk geïnformeerd, zij krijgen op verschillende momenten tijdens het behandeltraject een brief met daarin informatie over patiënt en de resultaten van de behandeling. Waarmogelijk wordt gebruik gemaakt van (beveiligde) elektronische communicatie conform de standaarden zoals afgesproken tussen huisartsen en GGZ aanbieders.

Kwaliteit, innovatie en transformatie

21. Implementatie kwaliteit: hoe heeft u de kwaliteitseisen uit de Jeugdwet (zie deel B) geïmplementeerd waarbij u specifiek ingaat op art. 4.1.3. Beschrijf het gebruikte instrumentarium voor het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de hulp. Beschrijf ook of een periodiek klanttevredenheidsonderzoek onderdeel is van de systematische wijze betreffende de kwaliteit van hulp.

De Ursula maakt deel uit van een GGZ Rivierduinen. In deze instellingen 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:

- Professioneel reglement
- 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

22. Implementatie klachtenregeling: beschrijf hoe u klachten onderdeel zijn van een cyclus tot aanpassing van uw beleid.

Er is in de instelling een klachtenregeling, waarbij klachtenreportages onderdeel zijn van de beleidscyclus.

23. Transformatie: Beschrijf op welke wijze uw organisatie, eventueel in samenwerking met andere stakeholders, bijdraagt aan de landelijke verbetering van kwaliteit, transparantie, kennisontwikkeling en innovatie voor de jeugdzorg passend bij het paradigma en de beoogde transformatie (preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden en eerder de juiste hulp op maat te bieden om het beroep op dure gespecialiseerde hulp te verminderen) in de jeugdwet.

Als TOPGGz afdeling zijn we actief bezig met wetenschappelijk onderzoek en innovatie. Hiervoor zijn samenwerkingsverbanden met universitaire medische centra en universiteiten. Er zijn verschillende innovatieve behandelingen ontwikkeld en geïmplementeerd, zoals (anonieme) online hulpverlening. Er wordt samengewerkt binnen de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen. GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula vervult in Nederland een functie als expertisecentrum en last resort.

Rond patiëntenzorg richten wij ons op kennisoverdracht door consultatie aan behandelaars elders waaronder de basisgeneralistische GGZ.

De kennisoverdracht vindt plaats door het organiseren van referaten en een jaarlijkse Masterclass Eetstoornissen, bijdrages aan diverse nationale internationale congressen en symposia. Medewerkers van de instellingen publiceren in nationale en internationale vaktijdschriften.

Door de nadruk op overgewicht in de voorlichting wordt de kans groter dat jongeren die (genetische) kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van eetstoornis gaan lijnen, waardoor de eetstoornis uitgelokt wordt. Vroegtijdige signalering van eetstoornissen is van groot belang. Hierbij spelen scholen, sportverenigingen, jeugdartsen en huisartsen een belangrijke rol. Hoe eerder de behandeling start hoe beter de prognose is. Snelle toeleiding naar gespecialiseerde zorg is voor kinderen met een eetstoornis van belang (zie ook zorgstandaard eetstoornissen).

Over het algemeen is bij patiënten met eetstoornissen weinig overlap met zorg door jeugdzorginstanties. Het is geen patiëntencategorie die overlast veroorzaakt, er is geen correlatie van eetstoornissen met huiselijke geweld, multi-problem gezinnen, armoede of andere sociale problematiek.