

Landelijk Basisprogramma
Eetstoornissen

Trimbos-instituut
Anneke van Wamel
Maria Wassink

Colofon

Opdrachtgever

Het Trimbos-instituut

Financiering

Het Trimbos-instituut

Projectleiding

Anneke van Wamel

Projectuitvoering

Anneke van Wamel

Maria Wassink

Productie begeleiding

Paul Anzion

Vormgeving en druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

Met dank aan:

Annamarie van Elburg – Altrecht GGZ & UMC Utrecht Rintveld Centrum Eetstoornissen

Cecil Exterkate – GGNet, Amaram Specialistisch Centrum voor Eetstoornissen

Anita Jansen - Maastricht Universiteit, Psychologie Faculteit

Henk de Jong – Mediant, Centrum Preventieve GGz

Aukjen Niewijk – Altrecht GGZ Preventie

Casper Schoemaker – RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen

Ineke Voordouw – Trimbos-instituut (Landelijke Steunfunctie Preventie)

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via www.trimbos.nl/producten of via de Afdeling bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax: 030-297 11 11; e-mail: bestel@trimbos.nl. Onder vermelding van artikelnummer AF0660. U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 90-5253-539-6

ISBN 978-90-5253-539-5

©2006 Trimbos-instituut, Utrecht

Da Costakade 45 T 030 297 11 00

Postbus 725 F 030 297 11 11

3500 AS Utrecht www.trimbos.nl

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16b en 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van één of enkele gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers of andere compilatiewerken dient men zich tot de uitgever te wenden.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

Inhoud

1. Inleiding	
A Wat is het landelijk basisprogramma?	5
B Waarom een landelijk basisprogramma eetstoornissen?	6
C De inhoud van het basisprogramma eetstoornissen	7
2. Doelgroep	
A Doelgroep in zorgprogramma's	11
B Wat is de doelgroep in het basisprogramma eetstoornissen?	11
C Regionaal bepaalde aspecten	18
3. Hulpvraag	
A De hulpvraag in zorgprogramma's	21
B Wat is de hulpvraag van de cliënt met een eetstoornis?	21
C Specifieke hulpvraag van bepaalde doelgroepen	23
4. Doelen	
A Doelen in zorgprogramma's	25
B Doelen in het basisprogramma eetstoornissen	25
5. GGZ preventie	
A Preventie in zorgprogramma's	29
B Wat is de plaats van preventie in het basisprogramma eetstoornissen?	29
C Regionaal bepaalde aspecten	31
6. Indicatiestelling en zorgtoewijzing	
A Indicatiestelling en zorgtoewijzing in zorgprogramma's	35
B Hoe verloopt de indicatiestelling en zorgtoewijzing in het basisprogramma eetstoornissen?	36
C Nadere diagnostiek	41
7. Behandelmodules en activiteiten	
A Behandelmodules en activiteiten in zorgprogramma's	45
B Behandelmodules en activiteiten in het basisprogramma eetstoornissen	45
C Module- en activiteitenoverzicht	48
8. Randvoorwaarden	
A Randvoorwaarden in zorgprogramma's	59
B Randvoorwaarden binnen het basisprogramma eetstoornissen	60
C Waar moet verder rekening mee gehouden worden?	64
9. Implementatie	
A Implementatie in zorgprogramma's	67
B De rol van implementatie in het basisprogramma eetstoornissen	68
C Implementatie van zorgprogramma's	72
10. Literatuurverwijzingen	75

1. Hoofdstuk 1 Inleiding

Inleiding

- A Wat is het landelijke basisprogramma?
- B Waarom een landelijk basisprogramma eetstoornissen?
- C De inhoud van het basisprogramma eetstoornissen

Wat is het landelijke basisprogramma?

Een landelijk basisprogramma¹ bevat op hoofdlijnen alle ingrediënten die nodig zijn om een op de regio toegesneden zorgprogramma op te stellen. Een zorgprogramma is een samenhangend hulpaanbod voor een omschreven doelgroep. Het beschrijft welk hulpaanbod in de regio beschikbaar moet zijn en door wie dat geleverd kan worden.

Het landelijke basisprogramma beschrijft de betreffende doelgroep, de hulpvraag van de doelgroep, de professionele analyse van die hulpvraag, de co-morbiditeit, het wenselijke hulpaanbod op basis van de beste wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis en de noodzakelijke randvoorwaarden voor een zorgprogramma gericht op de betreffende doelgroep.

Een basisprogramma dient als een leidraad bij het opstellen en implementeren van een regionaal zorgprogramma. Het basisprogramma is niet bedoeld als een handleiding voor de individuele hulpverlener bij zijn of haar werkzaamheden, maar het is een tekst die op enige afstand staat van de individuele hulpverleningspraktijk. Het basisprogramma verwijst bijvoorbeeld naar bruikbare diagnostische instrumenten en relevante interventies, zonder dat deze instrumenten en interventies in de tekst gedetailleerd worden beschreven.

In een basisprogramma wordt de inhoudelijke kern van een zorgprogramma weergegeven, op basis van de meeste recente wetenschappelijke kennis en evidence. Een regio kan daarmee een zorgprogramma opstellen, daarbinnen de noodzakelijke instrumenten en interventies concretiseren en over de uitvoering ervan afspraken maken met de relevante regionale partijen.

Er is in het veld grote behoefte aan dergelijke betrouwbare gebundelde informatie over de hulpverlening aan de belangrijkste doelgroepen in de GGZ, op basis waarvan regionale afspraken gemaakt kunnen worden over een samenhangend hulpaanbod.

Het gaat in deze tekst om een breed basisprogramma, waarin het preventieve hulpaanbod, de hulpverlening in de eerste lijn en de hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ is meegenomen. Dit sluit aan bij de tendens in de regionale praktijk om in het kader van de zorgprogrammering over de grenzen van de gespecialiseerde GGZ te kijken. Het onderstaande figuur maakt duidelijk dat geestelijke gezondheid en daarmee ook de geestelijke gezondheidszorg als een continuüm beschouwd moeten worden. Mensen bewegen zich op het continuüm van gezondheid heen en weer. Dit wordt steeds veroorzaakt door een combinatie van biologische, sociale en psychologische factoren. Het gehele spectrum van zorg(instellingen) en diensten zou daarom in samenhang beschouwd moeten worden. Veel domeinen (bijvoorbeeld gezondheidsbevordering en welzijnswerk enerzijds en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg anderzijds) zijn echter nog steeds sterk van elkaar gescheiden.

In het model zijn vier niveaus te onderscheiden:

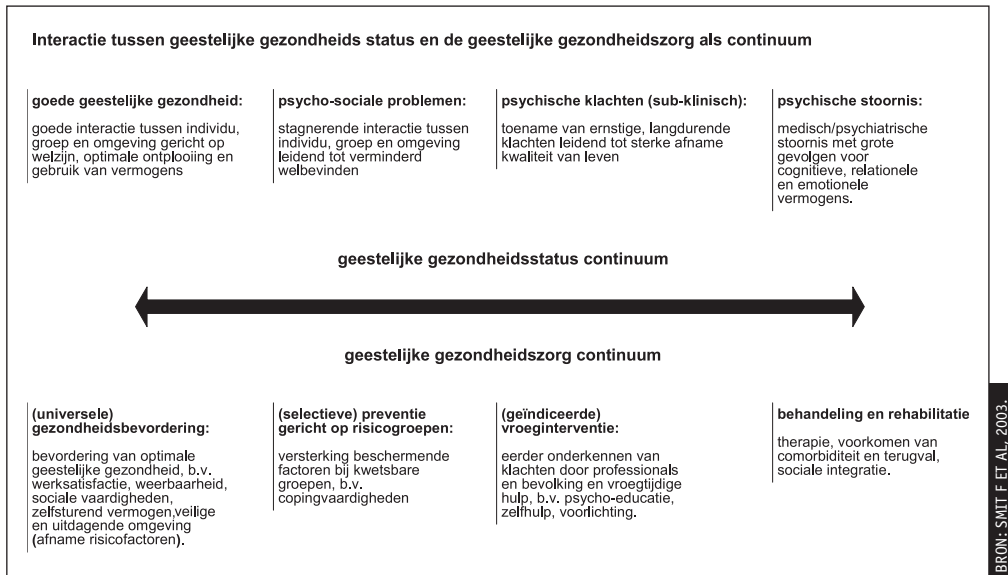
Op niveau 1 gaat het om algemene gezondheidsbevordering en het creëren van voorwaarden waaronder mensen zichzelf optimaal kunnen ontwikkelen en ontplooiën. Algemene versterking van sociaal-emotionele competentie alsmede het creëren van gezondheidsbevorderende leefomstandigheden (school, gezin, wijk, arbeid, verzorgingshuizen) staan centraal.

¹ In de hierna volgende tekst worden de termen basisprogramma en landelijke basisprogramma naast elkaar gebruikt. Vanwege de leesbaarheid is het woord landelijk meestal weggelaten. Waar basisprogramma staat wordt dus het landelijke basisprogramma bedoeld.

Op niveau 2 gaat het om specifieke kwetsbare groepen mensen in de samenleving die een verhoogd risico hebben om gezondheidsklachten te ontwikkelen. Voorbeelden zijn ouderen zonder sociaal netwerk, kinderen die het slachtoffer zijn van mishandeling.

Op niveau 3 gaat het om mensen die langere tijd gezondheidsklachten ervaren. Deze kunnen variëren van mild tot ernstig. Voor mensen met klachten is vroegtijdige hulp aangewezen.

Op niveau 4 gaat om mensen met een diagnoseerbare psychische/psychiatrische stoornis. Niet alleen een effectieve behandeling/therapie staat centraal maar tevens zorggerichte preventie: het voorkomen van terugval en co-morbiditeit, alsmede sociale reïntegratie, wanneer een stoornis langer aanwezig is.



Waarom een landelijk basisprogramma eetstoornissen?

In 2006 is de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen verschenen. Er wordt naar gestreefd om bij elke Multidisciplinaire Richtlijn die uitkomt een landelijk basisprogramma te schrijven. In deze tekst wordt het basisprogramma voor mensen met een eetstoornis beschreven. Anders dan in de basisprogramma's depressie en angststoornissen beperkt het basisprogramma eetstoornissen zich niet tot de doelgroep volwassenen. Hier is voor gekozen omdat eetstoornissen meestal in de adolescentie ontstaan.

Het doel van het basisprogramma is om regionale werkgroepen en hulpverleners in staat te stellen een zo goed mogelijk regionaal zorgprogramma voor eetstoornissen te schrijven, met als uiteindelijk doel de cliënt² een zo passend mogelijk hulpaanbod te kunnen bieden.

Er verschijnen in rap tempo publicaties waarin de meest recente wetenschappelijke kennis over eetstoornissen en de behandeling ervan beschreven wordt. Het is niet voor iedere hulpverlener mogelijk om hiervan op de hoogte te blijven én om die kennis te vertalen naar de behandelpraktijk.

Het basisprogramma tracht de hulpverleners hierin tegemoet te komen door als gids beknopt weer te geven wat de meest recente kennis is en waar welke onderwerpen en activiteiten te vinden zijn.

² De termen cliënt en patiënt worden in dit basisprogramma door elkaar gebruikt.

Het basiszorgprogramma is geschreven voor:

- regio's die nog niet met zorgprogramma's werken, maar wel van plan zijn daarmee te starten,
- leden van (beginnende) werkgroepen zorgprogrammering,
- regio's die wel met zorgprogrammering werken, maar waar de zorgprogramma's inhoudelijk aan bijstelling en/of verbetering toe zijn,
- regio's die in hun zorgprogramma's de deur open willen stellen naar preventie en de eerste lijn,
- medewerkers in het preventieveld en de eerste lijn die bezig zijn met hun positionering naar de tweede-lijns GGZ,
- regio's die een zorgprogramma eetstoornissen geschreven hebben, maar dat nog niet ingevoerd hebben. Zij kunnen hun tekst aan de hand van het basisprogramma bijstellen aan de hand van meeste recente kennis en voordeel hebben van het hoofdstuk over implementatie.

Dit basisprogramma beschrijft wat de inhoud van een zorgprogramma zou moeten zijn. Maar met het schrijven van een zorgprogramma is de klus nog niet geklaard. Het invoeren of implementeren van een zorgprogramma is een traject dat niet onderschat moet worden. Het implementeren dient goed voorbereid en zorgvuldig te verlopen en dat begint al bij het opstellen van het zorgprogramma. Daarin wordt onder meer concreet beschreven wie betrokken is bij de implementatie van het programma, welke evaluatiepunten vastgesteld zijn en wat de organisatorische consequenties zijn.

De inhoud van het basisprogramma eetstoornissen

Het zorgprogramma beschrijft de volgende inhoudelijke thema's met betrekking tot eetstoornissen:

- doelgroep
- hulpvraag
- doel
- GGZ preventie
- indicatiestelling en zorgtoewijzing
- behandelmodules en – activiteiten
- randvoorwaarden
- implementatie

Alle hoofdstukken zijn opgebouwd volgens hetzelfde stramien:

Deel A: waarin beschreven is wat onder dat onderdeel verstaan wordt en waarom het belangrijk is dat het in een zorgprogramma beschreven wordt.

Deel B: waarin dat onderdeel wordt uitgewerkt voor eetstoornissen. Hierin komen de zogenaamde 'kern' teksten aan bod, d.w.z. onderwerpen die in ieder geval in een zorgprogramma eetstoornissen aan bod zouden moeten komen.

Deel C: waarin onderwerpen staan die niet in elke regio dezelfde zwaarte hebben, maar die wel overwogen dienen te worden (met uitzondering van hoofdstuk 4 'Doel', dat geen deel C heeft).

Onderstaand een korte introductie van de genoemde thema's:

Doelgroep (H2)

In deel A wordt beschreven wat onder doelgroep in een zorgprogramma verstaan wordt. Deel B beschrijft de doelgroep cliënten met een eetstoornis. In de keuze van de doelgroepen wordt de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen gevolgd.

Het basisprogramma beschrijft en richt zich op cliënten met de volgende typen eetstoornissen:

- anorexia nervosa (AN),
- boulimia nervosa (BN),
- eetbuistoornis (Binge Eating Disorder of BED) en
- eetstoornissen niet anderszins omschreven (eetstoornis NAO).

Daarna komen aan bod: de omvang van de doelgroep (prevalentie), risicogroepen en -factoren en luxerende- en onderhoudende factoren. In deel C worden aspecten rond co-morbiditeit, jeugd, mannen en allochtonen kort besproken.

Hulpvraag (H3)

Deel A beschrijft wat onder het begrip hulpvraag in een zorgprogramma verstaan wordt. In deel B worden de hulpvragen omschreven waarmee cliënten met een eetstoornis zich in de eerste en de tweede lijn veelal aanmelden. De hulpvragen op verschillende levensgebieden (psychisch functioneren, sociaal functioneren, lichamelijk functioneren en seksualiteit, dagstructurering, werk en opleiding, woonomgeving en betekenisgeving) worden nader omschreven.

In deel C komen de hulpvragen van specifieke doelgroepen aan bod, namelijk vrouwen en mannen, jeugd, langdurig zorgafhankelijke cliënten en cliënten zonder een specifieke hulpvraag.

Doelen (H4)

In deel A komt ter sprake wat de doelen van een zorgprogramma in het algemeen dienen te zijn. In deel B wordt dit gespecificeerd naar doelen waarnaar gestreefd wordt in het contact met een cliënt met een eetstoornis, d.w.z. de verschillende behandeldoelen. Hierbij is ook aandacht voor doelen van preventie.

GGZ-preventie en gezondheidsbevordering (H5)

Preventie heeft in het basisprogramma een grotere plaats gekregen dan in de meeste bestaande zorgprogramma's het geval is. Hiermee wordt een begin gemaakt met het overschrijden van de grenzen tussen preventie, eerstelijns- en tweedelijns GGZ.

In deel A wordt beknopt beschreven welke vier vormen van GGZ preventie er te onderscheiden zijn: universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie. Ook wordt het verschil tussen GGZ preventie en gezondheidsbevordering uitgelegd.

In deel B wordt de plaats van preventie in het basisprogramma eetstoornissen verduidelijkt en worden de vier preventievormen voor eetstoornissen beschreven. Daarna komen specifieke risico en beschermende factoren aan bod.

Deel C behandelt de mogelijke aanbieders van GGZ preventie in een regio en geeft een overzicht van interventie mogelijkheden m.b.t. eetstoornissen.

Indicatiestelling en zorgtoewijzing (H6)

Dit hoofdstuk heeft tot doel om een helder overzicht te geven van de verschillende stappen die in het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing genomen moeten worden. Waar mogelijk zijn bij deze stappen de instrumenten vermeld die daarbij te gebruiken zijn. Als er van een richtlijnadvies over deze instrumenten is uitgegaan, wordt dat erbij vermeld.

In deel A worden de termen gedefinieerd. Daarna worden de stappen in het indicatie- en toewijzingsproces genoemd die in een zorgprogramma beschreven moeten worden.

Deze stappen zijn in vier fasen samen te vatten: aanmelding en/of intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en opstellen van het behandelplan (meestal onderdeel van de behandeling), bewaking en bijstellen van het behandelplan.

In deel B is uitgewerkt hoe deze fasen bij cliënten met een eetstoornis horen te verlopen.

Met betrekking tot *aanmelding en intake* komen aan bod:

- aanmelding en herkenning van klachten in de eerste lijn,
- doorverwijzing,
- het gebruik van screeners,
- onderdelen van de psychiatrische diagnostiek (o.a. classificatie en beloop),
- classificatie instrumenten,
- ernstbepaling en beloop.

Met betrekking tot *indicatiestelling* komen aan bod:

- doelen van en eisen aan het indicatieproces,
- rol van de cliënt,
- verwijzingen,
- gedwongen opname en gedwongen behandeling.

Met betrekking tot het *opstellen, bewaken en bijstellen van het behandelplan* wordt besproken:

- definiëring van de termen
- inhoud van een behandelplan
- positie van de cliënt

In deel C worden de verdere diagnostische activiteiten beschreven die nodig kunnen zijn indien het voorgaande nog niet tot een goed behandelplan leidt. De hulpverlener zal per cliënt een pakket samen moeten stellen uit de genoemde activiteiten. Het is aan de samenstellers van het regionale zorgprogramma om te kiezen welke activiteiten beschreven worden en in welk detail.

Aan bod komen:

- Somatische diagnostiek: somatische anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek.
- Aanvullende psychiatrische diagnostiek: hetero-anamnese, aandacht voor suïcidaliteit, persoonlijkheids-onderzoek.
- Sociale diagnostiek: biografische anamnese, systeem onderzoek.

Behandelmodules en -activiteiten (H7)

In deel A wordt de plaats van behandelmodules en -activiteiten in een zorgprogramma beschreven.

Ook komen de criteria waaraan de beschrijvingen van de modules en activiteiten moeten voldoen aan bod:

- naam,
- inhoud,
- indicatie of zo mogelijk een onderbouwing van het (evidence based) niveau van de module,
- ontvangers van de module: organisatorische en financiële aspecten.

In deel B wordt de inhoud en de achtergrond van de Multidisciplinaire Richtlijn kort beschreven

In dit deel is ook een schema opgenomen waarin de mogelijke interventies bij eetstoornissen zijn gezet.

Hierin kan opgezocht worden welke interventies in de Multidisciplinaire Richtlijn terug te vinden zijn.

In deel C zijn vervolgens beschrijvingen van de modules en activiteiten te vinden. Per beschrijving is aangegeven of de interventie wordt genoemd in de richtlijn en wat het niveau van de bewijsvoering is.

Randvoorwaarden (H8)

Het werken met zorgprogramma's heeft gevolgen voor de organisatie van de zorg. In dit hoofdstuk worden de minimale vereisten behandeld waaraan voldaan moet worden om het zorgprogramma te laten functioneren. Dit zijn de zogenaamde randvoorwaarden.

De randvoorwaarden om programmatisch te kunnen werken zijn in vijf thema's in te delen. Deze worden in deel A beschreven:

- Continuïteit in het aanbod, deze betreffen continuïteit op het niveau van de doelgroep.
- Continuïteit in de sturing van de zorg, dit betreft continuïteit op het niveau van de individuele cliënt.
- Planning van het aanbod, op kwantiteit en kwaliteit.
- Bewaking van de kwaliteit van de zorg, zowel de uitvoering als de inhoud van het zorgprogramma.
- Kwaliteit van de hulpverleners.

In deel B zijn deze vijf thema's specifiek uitgewerkt naar een zorgprogramma voor eetstoornissen.

In deel C wordt verder ingegaan op wat de rol van de cliënt in het bovenstaande kan zijn. Ook worden twee voorbeelden geschetst van de wijze waarop afstemming van de organisatie en het zorgprogramma tot stand kan worden gebracht.

Implementatie (H9)

In dit hoofdstuk wordt een eerste handreiking geboden bij het nadenken over de implementatie van zorgprogramma's en het opstellen van een implementatieplan.

In deel A wordt beschreven waarom het belangrijk is dat er in een zorgprogramma aandacht is voor implementatie. Een van de voornaamste redenen daarvoor is dat zorgprogramma's geen gemakkelijke vernieuwingen zijn om in te voeren.

In deel B komt vervolgens een model voor de implementatie van vernieuwingen in de zorg aan de orde.⁽¹⁵⁾ Dit model beschrijft een aantal stappen, dat gevolgd moeten worden om te komen tot een succesvolle invoering van de verandering:

- 1 Het ontwikkelen van een voorstel.
- 2 Analyse van de doelgroep en de setting.
- 3 Selectie van strategieën om veranderingen in te voeren.
- 4 Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan.
- 5 Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan.

In deel C zijn concrete ervaringen te vinden van regio's die zorgprogramma's (andere dan eetstoornissen) daadwerkelijk geïmplementeerd hebben. Aan de orde komen de mogelijkheden met betrekking tot invoeringstrajecten, en de belangrijkste knelpunten en bevorderende factoren. Tot slot worden de aanbevelingen genoemd uit het onderzoek in deze regio's.

Hoofdstuk 2 Doelgroep

Doelgroep

- A Doelgroep in zorgprogramma's
- B Wat is de doelgroep in het basisprogramma eetstoornissen?
- C Regionaal bepaalde aspecten

A Doelgroep in zorgprogramma's

Een zorgprogramma heeft een duidelijk omschreven doelgroep. Deze doelgroep wordt omschreven als een gespecificeerde groep hulpvragers met overeenkomstige problematiek en/of zorgbehoefte.

Er moet goed nagedacht worden op grond waarvan gezegd kan worden dat de problematiek en hulpvraag 'overeenkomstig' is. Wordt bijvoorbeeld gekozen voor een psychiatrische DSM-classificatie of wordt de overeenkomst door de benodigde zorgintensiteit bepaald. Aangezien de basis van het zorgprogramma de geaggregeerde hulpvraag van de doelgroep is, is het belangrijk hier van tevoren een zorgvuldige keuze in te maken. De gekozen doelgroep kan meer of minder ruim omschreven worden. In het algemeen wordt aangeraden dat het segmenteren van de doelgroep aan de orde is als de problematieken (en daarmee de hulpvragen) tamelijk ver uiteen lopen. De doelgroep wordt niet omschreven in termen van het hulpaanbod of methodiek. Ook is de doelgroep niet per se gerelateerd aan één diagnose.

Waar het om gaat is dat de problematiek en de zorgbehoefte van de doelgroep in zoverre overeen komen dat het zorgprogramma voldoende op ieder van hen van toepassing is.

B Wat is de doelgroep van het basisprogramma eetstoornissen?

Het basisprogramma richt zich op adolescenten en volwassenen tot 65 jaar met een eetstoornis (anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuistoornis, eetstoornis NAO), conform de DSM-IV criteria voor eetstoornissen.

De DSM-IV (vooral in de tweede lijn) en de ICD-10 (vooral in de eerste lijn) zijn de meest gebruikte classificatiesystemen voor o.a. psychische stoornissen

De DSM is een classificatiesysteem voor psychische stoornissen, en werd ontwikkeld onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association. De DSM is ontwikkeld voor gebruik bij met name onderzoek. Door internationaal dezelfde criteria af te spreken voor psychiatrische aandoeningen wordt onderzoek en communicatie duidelijker en betrouwbaarder.

De DSM-IV bestaat uit vijf assen:

- As 1 Klinische stoornis (bijv. depressie),
- As 2 Persoonlijkheidsstoornissen (bijv. afhankelijke persoonlijkheidsstoornis),
- As 3 Lichamelijke aandoeningen (relevant voor het begrijpen of behandelen van een psychische stoornis) (bijv. migraine),
- As 4 Psychosociale en omgevingsfactoren (bijv. scheiding, werkeloosheid),
- As 5 Algehele beoordeling van het functioneren (Global Assessment of Functioning Scale, GAF) uitgedrukt op een schaal van 0 tot 100.

De tiende editie van de International Classification of Diseases (ICD-10) is de internationale standaard voor het classificeren van ziekten, gebreken en andere gezondheidsproblemen, ontwikkeld door de World Health Organization. Hoofdstuk V van de ICD-10 bevat een classificatie van meer dan 300 psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Het is bedoeld voor de algemene klinische praktijk, het onderwijs en de hulpverlening.

In dit basisprogramma is getracht de inhoud een brede basis te geven door ook preventie van eetstoornissen en hulpverlening in de eerste lijn te beschrijven. Daarmee zijn personen die nog niet aan alle DSM-IV criteria voldoen, maar wel een serieus risico lopen een eetstoornis te ontwikkelen aan de doelgroep toegevoegd.

Zowel in de DSM-IV als in de ICD-10 is het gemeenschappelijke kenmerk van de doelgroep mensen met eetstoornissen: een obsessieve preoccupatie met gewicht, uiterlijk en eten. Er is sprake van:

- een verstoord eetpatroon,
- een vertekend lichaamsbeeld of lichaamsbeleving,
- zelfwaardering die in te sterke mate beïnvloed wordt door opvattingen over het eigen lichaam en
- een intense angst om in gewicht toe te nemen of dik te worden.

DSM-IV criteria

De DSM-IV beschrijft de criteria van de psychiatrische eetstoornissen van de puberteit, adolescentie en volwassenheid, te weten anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN), eetbuistoornis (Binge Eating Disorder of BED) en eetstoornissen niet anderszins omschreven (eetstoornis NAO).

Anorexia nervosa

Er is sprake van anorexia nervosa als aan de volgende DSM-IV criteria wordt voldaan:

- A. Weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht (bijvoorbeeld gewichtsverlies dat leidt tot het handhaven van het lichaamsgewicht op minder dan 85% van het te verwachten gewicht; of het in de periode van groei niet bereiken van het te verwachten gewicht, hetgeen leidt tot een lichaamsgewicht van minder dan 85% van het te verwachten gewicht).
- B. Intense angst in gewicht toe te nemen of dik te worden, terwijl er juist sprake is van ondergewicht.
- C. Stoornis in de manier waarop iemand zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm beleeft, onevenredige grote invloed van het lichaamsgewicht, of lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf of ontkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht.
- D. Bij meisjes, na de menarche, amenorrhoe, dat wil zeggen de afwezigheid van tenminste drie achtereenvolgende menstruele cycli. Een vrouw wordt geacht een amenorrhoe te hebben als de menstruatie alleen volgt na toediening van hormonen (bijvoorbeeld oestrogenen).

Beperkende type: tijdens de huidige episode van anorexia nervosa is betrokkene niet geregeld bezig met vreetbuien³ of laxeren (dat wil zeggen zelfopgewekt braken of misbruik van laxantia, diuretica (plasmiddelen of klysmas).

Vreetbuien/purgerende type: tijdens de huidige episode van anorexia nervosa is betrokkene geregeld bezig met vreetbuien of purgerende maatregelen (dat wil zeggen zelfopgewekt braken of misbruik laxantia, diuretica of klysmas).

Boulimia nervosa

Er is sprake van anorexia nervosa als aan de volgende DSM-IV criteria wordt voldaan:

- A. Recidiverende episodes van vreetbuien. Een episode wordt gekarakteriseerd door beide volgende:
 1. het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten.
 2. een gevoel de beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet).

³ In het basisprogramma zal verder gesproken worden over 'eetbuien' en 'eetbuistoornis'. Dit met uitzondering van de DSM-IV criteria, omdat de DSM-IV de vertaling 'vreetbuien' en 'vreetbuistoornis' hanteert.

- B. Recidiverend inadequaats compensatoir gedrag om gewichtstoename te voorkomen zoals: braken, misbruik van laxantia, diuretica of klysma's of andere geneesmiddelen, vasten of overmatige lichaamsbeweging.
- C. De vreetbuien en de inadequate compensatoire gedragingen komen beide gemiddeld en ten minste tweemaal per week gedurende drie maanden voor.
- D. Het oordeel over zichzelf wordt in onevenredige mate beïnvloed door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht.
- E. De stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens episodes van anorexia nervosa.

Purgerende type: tijdens de huidige episode van boulimia nervosa is betrokkene geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's.

Niet-purgerende type: tijdens de huidige episode van boulimia nervosa heeft betrokkene andere inadequate compensatoire gedragingen getoond zoals vasten of overmatige lichaamsbeweging, maar is niet geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's.

Eetbuistoornis ('Binge eating disorder')

De eetbuistoornis kan worden gedefinieerd als boulimia nervosa zonder compensatoir gedrag. Binge-eating disorder is een nieuwe categorie in de DSM-IV. Deze categorie is slechts als een 'voorlopige diagnose' geïntroduceerd, wat betekent dat er criteria voor verder onderzoek zijn voorgesteld met de bedoeling later te beslissen of de categorie een erkende plaats bij de 'officiële' eetstoornissen krijgt. Alhoewel in de wetenschappelijke literatuur nog veel discussie is, blijkt dat in de praktijk de eetbuistoornis als aandoening geaccepteerd is. Formeel valt zij onder de eetstoornis-NAO.

- A. Recidiverende episodes van vreetbuien. Een episode wordt gekarakteriseerd door beide volgende:
 1. het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten.
 2. een gevoel de beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet).
- B. De vreetbuien gaan samen met drie (of meer) van de volgende kenmerken:
 1. veel sneller eten dan normaal;
 2. eten totdat men zich helemaal volgepropt voelt;
 3. grote hoeveelheden voedsel eten terwijl men geen honger heeft;
 4. alleen eten omdat men zich schaamt voor de hoeveelheden die gegeten worden;
 5. walgen van zichzelf, zich depressief of erg schuldig voelen na een vreetbui.
- C. Lijdensdruk t.a.v. de vreetbuien is aanwezig.
- D. De vreetbuien komen gemiddeld tenminste twee dagen per week gedurende 6 maanden voor.
- E. Regelmatig inadequate compensatoire gedragingen (bijvoorbeeld braken, vasten, overmatige lichaamsbeweging) vinden niet plaats. De stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens episodes van anorexia nervosa en boulimia nervosa

Eetstoornis Niet Anders Omschreven

De eetstoornis-NAO is een categorie voor cliënten die meestal een aantal overeenkomstige, maar niet alle, kenmerken van de eerder genoemde meer specifieke eetstoornissen hebben.

Tot de voorbeelden horen:

1. Bij vrouwen wordt voldaan aan alle criteria van anorexia nervosa, behalve dat betrokkene geregeld menstrueert.
2. Aan alle criteria van anorexia nervosa wordt voldaan, behalve dat, ondanks significant gewichtsverlies, het huidige lichaamsgewicht van betrokkene binnen de normale grenzen ligt.
3. Aan alle criteria van boulimia nervosa wordt voldaan behalve dat de vreetbuien en de inadequate compensatiemechanismen voorkomen in een frequentie van minder dan tweemaal per week of met een duur van korter dan drie maanden.

4. Het geregeld tonen van inadequate compensatoire gedragingen na het eten van kleine hoeveelheden (bijvoorbeeld zelfopgewekt braken na het eten van twee koekjes).
5. Herhaald kauwen op en uitspugen van, maar niet doorslikken van grote hoeveelheden voedsel.
6. Eetbuistoornis (Binge Eating Disorder): zie boven.

Hoe groot is de doelgroep?

Epidemiologisch onderzoek naar eetstoornissen kent een aantal problemen. Ten eerste is de incidentie (het aantal nieuwe gevallen) relatief laag. Voor epidemiologisch onderzoek betekent dit dat er een groot aantal mensen onderzocht moeten worden om voldoende gevallen van een echte eetstoornis te vinden. Ten tweede zoeken mensen met een eetstoornis zelden hulp, in tegenstelling tot de meeste mensen met een andere stoornis. Dit betekent dat in grootschalig vragenlijsten onderzoek veel gevallen gemist zullen worden (zie ook de Nemesis uitkomsten), omdat het gestoorde eetgedrag ontkend of verborgen wordt. Omdat het aantal nieuwe gevallen in de algemene bevolking grotendeels onbekend zijn en de incidentiecijfers daarom laag zijn, is de incidentie die wel geconstateerd wordt gebaseerd op casusregisters en ziekenhuisgegevens. Onbehandelde gevallen, zoals gezegd waarschijnlijk de meerderheid, blijven daardoor buiten beeld. Dat beïnvloedt de conclusies die uit prevalentiecijfers getrokken kunnen worden.(40)
Het is onduidelijk of de incidentie van eetstoornissen toeneemt.

Eetstoornissen ontstaan vooral tijdens de adolescentie. Het betreft ongeveer 95% vrouwen en 5% mannen. Over prevalentie is het meest bekend over de eetstoornissen anorexia nervosa en boulimia nervosa.

Onderzoek	Doelgroep	Anorexia Nervosa	Boulimia Nervosa
Verhulst (42)	Nederlandse adolescenten 13-18 jaar (6 maands prevalentie)	3 per 1.000	2 per 1.000
Nemesis (3;4)	Nederlandse bevolking 18 -64 jaar (jaarprevalantie)	0	Mannen 2 per 1.000 Vrouwen 6 per 1.000
Nemesis (3;4)	Nederlandse bevolking 18 - 64 jaar (levensprevalantie)	7 per 1.000	6 per 1.000
Hoek en van Hoeken (18)	Onderzoek door huisartsen (gemiddelde prevalentie)	0,3% (jonge vrouwen)	1% (vrouwen) 0,1% (mannen)

Incidentie en prevalentie naar stoornis (2)

Anorexia nervosa

Incidentie: minimaal 8 per 100.000 van de bevolking per jaar in geïndustrialiseerde landen. Dit betekent dat er per jaar circa 1.300 personen met anorexia nervosa in Nederland bijkomen.

De gemiddelde huisarts ziet eens in de 5 jaar een nieuwe cliënt met anorexia nervosa in zijn praktijk.

Prevalentie: schatting: jaarlijks 370 per 100.000 jonge vrouwen (15-29 jr.) in geïndustrialiseerde landen.

Dit betekent circa 5.500 jonge vrouwen met anorexia nervosa per jaar in Nederland.

Om een idee te geven, voor de gemiddelde huisarts betekent dit één cliënt met anorexia nervosa in de praktijk.

Eetstoornissen behoren tot de psychische ziekten met de hoogste sterfte.(16;39)

Boulimia nervosa

Incidentie: minimaal 13 per 100.000 van de bevolking per jaar in geïndustrialiseerde landen. Dit betekent dat er per jaar circa 2.100 personen met boulimia nervosa in Nederland bijkomen.

Gemiddeld ziet een huisarts eens in de 3 jaar een nieuwe cliënt met boulimia nervosa in zijn praktijk.

Prevalentie: schatting: jaarlijks 1.500 per 100.000 jonge vrouwen in geïndustrialiseerde landen.

Dit betekent circa 22.300 jonge vrouwen met boulimia nervosa cliënten per jaar in Nederland.

Gemiddeld heeft een huisarts drie cliënten met boulimia nervosa in de praktijk.

De sterfte onder patiënten met boulimia nervosa is nog onvoldoende onderzocht om definitieve conclusies te trekken. In een review werd voor boulimia nervosa een gemiddelde kans op sterfte van 0,3% gevonden. Vermoed wordt dat de werkelijke sterfte hoger ligt (Nationaal Kompas Volksgezondheid).

Eetbuistoornis

Er zijn nog geen onderzoeken bekend naar de incidentie van de eetbuistoornis.

Prevalentie: er zijn nog nauwelijks epidemiologische gegevens bekend. Het grote probleem bij deze studies is dat de criteria waaraan cliënten moeten voldoen, nog niet vaststaan. Daarnaast zijn methodologische beperkingen de vaak kleine steekproeven en het gebruik van alleen vragenlijsten om de diagnose te stellen. Er zijn enkele studies gedaan naar specifieke populaties zoals mannen, vrouwen, leden van een afslankgroep. Tot op heden is er één kwalitatief goede studie bekend naar de prevalentie onder de algemene bevolking. Deze Australische studie vond een prevalentie voor de eetbuistoornis volgens de DSM-IV criteria van 1% onder de bevolking. Toegepast op de Nederlandse situatie zou dit betekenen dat er op 1 januari 2001 bijna 160.000 cliënten met de eetbuistoornis in Nederland waren. Overigens is het opvallend dat in tegenstelling tot anorexia nervosa en boulimia nervosa de eetbuistoornis even vaak voorkomt onder mannen als onder vrouwen.

Mortaliteit: Er zijn nog geen gegevens bekend.

Risicogroepen en factoren

Diverse risicofactoren kunnen een rol spelen in de ontwikkeling van een eetstoornis, vaak ook nog in interactie met elkaar. Het is echter moeilijk om risicofactoren aan te wijzen die specifieke zijn voor de ontwikkeling van anorexia, boulimia nervosa of voor de eetbuistoornis en specifieke subgroepen binnen deze eetstoornissen.

Er zijn aanwijzingen dat zowel biologische, culturele, psychologische als gezinsfactoren een rol spelen bij de ontwikkeling en instandhouding van een eetstoornis.

Veel genoemde risicofactoren voor eetstoornissen zijn (40):

- grote mate van onvrede met het eigen lichaam,
- overgewicht of ondergewicht in de voorgeschiedenis,
- dieet houden in de voorgeschiedenis,
- gezinscultuur met overmatige aandacht voor voedsel, gewicht of figuur,
- gezinsleden met een eetstoornis of overgewicht,
- depressie in de voorgeschiedenis,
- depressie en/of verslaving in gezin,
- persoonlijkheidskenmerken: overmatig inschikkelijk, introvert, competitief, perfectionistisch, impulsief,
- lage zelfwaardering, faalangst,
- seksueel misbruik.

Er is niet empirisch aangetoond dat er een verband is tussen deze risicofactoren en het ontwikkelen van een eetstoornis. Zie voor een verdere uitwerking van risicofactoren hoofdstuk 5: Preventie.

Beloop

Over het beloop van eetstoornissen onder de algemene bevolking is weinig bekend. Vrijwel alle informatie is afkomstig van onderzoek naar het beloop onder opgenomen cliënten.

Over het beloop van anorexia nervosa is vrij veel gepubliceerd. Over boulimia nervosa is minder bekend omdat deze eetstoornis pas in 1980 volgens de DSM criteria is beschreven. Ook over het beloop van eetbuistoornissen is minder verschenen dan over anorexia nervosa.

Anorexia nervosa

In een recent Australisch onderzoek bleek dat een deel voor behandeling aangemelde cliënten uiteindelijk - op eigen verzoek - geen behandeling ontving. Hun beloop verschilde niet van dat van behandelde cliënten, ook wanneer rekening werd gehouden met de ernst van de symptomen bij aanmelding.(6)

Mensen met anorexia nervosa die zijn opgenomen in een ziekenhuis hebben over het algemeen ernstiger symptomen, grotere beperkingen in functioneren en meer kans op bijkomende ziektes dan andere personen met deze ziekte. Daarom zijn de vooruitzichten voor hen slechter, ook bij intensieve behandeling.

Uit de beschikbare informatie komen de volgende gegevens naar voren:

- Meestal gaat aan anorexia nervosa al een periode van intensief lijnen vooraf. Het is echter ook mogelijk dat de eetstoornis dan al begonnen is.
- De 1e episode begint doorgaans tussen 15 en 25 jaar.
- Anorexia nervosa duurt gemiddeld 4 jaar. Dat loopt uiteen van enkele maanden, tot tientallen jaren.
- De kans op terugval is groot. Bij ongeveer 1 op de 4 mensen wordt de stoornis chronisch.
- Ongeveer 45% van de opgenomen cliënten verbetert in de loop van jaren, 30% houdt klachten en een kwart blijft lang ziek, van wie weer een deel overlijdt.(6)

Van alle psychiatrische stoornissen behoort anorexia nervosa tot de ziekten met de hoogste mortaliteit: wereldwijd blijkt uit een aantal langdurige follow-uponderzoeken dat ongeveer 15% van de cliënten met anorexia nervosa overlijdt aan de gevolgen van de aandoening –twee derde aan ondervoeding en één derde ten gevolge van suicide. De sterfte ten gevolge van anorexia nervosa is gemiddeld zesmaal hoger dan de sterfte in een vergelijkbare leeftijdsgroep.(23)

Factoren die het beloop bepalen

Er is veel onderzoek gedaan naar factoren die het beloop van anorexia nervosa bij opgenomen cliënten beïnvloeden. De bevindingen zijn moeilijk te interpreteren. Zo bestaat er geen sluitend bewijs voor de bewering dat de ziekteduur vóór behandeling de uitkomst van de behandeling bij anorexia nervosa bepaalt. Factoren die een ongunstige prognose voorspelden, waren: braken, eetbuien, purgeren, premorbide klinische problemen of problemen met de ontwikkeling, langdurig bestaan van de stoornis, obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Bij een goede relatie met de ouders zijn de vooruitzichten juist beter.(6)

Boulimia Nervosa

Uit Brits onderzoek onder jonge vrouwen met boulimia nervosa uit de algemene bevolking blijkt:

- Na ruim een jaar heeft 30% nog steeds boulimia nervosa, 35% heeft een andere eetstoornis (vrijwel allemaal ES-NAO) en de overige 35% heeft geen eetstoornis meer.
- Na 5 jaar heeft 15% nog steeds boulimia nervosa, en 35% heeft een andere eetstoornis (vrijwel allemaal ES-NAO). De helft van de personen met boulimia nervosa heeft na 5 jaar geen eetstoornis meer. Vrijwel niemand met boulimia nervosa krijgt daarna anorexia. Gedurende deze 5 jaar ontving slechts 28% procent een vorm van behandeling voor boulimia nervosa.(6)

De meeste mensen met boulimia nervosa worden niet behandeld. De eerder genoemde cijfers gelden daarom niet voor mensen met boulimia nervosa die worden behandeld in een gespecialiseerde kliniek.

Die cliënten hebben over het algemeen ernstiger symptomen, grotere beperkingen in functioneren en meer

kans op bijkomende ziektes dan andere mensen met boulimia nervosa. Dit verklaart waarom de vooruitzichten voor hen slechter zijn, ook bij intensieve behandeling.

Ongeveer de helft van de in speciale klinieken behandelde cliënten herstelt volledig, een kwart verbetert maar houdt klachten, en een kwart blijft ziek of overlijdt.

Het beloop van boulimia nervosa onder behandelde cliënten wordt ongunstig beïnvloed door (6):

- persoonlijkheidsstoornissen waaronder borderline symptomen,
- alcohol misbruik,
- suïcide pogingen,
- lage zelfwaardering.(23)

Eetbuistoornis

Over de prognose van de eetbuistoornis is nog weinig gepubliceerd. Uit een samenvatting van de bestaande literatuur is gebleken dat:

- na 5 jaar 77% van een 'community sample' vrij was van boulimische episodes, terwijl 10% nog voldeed aan de criteria voor de stoornis.
- van een intensief klinisch behandelde groep voldeed na 6 jaar nog 21% aan de diagnostische criteria voor een eetstoornis en nog slechts 6% aan de criteria voor de eetbuistoornis. De meerderheid bleek verbeterd.(23)

Gevolgen (2)

Eetstoornissen kunnen zowel *psychologische*, *sociale* als *somatische* gevolgen hebben voor het welbevinden van de cliënt. Ze kunnen leiden tot beperkingen in sociaal, emotioneel en lichamelijk functioneren en daarmee de kwaliteit van leven sterk beïnvloeden. Sommige gevolgen, zoals een ernstige verstoring van het hartritme, kunnen leiden tot de dood. Andere klachten verdwijnen wanneer de cliënt herstelt. Een belangrijk deel van de klachten is echter blijvend.

- Gedragingen, gedachten en gevoelens worden in sterke mate door eetstoornissen bepaald.
- Omdat vooral jonge mensen last hebben van eetproblematiek kan de persoonlijkheidsvorming belemmerd worden of zelfs stagneren.
- Gevolgen van eetstoornissen die bij volwassenen reversibel zijn, zouden bij kinderen irreversibel kunnen zijn. Te denken valt dan aan complicaties in de groei, ontwikkeling van organen (ovaria, botdichtheid en hersenen).(10)
- Op den duur ontstaan tal van negatieve psychologische effecten en psychiatrische co-morbiditeit bij de verschillende eetstoornissen.
- In 2002 waren 1600 mensen met een eetstoornis arbeidsongeschikt, waarvan het grootste deel volledig. Gemiddeld blijven zij 7 jaar in de WAO of WAJONG. In de laatste peiling van augustus 2003 kwamen er 78 nieuwe WAJONG uitkeringen en 170 nieuwe WAO uitkeringen bij.
- Mensen met een eetstoornis ervaren problemen met hun partner, gezin of sociale contacten.
- Bij anorexia nervosa van het beperkende type staan de lichamelijke gevolgen van ondergewicht, ondervoeding, vasten en overactiviteit op de voorgrond. Deze gevolgen zijn onder meer: uitputting; ondertemperatuur; obstipatie en vertraagde maagontlediging; trage hartslag en lage bloeddruk; botontkalking en onvoldoende botopbouw; uitblijven van de menstruatie; en uitblijven van de normale groei en seksuele rijping bij kinderen. Sommige gevolgen kunnen levensbedreigend zijn, zoals hartritmestoornissen, decompensatio cordis (hartfalen of hartzwakte) of hypoglykemie (te lage bloedsuikerspiegel).Ook kan sprake zijn van complicaties die op lange termijn niet (volledig) omkeerbaar zijn. Bij het purgerende type kunnen daarnaast de lichamelijke gevolgen van braken, misbruik van laxantia en/of diuretica voorkomen, zoals lokale beschadigingen van de slokdarm, het tandglazuur of de dikke darm, en stoornissen in de zout- en waterhuishouding. Deze kunnen weer leiden tot levensbedreigende hartritmestoornissen en nierfunctiestoornissen.(23)
- Bij boulimia nervosa van het purgerende type treden dezelfde risico's op als bij anorexia nervosa.(23)

C Regionaal bepaalde aspecten

De doelgroepomschrijving zoals die hierboven staat is algemeen geldend voor wat onder eetstoornissen wordt verstaan. Dat wil zeggen dat deze criteria en factoren gelden voor alle personen met deze diagnose, los van waar ze in Nederland wonen en wat hun land van herkomst is of wat hun sekse is. Daarnaast zijn er factoren die voor bepaalde groepen of individuen van belang zijn, zoals co-morbiditeit, sekse- en cultuurspecifieke aspecten.

Afhankelijk van hoe de populatie er in de regio uitziet zal aan deze factoren beknopt of meer uitgebreid aandacht besteedt moeten worden.

Co-morbiditeit

Van co-morbiditeit is sprake als bij een persoon meer dan één stoornis in een bepaalde tijdsperiode voorkomt. Daarom is het van belang om zorgvuldig, en waar nodig periodiek, na te gaan of mogelijk andere aandoeningen aanwezig zijn.

Eetstoornissen gaan vaak gepaard met ander psychiatrische stoornissen. Het onderscheiden van een eetstoornis van een co-morbide stoornis kan erg lastig zijn. Slecht eten en vermageren kan ook een symptoom van bijvoorbeeld een depressie zijn. Ook bij een psychotische stoornis kan eten geweigerd worden, vanwege bijvoorbeeld 'besmetting'. Het is dan ook van belang om het kenmerkende van de eetstoornis, de 'eetgestoorde cognitie' helder in beeld te krijgen.(40)

Depressie

In verschillende studies is tot bij 68% van de cliënten met anorexia depressie gediagnostiseerd. Van adolescenten met anorexia van het eetbuien-purgerende type blijkt zelfs bij 96% depressieve stoornissen of dythemie voor te komen. Ook onder mensen met boulimia komt veel depressie voor, bij ongeveer 50% van de cliënten. Overigens is in veel gevallen de depressie het gevolg van anorexia. Deze stoornis verdwijnt als het gewicht wordt hersteld. Een derde van de mensen met een andere eetstoornis meldt een depressieve periode in hun leven.(40)

Angststoornissen

Ongeveer de helft van cliënten met een eetstoornis lijdt ooit aan één of meer angststoornissen, met name aan dwangstoornissen. Onder anorexia cliënten komt met name de obsessief-compulsief stoornis (26%) en sociale fobieën (30%) veel voor. Vooral onder purgerende boulimia cliënten komen veel angstklachten voor. Van de angstklachten komen deze groep vooral de gegeneraliseerde angststoornis en de sociale fobie voor. Ook onder mensen met andere eetstoornissen komen angst- en paniekstoornissen vaker voor dan in een vergelijkbare controlegroep.(40)

Persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen zijn in de acute fase van eetstoornissen moeilijk vast te stellen vanwege het vaak obsessieve en gestoorde gedrag. Mensen met anorexia nervosa van het restrictieve type blijken diagnostisch vaker onder de cluster C persoonlijkheidsstoornissen van de DSM-IV te vallen. Het gaat vooral om de dwangmatige en vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Mensen met anorexia nervosa van het purgerende type vallen diagnostisch vaker onder de cluster B kenmerken (drama en impulsiviteit). Van de persoonlijkheidsstoornissen komt borderline het meest voor in combinatie met boulimia nervosa. Vergeleken met mensen met obesitas zonder een eetbuistoornis en met een normale controlegroep is er vaker sprake van persoonlijkheidsstoornissen.(40)

Obesitas

Obesitas is geen psychiatrische diagnose maar een somatische aandoening. Obesitas (adipositas of vetzucht) ontstaat vaak mede onder invloed van psychologische of psychiatrische problemen. Obesitas wordt nog niet als een eetstoornis beschouwd, maar vertoont veel overeenkomsten met de eetbuistoornis. Het eetpatroon is verstoord en het overgewicht heeft grote somatische, sociale en psychologische gevolgen. Tussen eetstoornissen en obesitas bestaat waarschijnlijk een overlap in oorzaken.

Kinderen onder de 12 jaar (23)

In Nederland zijn geen prevalentiecijfers bekend over kinderen onder de 12 jaar, ook omdat gestoord eetgedrag vaak anders geuit wordt dan bij oudere kinderen en adolescenten. Bij jonge kinderen kan sprake zijn van selectief eetgedrag, waarbij het eten van verschillende soorten voedsel sterk beperkt wordt. Andere eetstoornissen die bij jonge kinderen voorkomen, zijn:

- Het vermijden van eten als gevolg van onderliggende emotionele factoren;
- dysfagie (moeilijk slikken) zonder organische oorzaak,
- en weigeren van voedsel als uiting van een uitgebreidere psycho-emotionele stoornis.(24)

Jonge kinderen (6-11 jaar) kunnen wel aandacht hebben voor hun lichaamsvorm en -gewicht. Uit een literatuuroverzicht bleek dat kinderen met de voor kinderen aangepaste Body Dissatisfaction Scale of the Eating Disorder Inventory (BD-EDI) goed getest kunnen worden.(14)(45) Preoccupatie met het lichaam en vroege kenmerken van gestoord eetgedrag bij het jonge kind voorspellen echter nog geen ontwikkeling van een eetstoornis op latere leeftijd.(20)

Mannen

De werkgroep van de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen raadt aan meer onderzoek te verrichten naar aan eetstoornis verwante stoornissen in de lichaamsbeleving bij jongens en geassocieerde gedragingen, bijvoorbeeld extreem joggen, muscle dysmorphia (ziekelijke drang naar meer spieren) en anorexia athletica (gewichtsverlies door overmatig trainen). Zie ook hoofdstuk 3, deel C.

Allochtonen

Allochtone cliënten met een eetstoornis worden klinisch zelden gezien. Er is daardoor weinig ervaring met deze doelgroep. Aandacht voor de specifieke interculturele problematiek van deze doelgroep is noodzakelijk, maar het is onbekend of bijvoorbeeld een apart aanbod ontwikkeld moet worden. Het verwerven van expertise rond de behandeling van allochtone cliënten met een eetstoornis is gewenst. In samenwerking met organisaties die expertise hebben op het gebied van de behandeling van allochtone cliënten kan een consultatieve functie voor deze doelgroep opgezet worden.

In de Multidisciplinaire Richtlijn eetstoornissen wordt extra aandacht bepleit voor deze groepen vanwege een aantal risicoverhogende factoren. Allochtonen die van een niet-westerse cultuur gemigreerd zijn naar de westerse samenleving worden vaker geconfronteerd met conflicten tussen verschillende waardesystemen: tussen moderne waarden in de samenleving en traditionele waarden thuis – ook betreffende gewicht en lichaamsbeleving.(17;26)

Bovendien gaat migratie vanuit een niet-westerse samenleving, etniciteit, lage sociaal-economische positie en conflicterende normen en waarden vaak samen met gevoelens van onzekerheid en weinig zelfvertrouwen, die weer belangrijke (algemene maar niet specifieke) risicofactoren vormen voor de ontwikkeling van eetstoornissen.(23)

De werkgroep raadt aan epidemiologisch, psychologisch en kwalitatief onderzoek te verrichten in multiculturele populaties naar de oorzakelijke factoren en onderlinge relaties bij de processen die tot eetstoornissen kunnen leiden.

Hoofdstuk 3 Hulpvraag

Hulpvraag

- A De hulpvraag in zorgprogramma's
- B Wat is de hulpvraag van de cliënt met een eetstoornis?
- C Specifieke hulpvraag van bepaalde doelgroepen

A De hulpvraag in zorgprogramma's

De hulpvraag is de vraag om hulp zoals iemand met een psychische stoornis of de omgeving deze stelt.

In een zorgprogramma wordt de hulpvraag uitgewerkt omdat dit het uitgangspunt vormt voor de uiteindelijke behandeling. Iemand komt in contact met een hulpverlener als deze hulp vraagt bij psychische of somatische problemen. De basis voor een doelgericht behandeltraject wordt gelegd door het afstemmen van de visie van de hulpvrager én die van de hulpverlener (naar beider tevredenheid).

Op individueel niveau is de hulpvraag het uitgangspunt van hulpverlening in het zorgprogramma.

Samen met de cliënt zoekt de hulpverlener naar de aard, de oorzaken en de instandhoudende factoren van de stoornis. Het eigen inzicht van de cliënt in aard en oorzaken staat hierbij voorop. De deskundigheid van de professionele hulpverlener wordt aangewend om het inzicht van de cliënt te vertalen in de diagnose en een passende vorm van hulpverlening. Het gaat er om de hulpvraag zo goed mogelijk te inventariseren. Inzet moet zijn om zowel de expliciete hulpvraag als de meer impliciete, latente hulpvraag helder in beeld te krijgen. Het zorgprogramma moet aanknopingspunten bieden om problemen op te lossen op alle levensgebieden waarop cliënt en hulpverlener samen een hulpvraag formuleren.

Er wordt een onderverdeling gemaakt in hulpvragen van de persoon met een psychische stoornis en hulpvragen uit diens omgeving. Iemand zoekt zelf hulp als deze kan inschatten dat de draaglast van de psychische stoornis te groot wordt. Meestal gebeurt dit als er een ernstige interferentie is opgetreden van de klachten met één of meer belangrijke levensgebied(en), zoals verderop beschreven wordt. Bij mensen met ernstige en/of recidiverende stoornissen is de hulpvraag juist vaak afkomstig uit de omgeving van de persoon. Er wordt contact gezocht met een hulpverlener als de draagkracht van het systeem overschreden wordt.

Over de hulpvraag bestaat niet altijd overeenstemming tussen de cliënt en diens omgeving. Het is meestal van belang dat relevante sleutelfiguren uit het systeem van de cliënt betrokken worden om tot een duidelijke hulpvraag en een juiste afstemming te komen op het behandel aanbod. Wanneer er sprake is van ernstige, levensbedreigende ontregelingen, zoals suïcidaliteit moet de omgeving van de cliënt intensief betrokken worden bij de behandeling en bescherming van de cliënt. Een enkele keer zal het noodzakelijk zijn dat de behandelaar de verantwoordelijkheid geheel overneemt en bijvoorbeeld de (suïcidale) cliënt tegen zichzelf beschermt middels een onvrijwillige opname.

B Wat is de hulpvraag van de cliënt met een eetstoornis?

Eetstoornissen gaan vaak gepaard met problemen op meerdere levensgebieden en zijn van invloed op psychisch, lichamelijk en sociaal functioneren. Dit kan leiden tot een diffuse klachtenpresentatie en hulpvragen die de eigenlijke problematiek maskeren. Vaak generen mensen zich om met hun klachten naar buiten te treden. Daarnaast zijn mensen met een eetstoornis (met name in het geval van anorexia) ambivalent over de noodzaak tot hulp en/of behandeling. In de beginfase moet dan ook veel aandacht besteedt worden aan de motivatie van deze cliënten.⁽²³⁾ Met name bij jonge cliënten is dit erg belangrijk. Vaak is de hulpvraag geheel afkomstig van de ouders en ligt de motivatie voor behandeling ook bij hen. Om een cliënt met een eetstoornis goed te kunnen behandelen moet een professionele analyse (diagnostiek) van de klachten en symptomen gemaakt worden. Dat is geen eenmalige gebeurtenis, het zal meerdere keren herhaald moeten worden om nieuwe informatie te krijgen en daarmee het behandelplan bij te kunnen stellen.

Hulpvragen op de levensgebieden

Bij het helder krijgen van de hulpvraag worden de problemen of klachten geïnventariseerd op verschillende levensgebieden(13):

Psychisch functioneren

In de acute fase van een eetstoornis zijn hulpvragers vaak extreem somber en onzeker. Vaak ontwikkelen zij façadegedrag om schuldgevoelens en schaamte te verbloemen en als poging zich staande te houden. Het evenwicht tussen draaglast en draagkracht is verstoord. Dit kan zich uiten in hyperactiviteit of juist tot niets komen. Mensen met een eetstoornis hebben vaak last van ontkenning van de aard en ernst van de problemen. Andere klachten zijn concentratieproblemen, vermoeidheid, somberheid en tal van (niet zelden ernstige) lichamelijke klachten. Dit belemmert normale handelingen zoals autorijden of lezen. Door dit alles ontstaat vervreemding van anderen. Er is geen ruimte voor iets anders dan problemen. De omgeving beleeft deze problemen vaak anders dan de hulpvrager. Bij jonge cliënten moeten bij de ouders of verzorgers naar problemen in de ontwikkeling gevraagd worden.

Sociaal functioneren

Mensen met een eetstoornis hebben de neiging afstand te nemen van anderen. Zij gaan contacten vermijden en leiden een teruggetrokken leven, zowel in geestelijke als lichamelijke zin. Met name in het geval van chronische cliënten ontbreekt na verloop van tijd een divers en geïnformeerd netwerk. Er is vaak sprake van isolement. Familie of naasten zijn vaak niet goed meer op de hoogte van problemen. Het onderhouden, vinden en aangaan van intieme relaties kan moeilijk zijn. Vaak zijn er problemen in de relaties met de partner, de eigen ouders en kinderen.

Lichamelijk functioneren en seksualiteit

Lichamelijke problemen zoals extreme vermoeidheid, amenorroe, koude intolerantie, haaruitval en buikpijn komen veel voor. Er kan sprake zijn van een verstoord dag- en nachtritme, bijvoorbeeld: slaapproblemen, 's ochtends niet op kunnen staan of juist vroeg wakker worden en problemen met seksualiteit (met name een verminderd libido). Wanneer lichamelijke klachten op de voorgrond staan richt de hulpvraag zich vaak tot de huisarts of tot een somatisch specialist, waarbij het bestaan van een eetstoornis soms niet wordt herkend.

Dagstructurering, werk en opleiding

Het zelf aanbrengen van een goede dagstructuur kan grote problemen opleveren. Op tijd opstaan en de dag doorkomen is zonder hulp soms onmogelijk. Een eetstoornis kan ook problemen op het werk of op school tot gevolg hebben. De omgang met collegae of medestudenten verloopt moeizamer. Concentratieproblemen kunnen het werk of de studie belemmeren.

Woonomgeving

Mensen met een eetstoornis kunnen kampen met praktische problemen in de huishouding (verwaarlozing of juist poetsdwang), bij de administratie, bij het boodschappen doen, het naar buiten gaan en bij de verzorging van kinderen en dieren. Ook kan de woonomgeving zelf een negatieve invloed op de eetstoornis uitoefenen, bijvoorbeeld door lawaai of slechte omstandigheden.

Verheldering en beïnvloeding van de hulpvraag

Cliënten hebben meestal een persoonlijke visie op hun eetstoornis ontwikkeld. Dit beeld heeft voornamelijk betrekking op het ontstaan van de ziekte en zingeving ervan voor het eigen leven. Deze persoonlijke visie kan de voorkeuren voor behandeling en het overleg met hulpverleners beïnvloeden.

Het is voor de samenwerking tussen cliënt en hulpverlener van belang dat beide partijen hun visie op de problematiek uiten en nagaan of men verschillend over de problemen en hun oorzaken denkt. Hulpverleners hebben echter soms moeite met het duiden van klachten, vooral als cliënten deze niet volgens het boekje presenteren of zelf hun probleem niet als zodanig interpreteren. Vaak wordt de huisarts meerdere malen

bezoekt met klachten zonder dat een eetstoornis wordt herkend. De hulpvraag zal zich veel meer richten op herstel van lichamelijke klachten of stemmings- of angstklachten.

Voor cliënten is het daarom belangrijk dat hulpverleners doorvragen naar de klachten en de gevolgen die deze voor de cliënt met zich meebrengen. Doorvragen geeft betrokkenen een completer beeld van de problematiek en kan de cliënt verder helpen bij het helder krijgen van het eigen verhaal.

Mensen met eetstoornis komen meestal in de tweedelijns GGZ terecht na verwijzing door een huisarts, wanneer de cliënt onvoldoende aankomt in gewicht, somatische complicaties krijgt, een sterk verhoogd suïciderisico heeft of ernstig sociaal disfunctioneren vertoont. De screening op een eetstoornis heeft dan al plaatsgevonden. Na een check op de screening door de huisarts, richt de analyse in de tweede lijn zich met name op het in kaart brengen van subtypes en de ernst van de eetstoornis om de juiste behandeling te kunnen geven. Daarnaast worden ook factoren uit andere levensgebieden in kaart gebracht. De classificatie in de tweede lijn vindt (over het algemeen) met behulp van de DSM-IV plaats.

C Specifieke hulpvraag van bepaalde doelgroepen

● *Vrouwen*

Eetstoornissen treffen vooral meisjes en vrouwen (95% van de cliënten). Seksespecifieke aspecten spelen vaak een rol in het voortbestaan van de stoornis. Dit uit zich bijvoorbeeld in een afkeer van het eigen vrouwelijke lichaam, een angst voor volwassenheid en voor seksualiteit. Specifieke aandacht voor de rol en positie van vrouwen in het gezin en in de maatschappij is erg belangrijk. ‘Empowerment’ (het realiseren dat vrouwen over hun eigen leven kunnen beschikken) kan een belangrijke rol in de behandeling spelen.

● *Mannen*

Jongens en mannen willen niet alleen slank maar vooral gespierd zijn. Een combinatie van hyperactiviteit, overmatig sporten en een eetstoornis komt vaak voor. Naast aandacht voor de relatie lichaamsactiviteit en eetstoornis is het bij mannen belangrijk aandacht te besteden aan vragen rond de seksuele identiteit. Mannen met een eetstoornis zoeken niet snel behandeling. Schaamte over het lijden aan een ‘meidenziekte’ speelt een belangrijke rol. Onderbehandeling van deze groep cliënten ligt voor de hand.

● *Jeugd*

De grootste incidentiepiek voor het ontstaan van eetstoornissen ligt tussen de 15 – 19 jaar. De behandeling van kinderen en jeugdigen met een eetstoornis vraagt om aandacht voor het gezin, de school en de ‘peer group’. Ook het behandelaanbod en het behandelklimaat dient aangepast te zijn aan de specifieke doelgroep. Het komt regelmatig voor dat jongeren met anorexia zelf geen of een uiterst ambivalente hulpvraag hebben. Hulp wordt dan gezocht onder (grote) druk van de omgeving, zoals ouders, school-, huis, of kinderarts. Jongeren met boulimia lijken bij aanmelding sterk gemotiveerd, maar gaan onder schaamtegevoelens gebukt en proberen het afwijkende (eet)gedrag zolang mogelijk verborgen te houden voor direct betrokkenen (ouders, vrienden).(10)

Bij minderjarigen maken ouders altijd deel uit van de problematiek van de jongeren met de eetstoornis, omdat zij verantwoordelijk zijn voor het kind of de jongere. Zij zijn bijna altijd degenen die met de hulpvraag komen en ze moeten daarin ook altijd serieus genomen worden. Ook de draaglast van het systeem moet goed in kaart gebracht worden bij het bepalen van de aanpak.(10)

● *Langdurende zorg*

Bij ongeveer eenderde van de cliënten heeft de eetstoornis een chronisch beloop. Deze groep van ouderwordende cliënten heeft vaak vele behandelingen doorlopen. Aandacht voor kleine veranderingen in de symptomatologie en het verbeteren van de kwaliteit van leven staan voorop. Ook is de steun van lotgenoten is belangrijk in het doorbreken van het sociale isolement.

- *De groep zonder hulpvraag*

Niet alle mensen met een eetstoornis zoeken hulp. Uitgaande van vijf á zesduizend mensen met anorexia nervosa betekent dit voor het zorggebruik in het afgelopen jaar dat ongeveer drieduizend mensen niet werden behandeld of alleen hulp in de naaste omgeving ontvingen. Wanneer cliënten met een eetstoornis door de huisarts worden herkend, verwijst de huisarts 71% van de cliënten met anorexia nervosa en 82% van de cliënten met boulimia nervosa naar de GGZ.

Hoofdstuk 4 Doel

Doel

A Doelen in zorgprogramma's

B Doelen in het basisprogramma eetstoornissen

A Doelen in zorgprogramma's

Ieder programma dient duidelijk omschreven doelen te hebben. Vanuit dit doel kan het programma getoetst en de kwaliteit gemeten worden. De vraaggerichte hulpverlening en professionele kwaliteit van die hulpverlening vormen het centrale en overkoepelende uitgangspunten in een zorgprogramma. Hieruit worden concretere (behandel)doelen afgeleid. Individuele doelen worden pas concreet als de professional in samenspraak met de hulpvrager een zorgplan opstelt.

Het zorgprogramma functioneert als onderhandelingskader bij het opstellen van het individuele zorgplan. Het programma geeft een opsomming van de mogelijkheden waaruit door de hulpvrager en hulpverlener een optimaal pakket aan zorg geselecteerd kan worden. Waar mogelijk wordt inzicht gegeven in de kwaliteit en effectiviteit van de zorg. Een algemeen uitgangspunt van dit zorgplan is het aansluiten op de wensen en behoeften van de hulpvrager.

Behandeldoelen van de individuele cliënt

De behandeling in het programma dient te leiden tot een wenselijke eindsituatie. De doelstellingen die tot deze wenselijke eindsituatie van de behandeling moeten leiden zijn in concrete termen geformuleerd in het zorgplan. Er moet een relatie bestaan tussen elk gehanteerd onderdeel van het hulpaanbod en de geformuleerde doelen. Of de genoemde doelstellingen gehaald zijn kan bezien worden door regelmatig de resultaten van de behandeling te evalueren. Een positieve evaluatie kan een reden zijn om de behandeling af te bouwen of te beëindigen. In geval van een negatieve evaluatie of complicaties dient de behandeling bijgesteld of geïntensiveerd worden. De doelen worden in de volgende paragraaf voor preventie en behandeling verder beschreven.

B Doelen in het basisprogramma eetstoornissen

De prognose van eetstoornissen kan sterk wisselen en is afhankelijk van de ernst, ziekte duur en van de daarmee samenhangende mogelijkheden van de cliënt om van de hulp te profiteren. Vanuit dit perspectief kunnen de volgende behandeldoelen worden geformuleerd:

Preventiedoelen

Preventieve interventies zijn interventies om ernstige psychische problemen te voorkomen, dan wel tijdig op te sporen en te behandelen. Daarnaast zijn er ook preventieve activiteiten mogelijk als iemand al een ernstig psychisch probleem heeft. Preventie is dan bijvoorbeeld bedoeld om de gevolgen van de aandoening voor de persoon en zijn omgeving te verzachten of om te voorkomen dat deze persoon ook nog andere aandoeningen krijgt.

Eetstoornispreventie vormt een belangrijk onderdeel van een zorgprogramma eetstoornissen. Vanuit het perspectief van de publieke gezondheid dient er naar gestreefd te worden het aantal personen met een eetstoornis in de populatie zo laag mogelijk te houden.

De belangrijkste doelen voor eetstoornispreventie zijn:

- het voorkomen of beperken van nieuwe gevallen met eetstoornissen,
- complicaties vermijden (ernstiger worden van de eetstoornis en het ontstaan van bijkomende stoornissen zoals depressie),
- het voorkomen van terugval na herstel.

Als additionele doelen voor preventie kunnen gesteld worden:

- voorkomen dat de stoornis te veel nadelige complicaties krijgt, bijvoorbeeld in termen van verlies van kwaliteit van leven,
- zoveel mogelijk beperken van het risico op het ontwikkelen van een andere dan de eetstoornis.

Behandeldoelen

Eetstoornissen kunnen grote gevolgen hebben voor de geestelijke en fysieke conditie van degene die eraan lijdt. Behandeling is daarom meestal noodzakelijk. De behandeling is in algemene termen gericht op (1;10):

- gewichtsherstel tot een gezond gewicht,
- behandeling van medische complicaties,
- verhoging motivatie om gezond te eten en deel te nemen aan behandeling,
- voorlichting over gezond voedsel en gezond eetgedrag,
- corrigeren van onjuiste gedachten, attitudes en gevoelens over de eetstoornis,
- behandeling van bijkomende psychische stoornissen,
- betrekken van de familie bij de behandeling, en zorgen voor gezinstherapie indien noodzakelijk,
- voorkomen terugval,
- het opheffen of verminderen van ontwikkelingsstagnatie op het gebied van lichamelijk, cognitief, sociaal en psychologisch functioneren.

Deze doelen zijn zeer divers en vragen diverse strategieën. Daarbij moet rekening gehouden worden met de aard en de ernst van de eetstoornis, en de (on)mogelijkheden van de cliënt om van de hulp te kunnen en *willen* profiteren. Hoewel de doelen voor volwassenen en jongeren niet verschillen, moet in de uitvoering wel rekening gehouden worden met het ontwikkelingsniveau van de jongere.(10)

De behandeldoelen van het programma die hieruit volgen zijn:

Informatieverschaffing en betekenisgeving

Van belang is dat de eetstoornis geduid wordt, een betekenis krijgt. Dit kan door de cliënt, voor zover mogelijk, te informeren over het ziektebeeld, de behandelmogelijkheden, de mogelijke investering in tijd en geld, het belang van de eigen motivatie om van de klachten af te komen en de kansen op verbetering. Deze betekenisgeving is van groot belang wil de cliënt de eetstoornis een plaats kunnen geven in zijn of haar leven. Het horen van de diagnose geeft duidelijkheid over wat er aan de hand is en geeft aan dat er sprake is van een ziekte waarvoor een behandeling bestaat. Cliënten kunnen hieraan een verschillende betekenis toekennen: voor de een kan deze duidelijkheid een opluchting betekenen terwijl een ander er uitsluitend een negatieve betekenis aan geeft. Deze gesprekken kunnen op zich een (onderdeel van de) behandeling vormen (motiveringsgesprekken).

In kaart brengen van problematiek

De problematiek wordt in kaart gebracht door middel van een of meerdere persoonlijke gesprekken met een hulpverlener. Als op basis van dit gesprek geen duidelijke diagnose gesteld kan worden, dan wordt verdere diagnostiek gedaan. Verdere diagnostiek bestaat uit: psychodiagnostiek, gebruik makend van psychologische gestandaardiseerde testen. Psychiatrisch en somatisch onderzoek en partner-relatie gesprekken. Met een vragenlijst of ander instrument kan het beeld van de problematiek verder verhelderd worden. Van belang is dat de diagnose door de hulpverlener én de cliënt onderschreven wordt. Dit vormt het vertrekpunt voor het bestrijden van de symptomen. Daarnaast hebben de gesprekken vaak een therapeutisch effect.

Bestrijden of reduceren van de symptomen en belastende factoren

De behandeling richt zich op het normaliseren van het eetpatroon, gewichtsherstel, het stoppen met eetbuien en purgeergedrag (braken en laxeren). Eventuele somatische en/of psychiatrische co-morbiditeit wordt behandeld indien deze niet door de behandeling van de eetstoornis reeds behandeld wordt. Daarnaast richt de behandeling zich op andere geïdentificeerde instandhoudende factoren (bijv. trauma). Het ultieme doel is

genezing. Genezing kan gedefinieerd worden als een blijvend, natuurlijk, gezond gewicht, een regelmatige menstruele cyclus, abstinentie van eetbuien en purgeergedrag en een regelmatig gezond eetpatroon gepaard gaande met een goede kwaliteit van leven. Het proces tot genezing is vaak een langdurig en complex proces waarin met vallen en opstaan, stap voor stap de controle op het eetpatroon, gewichtsherstel en kwaliteit van leven weer hervonden wordt.

Er bestaat in onderzoeksliteratuur geen consensus over de definitie van herstel van eetstoornissen. De meest gehanteerde herstelcriteria richten zich voornamelijk op eetgedrag en gewicht. Uit onderzoek (28) naar welke herstelcriteria ex-eetstoornis patiënten en hulpverleners belangrijk vinden, bleek dat beide groepen het belangrijk vinden niet alleen te kijken naar het herstel van het eetgedrag, het gewicht en de lichamelijke gevolgen. Ook het herstel van het psychologisch welbevinden en het emotionele en sociale functioneren tijdens de behandeling van de eetstoornis zouden in overweging genomen moeten worden.

Realiseren van het beperken van de gevolgen

Bij het streven naar verbetering van de toestand van de cliënt worden de gevolgen van de eetstoornis zoveel als mogelijk beperkt. Het gaat hier om de directe gevolgen (lichamelijke problemen, zelfverwaarlozing, suïcidaliteit) en indirecte gevolgen (sociale schade). Centraal staan ook de gevolgen voor het systeem (partner, kinderen en andere verwanten).

In veel gevallen gaat het niet om genezing maar gaat het om een actieve acceptatie van beperkingen en problemen als gevolg van de eetstoornis. Ongeveer 20 – 25% eetstoornissen (anorexia- en boulimia nervosa) heeft een chronisch beloop. Het verwerken van de gevolgen en het herstel kan een langdurig en complex proces zijn waarin stap voor stap de controle op het eigen leven weer hervonden wordt.

Voorkomen van recidieven

Een belangrijk doel bij de behandeling van een eetstoornis is het voorkomen van terugval en recidieven. Van terugval is sprake als de symptomen van de eetstoornis toenemen of terugkeren. Terugval komt veel voor en kan ernstige gevolgen hebben. Van anorectische cognities is bekend dat deze nog maanden tot jaren aanwezig blijven.(10) Het is van belang de cliënt de vroege tekenen van terugval leren herkennen en hanteren. Bijvoorbeeld door ondersteuning bij het vinden van de eigen kwetsbaarheden en bij het benutten van eigen handelingsmogelijkheden.

Verbeteren/herstellen van het sociale functioneren

Een kenmerk van eetstoornissen is dat cliënten zich in meer of mindere mate terugtrekken uit het sociale leven. In het proces van herstel is deelname aan het maatschappelijke verkeer van belang bij het zin en inhoud kunnen geven aan het eigen leven en het zelfstandig kunnen functioneren. Er worden zowel op materieel als immaterieel gebied randvoorwaarden gesteld. Een deel van de cliënten heeft behoefte aan ondersteuning of begeleiding bij het realiseren van: een leefbare woonruimte, eigen geld om van te leven en activiteiten te ondernemen en een stabiele, rustige en veilige woonomgeving van waaruit sociale contacten kunnen worden gelegd. Belang wordt gehecht aan sociale steun en contact met lotgenoten, evenals aan een tolerante omgeving waarin plaats is voor psychische problemen.

Als er sprake is van verzuim van school, studie of werk, is terugkeer hiernaar in de herstelfase van de eetstoornis van groot belang. School, studie of werk geeft invulling en structuur aan de dag en kan eenzaamheid en afzondering van mensen met een eetstoornis tegengaan. Het oppakken van werk na een periode van eetstoornis is niet altijd gemakkelijk en er kan behoefte aan steun en hulp zijn.

Hoofdstuk 5 GGZ Preventie

GGZ Preventie

- A Preventie in zorgprogramma's
- B Wat is de plaats van preventie in het basisprogramma eetstoornissen?
- C Regionaal bepaalde aspecten

A Preventie in zorgprogramma's

De meeste GGZ programma's die de afgelopen jaren ontwikkeld zijn, beginnen op het moment dat de cliënt in de tweedelijns GGZ binnenkomt. Dat betekent dat het programma zich richt op hulpvragers die zich met ernstigere psychische problematiek wenden tot de curatieve zorg. Veel minder aandacht ging uit naar de omschrijving van het preventieve aanbod. Er is wel een groeiend aanbod van landelijk gerichte preventieve programma's.(43)

Er worden binnen preventie vier vormen onderscheiden:

- *Universele preventie* is gericht op de algemene bevolking of een deel daarvan dat niet geïdentificeerd wordt aan de hand van een specifiek risico. Een interventie is gepast als het voor iedereen wenselijk is en de kosten ervan laag zijn. Bijvoorbeeld een mediacampagne voor de hele bevolking.
- *Selectieve preventie* is gericht op diegenen bij wie de kans op het ontwikkelen van een psychische stoornis aanzienlijk groter dan gemiddeld is, zonder dat die personen al symptomen hebben. Dit kunnen ook mensen uit de omgeving van iemand met een (meer ernstige) eetstoornis zijn.
- *Geïndiceerde preventie* is gericht op individuen die niet voldoen aan de diagnostische criteria voor een psychische stoornis, maar die al wel beperkte symptomen hebben voorafgaand aan de stoornis.
- *Zorggerichte preventie* is gericht op mensen die een psychische aandoening hebben volgens de DSM-IV criteria. Doelen zijn het voorkómen van terugval, herhaling en co-morbiditeit. Zorggerichte interventies kunnen ook gericht zijn op de mensen in de directe omgeving van degenen met een stoornis.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen *GGZ preventie* en *geestelijke gezondheidsbevordering*. Geestelijke gezondheidsbevordering gaat primair om het versterken van de geestelijke gezondheid van mensen, bijvoorbeeld door het vergroten van hun competentie in het omgaan met problemen, het versterken van sociale steunstructuren, of het bevorderen van een positief zelfbeeld. Het lijkt daarmee op universele preventie, maar mist de gerichtheid op het voorkomen van ernstige psychische problemen die universele preventie gemeen heeft met de andere vormen van GGZ preventie.(35)

B Wat is de plaats van preventie in het basisprogramma eetstoornissen?

In dit basisprogramma eetstoornissen wordt zowel het preventieve aanbod, de hulpverlening in de eerste lijn, als de hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ beschreven. Dit sluit aan bij het in de inleiding beschreven model, waarin de geestelijke gezondheid en daarmee ook de geestelijke gezondheidszorg als een continuüm beschouwd worden.

Risicofactoren

GGZ preventie werkt doorgaans volgens de risicobenadering: interventies zijn bedoeld om risicofactoren te verminderen. Zoals al eerder is opgemerkt zijn er bijna geen risicofactoren aan te wijzen die echt specifiek en causaal zijn voor de ontwikkeling van anorexia, boulimia nervosa of voor de eetbuistoornis en specifieke subgroepen binnen deze eetstoornissen. Sommige van de onderstaande factoren zijn te beïnvloeden via interventies. Andere zijn niet te beïnvloeden, maar helpen wel inzicht te geven in de groepen met een verhoogd risico. Op basis van sociale, biologische en psychische factoren kan een aantal risicogroepen voor eetstoornissen worden onderscheiden(5;6):

Geslacht en leeftijd

- Anorexia nervosa en boulimia nervosa komt vooral voor bij meisjes en jonge vrouwen. Van alle mensen met anorexia en boulimia is 90% tot 95% vrouw. Van elke 1000 vrouwen tussen 15 en 30 jaar lijden er 3 aan anorexia nervosa en 15 aan boulimia nervosa.(19)
- Buiten deze leeftijdsgroep is anorexia nervosa zeldzamer. Er zijn gevallen bekend van kleine kinderen van 7 jaar met anorexia nervosa, en ook van oudere vrouwen die na hun 60ste anorexia nervosa krijgen. Boulimia nervosa begint meestal in de adolescentie, tussen de 16 en 24 jaar.(10)
- De verschillen tussen mannen en vrouwen met anorexia nervosa zijn klein: aard en ernst van de symptomen, aanwezigheid van bijkomende klachten, en beloop zijn vergelijkbaar.

Individuele kwetsbaarheid (5;6)

- Dat anorexia en boulimia nervosa een erfelijke component hebben, is inmiddels aangetoond. Er wordt steeds meer genetisch onderzoek naar eetstoornissen uitgevoerd, in de toekomst zal naar verwachting daardoor duidelijker worden in hoeverre en op welke manier erfelijk een rol speelt.
- Kinderen van ouders met anorexia nervosa hebben 11 maal zoveel kans om zelf anorexia nervosa te krijgen als andere kinderen. Voor ouders met ES-NAO is die kans 7 maal zo hoog. Kinderen van ouders met boulimia nervosa hebben 4 maal zoveel kans om boulimia nervosa te krijgen als andere kinderen. Zowel erfelijkheid als omgevingsfactoren spelen daarbij een rol.
- Kinderen van ouders met een angst- of stemmingsstoornis hebben ongeveer 3 maal zoveel kans op anorexia nervosa.
- Kinderen van ouders met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis hebben 3 tot 4 maal zo veel kans op anorexia nervosa.
- Er zijn persoonlijkheidskenmerken die de kans op anorexia of boulimia nervosa mogelijk vergroten. Veel genoemd worden: perfectionisme en een negatief zelfbeeld. Het bewijs voor oorzakelijke verbanden is niet sterk.
- Vegetarisme komt bij mensen met anorexia nervosa ruim 5 maal vaker voor. Ongeveer de helft van de opgenomen anorexia nervosa-cliënten eet geen rood vlees. Vegetarisme is waarschijnlijk niet de oorzaak van de ziekte. De afwijzing van vlees is voor mensen met anorexia nervosa vooral een manier om gewicht te verliezen.
- Kinderen die te vroeg worden geboren lopen 3 maal zoveel kans op anorexia nervosa als andere kinderen. Hebben ze bij geboorte ook nog eens een te laag gewicht, dan loopt dit op tot een ruim 5 maal grotere kans.
- Lichamelijke gevolgen van ondervoeding, zoals vertraging van de stofwisseling en de spijsvertering, houden de ziekte in stand.

Omgevingsfactoren (5;6)

- Er zijn geen typische gezinskenmerken die het ontstaan van anorexia nervosa voorspellen. Aangenomen wordt dat eventuele conflicten in deze gezinnen vooral een gevolg zijn van de eetstoornis. Dergelijke conflicten kunnen overigens wel bijdragen aan de instandhouding of verergering van de stoornis.
- Gezinsfactoren als hoge verwachtingen en problemen van de ouders verhogen de kans op boulimia nervosa bij de kinderen.
- Boulimia nervosa komt in verstedelijkte gebieden meer dan 5 keer zo vaak voor als op het platteland. Anorexia nervosa treedt in verstedelijkte gebieden even vaak op als op het platteland.

Levensgebeurtenissen (5;6)

- Negatieve jeugdervaringen - zoals mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik - vergroten de kans op anorexia nervosa nauwelijks. Ook hebben ze vrijwel geen invloed op de ernst van de eetstoornis.
- Negatieve jeugdervaringen komen vaker voor bij het eetbui/purgeer type dan bij het beperkende type van anorexia nervosa. Dat geldt niet voor boulimia. Wel verhogen ze het risico van bijkomende psychische stoornissen.

Naast deze meer algemeen risicofactoren zijn er meer specifieke risicogroepen:

- Fotomodellen in de modewereld; hoewel vaak gedacht wordt dat (top)modellen vrijwel zonder uitzondering aan een eetstoornis lijden, blijkt dit niet zonder meer door onderzoek bevestigd te kunnen worden. Uit het weinige onderzoek dat naar deze groep vrouwen gedaan is, blijkt dat er bij leerling-fotomodellen vaker eetstoornissen voor komen, maar dat geldt niet voor gevestigde modellen. Blijkbaar komen onder modellen veel van nature dunne vrouwen voor.(40)
- Balletdansers; onder balletdansers komt anorexia meer dan gemiddeld voor. In hoeverre dat te wijten is aan de druk binnen de balletwereld om dun te zijn, is nog de vraag. Mogelijk trekt ballet kwetsbare jonge vrouwen aan.(6)
- Topsporters, voor wie een laag gewicht en gewichtsklasse een belangrijke rol spelen.

Zoals gezegd is er geen empirische data beschikbaar die duidelijke risicofactoren voor eetstoornissen aantonen. Door de hierboven risicofactoren te combineren is het wel mogelijk om risicogroepen te selecteren.

C Regionaal bepaalde aspecten

Wie biedt GGZ preventie aan?

Er zijn verschillende instellingen actief bij GGZ preventie.

- Vanuit de regionale (ambulante) GGZ-instellingen worden diverse preventie activiteiten aangeboden. In de meeste instellingen is een aparte afdeling preventie aanwezig, die zowel samenwerkt met de curatieve afdelingen als met andere organisaties. De activiteiten betreffen met name de selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie.
- Voor de GGD-en liggen er taken op het terrein van de collectieve preventie en daarmee ook bij de preventie van psychische problemen. In de praktijk zijn deze activiteiten gericht op jongeren.
- Het Landelijke Platform Preventie (LSP) GGZ en verslavingszorg, waaronder het platform voor preventiewerkers werkzaam op het terrein van eetstoornissen.

Interventie mogelijkheden voor eetstoornissen

Sommige van de hierboven genoemde risicofactoren zijn te beïnvloeden via interventies. Andere zijn niet te beïnvloeden, maar helpen wel inzicht te geven in de groepen met een verhoogd risico.

Interventies gericht op het beïnvloeden van de risicofactoren en beschermende factoren voor eetstoornissen kunnen zoals gezegd op vier niveaus uitgevoerd worden:

- *Universele preventie*
- *Selectieve preventie.*
- *Geïndiceerde preventie*
- *Zorggerichte preventie*

Bij de activiteiten zijn verschillende doelgroepen te onderscheiden:

- personen die zelf (een verhoogd) risico lopen een eetstoornis te ontwikkelen (de einddoelgroep);
- intermediaire doelgroepen: personen die vanwege hun werkzaamheden te maken hebben met mensen met eetstoornissen of een verhoogd risico daarop, zoals huisartsen, diëtisten, kinderartsen, verpleegkundigen, studentendecanen;
- mantelzorgers: familieleden en andere belangrijke personen in de directe omgeving van de cliënt.

Interventies op het niveau van universele en selectieve preventie

Letting op de voornoemde risicofactoren zijn er enkele belangrijke aangrijpingspunten die geschikt lijken voor universele en selectieve preventie, gericht op de einddoelgroep:

- het kritisch leren analyseren van de media en de reclame boodschappen
- het ter discussie stellen van het slankheidsideaal
- aandacht voor het risico voor extreem lijngedrag
- verantwoorde voeding en beweging

- het belang van zelfvertrouwen en een positieve lichaamsbeleving
- het omgaan met problemen
- de kenmerken van een (beginnende) eetstoornis
- hulpverleningsmogelijkheden

Er is vooralsnog geen effect van preventieprogramma's op de incidentie van eetstoornissen aangetoond. Uit onderzoek naar de effectiviteit van preventieprogramma's blijkt wel dat de beste resultaten bereikt worden door het verbeteren en vergroten van kennis over de kenmerken en de gevolgen van eetstoornissen. Veranderingen van attitudes ten aanzien van lijnen en het slankheidsideaal blijken veel moeilijker te bewerkstelligen en het effect is niet erg langdurig terwijl verandering van eet- en lijngedrag nog moeilijk blijkt te zijn.(7;32;37)

Daarnaast kunnen ook algemene interventies gericht op het verbeteren van leefomstandigheden (gezonde school, gezonde wijk en stad, positief gezinsklimaat) bijdragen aan het verminderen van de kans op eetstoornissen.

Websites

Informatie over eetstoornissen en waar hulp te vinden voor het algemene publiek en hulpverleners is te verkrijgen via websites en helpdesks.(22)

Gastlessen

Gastlessen zijn gericht op jongeren van 14 tot ongeveer 18 jaar, docenten en ouders. Het doel van de lessen is het vermeerderen van kennis, het begreepbaar maken van de problematiek en vroegsignalering. De gastlessen op school worden gegeven door ervaringsdeskundigen. Hieraan gekoppeld zijn activiteiten voor de docenten en (eventueel) een voorlichtingsavond voor ouders. Er zijn vanuit de betrokken instellingen en organisaties draaiboeken en training en beschikbaar.(22)

Educatieve preventieprogramma's kunnen leiden tot verandering van kennis over de kenmerken en de gevolgen van eetstoornissen. Het is van belang dat docenten die preventieprogramma's geven goed geïnformeerd zijn over risicofactoren van eetstoornissen. De gastlessen mogen niet op zich staan, een vorm van nazorg is noodzakelijk. Uit een meta-analyse van 44 preventieprogramma's bleek dat de beste resultaten behaald werden bij preventieprogramma's die zich richten op een selectieve risicogroep van meisjes ouder dan 15 jaar, die interactief benaderd worden en meerdere sessies krijgen en waarbij geen psycho-educatie gegeven wordt en gevalideerde onderzoeksinstrumenten gebruikt worden.(38)

Vroegtijdige onderkenning

Eetstoornissen worden door mensen die er aan lijden vaak langdurig ontkend en gebagatelliseerd. Er is angst en schaamte om over de eetstoornis te praten én er is angst om de eetstoornis los te laten. De eetstoornis functioneert vaak als (ineffectieve) coping strategie om problemen het hoofd te bieden. Hierdoor duurt het vaak heel lang voordat iemand hulp vraagt. Verondersteld wordt dat vroegtijdige onderkenning zal leiden tot eerdere behandeling en dat bij een adequate behandeling eerder herstel optreedt. De vraag is dan ook of vroege onderkenning inderdaad leidt tot eerder herstel. Uit onderzoek blijkt dat er geen bewijs is voor een verband tussen vroegtijdige onderkenning en eerder herstel.(34)(30) Wel is gebleken dat mensen met een eetstoornis die eerder in behandeling zijn gegaan, zich beter kunnen herinneren hoe het was om normaal te eten. Het is aan te nemen dat naast signalering door de huisarts, de school de plek is waar een (beginnende) eetstoornis vroegtijdig kan worden onderkend, door (vertrouwens)docenten, medeleerlingen en vrienden. Zij kunnen deze signalen doorgeven aan de school- en jeugdartsen van de schoolgezondheidsdienst. Na vroegtijdige onderkenning is het gewenst om de betrokkene zo snel mogelijk te motiveren voor behandeling en te verwijzen naar een effectief gebleken behandeling en na deze behandeling nazorg te garanderen.

Vroegtijdige onderkenning en (mogelijk) eerder herstel zijn afhankelijk van de volgende extra condities:

- betrokkene wordt gemotiveerd voor behandeling
- behandeling kan na de diagnose snel geboden worden
- vroegtijdige behandeling is effectief en slaat aan bij de cliënt
- de behandeling leidt niet alleen tot herstel van eetgedrag, gewicht en menstruatie (partieel herstel) maar ook tot 'full recovery' waarbij ook een betere lichaamsbeleving gerealiseerd wordt en er sprake is van beter psycho-sociaal functioneren
- nazorg gedurende tenminste één jaar, zodat terugval voorkomen wordt.(23)

Interventies op het niveau van geïndiceerde preventie

Activiteiten voor intermediairen

Het is belangrijk dat huisartsen, schoolartsen en andere intermediairen die in contact staan met risicogroepen voor eetstoornissen deze als zodanig leren herkennen. Door de symptomen in een vroeg stadium te signaleren, kan er eerder een passende interventie worden aangeboden en mogelijk verergering van de problemen voorkomen.

Het Kenniscentrum Eetstoornissen Nederland (inmiddels opgeheven) heeft een signaleringskaart voor huisartsen ontwikkeld. Ook heeft het Kenniscentrum een huisartsencursus on line ontwikkeld waarmee de huisarts via internet kan leren screenen, motiveren en verwijzen.

Zelfhulpgroepen

Zelfhulpgroepen richten zich op jongeren van 13/14 jaar en hebben tot doel om de jongeren te leren beter om te gaan met eetproblemen en lotgenoten contact te bieden. Tijdens de bijeenkomsten worden thema's besproken en er wordt gewerkt met opdrachten. Er zijn draaiboeken beschikbaar.(22)

Onder supportgroepen (in Nederland meestal lotgenotencontact genoemd) (40) worden alle vormen van steun verstaan die mensen met een zelfde problematiek elkaar bieden. Lotgenotencontact is niet per definitie zelfhulp. Zelfhulp is wel een vorm van lotgenotencontact.

Zelfhulp betekent hulp aan elkaar door mensen die een zelfde probleem hebben, zonder tussenkomst van professionele hulpverleners.

In een *zelfhulpgroep* helpen mensen met een zelfde probleem elkaar bij het oplossen van dat probleem, vooral door er met elkaar over de stoornis te praten. Bij een begeleide zelfhulpgroep is voor de begeleiding van een dergelijke groep een ervaringsdeskundige ingeschakeld.

Een ervaringsdeskundige is iemand die zelf een eetstoornis heeft gehad en het verwerkingsproces heeft doorgeemaakt. Zij heeft zelf afstand genomen van haar eigen eetstoornis, inzicht verworven in het ontstaan ervan en vaardigheden geleerd om de eetstoornis te overwinnen.(36)

Naast deze groepen kan de huisarts/schoolarts, eerstelijns psycholoog, diëtist en andere hulpverleners met name cliënten met boulimia nervosa of met een eetbuistoornis een zelfhulpboek adviseren voor het werken aan de eetstoornis. Naast algemene informatie over de ziekte bevatten deze boeken zelfhulptechnieken en hulpmiddelen om zelf iets aan de problematiek te kunnen doen.

Een (begeleide) zelfhulpgroep kan een opstap zijn naar behandeling voor bewustwording, ziekte inzicht en motivatie tot verandering.

Cursus eetstoornissen

Deze cursus van de Geestgronden (instelling voor geestelijke gezondheidszorg Noord-Holland Zuid) richt zich op jongeren vanaf 15 jaar. Er worden 7 bijeenkomsten van 2 uur gehouden, gericht op het geven van informatie. Er wordt gewerkt met opdrachten. De cursus heeft tot doel om het inzicht in de eigen problematiek te vergroten, vaardigheden aan te leren om met problemen om te gaan en informatie over gezond eten en hulpaanbod te geven. Er is een draaiboek en een training beschikbaar.(22)

Informatieavonden

Diverse instellingen en organisaties verzorgen informatieavonden over eetstoornissen en het beschikbare hulpaanbod voor ouders en betrokkenen. Voor het organiseren van deze avonden zijn draaiboeken beschikbaar.(22)

Zorggerichte preventie interventies

Steungroepen voor ouders

Diverse instellingen en organisaties verzorgen steungroepen voor ouders van kinderen met een eetstoornis. De groepen willen ouders kennis en vaardigheden aanleren waarmee zij beter om kunnen gaan met de problematiek van het kind. Ook bieden de groepen lotgenotencontact. Ook hiervoor zijn draaiboeken beschikbaar.(22)

Nazorg zelfhulpgroep

Voor jongeren vanaf 13/14 jaar zijn er zelfhulpgroepen gericht op nazorg. Jongeren kunnen deelnemen na of naast professionele hulp. Tijdens de bijeenkomsten worden thema's besproken en gewerkt met opdrachten. Naast het voorkomen van terugval biedt de groep lotgenoten contact. Er zijn draaiboeken beschikbaar voor deze groepen.(22)

Omdat de kansen op een terugval (na remissie) en herhaling (na herstel) groot zijn, verdient terugvalpreventie de aandacht. De doelgroep bestaat uit personen die medicamenteus of psychotherapeutisch behandeld zijn voor een eetstoornis. De begeleide zelfhulp(groep) kan een goede aanvulling zijn op professionele behandeling niet alleen in het voortraject maar ook in het natraject als vorm van terugvalpreventie. Terugvalpreventie kan ook de vorm krijgen van terugkombijeenkomsten en cognitief-gedragstherapeutische interventies (zie ook bovenstaande) in de laatste behandelfase. Deze zijn dan gericht om de aangeleerde vaardigheden op de langere termijn te behouden. Ook periodieke contacten, in de vorm van telefoongesprekken, e-mailcontact en het verstrekken van schriftelijk materiaal, kunnen daarbij behulpzaam zijn.

Activiteiten voor mantelzorgers

Voor deze familieleden worden informatiebijeenkomsten georganiseerd door de regionale GGZ-instellingen en zijn schriftelijke voorlichtingsmaterialen beschikbaar. Een aantal instellingen en organisaties bieden specifieke steungroepen voor ouders aan (o.a. Altrecht, Amarum, SABN).

Hoofdstuk 6 Indicatiestelling en zorgtoewijzing

Indicatiestelling en zorgtoewijzing

A Indicatiestelling en zorgtoewijzing in zorgprogramma's

B Hoe verloopt de indicatiestelling en zorgtoewijzing in het basisprogramma eetstoornissen?

C Nadere diagnostiek

A Indicatiestelling en zorgtoewijzing in zorgprogramma's

Indicatiestelling en zorgtoewijzing gebeuren door het selecteren en aanbieden van activiteiten en modulen die aansluiten op wat de hulpvrager wenst en op wat de hulpverlening als doelen heeft gesteld. In een zorgprogramma dient beschreven te worden via welke route de cliënt bij zijn of haar behandelaar terecht komt. Daartoe behoort ook een beschrijving van de stappen die genomen zijn om tot de uiteindelijke behandeling te komen.

Dit basisprogramma 'start' op het moment dat er een vermoeden van de aanwezigheid van een eetstoornis bestaat. Dat zal over het algemeen in de eerste lijn zijn. De beschrijving van de indicatiestelling en zorgtoewijzing in dit basisprogramma begint daarom ook in de eerste lijn.

In de tweedelijns GGZ doorloopt een cliënt in veel gevallen twee programma's: een 'voordeurprogramma' en het eigenlijke hulpverleningsprogramma. Het zorgprogramma eetstoornissen beschrijft dan niet het hele indicatieproces, maar er dient wel te worden beschreven via welke weg de cliënt in het programma terecht komt.

Wat betreft indicatiestelling en zorgtoewijzing gaat om de volgende stappen:

- aanmelding
- onderzoek in de eerste lijn
- eventueel verwijzing
- behandeling in de eerste lijn
- eventueel verwijzing naar de tweede lijn voor consultatie/diagnostiek
- onderzoek in de tweede lijn
- behandeling in de tweede lijn
- eventueel verwijzing naar andere disciplines in de eerste lijn of de tweede lijn voor behandeling
- advies om in een specifiek programma in te stromen
- bespreking van dat advies met de cliënt
- toewijzing aan een van de specifieke programma's

Binnen het specifieke programma:

- specifieke indicatiestelling
- behandelplan opstellen
- zonodig specifiek behandelplan opstellen

De stappen zijn in vier fasen samen te vatten:

1. Aanmelding en/of intake;
2. Indicatiestelling;
3. Zorgtoewijzing en opstellen van het behandelplan;
4. Bewaken en bijstellen van het behandelplan.

Niet iedere cliënt doorloopt alle stappen en niet altijd is een en dezelfde hulpverlener bij alle stappen betrokken. Bovendien zullen in de huisartspraktijk de stappen meestal niet zo duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn. In de praktijk komt de diagnose tot stand in de loop van een aantal consulten.

B Hoe verloop de indicatiestelling en zorgtoewijzing in het basisprogramma eetstoornissen?

Fase 1: Aanmelding en intake

Na aanmelding verzamelt de hulpverlener informatie over de cliënt en de problematiek om zo de aard en de ernst van de stoornis te bepalen. Op basis van een gesprek en zo nodig verdere diagnostiek stelt de hulpverlener een voorlopige diagnose.

Huisartsen hebben in het algemeen slechts enkele patiënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa in de praktijk.(6;27) Omdat een eetstoornis dus weinig voorkomt en lastig te diagnosticeren is, wordt de diagnose vaak pas laat gesteld. In Nederland wordt gemiddeld slechts 40% van de anorexia nervosa cliënten en ongeveer 11% van de boulimia nervosa cliënten als zodanig herkend door de huisarts. Daarvan wordt ongeveer 70% doorverwezen naar de tweedelijns GGZ.(18)(6;27)

Het is niet zo dat huisartsen deze cliënten nooit zien, zij bezoeken hun huisarts zelfs meer dan gemiddeld. Klachten waarmee zij op het spreekuur verschijnen zijn psychische problemen, maagdarms- en gynaecologische klachten.(27;29)

Naast de huisarts zijn signaleerders in de eerste lijn: JGZ verpleegkundigen, schoolartsen en diëtisten (vrijgevestigd, thuiszorg en algemene ziekenhuizen).

Het is voor de eerste lijn van belang om alert te zijn op de volgende signalen, die (vooral in combinatie) kunnen duiden op een eetstoornis:

- Fanatiek sportgedrag
- Slechter presteren op school
- Faalangst
- Concentratieproblemen
- Kouwelijkheid
- Flauw vallen op school
- Veel aandacht voor dieet of gewicht
- Maagklachten
- Obstipatie
- Menstruatieklachten

Maar ook signalen uit de omgeving, bijvoorbeeld:

- Ouders melden dat hun dochter de laatste tijd te fanatiek lijkt
- Een vriend(in)vindt de eetbuien van zijn/ haar vriendin verontrustend

De huis- of schoolarts kan een aantekening maken en bij een volgend consult alert zijn op de mogelijkheid van een eetstoornis. De arts kan ook degene die zich zorgen maakt vragen om de persoon in kwestie aan te raden een afspraak te maken. Ouders kunnen gevraagd worden om samen met hun kind naar het spreekuur te komen.

Wanneer na enkele gesprekken onduidelijk blijft of er sprake is van een eetstoornis, kan de huisarts het beloop van de klachten afwachten. Mogelijk herstelt de cliënt of wordt het beeld duidelijker.

De huisarts kan gebruik maken van een screeningsinstrument en/of een specialistische GGZ-instelling consulteren.

Het gebruik van screeners

Bij onduidelijkheid of er sprake is van een eetstoornis, kan het nuttig zijn om in de eerste lijn een screeningsinstrumenten, zoals de SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food) of de ESP (Eating disorder Screen for Primary care) af te nemen. De instrumenten bieden de mogelijkheid om snel te bepalen of er mogelijk sprake is van een eetstoornis. De uitkomst van een screeningstest is géén diagnose.(23)

Diagnostiek

De diagnostiek bij een eetstoornis richt zich in de eerste lijn op het in kaart brengen van de aspecten die primair horen bij de eetstoornis, de aard, de ernst en het beloop. Deze aspecten moeten voor zover van toepassing bij iedere cliënt in kaart gebracht worden.

(Auto) anamnese

De (auto)anamnese heeft tot doel de huidige symptomen van de eetstoornis te inventariseren en bevat de volgende elementen(23):

- eetpatroon en purgeergedrag
- lichaamsbeeld en lichaamsbeleving van de cliënt zelf
- minimum- en maximumgewicht in de laatste jaren
- andere klachten, in het bijzonder betreffende de menstruatie
- motivatie om een behandeling te ondergaan
- gebruik van medicijnen, laxeermiddelen, diuretica (urinedrijvend middel), slankpillen
- gebruik van alcohol en/of drugs
- lichaamsbeweging/sporten/bewegingspatroon/bodychecking
- psychologische aspecten horende bij de eetstoornis

Classificatie en beloop van de eetstoornis

De huisarts kan aan de hand van vragen over eetgedrag, lichaamsbeleving en gewicht, en vragen over (eet)gedachten en compensatiegedrag een diagnostisch gesprek voeren met de cliënt:

Vragen over *eetgedrag*:

- Heb je regelmatig eetbuien, waarbij je in een korte tijd heel veel eet en waarbij je het gevoel hebt de controle over het eten kwijt te zijn?
- Ga je bij spanning meer of minder eten?
- Wat doe je als je aangekomen bent?
- Schaam je je voor eetgewoonten of eet je wel eens stiekem?

Vragen over *lichaamsbeeld/lichaamsbeleving en gewicht*:

- Ben je tevreden met jezelf, je lichaam?
- Zou je heel slank willen zijn of blijven?
- Vind je zelf dat je te zwaar bent, terwijl anderen je te mager vinden?
- Heeft je gewicht invloed op hoe je over jezelf denkt?
- Sta je vaak op de weegschaal?
- Kun je het wegen ook laten?
- Is je menstruatie wel eens uitgebleven?

Vragen over *(eet)gedachten en compensatoir gedrag*:

- Heb je angst om dik te worden?
- Probeerde je de laatste drie maanden gewicht te verliezen?
- Denk je veel na over eten/niet eten?
- Braak je wel eens opzettelijk?
- Gebruik je laxeermiddelen?
- Beweeg je veel om af te vallen?
- Voel je jezelf vaak minder waard dan anderen?

De ernst van de klachten en symptomen

De ernst van de stoornis kan bepaald worden aan de hand van de volgende criteria

- Mate (en de ernst) waarin de symptomen, zowel samen als apart, voldoen aan de DSM IV criteria
- Duur van de stoornis

- Leeftijd van de cliënt
- Voorkomen, mate en ernst van de psychiatrische co-morbiditeit.(21)
- Ernst van de somatische complicaties die direct verband houden met de eetstoornis.
- Eerdere behandeling, als die heeft plaats gevonden en wat hiervan het effect was. Dit wordt bepaald door de soort, het aantal malen en de intensiteit van de doorlopen behandeling.
- Mate van ontkenning van de ziekte of motivatie voor verandering
- Mate waarin de eetstoornis het sociale leven of de psychosociale ontwikkeling heeft verstoord
- Bij jonge cliënten: de gevolgen van de eetstoornis voor het gezinssysteem, onder andere de mate waarin de draagkracht van het steunsysteem is aangetast.

Lichamelijk onderzoek

Lichamelijk onderzoek is niet bruikbaar om de diagnose eetstoornis te stellen maar is wel gewenst om een andere oorzaak van ondervoeding uit te sluiten, de mate van ondervoeding vast te stellen en complicaties te kunnen herkennen:

- Lengte, gewicht, bloeddruk en pols meten.
- Nagaan of er sprake is van huidafwijkingen, erosie van tandglazuur, opgezette parotis (speekselklier) en perifeer oedeem.

Bij kinderen die onverklaard afbuigen van de groeicurve dient een eetstoornis in de differentiële diagnose te staan.

Laboratoriumonderzoek en ECG

Laboratoriumonderzoek is niet zinvol om de diagnose eetstoornis aan te tonen dan wel uit te sluiten.

Laboratoriumonderzoek is nodig om andere medische oorzaken uit te sluiten, de ernst van de eetstoornis, de somatische gevolgen van purgeergedrag in beeld te krijgen en de mate van katabolie (weefselafbraak) vast te stellen en complicaties op te sporen. Voor de eerste lijn wordt aanbevolen om minimaal één van de volgende laboratoriumonderzoeken te laten uitvoeren:

Bepaling	Ratio
Leukocyten, HB	Lichte leukopenie (vermindering van het aantal witte bloedlichaampjes) en anaemia (bloedarmoede) bij ondervoeding
NA, K, bicarbonaat,Cl	Gestoord bij purgeren
Ureum, creatinine	Kunnen verhoogd zijn bij ondervoeding en/of dehydratie (te kort aan vocht)
ASAT, ALAT	Kunnen stijgen tot 2x de normaalwaarde bij ondervoeding
Albumine	Maat voor voedingstoestand
Glucose	Hypoglykemieën (te laag bloedsuikergehalte)

Het maken van een ECG is nodig, wanneer bij een cliënt sprake is van ondervoeding en/of purgeren om een QT-tijdverlenging en/of tekenen van hypokaliëmie (verlaagde kaliumspiegel) op te sporen.(23)

Fase 2: Indicatiestelling

De bevindingen van de diagnostische onderzoeken bepalen voor een belangrijk deel het vervolg en de zwaarte/intensiteit van de geïndiceerde behandeling.

De indicatiestelling hoort vraaggericht, objectief, onafhankelijk en geïntegreerd plaats te vinden. De cliënt moet in staat worden gesteld om op de indicatie invloed uit te oefenen, wanneer dat mogelijk en gewenst is. Voorlichting en service aan de cliënt en haar omgeving zijn heel belangrijk.

Algemeen

Bij een lichte eetstoornis zonder somatische complicaties en psychiatrische co-morbiditeit kan een huisarts de cliënt zelf begeleiden, mits hij of zijn affiniteit en ervaring heeft met eetstoornissen en eventueel in samenwerking met andere eerstelijns hulpverleners.

Bij twijfel over de diagnose kan de huisarts verwijzen

- ingeval van een lichamelijke oorzaak van de klachten naar een medisch specialist, zoals een kinderarts, internist of gynaecoloog.
- ingeval psychiatrische oorzaak van de klachten naar een GGZ-instelling bij voorkeur met expertise op het gebied van eetstoornissen.

Wanneer sprake is van een ernstige eetstoornis maar onvoldoende motivatie motiveert de huisarts de cliënt voor een verwijzing naar een hulpverlener of een instelling met expertise op het gebied van eetstoornissen.

Specifiek

Anorexia Nervosa

Bij terminale ondervoeding met bradyfrenie (vertraging van het psychisch functioneren) en spierzwakte, hypokaliëmie (verlaagde kaliumspiegel) (<2 , of $< 3,5$ met ECG-afwijkingen), suspecte anamnese voor aangetoonde hypoglykemieën (verhoogd bloedsuikergehalte) dient verwezen te worden naar een interne (kinder)afdeling.⁽¹²⁾

Opname in een algemeen ziekenhuis dient bij voorkeur kortdurend te zijn en gevolgd te worden door een soepele overplaatsing naar een geschikte setting. Kinderen en adolescenten moeten bij voorkeur worden opgenomen in een setting die geschikt is voor hun leeftijd.

Boulimia Nervosa

Bij ernstige suïcidaliteit of zelfverwonding kan een kortdurende klinische opname op een algemene psychiatrische afdeling of in een gespecialiseerd centrum overwogen worden.

De meerderheid van deze cliënten kan ambulante behandeld worden met cognitieve gedragstherapie eventueel in combinatie met psychofarmaca.

Het volgen van een (al dan niet) begeleid zelfhulpprogramma kan aangemoedigd worden.

Voor adolescenten gelden vooralsnog dezelfde keuzecriteria als bij volwassenen. Gezinstherapie als standaardonderdeel van de behandeling is wenselijk.

Eetstoornis- NAO (niet anderszins omschreven)

Bij verwijzing gelden overwegingen die horen bij de aandoening (anorexia nervosa of boulimia nervosa) waar de stoornis het meest op lijkt.

Eetbuistoornis

Verwijzing voor poliklinische of dagklinische behandeling is meestal toereikend.

Gedwongen opname en gedwongen behandeling(23)

In Nederland worden de meeste cliënten met een eetstoornis vrijwillig opgenomen en behandeld in het kader van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Dit heeft op basis van het recht op zelfbeschikking vanzelfsprekend de voorkeur boven een gedwongen opname of behandeling. Anorexia nervosa kan echter een dermate levensbedreigende vorm aannemen, dat in het kader van de wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) een gedwongen opname plaatsvindt. Een onafhankelijke psychiater beoordeelt de geestestoestand van een patiënt en beschrijft deze in een geneeskundige verklaring. Bij acuut gevaar zal de burgemeester een inbewaringstelling (IBS) gelasten die korte tijd kan duren en binnen drie dagen bekrachtigd moet worden door de rechter-commissaris. Een rechterlijke machtiging (RM) biedt de mogelijkheid patiënten langerdurend gedwongen op te nemen en ook bij sluipender gevaar in te grijpen.

Gedwongen behandeling zoals gedwongen sondevoeding of gedwongen toediening van medicatie valt onder de Regeling Middelen en Maatregelen en mag niet automatisch bij elke gedwongen *opname* worden toegepast. Voor gedwongen behandeling moet duidelijk zijn dat acuut gevaar bestaat of kan ontstaan. Overigens zal in de praktijk een arts bij een cliënt met een eetstoornis bij dreigend levensgevaar door ondervoeding altijd door de arts altijd kunnen aangrijpen op basis van de WGBO.

Er zijn twee mogelijkheden om ambulante gedwongen te *behandelen*:

- Wanneer iemand met een RM opgenomen is, kan 'ontslag onder voorwaarden' worden verleend als het acute gevaar geweken is en men een patiënt ambulant kan behandelen onder een aantal afgesproken voorwaarden. Daarbij hoort een behandelplan, waarin duidelijk staat hoe getracht wordt het gevaar af te wenden. Dit behandelplan moet door de patiënt (16 jaar of ouder) dan wel patiënt en ouders (12-16 jaar) of alleen de ouders (tot 12 jaar) getekend en dus akkoord bevonden worden. Bovendien moeten de voorwaarden toetsbaar zijn.
- Een nieuwe BOPZ-maatregel is de 'voorwaardelijke machtiging'. Dit is een maatregel die *gedwongen* behandeling in de thuissituatie mogelijk maakt in tegenstelling tot de IBS en de RM, die zich alleen richten op gedwongen *opname*.

Voor een gedwongen psychiatrische opname van kinderen en jeugdigen is ook een BOPZ-maatregel nodig. Een ondertoezichtstelling (OTS) is een maatregel in de jeugdhulpverlening op basis waarvan de rechter een plaatsingsbeschikking kan afgeven, die geldt voor de orthopedagogische/justitiële instellingen. Ouders en kind dienen in dat geval vrijwillig in te stemmen met een behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis. Bovendien moet toestemming aan ouders en kind gevraagd worden om de door de rechter aangewezen voogd in te lichten. Daardoor is het mogelijk dat een kind of jeugdige zowel een OTS om pedagogische redenen heeft, als een RM om gevaar door een psychiatrische aandoening af te wenden. Aangezien tot een OTS pas na uitgebreid en vaak langdurig onderzoek wordt besloten, bestaat in zeer dringende gevallen die geen uitstel verdragen de mogelijkheid om een Voorlopige OTS aan te vragen. Deze moet later na onderzoek alsnog worden bevestigd.

Aangezien eetstoornissen relatief weinig voorkomen is de noodzakelijke expertise bij instellingen niet altijd overal evenzeer aanwezig. Met name bij dwangbehandeling is een opname in een gespecialiseerd behandelcentrum aan te raden.

Fase 3 Zorgtoewijzing en opstellen van het behandelplan

Na verwijzing vindt het eerste gesprek tussen de cliënt (en eventueel ouders) en de hulpverlener plaats. Soms zijn er meerdere gesprekken nodig om de zwaarte van de zorgtoewijzing beter te kunnen vaststellen. Na het kiezen van een behandelingsoptie (anders dan consultatie of verwijzing) en toewijzing aan een behandelaar of team stelt de hulpverlener het behandelplan op. Bij de invulling vindt overleg en onderhandeling plaats tussen cliënt en behandelaar over een specifiek pakket van zorg dat aansluit op de mogelijkheden en wensen van de cliënt enerzijds en de opvattingen over goed hulpverlenerschap anderzijds. Dit resulteert in een individueel behandelplan, waarin tevens de behandeldoelen worden geëxpliciteerd. Een cliënt kan pas instemmen met een behandelplan, als zij voldoende over de ziekte is geïnformeerd én de ziekte onderkent. Zo niet, dan moeten eerst gesprekken plaatsvinden gericht op het motiveren voor de behandeling.

In het behandelplan wordt aangegeven van welke modules en activiteiten de cliënt gebruik gemaakt en de duur en frequentie van de behandeling.

Fase 4: Bijstelling en bewaking van het behandelplan

Op afgesproken momenten in de behandelovereenkomst wordt de behandeling geëvalueerd. Afhankelijk van het beloop van de problematiek wordt vervolgens besloten over te gaan op ander behandelvormen, meer intensieve zorg of om het contact met de cliënt af te bouwen.

C Nadere diagnostiek

Bij een groot deel van de cliënten met een eetstoornis is hiermee de het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing voltooid. Er is echter een groep bij wie verdere diagnostische activiteiten nodig zijn om tot een goed behandelplan te kunnen komen. Welke activiteiten dat zijn en in welke mate ze uitgevoerd moeten worden varieert per cliënt.

Nadere diagnostiek is te verdelen in drie aspecten:

- I Somatische diagnostiek en (aanvullend) laboratoriumonderzoek
- II Aanvullende psychiatrische diagnostiek
- III Sociale diagnostiek

I Somatische diagnostiek en aanvullend laboratoriumonderzoek

Een huisarts kan een cliënt met een (vermoeden van een) eetstoornis voor somatische diagnostiek verwijzen naar een medisch specialist zoals een kinderarts, internist of gynaecoloog. Aanleidingen kunnen zijn onverklaard gewichtsverlies, maagdarmlaasten, menstruatiestoornissen en achterblijvende groei bij kinderen.

Lichamelijk onderzoek is belangrijk voor:

- Het vaststellen van de mate van ondergewicht en ondervoeding.
- Het uitsluiten van de aanwezigheid van onderliggende ziekten.
- Het opsporen van complicaties die passen bij de anorexia nervosa en/of purgeren.

Aanvullend laboratoriumonderzoek draagt niet bij aan de diagnose eetstoornissen, maar wordt aangeraden voor het vaststellen van:

- (De ernst van) eventuele complicaties.
- Elektrolytstoornissen (stoornissen in de vochtbalans) en nierfunctiestoornissen bij purgeren en/of onvoldoende vochtinname.
- Hypoglykemie (te lage bloedsuikerspiegel) bij ernstige ondervoeding
- Afwijkingen passend bij mogelijke onderliggende ziekten of somatische co-morbiditeit.

Bij iedere cliënt met anorexia nervosa (restrictief en purgerend) en boulimia nervosa wordt aangeraden ten minste eenmaal aanvullend laboratoriumonderzoek te doen.

II Aanvullende psychiatrische diagnostiek

Bij een aantal cliënten zal aanvullende diagnostische activiteiten uitgevoerd moeten worden om een beter beeld te krijgen van de situatie.

- Dan is een aanvullende anamnese gericht op de aard, de ernst, de duur en het beloop van de eetstoornis-klachten van belang, evenals het doen van navraag over het beeld en de klachten bij belangrijke andere betrokkenen.
- In het geval van een ernstige eetstoornis, zoals bij een crisis, bij recidieven, chroniciteit, therapieresistentie of problemen in de diagnostiek, kan het nodig zijn om een hetero-anamnese af te nemen bij de partner, familie of anderen uit de omgeving van de cliënt. Hier kunnen de aspecten van de eetstoornis in kaart gebracht worden als de cliënt daar zelf niet toe in staat is of als meer informatie nodig geacht wordt om een compleet beeld van de situatie te krijgen.
- Bij jonge cliënten moet altijd een hetero-anamnese afgenomen worden.
- Bij het in kaart brengen van de psychiatrische klachten moet gelet worden op co-morbiditeit. Eetstoornissen gaan nogal eens gepaard met andere psychische stoornissen, in het bijzonder affectieve stoornissen, angststoornissen, obsessieve compulsieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Het is van belang om in de diagnostiek na te gaan of de co-morbide klachten ondergeschikt zijn aan de eetstoornis zijn of dat 'bijkomende' aandoening de eetstoornis veroorzaakt. Wanneer blijkt dat de andere psychiatrische klachten secundair zijn aan de eetstoornis en het herstel van de eetstoornis belemmeren,

zullen beide stoornissen geïntegreerd behandeld moeten worden. Ook psychiatrische klachten die de behandeling kunnen belemmeren zijn belangrijk om te inventariseren zoals middelenaafhankelijkheid c.q. verslaving, ontregelende acting out, ernstige suicidaliteit, ernstige fysieke agressiviteit, ernstige psychose e.d. (zorgprogramma Altrecht).

Bij twijfel over de diagnose, ter inventarisering van klachten en het meten van de ernst van symptomen of bij onvoldoende resultaat van een behandeling kan een psychologische onderzoek verhelderend werken. De psychologische diagnostiek richt zich op het in kaart brengen van de aspecten die primair horen bij de stoornis; de aard van de eetstoornis, de ernst en het beloop. Deze aspecten zullen, voor zover van toepassing, bij iedere cliënt in kaart gebracht worden

Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen kunnen de volgende vragenlijsten gebruikt worden:

- *Eating disorder examination* (EDE): De EDE is een semi-gestructureerd interview en richt zich op algemene eetstoornissensymptomatologie en niet specifiek op de verstoorde lichaamsbeleving. De BDDE blijkt een betrouwbaar en valide instrument om symptomen van een verstoorde lichaamsbeleving te meten
- *Eating disorder evaluation scale* (EDES): een zelfrapportage vragenlijst, kan ook gebruikt worden als gestructureerd interview. Om zowel de specifieke symptomen als de bredere psychosociale aspecten van eetstoornissen vast te stellen. De lijst heeft een goede betrouwbaarheid.
- *Longitudinal interview follow-up examination* (LIFE): gestructureerd interview, geeft een score aan de ernst van zowel anorectische symptomen als boulimische symptomen. Ook geschikt om beloop in de tijd weer te geven.
- *Eating disorder inventory* (EDI): is een internationaal (voor Nederland bewerkt) veel gebruikte vragenlijst, meet psychologische kenmerken en gedragskenmerken waarvan men aanneemt dat ze samenhangen met anorexia nervosa en/of boulimia nervosa.
- *Lichaamsattitudevragenlijst* (LAV): De Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen beveelt het gebruik van de (LAV) aan om de mate van de verstoorde lichaamsbeleving te diagnosticeren en om de voortgang van de behandeling te evalueren.
- *Anorectic behaviour observation scale* (ABOS): vragenlijst waarmee informatie kan worden verkregen van ouders of partner over specifieke gedragingen en attitudes van hun kinderen of partner met betrekking tot anorexia nervosa en boulimia nervosa. Kan gebruikt worden als screeningsinstrument.
- *Sick, Control, One stone, Fat, Food* (SCOFF): korte vragenlijst ontwikkeld om eetstoornissen in de eerste lijn op het spoor te komen.
- *Eating Disorder Screen For Primary Care* (ESP): korte vragenlijst ontwikkeld om eetstoornissen in de eerste lijn op het spoor te komen.
- *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE): een semi-gestructureerd interview. De BDDE blijkt een betrouwbaar en valide instrument om symptomen van een verstoorde lichaamsbeleving te meten
- *Body Shape Questionnaire* (BSQ): De oorspronkelijke versie van de BSQ met 34 items discrimineert in sterke mate tussen patiënten met boulimia nervosa en vrouwen zonder eetstoornissen. Er bestaat geen gevalideerde Nederlandse versie van de BSQ.
- *Body Catexis Scale* (BCS): vragenlijst, niet specifiek is ontwikkeld voor patiënten met eetstoornissen, meet de mate van ontevredenheid met het eigen lichaam Er zijn aanwijzingen dat de Nederlandse bewerking van de BCS stabiel en valide is.
- *Body Attitude Questionnaire* (BAQ): vragenlijst, door verschillende subschalen meet de BAQ een breed scala van attitudes ten aanzien van zowel uiterlijke als innerlijke lichaamsbeleving.

III Sociale diagnostiek

Doel van de sociale diagnostiek is het in kaart brengen van de sociale aspecten die samenhangen met de eetstoornis. Sociale omgeving kan ruim opgevat worden: familie, wonen, werken, vrienden, vrije tijd, religie enz. Ook het in kaart brengen van sociale beperkingen is van belang, omdat hierdoor op het gebied van maatschappelijk functioneren vaak grote verliezen worden geleden (bijvoorbeeld van werk of relatie) of anderszins problemen kunnen bestaan. De hieronder beschreven onderdelen worden alleen op indicatie uitgevoerd.

- *Biografische anamnese*

Specifieke aandacht verdient het onderzoek naar de levensfase, levensgebeurtenissen, stressfactoren en culturele factoren die van invloed kunnen zijn op het optreden van de eetstoornis, evenals het familiair voorkomen van eetstoornissen. Eveneens moet er aandacht gegeven worden aan de betekenis en gevolgen van ziekte in het leven van de cliënt.

- *Systeem onderzoek*

Van belang is te letten op de gevolgen voor het systeem, voor ouders, partner, kinderen en andere verwanten. Ook de inventarisatie van de visie van gezinsleden en andere direct betrokkenen is van belang. Bovendien is het nodig om te onderzoeken hoe systeemfactoren de klachten in stand houden. Vaak heeft het systeem 'geleerd' op compenserende wijze te gaan functioneren.

Voor jonge cliënten geldt dat systeemonderzoek een standaard onderdeel van de diagnostiek moet zijn. Het belang van het systeem is bij deze groep cliënten veel belangrijker dan bij oudere cliënten.

Systeemonderzoek kan uit de volgende onderdelen bestaan:

- Netwerkonderzoek.
- Huisbezoek; ook om hulpbronnen in kaart te brengen.
- Gevolgen voor het systeem. Voor partner, ouders, kinderen en andere verwanten. Bijvoorbeeld: hoe gaat het thuis, bij de partner op het werk en op school. Als de cliënt kinderen heeft moet bekeken worden of KOPP interventies noodzakelijk zijn.
- Hulpbronnen. De hulpverleners vormen zich een beeld van de context van de problematiek. Ook de visie van gezinsleden en andere direct betrokkenen wordt geïnventariseerd.

Hoofdstuk 7 Behandelmodulen en -activiteiten

Modulen en activiteiten

- A Behandelmodules en activiteiten in zorgprogramma's
- B Behandelmodules en activiteiten in het basisprogramma eetstoornissen
- C Modulen- en activiteiten overzicht

A Behandelmodules en activiteiten in zorgprogramma's

Een zorgprogramma beschrijft het hulpaanbod zoals dat voor de doelgroep beschikbaar zou moeten zijn. Dus alle modules en activiteiten die nodig en wenselijk worden geacht.

Om programma's te kunnen organiseren is naast het *wenselijk* aanbod ook een goed overzicht van het *bestaande* aanbod noodzakelijk, en als dat mogelijk is, beschreven in de vorm van modules.

Uitgaande van het wenselijke aanbod kan het zorgprogramma vervolgens ingevuld worden. Dat zal in eerste instantie met het bestaande aanbod gebeuren. Bij het opstellen van het individuele zorgplan kunnen hulpverleners in overleg met cliënten hiaten in het aanbod signaleren. Er zijn een aantal mogelijkheden om deze hiaten in te vullen. Het opzetten van een ontbrekende module zal meestal niet onmiddellijk mogelijk zijn, maar die kan in afwachting van het beschikbaar komen bijvoorbeeld ook bij een andere instelling gevolgd worden. De voorkeur van de cliënt en de organisatorisch (financiële) mogelijkheden bepalen wat de ruimte hiervoor is.

Een *module* bestaat uit een samenhangende bundeling van verschillende activiteiten en is een als zodanig herkenbaar en in tijd en omvang begrensd onderdeel van zorgprogramma's, waarvoor een specifieke indicatie gesteld kan worden.

Een *activiteit* is een enkelvoudige, afgeronde zorgaanpak, die gebruikt kan worden als bouwsteen in het kader van een zorg- of behandelplan. De afgrenzing tussen activiteit en module is tot op zekere hoogte arbitrair.

De kern van een zorgprogramma wordt gevormd door het overzicht van de activiteiten en modules. Het kan gaan om alle fases in de behandeling van de problematiek: preventie, (acuut) behandelen of begeleiden, stabiliseren, verzorgen, verplegen en beschermen, rehabiliteren en nazorg.

Voor elke module wordt beschreven:

- Naam van de module.
- Inhoud van de module: doelen, functie(s), activiteiten, locatie, frequentie en duur.
- Indicatie en zo mogelijk een onderbouwing van het niveau van de module: is deze de module de eerste keus binnen de behandeling?
- Ontvangers van de module: betrokken cliënten(systeem) en de omgeving, indicaties en contra-indicaties.
- Organisatorische en financiële aspecten: betrokken disciplines, voortgangsbewaking, bijstelling en kosten.

B Behandelmodules en activiteiten in het basisprogramma eetstoornissen

In vergelijking met aandoeningen als angst en depressie is er naar eetstoornissen veel minder wetenschappelijke onderzoek uitgevoerd. Nationaal en internationaal bestaat er echter een groeiende wetenschappelijke kennis over de behandeling van eetstoornissen. Deze kennis is te omvangrijk en te doorzichtig om voor hulpverleners in de praktijk direct van nut te zijn. Uit dat wetenschappelijke aanbod moet eerst een selectie gemaakt worden. Gelet wordt dan op bijvoorbeeld validiteit van het onderzoek en mogelijkheden voor toepassing in de Nederlandse situatie.

In 2006 is de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen verschenen, waarin een selectie van deze kennis gemaakt is. De selectie is vervolgens vertaald naar aanbevelingen voor de hulpverleners die zich met eetstoornissen bezighouden.

Het basisprogramma wil de hulpverleners tegemoet komen in de vertaalslag van de aanbevelingen uit de richtlijn naar een praktische toepassing.

Hieronder volgt een zo volledig mogelijk overzicht van activiteiten en modules die ingezet kunnen worden bij de preventie en behandeling van eetstoornissen.

Stepped care

In de eerder verschenen basisprogramma's depressie en angststoornissen zijn de modules en activiteiten zoveel mogelijk volgens het stepped-care principe opgesteld. Kort gezegd is stepped-care het verkiezen van minimale zorg waar mogelijk en intensievere of invasievere zorg waar nodig, onder de voorwaarde dat dit voordeel oplevert. Volgens een stepped-care behandelwijze wordt de meest effectieve, en tevens de minst intensieve of invasieve interventie die gezien de aard en de ernst van de problematiek mogelijk is, in eerste instantie geprobeerd. Voor cliënten die onvoldoende baat hebben bij deze lichtere behandeling, dus bij uitblijvend behandelresultaat, wordt naar een intensievere aanpak overgestapt.

Onderzoek lijkt aan te tonen dat stepped care principes voor cliënten met minder ernstige boulimia nervosa en een eetbuistoornis toepasbaar en zinvol zijn. Bij cliënten met boulimia nervosa en eetbuistoornis kan psycho-educatie in groepsverband aangeboden worden als een eerste behandelingactiviteit in een stepped care benadering.⁽²³⁾ Voor anorexia nervosa is dat niet het geval. Vanwege de ernst van deze aandoening is specialistische en langdurende zorg nodig, waardoor de onderste trappen van het stepped care model niet in aanmerking komen.^(7;44)

Hoewel er dus is enige wetenschappelijke kennis aanwezig is over stepped care en eetstoornissen, is ervoor gekozen om het basisprogramma eetstoornissen de modules *niet* volgens stepped-care principes te ordenen. Bovengenoemde onderzoeken concluderen dat er nog te weinig onderzoek is gedaan om een verantwoord stepped care model voor eetstoornissen op te stellen.

Bij het opstellen van een regionaal zorgprogramma eetstoornissen kan op een aantal manieren gebruik gemaakt worden van dit hoofdstuk:

- Bij het schrijven van het onderdeel modules en activiteiten van het regionale zorgprogramma kan gekozen worden uit de opsomming van interventies, op basis van wat voor die regio passend is.
- In de richtlijn kan opgezocht worden of de interventies evidence en/of consensus based zijn. Met andere woorden hoe de huidige stand van de wetenschap rond deze interventies is en of dat ook voor Nederland geldt.

Wat is de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen?

Richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde stellingen of aanbevelingen om hulpverlener en cliënt te helpen bij het nemen van beslissingen over de meest geschikte of gepaste zorg bij een klinisch probleem. Richtlijnen geven antwoord op de vraag wat wanneer gedaan moet worden, en op basis van welke overwegingen dit wordt aanbevolen. Richtlijnen vatten daarmee de stand van de wetenschap voor een bepaalde stoornis samen en integreren deze met de praktijkkennis van hulpverleners en de ervaringskennis van hulpvragers. Ze geven enerzijds inzicht in wat internationaal bekend is over het betreffende onderwerp en anderzijds hoe er in de praktijk over het probleem gedacht wordt.

De richtlijn eetstoornissen is een zogenaamde multidisciplinaire richtlijn. Dat betekent dat er meerdere disciplines bij de ontwikkeling betrokken zijn geweest. In de richtlijn komen niet alle aspecten van eetstoornissen aan bod. Voor het opstellen is uitgegaan van zogenaamde 'uitgangsvragen'. Deze uitgangsvragen zijn de, naar de mening van de Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ en de werkgroep richtlijn eetstoornissen, zo goed mogelijke weergave van wat er in de praktijk aan vragen leeft.

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op onderbouwing uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. De geselecteerde artikelen zijn door de werkgroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gerangschikt naar mate van bewijs. Deze beoordeling wordt kort weergegeven in de *conclusie*. In de conclusie wordt een niveau aangegeven. Dat staat voor de mate van bewijs. Hierbij is onderstaande indeling gebruikt:

Voor artikelen betreffende: interventie (preventie of therapie)

- A1 systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn
- A2 gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;
- B gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, cliënt-controle-onderzoek);
- C niet-vergelijkend onderzoek;
- D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Niveau van de conclusies

- 1 systematische review (A1) of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2
- 2 tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
- 3 1 onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C
- 4 mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Daarnaast zijn per onderwerp *overwegingen* uitgewerkt, waarin naast wetenschappelijk bewijs, aspecten als cliëntenvoorkeuren, kosten of organisatorisch aspecten aan bod komen. De *aanbeveling* bevat het resultaat van het wetenschappelijk bewijs en de overige overwegingen.

Sleutelschema

In het schema hieronder zijn de mogelijke interventies gezet. Hierin kan opgezocht worden welke evidence based interventies voor welke stoornis(sen) ingezet kunnen worden.

In het schema is bovendien met grijstinten aangegeven wat het niveau van de conclusie over effectiviteit is. Hoe donkerder de grijstint hoe hoger het niveau van wetenschappelijke onderbouwing voor die interventie.

	Anorexia Nervosa	Boulimia Nervosa	Eetbuistoornis
Crisisinterventies			
1	Crisisinterventie	-	-
Minimale interventies			
2	Psycho-educatie	X	-
3	Zelfhulpgroepen	X	X
	Zelfhulpboeken	X	X
4	Sociale vaardigheidstraining	-	-
5	Steunend-structurerende begeleiding	-	-
Psycho-therapeutische interventies			
6	Cognitieve gedragstherapie	X	X
7	Interpersoonlijke therapie	-	X
8	Cognitieve therapie	-	X
9	Gedragstherapie	-	X
10	Farmacologische interventies	X	X
Additionele interventies*			
11	Gezinstherapie/systeem therapie	X	
12	Interventie lichaamsbeleving		
	- videofeedback sessie	X	3
	- spiegelconfrontatie	X	X
13	Gewichts/voedingsmanagement	-	-
14	Motivationale technieken	X	X
15	Psychomotore therapie	X	X
16	Terugvalpreventie	-	-
Rehabilitatie			
17	Nazorg	-	-

* Deze interventies zijn nadrukkelijk aanvullend en worden dus niet als op zichzelf staande evidence based behandeling door de Multidisciplinaire Richtlijn aanbevolen.

C Module- en activiteiten overzicht

In de beknopte beschrijvingen van de interventies is, waar mogelijk, aangesloten bij de beschrijving zoals die in de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen staat. Hier is voor gekozen om de eenheid in definities en terminologie te bevorderen. In de blokken onder de beschrijving staat per stoornis of en zo ja, welke conclusies er in de Multidisciplinaire Richtlijn over de effectiviteit van die interventie te vinden zijn.

1 Crisis interventie

Een crisis is gedefinieerd als een snelle verslechtering van de symptomen en/of de directe gevolgen van een ernstige eetstoornis bij een patiënt wiens omgeving (familie, hulpverleners) niet meer in staat is voldoende opvang te bieden. Een crisisopname duurt nooit langer dan strikt noodzakelijk. De doelen van de opname zijn: het doorbreken van de negatieve spiraal, stabilisatie, afname van de eetstoornissymptomen en het plaatsen van de patiënt in het juiste vervolgtraject.(40)

Richtlijn	-
------------------	---

2 Psycho-educatie

Het op didactische wijze aanbieden van informatie over de aard van een ziekte of stoornis met als doel attitude- en gedragsverandering te bewerkstelligen. Het is een proces waarin de hulpverlener op weloverwogen en beknopte wijze relevante wetenschappelijke informatie aanbiedt als antwoord op vragen als: “waarom heb ik dit probleem?” en “Hoe kan ik beter worden?”. Het is het op een empathische wijze advies en aanbevelingen geven, die logisch voortvloeien uit het denkkader en de wetenschappelijk gefundeerde kennis van de hulpverlener.(8)

Richtlijn Anorexia	Conclusie niveau 3 Het is aannemelijk dat psycho-educatie voor de individuele patiënt en de familie een aanvulling kan zijn op de behandeling van anorexia nervosa.
Boulimia	Conclusie niveau 2 Er zijn aanwijzingen dat groeps-psycho-educatie zonder aanvullende psychotherapie een bescheiden positief effect heeft op de symptomen van boulimia nervosa.
Algemeen	Conclusie niveau 2 Er zijn aanwijzingen dat psycho-educatie via het internet een bescheiden effect heeft op eetstoornisgerelateerde attitudes ten aanzien van lichaamsbeleving.

3 Zelfhulpgroepen

Zelfhulp valt onder het overkoepelende begrip van lotgenotencontact, dat alle vormen van steun omvat die mensen met eenzelfde problematiek elkaar bieden. Lotgenotencontact is niet per definitie zelfhulp. Zelfhulp betekent hulp aan elkaar door mensen die eenzelfde probleem hebben, zonder tussenkomst van professionele hulpverleners. In een zelfhulpgroep helpen mensen met eenzelfde probleem elkaar bij het oplossen van dat probleem, vooral door er met elkaar over te praten. Van een begeleide zelfhulpgroep wordt gesproken als voor de begeleiding van een dergelijke groep ervaringsdeskundigen worden ingeschakeld. Een zelfhulpboek is een boek dat geschreven is met de bedoeling dat iemand aan de hand daarvan zelf aan het betreffende probleem kan werken.(40)

<p>Richtlijn Algemeen</p>	<p>Conclusie niveau 1 CGT-zelfhulpgroepen (puur of met facilitator, maar zonder gekwalificeerde cognitief-gedragstherapeut) zijn effectief in de vermindering van specifieke eetpsychopathologie en algemene psychopathologie. Groepen onder leiding van een gekwalificeerde cognitief-gedragstherapeut verbeteren significant meer dan groepen die niet gesuperviseerd werden.</p> <p>Conclusie niveau 3 Een belangrijk effect van een zelfhulpgroep voor eetstoornissen is een significante daling van de score op de EDE-Q en de BDI. Er zijn minder piekergedachten over eten, gewicht en lichaamsvormen.</p> <p>Conclusie niveau 2 Het gebruik van (CGT-)zelfhulpboeken is effectief bij mensen met boulimia nervosa en eetbuistoornissen. Dergelijke boeken kunnen in de eerste fase van de behandeling of naast reeds ingezette behandelingen gebruikt worden.</p> <p>Conclusie niveau 2 Een (CGT-)zelfhulpboek in combinatie met ondersteunende begeleiding (steun en bemoediging door middel van onder meer persoonlijke/telefonische gesprekken, videomateriaal, discussie) kan een waardevolle methode zijn bij de reeks van mogelijke interventies bij de behandeling van boulimia nervosa en eetbuistoornissen.</p> <p>Conclusie niveau 4 Het is een mogelijkheid om genezen patiënten in te zetten om patiënten in een vroeg stadium te ondersteunen. Voorzichtig concluderend kan gesteld worden dat zelfhulpgroepen een belangrijke rol kunnen spelen in het genezingsproces van de patiënt.</p>
<p>Boulimia</p>	<p>Conclusie niveau 3 Een sequentiële benadering voor behandeling van boulimia nervosa (eerst zelfhulpboek, gevolgd door CGT-sessies indien nodig) kan even effectief zijn als standaard-CGT. Een deel van de patiënten heeft voldoende aan het boek en verder geen gespecialiseerde hulp meer nodig. Daarnaast kan deze benadering de hoeveelheid benodigde contacten met de therapeut doen dalen. Hierdoor kan men veel geld en tijd besparen.</p>

4 Sociale vaardigheidstraining

Door stagnatie in hun ontwikkeling hebben veel jongeren met een eetstoornis een achterstand opgelopen bij de ontwikkeling van vaardigheden in de omgang met anderen. Een training die cognitieve aspecten combineert met sociale vaardigheden lijkt in de praktijk het best toegesneden op deze groep.(40) Ook voor volwassen en met eetstoornissen wordt sociale vaardigheidstraining gebruikt om sociale vaardigheden uit te breiden en te versterken. Een kenmerk van een eetstoornis is dat patiënten zich in meer of mindere mate terugtrekken uit het sociale leven. In het proces van herstel is deelname aan het maatschappelijke verkeer van belang bij het zin en inhoud kunnen geven aan het eigen leven en het zelfstandig kunnen functioneren. Een deel van de patiënten heeft behoefte aan ondersteuning of begeleiding bij het realiseren hiervan.(23)

Richtlijn	Geen conclusie geformuleerd
-----------	-----------------------------

5 Steunend-structurende begeleiding

Steunend-structurende gesprekken zijn gericht op structurering en op praktische problemen. In de begeleidingsgesprekken wordt gebruik gemaakt van psychotherapeutische technieken uit de cognitieve (gedrags)therapie, de interpersoonlijke therapie en de directieve therapie. Het gaat hierbij om gesprekken die wordt uitgevoerd door diverse disciplines. Het is steunend doordat het de ervaringen van de patiënt bespreekt met respect, zorg en een aanhoudende poging om de patiënt te begeleiden naar herstel, zonder te proberen de basale persoonlijkheid te veranderen. Een belangrijke component van de begeleiding is het steunend luisteren naar ervaringen van de patiënt en het emotionele effect daarvan. Er zijn aanwijzingen vanuit onderzoek en reacties van patiënten dat de benadering zinvol is.(33)

Richtlijn	Geen conclusie geformuleerd
-----------	-----------------------------

6 Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is gebaseerd op het oorspronkelijke behandelprotocol van Fairburn uit Oxford (11) en bestaat uit procedures die zijn gericht op de verandering van gedrag en cognities. Het primaire doel is een regelmatig en normaal eetpatroon te ontwikkelen en een afname van disfunctionele cognities over eetgedrag, lichaamsvormen en lichaamsgewicht te bewerkstelligen. De behandeling is beperkt in tijd (19 individuele sessies van ongeveer 50 minuten in 20 weken, met huiswerkopdrachten), probleemgeoriënteerd, en gericht op het heden en de toekomst.(23)

Richtlijn Anorexia	<p>Conclusie niveau 2 Er is beperkte evidentie gevonden voor het feit dat CGT, na gewichtsherstel in het ziekenhuis, effectiever is dan dieetcounseling in termen van mate van herstel en terugvalpercentages.</p> <p>Conclusie niveau3 Er is enig bewijs (één RCT) dat er een significant verschil is in preventie van terugval bij gebruik van een SSRI (fluoxetine) een jaar nadat door klinische behandeling gewichtsherstel is bereikt.</p>
Boulimia	<p>Conclusie niveau 1 Het is aangetoond dat cognitieve gedragstherapie zoals ontwikkeld en beschreven door Fairburn, de meest effectieve interventie is om het gestoorde eetgedrag en de disfunctionele cognities en attitudes van patiënten met boulimia nervosa te normaliseren. Het is aangetoond dat het effect van de therapie na beëindigen op alle variabelen toeneemt.</p> <p>Conclusie niveau 2 Cognitieve gedragstherapie is ook in een reguliere setting de meest effectieve interventie om het gestoorde eetgedrag en de disfunctionele cognities en attitudes van patiënten met boulimia nervosa te normaliseren</p> <p>Conclusie niveau 2 Cognitieve gedragstherapie in groepen is op lange termijn even effectief als individuele cognitieve gedragstherapie.</p>

Eetbistoornis	<p>Conclusie niveau 1 CGT is een effectieve interventie om de eetbuifrequentie van patiënten met een eetbistoornis te reduceren. Om het aantal responders te maximaliseren verdient het de voorkeur om CGT langer dan 12 weken aan te beiden. CGT leidt niet tot een klinisch betekenisvolle gewichtsafname.</p> <p>Conclusie niveau 3 Toevoeging van cognitieve therapie aan gedragstherapeutische interventies voorkomt terugval.</p>
----------------------	---

7 Interpersoonlijke therapie

Uitgangspunt van interpersoonlijke therapie is dat elke psychische stoornis plaatsvindt in een actuele interpersoonlijke context. Eetbuien worden uitgelokt door interpersoonlijke gebeurtenissen, terwijl de eetbistoornis tegelijkertijd zelf interpersoonlijke verhoudingen beïnvloeden.

Richtlijn Boulimia	<p>Conclusie niveau 1 CGT en IPT zijn op de lange termijn even effectief. De resultaten worden met CGT sneller bereikt (nog voor het einde van de therapie), waardoor CGT de voorkeursbehandeling blijft.</p>
Eetbistoornis	<p>Conclusie niveau 3 CGT en interpersoonlijke therapie (IPT) zijn zowel op de korte als op de lange termijn even effectief.</p> <p>Conclusie niveau 3 toegevoegd aan CGT leidt niet tot extra verbetering in de CGT non-responders.</p>

8 Cognitieve therapie

Cognitieve therapie is een probleemgerichte therapie. Het doel van cognitieve therapie is het bewust worden en veranderen van irrationele opvattingen over voedselgebruik, figuur, gewicht en zelfwaardering en andere gebieden die de eetstoornis in stand houden.

Richtlijn Boulimia	<p>Conclusie niveau 2 Opzichzelfstaande cognitieve herstructurering is effectief in het verminderen van symptomen, zowel de eetstoornisspecifieke symptomen als de algemeen psychopathologische symptomen.</p>
Eetbistoornis	<p>Conclusie niveau 3 Cognitieve therapie (zonder gedragstherapie) is een effectieve interventie om de eetbuifrequentie van patiënten met de eetbistoornis te reduceren en om disfunctionele cognities en gevoelens te verminderen. Pure cognitieve therapie en pure gedragstherapie leiden niet tot een klinische betekenisvolle gewichtsafname.</p>

9 Gedragstherapie

Gedragstherapie stelt dat de op te heffen stoornissen zijn veroorzaakt door verkeerd verlopen leerprocessen die via opnieuw leren moeten worden gecorrigeerd; de therapie richt zich op gedragspatronen als zodanig in plaats van op de veronderstelde onbewuste processen.(23)

Richtlijn Boulimia	Conclusie niveau 1 Gedragstherapie zonder cognitieve herstructurering zoals dieetmanagement, cue exposure met responspreventie en dialectische gedragstherapie is minder effectief dan cognitieve therapie en cognitieve gedragstherapie.
Eetbuistoornis	Conclusie niveau 3 Cognitieve therapie(zonder gedragstherapie) en gedragstherapie (zonder cognitieve therapie) zijn effectieve interventies om de eetbuifrequentie van patiënten met de eetbuistoornis te reduceren en om disfunctionele cognities en gevoelens te verminderen. Pure cognitieve therapie en pure gedragstherapie leiden niet tot een klinische betekenisvolle gewichtsafname.

10 Farmacologische interventies

Medicatie heeft in de behandeling van eetstoornissen geen grote rol en wordt altijd gecombineerd met psychologische behandelingen. Meestal wordt medicatie ingezet als er sprake is van co-morbide stoornissen als depressie en angst. Er moet rekening gehouden worden met het feit dat het voorschrijven van medicatie aan patiënten met een zeer laag gewicht allerlei risico's met zich mee brengt. SSRI's mogen niet aan kinderen jonger dan 16 voorgeschreven worden.

Richtlijn Anorexia	Conclusie niveau 3 Er is enig bewijs (één RCT) dat er een significant verschil is in preventie van terugval bij gebruik van een SSRI (fluoxetine) een jaar nadat door klinische behandeling gewichtsherstel is bereikt.
Boulimia	Conclusie niveau 4 De vergelijkende onderzoeken tussen antidepressiva en placebo laten zien dat antidepressiva werkzaam zijn in termen van remissie (beperkt bewijs) en van klinische verbetering (afname van het aantal eetbuien met minstens 50%) (sterk bewijs) aan het eind van de behandelperiode. Beperkt bewijs geeft aan dat antidepressiva aan het eind van de behandeling de depressiescore doen afnemen. Conclusie niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat topiramaat in vergelijking met placebo een gunstig effect heeft op de symptomen van boulimia nervosa. Conclusie niveau 4 Er is bewijs uit één onderzoek dat de combinatie van dietary counselling met antidepressiva meer effect heeft op remissie bij follow-up dan dietary counselling alleen.
Eetbuistoornis	Conclusie niveau 4 is beperkt bewijs voor de werkzaamheid van antidepressiva (SSRI's) bij een eetbuistoornis aan het eind van de behandeling als naar vermindering van de eetbuien en/of remissie wordt gestreefd.

	<p>Conclusie niveau 4 Er is sterk bewijs voor afname van de depressieve symptomen aan het eind van de behandeling bij gebruik van antidepressiva bij een eetbuistoornis.</p> <p>Conclusie niveau 4 De lange termijn effecten van antidepressiva bij een eetbuistoornis zijn niet onderzocht.</p> <p>Conclusie niveau 3 Er bestaat beperkt bewijs voor de werkzaamheid van Topiramaat bij een eetbuistoornis aan het eind van de behandelperiode, als gestreefd wordt naar remissie.</p>
--	--

11 Gezinstherapie (systeemtherapie)

Gezinstherapie (ook familietherapie genoemd) is een vorm van systeemtherapie. Er zijn veel verschillende soorten gezinstherapie en het kan aangeboden worden door verschillende disciplines, zoals: maatschappelijk werkers, psychologen, psychiaters en verpleegkundigen. Omdat anorexia in één familie vaker kan voorkomen en omdat het een impact op de hele familie kan hebben, probeert familietherapie relaties en steun vanuit de familie voor de persoon met anorexia in stand te houden. De hele familie wordt in één groep geholpen.(31;37)

<p>Richtlijn Anorexia nervosa</p>	<p>Conclusie niveau 2 Individuele ondersteunende psychotherapie is effectiever dan gezinstherapie in termen van gewichtstoename bij volwassen patiënten. Maar als de anorexia nervosa begint voor het 19^{de} jaar en 3 jaar of korter duurt, dan is gezinstherapie die expliciet gericht is op de eetstoornis superieur aan individuele ondersteunende psychotherapie.</p>
--	--

12 Interventies gericht op lichaamsbeleving

Pas de laatste decennia zijn er vanuit verschillende disciplines op basis van diverse theoretische achtergronden programma's ontwikkeld en beschreven om de verstoorde lichaamsbeleving bij eetstoornissen te behandelen.(31) Wat deze programma's gemeen hebben is dat de verstoorde lichaamsbeleving opgevat wordt als een primair en essentieel aspect van de eetstoornis. Het verwerven van een realistische lichaamsbeleving is dan ook een belangrijk herstelcriterium. Diverse auteurs bevestigen dat er prognostisch een terugval te verwachten is als de verstoorde lichaamsbeleving niet behandeld is.(23) In de Multidisciplinaire Richtlijn worden videoconfrontatie, spiegel oefeningen en 'visual size estimation' oefeningen besproken.

<p>Richtlijn Algemeen</p>	<p>Conclusie niveau 3 Na een videofeedbacksessie nemen patiënten met een eetstoornis zichzelf realistischer waar, worden affectieve reacties op het eigen lichaam normaler en wordt het eigen lichaam minder vergeleken met dat van anderen.</p> <p>Conclusie niveau 3 Spiegelconfrontatie heeft een positieve invloed heeft op de bekwamheid van patiënt om hun eigen lichaamsomvang te schatten.</p> <p>Conclusie niveau 3 Lichaams-exposure met behulp van spiegel oefeningen kan leiden tot verbetering van tevredenheid over het eigen lichaam en tot</p>
--------------------------------------	---

	<p>afname van lichaamsangst en vermijdingsgedrag met betrekking tot het eigen lichaam.</p> <p>Conclusie niveau 3</p> <p>De stemming van patiënten met eetstoornissen kan door lichaams-exposure met spiegel oefeningen sterk negatief beïnvloed worden, doordat zij zich voornamelijk richten op lichaamsdelen die zij als negatief beleven.</p> <p>Conclusie niveau 4</p> <p>‘Visual size estimation’ oefeningen kunnen gebruikt worden om irreële cognities ten aanzien van lichaamsbeleving uit te dagen en bij te stellen.</p>
Anorexia	<p>Conclusie niveau 3</p> <p>Videofrontatie heeft als effect dat patiënten met anorexia nervosa hun lichaam realistischer (dunner en actiever) beoordelen. Of dit een blijvend effect is, is niet onderzocht</p> <p>Conclusie niveau 4</p> <p>videofrontatie blijkt vaak een krachtige confrontatie te zijn voor patiënten met anorexia nervosa die hun vermagering minimaliseren of ontkennen. Op deze manier werkt zij als katalysator in het therapeutische proces.</p> <p>Conclusie niveau 4</p> <p>Videofrontatie kan positieve effecten hebben bij patiënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa, mits deze methode geïntegreerd is in een bredere therapeutische context, dat wil zeggen deel uitmaakt van een breder non-verbaal therapeutisch aanbod.</p>

13 Gewichts/voedingsmanagement

Om patiënten te motiveren tot veranderen van hun eetgedrag is voedingsmanagement een belangrijk hulpmiddel. Voedingsmanagement is het geven van voorlichting over voeding, eetgedrag en voedingsgerelateerde onderwerpen en over de gevolgen van een eetstoornis voor het lichaam. Het helpt de patiënt zich bewust te worden van het afwijkende eetpatroon en/of de irreële gedachten omtrent voeding en gewicht. Voedingsmanagement wordt gecontinueerd tot de patiënt een normaal eetpatroon heeft ontwikkeld en weet te behouden. Doelen van voedingsmanagement zijn: herstel van een slechte voedingstoestand, toename van gewicht tot een gezond lichaamsgewicht of stabilisatie daarvan, normaliseren van het eetpatroon, stoppen met compensatiegedrag, bewerken van de irrationele gedachten (gerelateerd aan voeding).(23)

Richtlijn	De onderbouwing van voedingsmanagement is tot nu toe <i>practice-based</i> .
------------------	--

14 Motivationale technieken

Er is algemene overeenstemming dat motivatie een belangrijke rol speelt in de behandeling van anorexia nervosa.(23;40) Motivatie ontstaat in de interactie tussen patiënt en behandelaar. Motivering tot verandering is bij eetstoornispatiënten van groot belang vanwege hun ambivalentie of zelfs hardnekkig verzet tegen verandering. Het gebruik van motiveringstechnieken is onontbeerlijk bij het bewerken van de weerstand tegen verandering en het vergroten van de intrinsieke motivatie.

De motivatiefasen van Prochaska & Diclemente (23) vormen het uitgangspunt van de methode van het motivationeel interviewen.(25) Motivationeel interviewen accepteert dat de patiënt voor een moeilijke beslissing staat en dat het onder deze omstandigheden normaal is tegenstrijdige gedachten te hebben. Als de thera-

peutische interventie niet aansluit bij de motivatiefase van de patiënt, dan leidt dit tot weerstand. De fasen worden geleidelijk meer actief en brengen geleidelijk veranderingen met zich mee in levensstijl, eetpatroon, routine in maaltijden en andere psychologische, sociale en emotionele veranderingen.(23)

<p>Richtlijn Algemeen</p>	<p>Conclusie niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat interventies die gericht zijn op het verhogen van de motivatie, deze kunnen versterken.</p> <p>Conclusie niveau 3 Bij de motivatie kunnen vijf fasen worden onderscheiden. Het is aannemelijk dat interventies die aansluiten aan de motivatiefase waarin de patiënt zich bevindt, effect hebben op het verhogen van de motivatie.</p>
<p>Anorexia</p>	<p>Conclusie niveau 3 Motivatie speelt een belangrijke rol bij de behandeling van anorexia nervosa.</p>

15 Psychomotore therapie

Psychomotore therapie gaat uit van de samenhang tussen psychische problemen en lichamelijke reacties. In de therapie wordt gebruik gemaakt van lichaamsbeleving en bewegingsvormen. Het doel van de therapie is ontwikkelen van een realistische en positieve lichaamsbeleving, beteugelen van hyperactief gedrag, ontwikkelen van sociale vaardigheden op gebied van lichaamstaal en expressie van emoties, leren genieten van lichamelijke sensaties. De psychomotorische therapie biedt een veilige plek om te experimenteren met ander gedrag. Ook kunnen nieuwe ervaringen op het gebied van voelen en denken opgedaan worden.(23)

<p>Richtlijn Algemeen</p>	<p>Conclusie niveau 4 Psycho-educatie over de relatie tussen bewegen en voedselinname en over een gezonde manier van bewegen is van belang.</p> <p>Conclusie niveau 4 Het ontwikkelde gecontroleerde progressieve bewegingsprogramma geeft op basis van klinische ervaring positieve resultaten.</p> <p>Conclusie niveau 4 Therapeutische interventies uit de psychomotorische therapie zijn goed bruikbaar om hyperactief gedrag te behandelen.</p>
--------------------------------------	---

16 Terugvalpreventie

Een belangrijk doel bij de behandeling van een eetstoornis is het voorkomen van terugval. Van terugval is sprake als de symptomen van de eetstoornis zodanig toenemen of terugkeren dat hulp of ingrijpen weer noodzakelijk is. Terugval komt veel voor en kan ernstige gevolgen hebben. Het is van belang de patiënt de vroege tekenen van terugval te leren herkennen en hanteren., bijvoorbeeld door ondersteuning bij het herkennen van risicomomenten en bij het aanleren en toepassen van daarop gerichte copingstrategieën.(23)

<p>Richtlijn</p>	<p>Geen conclusie geformuleerd</p>
-------------------------	------------------------------------

17 Nazorg

Bij afronding van de behandeling of opnameperiode kan met name de eerste lijn een rol spelen in de nazorg; in het bestendigen van de behaalde resultaten en de reïntegratie in het dagelijks leven en naar werk.

Richtlijn	Niet als aparte interventie beschreven, wel bij zelfhulpgroepen
------------------	---

Hoofdstuk 8 Randvoorwaarden

Randvoorwaarden

- A Randvoorwaarden in zorgprogramma's
- B Randvoorwaarden binnen het basisprogramma eetstoornissen
- C Waar moet verder rekening mee gehouden worden?

A Randvoorwaarden in zorgprogramma's

Werken met zorgprogramma's stelt eisen aan de organisatie en inrichting van de zorg. Een zorgprogramma is in eerste instantie (meestal) een constructie op papier, die niet zomaar in de bestaande praktijk ingevoegd kan worden. Deze praktijk is over het algemeen anders ingericht en is niet toegespitst om te voldoen aan de doelen van zorgprogrammering.

Het minimale pakket vereisten waaraan voldaan moet zijn om te kunnen werken met het zorgprogramma worden de *randvoorwaarden* genoemd. Hoe dit pakket eruit ziet, zal per regio verschillen. Het is belangrijk om de randvoorwaarden helder te beschrijven in het zorgprogramma, om te voorkomen dat er in de implementatie-fase onvoorziene problemen ontstaan.

De centrale vraag is: hoe kan de inrichting en organisatie van de zorg afgestemd worden op wat in het zorgprogramma beschreven wordt. De randvoorwaarden om programmatisch te kunnen werken zijn in vijf thema's in te delen:

Continuïteit in het aanbod

Deze randvoorwaarden betreffen continuïteit van de zorg op het niveau van de doelgroep. Het gaat dan om continuïteit:

- Binnen de setting (of circuits): ambulante, semi- en intramuraal.
- Tussen de settings (of circuits): jeugd, volwassenen, ouderen, langdurig zorgafhankelijken.
- Met aanpalende sectoren: eerste lijn, verslavingszorg, thuiszorg, maatschappelijk werk etc.

Continuïteit in de sturing van de zorg

Deze randvoorwaarden betreffen continuïteit van de zorg op het niveau van de individuele cliënt. Het gaat dan om continuïteit:

- Vanuit de voordeur naar achterliggende programma's.
- Door middel van een regievoerende hulpverlener.
- Door een programmabrede voortgangsevaluatie van de behandeling.

Planning van het aanbod

In de planning van het hulpaanbod moet rekening gehouden worden met:

- De kwantiteit (per doelgroep van het zorgprogramma): welke modules en menskracht zijn nodig?
- De kwaliteit: deskundigheid van de hulpverleners die het zorgprogramma uitvoeren.

Bewaking van de kwaliteit van zorg

Dat gebeurt door:

- Het vastleggen van de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken uitvoerenden.
- De periodieke innovatie van programma's; het aanpassen van de inhoud aan nieuwe inzichten en behandelmethoden.

Kwaliteit van de hulpverleners

Onder kwaliteit van de instelling vallen:

- het kwaliteitsbeleid van de instelling(en) als totaal.
- het bijhouden van de professionele deskundigheid van de individuele hulpverlener.
- Aandacht voor de attitude van de hulpverleners.

B Randvoorwaarden binnen het basisprogramma eetstoornissen

De genoemde randvoorwaarden zijn niet specifiek van toepassing op één zorgprogramma. Dat wil zeggen dat meerdere zorgprogramma's kunnen profiteren van een goede invulling van de randvoorwaarden. Andersom betekent dat ook dat er samen aan die invulling gewerkt kan worden.

Dat wil echter niet zeggen dat randvoorwaarden niet voor een specifiek zorgprogramma uitgewerkt kunnen of moeten worden. In dit deel worden de randvoorwaarden voor een zorgprogramma eetstoornissen beschreven.

Continuïteit in het aanbod

Continuïteit in het aanbod binnen en tussen circuits

Een zorgprogramma eetstoornissen loopt door de verschillende circuits heen. Aangezien veel cliënten met een eetstoornis gedurende jaren in behandeling zijn, zullen zij vaak van de eerste lijn naar de tweede en derde lijnszorg overgaan.

De meeste cliënten met een eetstoornis worden poliklinisch/ambulant behandeld, maar voor anderen is (tijdelijke) overstap naar de deeltijd en klinische behandeling nodig.

Het merendeel van de cliënten met een eetstoornis zal poliklinisch behandeld kunnen worden.

De behandeling zal overwegend individueel zijn, soms zal het systeem bij de behandeling betrokken worden.

Ook groepsbehandeling kan in een ambulante setting plaats vinden. De uitvoering zal gedaan worden door een psychiater, psycholoog/psychotherapeut of SPV/sociotherapeut in samenwerking met een psychiater. De cliënt bezoekt de polikliniek.

In principe is er een glijdende schaal van ambulante naar deeltijdbehandeling bij toename van het aantal behandelactiviteiten. Deeltijdbehandeling is bestemd voor cliënten als ambulante behandeling te weinig structuur kan bieden of te weinig intensief is om vermindering van de eetstoornis symptomatologie te kunnen bewerkstelligen.

Deeltijdbehandeling wordt overwogen wanneer:

- De invulling van de sociale rollen tekort schiet (bijvoorbeeld langdurig niet meer in staat zijn om naar school te gaan, te studeren, te werken, moeilijkheden met de partner- of ouderrol, moeite met zinvolle vrijetijdsbesteding, weinig sociale contacten);
- Het steunsysteem van de cliënt overbelast is geraakt;
- Eerdere ambulante behandeling te weinig (duurzaam) effect opleverde;
- De verwachting gerechtvaardigd is dat de cliënt gebaat zal zijn met groepsbehandeling.

Het streven moet zijn de cliënt in staat te stellen om de behandeling verder ambulant te vervolgen.

Een acute tweedelijns klinische opname vindt in principe alleen plaats wanneer er sprake is van een crisissituatie die ambulant niet kan worden gehanteerd. Reguliere klinische opname kan geïndiceerd zijn wanneer sprake is van geringe draagkracht, uitputting en/of demoralisering van het steunsysteem. Andere indicaties zijn: noodzaak voor intensieve observatie of intensieve behandeling; instellen van medicatie, complicaties bij medicatie, therapieresistentie. Daarnaast wordt doorverwezen in het geval van noodzaak tot zeer specialistische behandeling in de derde lijn.

In alle gevallen duurt klinische opname zo kort mogelijk. Regelmatig zal bekeken moeten worden of de klinische opname nog een meerwaarde heeft boven de deeltijd- of ambulante behandeling.

Van groot belang is dat wisselingen van (hoofd)behandelaar zoveel mogelijk vermeden moeten worden.

Het heeft voor zowel de cliënt als de behandelaar grote voordelen als de behandelaar de mogelijkheid heeft de cliënt door te blijven behandelen, ongeacht de setting waar hij of zij verblijft.

Cliënten bewegen soms tussen de circuits. Ze kunnen overgaan bijvoorbeeld van het circuit jeugd naar het circuit volwassenen, van het somatische naar het psychiatrische behandelcircuit, van de kinderpsychiatrie naar de volwassenenpsychiatrie en zeker in het geval van co-morbide stoornissen.

Na een intensieve behandeling in een specialistische voorziening worden cliënten in de regel verwezen voor een vervolgbehandeling in de regio. Het is belangrijk dat deze overgangen voor de cliënt zo soepel mogelijk verlopen zonder onderbreking van de behandeling. Een goede overdracht tussen behandelaren is noodzakelijk.

Continuïteit in het aanbod met aanpalende sectoren

Continuïteit in het aanbod met aanpalende sectoren is in het geval van eetstoornissen heel belangrijk. De klinische behandeling van eetstoornissen varieert van behandeling op algemene somatische afdelingen waar psychiatrische consultatie mogelijk is tot opname in gespecialiseerde psychiatrische klinieken waar somatische consultatie voorhanden is. Kinderen worden meestal opgenomen op kinderafdelingen van algemene ziekenhuizen waar lang niet altijd de mogelijkheid van kinderpsychiatrische consultatie aanwezig is. Voor een groot deel van de cliënten met een milde tot matige eetstoornis zal het belangrijkste deel van de behandeling zich in de eerste en tweede lijn afspelen. Cliënten met een meer ernstige vorm van eetstoornis zullen naar een tweedelijns gespecialiseerd centrum of derdelijns topklinisch centrum verwezen worden. De grensovergangen zullen zorgvuldig en effectief bewaakt moeten worden om de continuïteit van de zorg niet in gevaar te brengen. Hetzelfde geldt voor de overgang van het somatische naar het psychiatrische behandelcircuit en de overgang van de kinderpsychiatrie naar de volwassenenpsychiatrie. Bij al deze overgangen kunnen regionale protocollen en afspraken waarin de communicatielijnen en verantwoordelijkheden beschreven staan behulpzaam zijn.

Afspraken moeten gemaakt worden, onder andere rond:

- De criteria voor verwijzing,
- De wachttijden waarop de cliënt moet rekenen,
- Op welke onderdelen samengewerkt kan worden,
- Hoe en op welk moment er terugkoppeling naar de huisarts plaats vindt.
- Afspraken over wederzijdse beschikbaarheid en bereikbaarheid.
- Nazorg.

Continuïteit in de sturing van zorg

Onder continuïteit van zorg verstaan we: een eenduidig behandelbeleid binnen en tussen disciplines door het gehele zorgprogramma heen op het niveau van de individuele cliënt. Om dat te bereiken moet aan de volgende randvoorwaarden voldoen worden.

Continuïteit vanuit de eerste lijn naar achterliggende programma's

Binnen dit zorgprogramma wordt de voordeur gevormd door de eerste lijn en niet door het voordeurprogramma van de tweedelijns GGZ. Bureau Jeugdzorg vormt (verplicht) de voordeur voor kinderen en jeugdigen tot de tweedelijns GGZ. Het streven is dat er op individueel niveau een consistente route door de hulpverlening tot stand komt. Noodzakelijk daarvoor is dat er afspraken gemaakt worden over de mate van diagnostiek in de verschillende onderdelen van de route. Dus:

- welke diagnostiek wordt uitgevoerd vóórdat de cliënt wordt doorverwezen;
- welke diagnostische activiteiten worden door de eerste lijn uitgevoerd, welke door de tweelijn en welke in het specifieke programma.

Voorkomen dient te worden dat:

- de cliënt steeds opnieuw zijn of haar verhaal moet vertellen;
- toewijzing aan een specifieke module een langdurig traject wordt;
- diagnostische activiteiten op verschillende plekken herhaald worden;
- er gebruik gemaakt wordt van onderling afwijkende diagnostische instrumenten.

Afspraken *ter ondersteuning* van de sturing van de zorg zullen gemaakt moeten worden rond:

- de structuur waarin alle hulpverleners een plaats krijgen met betrekking tot de specifieke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen het zorgprogramma;
- een overlegstructuur dat op de programmastructuur aansluit;
- het in kaart brengen van de cliëntstromen (in- door- en uitstroom);
- expliciteren van het aanbod per hulpverlener/hulpverlenende instantie;
- aanpassing van de administratieve organisatie: met name rond het registratiesysteem en het logistieke proces;
- het opstellen van prestatie-indicatoren om de organisatie aan te sturen: financiële gegevens, productiegegevens maar ook verloop van medewerkers en cliëntensatisfactie;
- afstemming van de planning en control cyclus: beleidskeuzen, de voortgang daarin en de financiële stand van zaken.

Continuïteit door middel van een regievoerende hulpverlener

Om het bovenstaande goed te kunnen uitvoeren is een centrale regievoerder noodzakelijk. Dat kan de huisarts zijn, maar ook de ambulante hulpverlener. De huisarts als regievoerder heeft als voordeel dat de toegang vanuit de cliënt laagdrempelig is en dat de huisarts in veel gevallen het start- en eindpunt van het zorgtraject is. Nadelig is dat de communicatie en toegang van de eerste- naar de tweedelijns GGZ in de praktijk nog niet optimaal is. De combinatie van praktische aspecten en de voorkeur van de cliënt zijn doorslaggevend in de keuze van de regievoerder.

Tot de taken van de regievoerder kan het volgende gerekend worden:

- overzicht hebben of krijgen van het mogelijke behandelaanbod dat passend is voor de individuele cliënt,
- overzicht houden van de doorlopen en toekomstige stappen van de cliënt door het zorgprogramma,
- functie van vraagbaak en contactpersoon voor zowel de cliënt als de overige hulpverleners.

Continuïteit door een programmabrede voortgangsevaluatie

Dit punt hangt samen met het vorige. Op vooraf afgesproken momenten wordt de voortgang van de behandeling geëvalueerd en gekeken of wijzigingen in het behandelplan noodzakelijk zijn. Dit hoort uiteraard in iedere behandeling te gebeuren, maar om de evaluatie programmabreed uit te voeren is een hogere mate van afstemming en organisatie noodzakelijk.

Planning van het aanbod

In de planning van het hulpaanbod moet rekening gehouden worden met de kwantiteit en de kwaliteit van het aanbod.

Kwantiteit

In het regionale zorgprogramma voor eetstoornissen is vastgelegd wat tot de kern van het aanbod zou moeten behoren. De behandeling van cliënten met een eetstoornis vereist een specifieke deskundigheid. Een deel daarvan zal in de regio aanwezig zijn, maar mogelijk zullen er ook nieuwe modules aan het aanbod toegevoegd moeten worden. Als dat helder is, kan bepaald worden wat er aan mensen en middelen nodig is om dat aanbod op een goede manier in te vullen en uit te voeren.

Behandeling van cliënten met een eetstoornis vereist een specifiek behandelprogramma. Door het relatief geringe aantal cliënten levert het bundelen van de kennis en ervaring in centra met een gespecialiseerde behandeling een toename van de kwaliteit en een besparing van de kosten op. Nederland kent gespecialiseerde centra die poliklinische, dagklinische en klinische capaciteit zowel regionaal als bovenregionaal beschikbaar stellen ten behoeve van de behandeling in homogene groepen.

Belangrijk knelpunt in de organisatie van de zorg bij eetstoornissen is de strikte scheiding van de psychiatrische zorg tussen kinderen, jongeren en volwassenen. Deze scheiding kan de continuïteit van behandeling bij eetstoornissen belemmeren.

Mensen

- Invulling van de medewerkerscapaciteit. Een capaciteitsplan is noodzakelijk om te bepalen wat de benodigde capaciteit is, afgestemd op de geïnventariseerde vraag.
- Betrouwbare afstemming van personele inzet in relatie tot de verwachte werklast
- Voldoende afstemming tussen professionals onderling en met andere zorgprogramma's.

Middelen

- Het elektronisch cliëntendossier (EPD) is een ondersteunende voorwaarde voor een hulpverlener om bij het werken met zorgprogramma's overal en altijd een cliëntendossier in te kunnen zien.
- Een goed werkend management informatie systeem (MIS) met zicht op de belangrijkste doelgroepen en de hulpverlening aan deze doelgroepen.

Kwaliteit

Een inventarisatie van de aanwezige deskundigheid over de behandeling van eetstoornissen binnen het zorgprogramma is noodzakelijk. Een deel van de deskundigheid zal al bij de hulpverleners aanwezig zijn, maar er zal soms specifieke deskundigheid van elders gehaald moet worden. Er moet dus rekening gehouden worden met:

- welke deskundigheid is er al aanwezig,
- welke deskundigheid moet aanvullend in huis gehaald worden,
- wat moet er op het gebied van deskundigheidsbevordering gebeuren,
- wat zijn de gevolgen voor bijvoorbeeld het aannamebeleid?

Bewaking van de kwaliteit van de zorg

Programma's zijn de weerslag van wat cliënten, hulpverleners en wetenschappers verstaan onder goede zorg. Omdat de ideeën over goede zorg voortdurend aan verandering onderhevig zijn, zijn programma's voortdurend in ontwikkeling. Het programma zal daarom periodiek geëvalueerd en bijgesteld moeten worden aan de hand van nieuwe ontwikkelingen in de praktijk of aan uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast zal het werken met het programma in de praktijk duidelijk maken in hoeverre het voldoet, dat wil zeggen: biedt het werkelijk een samenhangend hulpaanbod voor de doelgroep en bevordert het werkelijk de samenwerking, afstemming en satisfactie binnen en tussen de instelling en de omgeving? Er zal dus regelmatig gewerkt moeten worden aan het actualiseren van het zorgprogramma en de wijze waarop hiermee gewerkt wordt. De inbreng van het cliëntenperspectief neemt hierbij een belangrijke plaats in.

Het werken met programma's in de praktijk en het integreren van nieuwe inhoudelijke ontwikkelingen vereist regelmatig onderhoud. Doel is dat op basis van zowel praktische ervaringen als theoretische ontwikkelingen het programma bijgesteld wordt en (mits daar consensus over bestaat) in de tekst van het programma verwerkt worden.

Kwaliteit van de hulpverleners

De behandeling van cliënten met een eetstoornis vereist een specifieke deskundigheid. Door het relatief geringe aantal cliënten krijgt niet elke behandelaar voldoende ervaring op dit gebied. Elke hulpverlener moet voldoende kennis over de stoornis hebben voor een goede signaleringsfunctie, snelle herkenning en adequate verwijzing. Daartoe dienen scholingsactiviteiten georganiseerd te worden.

Hulpverleners die eetstoornissen behandelen moeten in staat zijn op de somatische complicaties van de eetstoornis te anticiperen, deze te diagnosticeren en zo nodig te behandelen.

Om het behandel aanbod kwalitatief hoogwaardig, actueel en in grote lijnen uniform te houden, dienen bij- en nascholingsactiviteiten georganiseerd te worden. Hoofddoel daarvan zal zijn dat alle hulpverleners steeds

goed geïnformeerd zijn en dat ze werken volgens de vastgestelde richtlijnen en protocollen. Een afdoende kennisniveau binnen het zorgprogramma als geheel en bij de individuele medewerkers afzonderlijk is één van de noodzakelijke voorwaarden voor het slagen van de zorg in programma's.

Het werken in zorgprogramma's is een dynamisch proces en vraagt een continue betrokkenheid van de medewerkers. Daarom dienen ontwikkelingen en vernieuwingen gedeeld te worden met medewerkers van de zorgprogramma's. Zij moeten de dynamische ontwikkelingen binnen het zorgprogramma vormgeven in de behandeling.

Periodieke innovatie

Vanuit het professionele perspectief wordt de meest recente wetenschappelijke en gemeenschappelijke kennis van dat moment gehanteerd. Het is aan de programmacoördinator, ondersteund door deskundigen om bij te houden welke de nieuwste ontwikkelingen zijn op het gebied van de behandeling van eetstoornissen en deze aan het zorgprogramma toe te voegen.

Om het zorgprogramma kwalitatief hoogwaardig, actueel en in grote lijnen uniform te houden, dienen bij- en nascholingsactiviteiten georganiseerd te worden. Hoofddoel is alle hulpverleners steeds goed te informeren en te werken volgens de vastgestelde richtlijnen en protocollen.

C Waar moet verder rekening mee gehouden worden?

Cliëntenparticipatie

Vraaggerichte zorg is één van de doelstellingen van het werken met zorgprogramma's. Cliënten kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een vraaggericht zorgprogramma. In de praktijk blijkt van het cliëntenperspectief echter weinig gebruik gemaakt te worden. Om gebruik te maken van het zorgprogramma als onderhandelingskader dient aan de volgende randvoorwaarden voldaan te worden.

Het belangrijkste uitgangspunt voor zorgprogrammering is de hulpvraag van de cliënt of omgeving als startpunt voor de behandeling. Hiermee is de basis gelegd voor de betrokkenheid van cliënten- en familieledenorganisaties bij de formulering en kwaliteitsbewaking van het zorgprogramma. Zij kunnen de kwaliteit van het programma verbeteren door vanuit eigen ervaring de vraagkant te representeren. De betrokkenheid van organisaties van cliënten en familieleden is daarmee een van de belangrijkste randvoorwaarden voor het vraaggericht maken van de zorg.

Het gaat erom een manier te vinden waarop cliënten en familieleden betrokken zijn vanuit hun eigen perspectief, cultuur en tempo. Om te bepalen op welke manier en in welk stadium cliënten en familieleden een rol kunnen spelen bij de zorgprogrammering kan het volgende schema gebruikt worden:

	Landelijke of regionale organisaties	Cliëntenraden	Individuele cliënten
Vooraf	Samen hoofdlijnen vaststellen		
Tijdens		Raadplegen of uitnodigen in de werkgroep	
Na	Eindresultaat voorleggen		Interviews en ander Onderzoek

BRON: "PROGRAMMA'S IN DE GGZ. HANDELIJKING VOOR ZORGPROGRAMMERING, 2001."

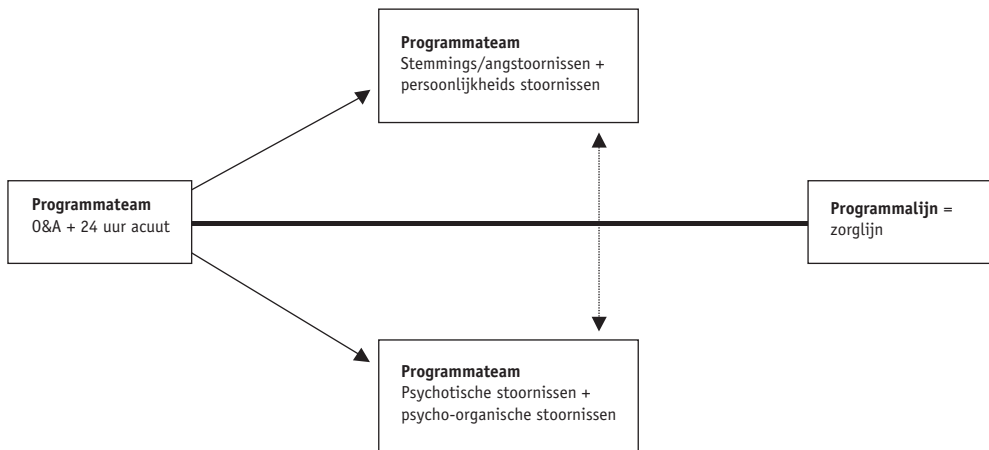
Afstemmen van de organisatie op het zorgprogramma

De ervaringen in een aantal regio's met het invoeren van zorgprogramma's laten zien dat het meestal verstandig is te kiezen voor een strategie waarbij de organisatie de inhoud volgt. Dat betekent dat in eerste instantie de invoering van de zorgprogramma's stapsgewijs ter hand wordt genomen vanuit de bestaande organisatie-opbouw. Pas wanneer op een gegeven ogenblik blijkt dat de organisatie een knelpunt gaat vormen voor het programmatisch werken worden de dan noodzakelijke organisatiewijzigingen ingezet en doorgevoerd. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als verschillende onderdelen van de organisatie (bv. ambulante en deeltijd) gezamenlijk vorm moeten gaan geven aan een zorgprogramma, wat allerlei eisen stelt aan de vormgeving van het aan het programma gekoppelde hulpaanbod. Voorbeelden hiervan zijn de beschikbaarheid van gezamenlijke dossiers en de evaluatie van de behandeling binnen het kader van het zorgprogramma. Voordeel van deze werkwijze is dat de invoering van de zorgprogrammering geleidelijk en in nauw overleg met alle betrokkenen plaatsvindt, wat bevorderlijk is voor het draagvlak en voor de continuïteit van de hulpverlening.

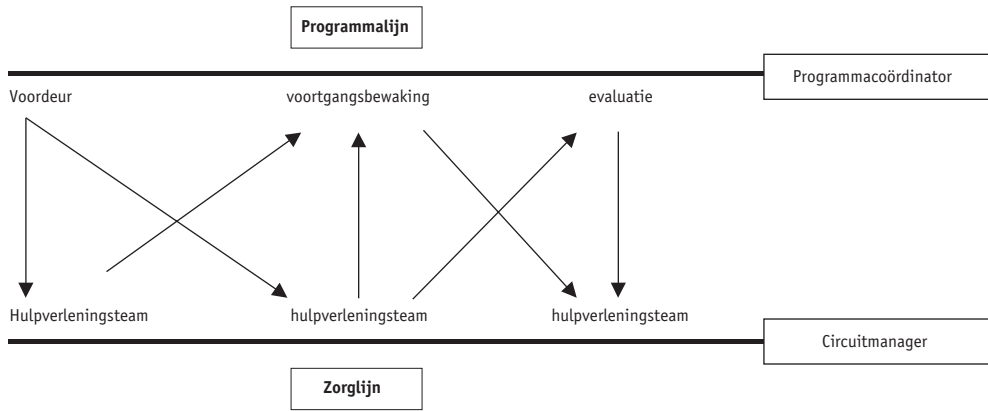
Men kan ook kiezen voor een complete kanteling van de organisatie op een bepaald moment, maar dit kan niet goed zonder een gedegen en langdurige voorbereiding met alle betrokkenen.

In de praktijk zijn er verschillende mogelijkheden tot ontwikkeling gekomen om de organisatie van de zorg af te stemmen op de zorgprogrammering. Ter illustratie schetsen we hier twee uitersten. In de praktijk zal vaak gekozen worden voor een tussenvorm.

- Het zorgprogramma is de basis voor de structuur van de organisatie waarbij een team van medewerkers geclusterd wordt binnen het zorgprogramma;



- Het zorgprogramma krijgt wel een structurele inbedding maar de organisatie blijft zoals die was (georganiseerd naar circuit of setting).



Hoofdstuk 9 Implementatie

Implementatie

- A Implementatie in zorgprogramma's
- B De rol van implementatie in het basisprogramma eetstoornissen
- C Implementatie van zorgprogramma's

A Implementatie in zorgprogramma's

Met de formulering van het inhoudelijke zorgprogramma is een aanzienlijke klus geklaard. Een daarmee samenhangende en niet te onderschatten stap is het implementeren van het zorgprogramma binnen de organisatie van de zorg. Implementatie wordt door ZonMw gedefinieerd als:

“een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwing of verandering van bewezen waarde met als doel deze een structurele plaats te geven in het individuele professionele handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg.”

Deze vernieuwing is de reden dat het zorgprogramma geschreven is en daarom is het jammer als er in de zorgprogramma's weinig terug te vinden is over *hoe* deze procesmatige en planmatige invoering dient te verlopen. Te meer omdat zorgprogramma's geen gemakkelijke vernieuwing zijn om in te voeren:

- Het concept is complex en speelt op verschillende niveaus en door verschillende organisaties heen,
- Het draagvlak voor het invoeren van zorgprogramma's kan sterk wisselen. Enerzijds zijn er de voortrekkers maar anderzijds moet ook altijd gerekend worden op flinke weerstand,
- Het werken met zorgprogramma's heeft consequenties voor het geheel van elke organisatie die erbij betrokken is. Invoering van zorgprogramma's is om die redenen niet iets wat even snel kan worden gerealiseerd,
- Het gaat om een langdurig proces, dat vanwege de complexiteit goed gestuurd en ondersteund moet worden, omdat de kans op problemen vrij groot is.

Het daarom belangrijk dat er in het zorgprogramma zelf aandacht besteed wordt aan bevorderende en belemmerende factoren die te verwachten zijn bij de implementatie. Door deze duidelijk in kaart te brengen zijn de eerste stappen in de richting van een succesvol implementatietraject gezet.

Een belangrijk leerpunt uit de praktijk van de afgelopen jaren is dat de invoering van zorgprogramma's niet inhoudt dat de bestaande praktijk in zijn geheel moet worden vervangen door een heel nieuwe praktijk. Vaak is het zo dat een belangrijk deel van de bestaande praktijk ook past in het wenselijke aanbod, zoals beschreven in het zorgprogramma. Implementatie van het zorgprogramma betekent dan dus dat gekeken wordt hoe je vanuit de bestaande praktijk stapsgewijs kunt toewerken naar de wenselijke praktijk conform het programma. Daarbij kunnen jaarlijks prioriteiten gesteld worden voor vernieuwingen die men dat jaar wil realiseren. Per prioriteit wordt vastgesteld wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn, welke winst men met de betreffende zorgvernieuwing wil bereiken en langs welke lijn de zorgvernieuwing tot stand wordt gebracht. De invoering van de zorgvernieuwing wordt idealiter begeleid met monitoringonderzoek (gericht op proces, structuur en uitkomsten) om te volgen in hoeverre de invoering succesvol verloopt of moet worden bijgestuurd.

Hieronder staat een voorbeeld van hoe een stapsgewijze invoering van zorgprogramma's eruit kan zien.(9;41)

Stap 1

- Beschrijving van het wenselijke hulpaanbod op hoofdlijnen voor de doelgroep (zorgprogramma).
- Beschrijving van het bestaande hulpaanbod op hoofdlijnen voor de doelgroep (huidige situatie).
- Vaststellen waar de belangrijkste verschillen zitten.

Stap 2

- Keuze voor prioriteiten: welke verbeterstappen worden het komende jaar in gang gezet (bv. invoeren nieuwe module, verhogen van de deskundigheid, samenwerking realiseren, logistieke planning, wijziging in de organisatie doorvoeren, etc.).
- Vastleggen van deze prioriteiten in een jaarplan.

Stap 3

- Per prioriteit (verbeterstap) nagaan welke belemmerende en bevorderende factoren specifiek van belang zijn voor deze verbeterstap en welke resultaten men van de invoering van de betreffende verbeterstap verwacht.
- Op basis hiervan per verbeterstap een invoeringsstrategie bepalen en vaststellen op welke punten de invoering gemonitord gaat worden (die monitoring kan zich richten op het proces, op de structuur en op de eerste uitkomsten).

Stap 4

- Invoeren van de verbeterpunten volgens de gekozen strategieën.
- Volgen van het verbetertraject met behulp van monitoringonderzoek (naar proces, structuur, eerste uitkomsten).
- Tussentijdse feedback van de monitoring-resultaten naar de betrokkenen.

Stap 5

- Evaluatie van de uitvoering van het jaarplan.
- Keuze voor nieuwe prioriteiten – verbeterstappen voor het tweede jaar.

B De rol van implementatie in het basisprogramma eetstoornissen

In dit basisprogramma wordt een eerste handreiking geboden bij het nadenken over de implementatie van zorgprogramma's en het opstellen van een implementatieplan.

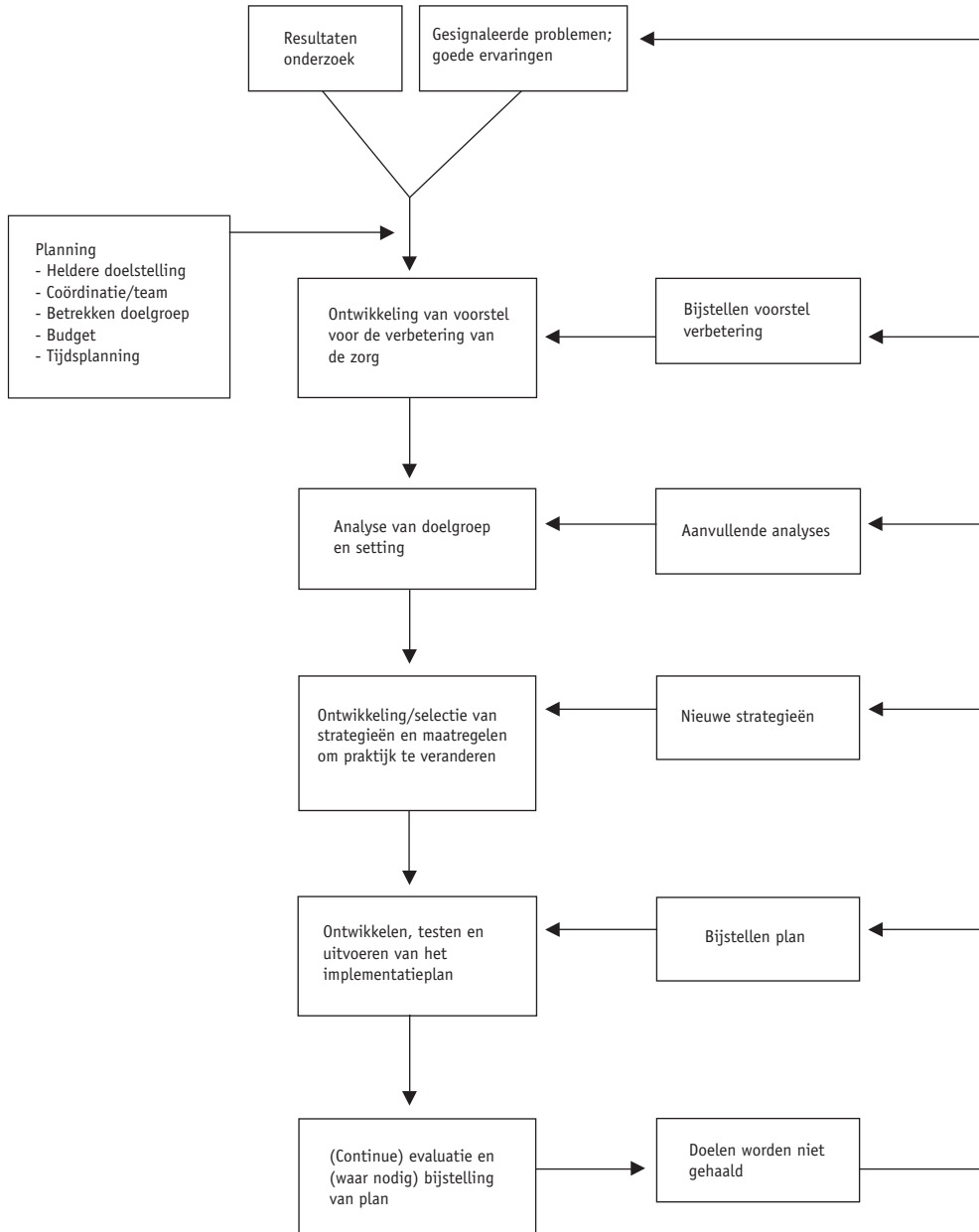
Er is de laatste jaren veel literatuur verschenen over het implementeren van vernieuwingen in de zorg. De deskundigen op het gebied van implementatie zijn het er over eens dat effectieve implementatie een goede voorbereiding, planning en een systematische aanpak vereist. Grol en Wensing hebben een model opgesteld dat houvast kan geven bij een planmatig implementatieproces. De hieronder volgende tekst is grotendeels ontleend aan het boek 'Implementatie. Effectieve veranderingen in de cliëntenzorg' (2003).

Uiteenlopende theorieën en benaderingen ten aanzien van effectieve implementatie zijn in dit model geïntegreerd. Het model bestaat uit de volgende stappen:

- 1 Het ontwikkelen van een voorstel voor verbetering van de zorg, bijvoorbeeld een zorgprogramma.
- 2 Analyse van de doelgroep en de setting: welke knelpunten zijn er in de feitelijke zorg, welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol in de verandering.
- 3 Selectie van strategieën om veranderingen in te voeren: strategieën voor zowel een effectieve verspreiding als een effectieve implementatie en behoud van verandering.

- 4 Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan met activiteiten, taken en tijdsplan.
- 5 Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan: continue monitoring aan de hand van indicatoren.

In schema zit het model er als volgt uit (Grol & Wensing 2001):



Stap 1 Het ontwikkelen van een voorstel voor verbetering

Het ontwikkelen en vaststellen van een concreet, haalbaar voorstel voor gewenste verandering in de praktijk is de eerste stap in het model. Zorgprogramma's moeten, net als andere innovaties, zorgvuldig ontwikkeld zijn, van goede kwaliteit zijn, aansluiten bij de behoeften van de doelgroep, toepasbaar en gemakkelijk toegankelijk zijn en een aantrekkelijke vormgeving hebben.

In verschillende onderzoeken en publicaties zijn in de loop van de tijd concrete kenmerken of eigenschappen van vernieuwingen benoemd die bevorderend of belemmerend zullen werken ten aanzien van toepassing in de praktijk. Als cruciale kenmerken van een succesvolle vernieuwing worden onder andere genoemd:

- deze levert meer voordelen op dan de bestaande werkwijze;
- er is voldoende draagvlak voor;
- ze is in overeenstemming met bestaande normen en waarden ten aanzien van goede zorg;
- ze is goed te begrijpen, de invoering wordt als haalbaar en niet al te moeilijk gezien;
- er kan mee geëxperimenteerd worden alvorens tot echte invoering wordt overgegaan;
- de doelen en de voordelen zijn concreet en operationaliseerbaar te maken.

Stap 2 Analyse van de doelgroep en de setting

De tweede stap in het model bestaat uit het analyseren van de context waarbinnen verandering van routines plaatsvindt, van kenmerken van de doelgroep, van bevorderende en belemmerende factoren en van aspecten van het handelen waarbinnen de afwijking van de voorgestelde verandering het grootst is.

Of een verandering succesvol is, hangt af van een groot aantal factoren. Het is belangrijk om deze factoren vooraf in kaart te brengen. Het gaat dan om met name de volgende factoren:

- de achtergronden van de implementatie (wie wil welke verandering om welke redenen);
- de huidige zorg: in hoeverre wordt afgeweken van de wenselijke werkwijze, door wie het meest en waar is verandering het meest nodig;
- segmenten binnen de doelgroep: in welke fase van verandering bevinden deze zich;
- de belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot de verandering.

Het implementeren van een verandering hoeft niet perse een grootschalige, instellingsbrede onderneming te zijn. Het kan ook in delen uitgevoerd worden. Door in de analyse te betrekken wat er in het huidige aanbod al aanwezig is en waar gaten vallen, kan de implementatie zich in eerste instantie richten op het vullen van de ontbrekende onderdelen.

Stap 3 Selectie en ontwikkeling van strategieën om veranderingen in te voeren

Afhankelijk van de uitkomsten uit de volgende stappen wordt een kosteneffectieve mix van maatregelen, methoden en strategieën ten behoeve van de implementatie ontwikkeld en eventueel getest samen met de doelgroep.

Verskillende strategieën zijn meestal nodig voor verschillende fasen in het implementeren:

- disseminatie: vergroten van de belangstelling voor en kennis van de innovatie, en bevorderen van een positieve houding en de bereidheid tot het aanpassen van de bestaande werkwijze;
- implementatie: bevorderen van de feitelijke toepassing en er voor zorgen dat de nieuwe werkwijze een vast onderdeel wordt van de dagelijkse routines.

Binnen het kader van dit basiszorgprogramma gaan we er van uit dat de gekozen strategie een verandering door middel van het ontwikkelen en invoeren van een zorgprogramma zal zijn.

Stap 4 Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan

Bij het maken van een implementatieplan moet aandacht besteedt worden aan een effectieve disseminatie (om de aandacht en interesse te wekken en voldoende kennis van de verandering te garanderen), aan het bevorderen van de acceptatie (een positieve houding en de bereidheid om het handelen echt te veranderen) én aan het bevorderen van de feitelijke toepassing en de integratie ervan in de normale werkwijzen en zorgprocessen.

In de planning van de concrete implementatieactiviteiten (wanneer, waar en hoe gebeurt wat door wie?) kan aan de volgende punten gedacht worden.

- Begin met het implementeren van activiteiten met een overzichtelijke omvang.
- Beginnen op kleine schaal met een beperkte groep gemotiveerde personen, teams of instellingen. Het implementatieplan en de diverse interventies worden getest op hun geschiktheid en haalbaarheid en worden op basis van de ervaringen bijgesteld.
- Planning volgens de verschillende fasen van het veranderingsproces: wat moet er nog gedaan worden om bepaalde subgroepen te informeren en te interesseren, wat moet er worden gedaan om weerstanden weg te nemen en wat is nodig om een verandering in te bouwen in bestaande zorgprocessen?
- Betrekken van de doelgroep: het is niet alleen belangrijk om de doelgroep te betrekken bij de ontwikkeling van een vernieuwing of bij het analyseren van invoeringsproblemen. Ook bij het opstellen en testen van het implementatieplan kunnen vertegenwoordigers van de doelgroep een cruciale rol vervullen. Zij weten het best wat mogelijk is en kunnen creatief meedenken over geschikte interventies.
- Planning van de activiteiten in de tijd: een concreet tijdsplan wordt uitgezet en een logische volgorde aangebracht in de verschillende activiteiten.
- Verdeling van taken, procedures en verantwoordelijkheden: er wordt vastgelegd wie wat doet en wie waar controle op zal uitoefenen.
- Het implementatieplan wordt ingebouwd in bestaande structuren en kanalen voor contact met of scholing van de doelgroep.
- Concrete korte- en lange termijn doelen ten aanzien van het plan worden bepaald; deze zijn richtinggevend in een continue evaluatie.
- Structuren, middelen en personeel: afhankelijk van de vraag of het gaat om een kleinschalig, afdelings- of praktijkgebonden implementatieproject dan wel een grootschalig implementatieprogramma zal men op zoek gaan naar voldoende budget en voldoende expertise.
- De organisatiecultuur in de setting waarin invoering moet plaatsvinden kan aandacht behoeven. Een duidelijk leiderschap, een goede samenwerking tussen professionals en een cultuur waarin continu leren en verbeteren van de zorg centraal staat, zijn vaak voorwaarden voor het realiseren van de verandering.

Stap 5 Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan

Een laatste stap in de implementatie van innovaties in de zorg is de evaluatie van de bereikte resultaten: zijn de beoogde doelen gehaald? Dit is een cruciale stap die vaak onvoldoende aandacht krijgt. Men heeft de uitkomsten van een dergelijke evaluatie nodig om vast te stellen of de geïnvesteerde energie tot resultaat heeft geleid en om, als dat niet het geval is, te bezien hoe meer succes geboekt kan worden.

De evaluatie kan consequenties hebben voor (zie het schema):

- aanpassen van het voorstel voor verandering, bijvoorbeeld het bijstellen van de doelen als blijkt dat die onrealistisch zijn;
- aanvullende analyses ten aanzien van belemmerende en bevorderende factoren; strategieën en maatregelen om tot verandering te komen, potentieel meer effectieve strategieën kunnen worden ontwikkeld;
- planning en uitvoering van de implementatie, de wijze waarop de invoering of het proces van verandering is georganiseerd wordt bijgesteld.

Evaluatie is geen eindstap in een implementatieproject. Er moet continu vastgesteld worden of men op het goede spoor zit en op basis van de bevindingen wordt de aanpak bijgesteld.

Door het continue terugrapporteren van tussentijdse evaluaties aan de betrokkenen ontstaat de mogelijkheid de aanpak nog tijdens de uitvoering aan te passen.

Het is van belang om te weten of de tevoren geformuleerde doelen worden bereikt in het project of programma.

- Korte termijn doelen: zijn de voorwaarden voor invoering gerealiseerd en is de doelgroep op de hoogte en accepteert die de verandering?
- Intermediaire doelen: past men de nieuwe werkwijze toe?
- Lange termijn doelen: wat is het effect in termen van gezondheidswinst, groter welbevinden en tevredenheid van cliënten of kostenreductie?

Om te weten of de doelen worden bereikt, moet men deze allereerst meetbaar maken. Hiertoe dienen 'indicatoren' en criteria voor het behalen van de doelen te worden geformuleerd en geselecteerd.

Een tweede vraag is hoe men de evaluatie van de 'effecten' het best kan opzetten en welke methoden en instrumenten daarbij nuttig kunnen zijn. Om te kunnen interpreteren waarom de doelen juist wel of juist niet zijn bereikt, is het van belang in een 'procesevaluatie' na te gaan of het implementatieplan is uitgevoerd zoals beoogd en welke factoren van invloed waren op slagen of falen. (zie Boerema, 2006)

Ten slotte kan men aandacht besteden aan de kosten van of de benodigde investeringen in effectieve verandering van de zorgprocessen.

C Implementatie van zorgprogramma's

In veel regio's in Nederland is men actief op het terrein van zorgprogrammering. In een beperkter aantal regio's is al ervaring opgedaan met het invoeren van zorgprogramma's. Het is bekend dat de implementatie ervan niet zonder problemen is verlopen.

In 2002 is het onderzoeksrapport 'Implementatie van zorgprogramma's in de GGZ verschenen' (Verburg & van der Vliet). In dit onderzoek is een eerste inventarisatie en analyse gemaakt van de ervaringen in een tiental regio's met de invoering van zorgprogramma's in de GGZ. Dergelijke ervaringen zijn belangrijk voor andere regio's die bezig zijn met het ontwikkelen van zorgprogramma's of aan de start van de implementatie fase staan. In 2006 is aansluitend een boek uitgebracht waarin wordt beschreven, op basis van de beste kennis en praktijkervaringen, hoe op systematische wijze gewerkt kan worden aan de uitvoering van zorgprogramma's. (41)

Invoeringstrajecten

Niet alle regio's geven op dezelfde manier vorm aan het implementatietraject. Het is belangrijk om hier vooraf een goed onderbouwde keuze in te maken en het niet te laten afhangen van bijvoorbeeld obstakels waar tijdens het proces tegenaan gelopen wordt. Hieronder staan voorbeelden van trajecten die in de regio's doorlopen zijn:

- Starten met een wijziging van de structuur van de GGZ (bv. door het instellen van programmateams) om van daaruit de programma's te schrijven en vorm te geven.
- Starten met het schrijven van de programma's en vervolgens op basis daarvan de structuur van de organisatie aanpassen aan de indeling in programma's c.q. doelgroepen.
- De beschrijving van de programma's kan ook gebruikt worden als inhoudelijk leidraad bij het vormgeven van het hulpaanbod, zonder de organisatiestructuur ingrijpend te wijzigen.
- Er kan gekozen worden om te beginnen met de implementatie van één zorgprogramma, bijvoorbeeld het voordeurprogramma.
- Er kan ook gekozen worden voor implementatie van programma's over de volle breedte van de volwassenenzorg (voordeur en alle noodzakelijke achterliggende programma's).

Een belangrijke opmerking hierbij is dat het implementeren van een zorgprogramma zelden betekent dat er een volledig nieuw aanbod wordt geïntroduceerd. Over het algemeen zijn er al vele onderdelen in een regio aanwezig, en gaat het veel meer om een keuze uit vele opties, bijvoorbeeld de introductie van nieuwe protocollen, interventies en organisatievormen.

Knelpunten

De belangrijkste knelpunten die genoemd werden bij het invoeren van de zorgprogramma's zijn:

- Weerstand bij medewerkers
- Gebrek aan ondersteuning (inhoudelijk, beleidsmatig, middelen)
- Gebrek aan relevante managementinformatie
- Te snelle invoering van nieuwe organisatiestructuren
- Te hoge werkdruk van medewerkers
- Het ontbreken van goede randvoorwaarden
- Het feit dat de productienormen in een aantal gevallen niet meer gehaald werden.

Als oplossingen voor deze problemen (dus als bevorderende factoren) werden onder andere genoemd:

- Het (alsnog) maken van een implementatieplan
- Monitoring van de voortgang van het implementatieproces
- Bijscholing/deskundigheidsbevordering op het vlak van de inhoud van programma's, als een concrete manier om vorm te geven aan de vernieuwing van de zorg
- Het vrijmaken van middelen en menskracht voor het vormgeven en ondersteunen van het invoeringsproces
- Het terugdraaien van niet-werkbare organisatieveranderingen
- Versterking van de begeleiding/coaching van het middenmanagement.

In het onderzoeksrapport wordt een aantal aanbevelingen gedaan die betrekking hebben op:

- Het proces van implementatie,
- De noodzakelijke ondersteuning,
- De betrokkenheid van medewerkers erbij,
- De betrokkenheid van cliënten en verwijzers
- En de noodzakelijke randvoorwaarden.

Het invoeringsproces moet zoveel mogelijk procesmatig en gefaseerd worden voorbereid en uitgevoerd

Op basis van een sterkte/zwakte analyse dient vooraf een invoeringsplan opgesteld te worden. De doelen in de verschillende fasen van invoering moeten duidelijk en meetbaar beschreven worden. Dit schept de mogelijkheid om de invoering gepaard te laten gaan met begeleidend onderzoek naar de voortgang. In de praktijk kan het best van een projectstructuur gebruik gemaakt worden om de zorgprogramma's in te voeren.

Bij het proces van implementatie moet veel aandacht worden gegeven aan de winst van het werken met zorgprogramma's

De meerwaarde moet helder omschreven en meetbaar gemaakt zijn. Op basis van monitoring van het proces kan aandacht gegeven worden aan de uitkomsten. Communicatie hierover is van belang om het draagvlak verder te kunnen verbreden.

Een goede ondersteuning is een noodzakelijke vereiste voor een geslaagd invoeringstraject

In de eerste plaats gaat het hier om het plannen en vrijmaken van voldoende mensen, middelen en tijd om de extra werkzaamheden voor de invoering uit te kunnen voeren. Daarnaast bestaat goede ondersteuning uit training van het (midden)management en actieve ondersteuning vanuit de top van de organisatie.

Medewerkers dienen vanaf het begin goed bij het invoeringstraject betrokken te worden

Dit houdt in: communicatie over de geplande veranderingen en het openstellen voor ideeën van betrokken medewerkers. Op deze wijze kan weerstand worden geminimaliseerd en draagvlak gecreëerd voor de geplande veranderingen. Bovendien kan de kwaliteit van de zorgprogrammering worden vergroot door de ideeën van de betrokken medewerkers hierbij te betrekken.

Betrekken van cliënten en andere hulpverleners

Vroegtijdig dient met hen gecommuniceerd te worden over de geplande veranderingen zodat wensen en verwachtingen een rol kunnen spelen bij de invoering. Daarnaast gaat het om aandacht geven, bijvoorbeeld door het opstellen van brochures over de programma's.

Vroegtijdig moet ook aandacht gegeven worden aan de voor de invoering noodzakelijke randvoorwaarden

Dit komt uitvoerig aan bod in het hoofdstuk randvoorwaarden van dit basiszorgprogramma.

Hoofdstuk 10 Literatuurverwijzingen

Literatuurverwijzingen

Relevante websites
Zorgprogramma's/protocollen
Literatuur

Trimbos website

Op de website van het Trimbos-instituut, <http://www.trimbos.nl>, is onder 'informatie voor professionals' het hoofdstuk Anorexia Nervosa en Boulimia uit de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid te vinden. Ook zijn er links naar:

- cliënten- en familie-organisaties,
- databanken,
- geestelijke gezondheid,
- geestelijke gezondheidszorg,
- nationale- en internationale organisaties,
- kenniscentra,
- middelen en verslaving,
- onderzoeksinstituten,
- verslavingszorg en
- wet en -regelgeving.

Andere relevante websites:

Startpagina Eetstoornissen	http://www.eetstoornissen.pagina.nl
Nationaal Kompas Volksgezondheid	http://www.rivm.nl/vtv/data/site_kompas/index.htm
Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa	http://www.sabn.nl
Zelfhulp bij eetstoornissen	http://www.stichtingziezo.nl
NIWI-Nederlandse Onderzoeksdatabank	http://www.niwi.nl/nl/io/eetstoornissen
GGZ Richtlijnen	http://www.ggzrichtlijnen.nl/
Preventie	http://www.lsp-preventie.nl/
Website voormalig Kenniscentrum Eetstoornissen Nederland	http://www.eetstoornis.info

Zorgprogramma's

Amarum/GGNet, Programma Eetstoornissen, www.ggnet.nl, www.amarum.nl
Regionaal Zorgprogramma Eetstoornissen, Midden Westelijk Utrecht, 2004 (concept)
Rivierduinen, Zorgprogramma Eetstoornissen. Centrum Eetstoornissen Ursula, 2005

Literatuur

- (1) Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 2000.
- (2) www.eetstoornissen.nl. www.eetstoornissen.nl. 2005.
Ref Type: Electronic Citation
- (3) Bijl RV, Ravelli A. Psychiatrische comorbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). TSG 1998; 76(8):446-457.
- (4) Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141:2453-2460.
- (5) Bureau NMG. Nationale Monitor Geestelijke gezondheid. Jaarboek 2002. 2002. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (6) Bureau NMG. Nationale Monitor Geestelijke gezondheid. Jaarboek 2003. 2003. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (7) Dalle Grave R. School-Based Prevention Programs for Eating Disorders Achievements and opportunities. Disease management and clinical outcomes 2003; 11:579-593.
- (8) Davis R, Olmsted M, Rockert W, et al. Group psychoeducation for bulimia nervosa with and without additional psychotherapy process sessions. International Journal of Eating Disorders 1997; 22:25-34.
- (9) Driedonks G, Hardeveld R van. Invoering van zorgprogramma's in RPC Zeist. MGv 2004; 58:559-573.
- (10) Elburg van AA, Rijken ME. Jongeren met eetstoornissen. Behandeling in een zorglijn. Koninklijke Van Gorcum: Assen, 2004.
- (11) Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. Cognitive-behaviour therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. *Binge eating. Nature, assessment, and treatment*. New York: Guildford Press, 1993: 3-14.
- (12) Fisher M, Golden NH, Katzman DK, et al. Eating disorders in adolescents: a background paper. The Journal of Adolescent Health 1995;(16):420-437.
- (13) Franx G, Zeldenrust W. Cliënten en hun omgeving over GGZ-programma's. Aanbevelingen voor het hulpaanbod. Utrecht: GGZ Nederland/Trimbos-instituut, 2003.
- (14) Gardner RM, Sorter RG, Friedman BN. Developmental changes in children's body images. Journal of Social Behavior and Personality 1997;(12):1019-1036.
- (15) Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg., 2001.
- (16) Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorders. Br J Psychiatry 1998;(173):11-53.
- (17) Hill AJ, Bhatti R. Body shape perception and dieting in preadolescent British Asian girls – Links with eating disorders. International Journal of Eating Disorders 1995;(17):175-183.
- (18) Hoek HW, Hoeken D van. Review of prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eat Disorder 2003; 34(4):3838-3896.
- (19) Hoeken D van, Hoek H, Lucas A. Epidemiology. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA, editors. *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. New York: Wiley, 1998: 97-126.
- (20) Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, et al. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. Psychological Bulletin 2004; 130:19-65.
- (21) Keel PK, Dorer JD, Eddy KT, et al. Predictors of mortality in eating disorders. Archives of General Psychiatry 2003; 60:179-183.
- (22) Landelijk Steunfunctie Preventie ggz en verslavingszorg. Overzicht van interventies van ggz- en verslavingspreventie voor kinderen, jongeren en hun omgeving. 2005. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (23) Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen. 2005. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (24) Messer AP, Vos I de, Wolters WHG. Eetproblemen bij kinderen en adolescenten. Baarn: 1994.
- (25) Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behaviors. New York: Guildford Press, 1991.

- (26) Mumford DB, Whitehouse AM, Platts M. Socio cultural correlates of eating disorders in Bradford. *British Journal of Psychiatry* 1991; 158:222-228.
- (27) National Institute for Clinical Excellence (NICE). Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. 2004. London, National Health Service, National Collaborating Centre for Mental Health. Clinical Guideline 9.
- (28) Noordenbos G, Seubring. Eetstoornispatiënten over criteria voor herstel. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2005;(31):140-153.
- (29) Ogg E, Millar H PE, et al. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 22:88-93.
- (30) Reas DL, Schoemaker C, ipfel S. Prognostic value of duration of illness and early intervention in bulimia nervosa: a systematic review of the outcome literature. *International Journal of Eating Disorders* 2001; 30:1-10.
- (31) Rekkers M, Schoemaker E. Gewichtige lichamen, Lichaamsbeleving en eetstoornissen. Leuven: 2002.
- (32) Rosenvinge JH, Börresen R. Preventing eating disorders: time to change programmes or paradigms? Current update and further recommendations. *European Eating Disorders Review* 1999; 7:5-16.
- (33) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. 2005. Melbourne, RANZCP.
- (34) Schoemaker C. Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome literature. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 21:1-15.
- (35) Smit F, Bohlmeijer E, Cuijpers P. Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- (36) Spanjers W, Wagter J. Zelfhulp. In: Vandereycken W, Noordenbos G, editors. Handboek Eetstoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 2002.
- (37) Stice E. Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin* 2002; 128:825-848.
- (38) Stice E, Shaw H. Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin* 2004; 130:206-227.
- (39) Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 152 1995;(152):1073-1074.
- (40) Vandereycken W, Noordenbos G. Handboek eetstoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 2002.
- (41) Verburg H, Boerema I, Wiersma D. Zorgprogramma's van papier naar praktijk. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
- (42) Verhulst FC, Ende J van der, Ferdinand RF, Kasius MC. De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;(141):777-781.
- (43) Voordouw I, Bohlmeijer E, Blekman J, Bool M, Graaf I de, Smit F et al. Samenwerking praktijk, onderzoek en beleid in de GGZ preventie. Stand van zaken basisprogramma's 2003 - planning 2004. 2004. Utrecht, Trimbos-instituut/LSP.
- (44) Wilson GT, Loeb KL, Vitousek KM. Stepped care treatment for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68(4):564-572.
- (45) Wood KC, Becker JA, Thompson JK. Body image dissatisfaction in preadolescent children. *Journal of Applied Developmental Psychology* 1996;(17):85-100.

