

COMGGKJ

Comité voor het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren

Aanbevelingen van de werkgroep eetstoornissen

Synthese

Goedgekeurd door de plenaire vergadering van het COMGGKJ dd. 22 juni 2022

SYNTHESE AANBEVELING WERKGROEP EETSTOORNISSEN COMGGKJ



-06.06.2022-

Deze nota komt er op vraag van de Commissie Geestelijke Gezondheidsbeleid voor Kinderen, jongeren en Jongvolwassenen (COMGGKJ) nav het tekort aan zorg voor eetstoornissen en ter voorbereiding van aanbevelingen die op de IMC (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid) worden geagendeerd en besproken.

1. Zorgnoden bij eetproblemen en eetstoornissen

Kenmerkend is dat er veel eetstoornissen zijn (men schat 1/5) in een kwetsbare levensfase tussen 12-22j (Nagl et al, 2016), dat ze samengaan met een langzaam herstel (5 à 7 jaar) en dat slechts een minderheid van de betrokkenen in de zorg komt (2/3 komt niet in de zorg).

Eetstoornissen hangen samen met een zware ziektelast voor de jongere én zijn gezin, hebben een sterke impact op alle levensdomeinen, en gaan gepaard met een belangrijk suïciderisico. Eén derde van de overlijdens bij eetstoornissen is te wijten aan zelfmoord. Bovendien zijn –al vóór de covidperiode- toekomstvoorspellingen alarmerend: de verwachting is dat de prevalentie eetstoornissen per cohort (om de 10j) toenemen. (Treasure et al, 2020, Lancet)

Eetstoornissen in België

In België werd in de gezondheidsenquête van 2013 en in 2018 de SCOFF opgenomen, een kort screeningsinstrument van 5 vragen dat screent op signalen van eetstoornissen. Zoals verwacht is het percentage van de Belgische bevolking dat signalen van een eetstoornis vertoont het hoogst in de jongste leeftijdsgroep (15 tot 24j) (13.7% en 16% bij meisjes) Bovendien zijn veel jongeren at risk: de HBSC-studie is een grootschalig internationaal cohorte-onderzoek rond diverse gezondheidsparameters. In 2013 en 2018 werd ook lichaamstevredenheid en lijngedrag meegenomen. Ongeveer de helft van de Vlaamse jongeren geeft aan niet tevreden te zijn met zijn/haar lichaam (2014: 51.1%; 2018: 48.7%). Daarnaast bleek dat in 2018 (20.6%) meer jongeren aangaven dat ze een dieet volgden in vergelijking met 2014 (16.5%). Gezien lichaamsontevredenheid en lijngedrag belangrijke risicofactoren zijn van eet- en gewichtsproblemen, moeten we aandachtig blijven dat inspanningen rond preventie van overgewicht, deze risico's niet versterken.

Eetstoornissen in COVID-tijd

Uit de resultaten van de 6^{de} gezondheidsenquête tijdens de coronacrisis blijkt dat in vergelijking met zowel 2013 (8%) en 2018 (7%) er een stijging is in het percentage (11%) van mensen in de Belgische

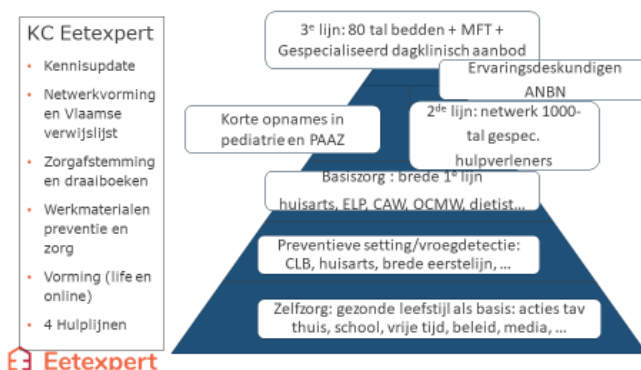
bevolking die signalen vertoont van een eetstoornis (geïdentificeerd door de SCOFF). Bij deelnemers tussen 18 en 29 jaar blijkt 18% at risk.

Internationale studies (Taquet, Geddes, Luciano & Harrison, 2021) geven bovendien ook aan dat de incidentie van een eerste eetstoornisdiagnose hoger was in 2020 in vergelijking met zowel 2019, 2018 en 2017. Het was in 2020 15% waarschijnlijker om voor de eerste keer een eetstoornisdiagnose te krijgen dan in 2019 (relatieve risico: 1.15%). Het relatieve risico om een eetstoornisdiagnose te krijgen steeg ook doorheen 2020. Het risico was vooral verhoogd bij vrouwen tussen 10 en 19 jaar en had betrekking op de diagnose anorexia nervosa.

2. Stand van zaken huidige zorgaanbod

In Vlaanderen en Wallonië verliep de zorgorganisatie i.v.m. eet- en gewichtsproblemen lange tijd ad hoc: zorgorganisatie verliep lokaal en gebeurde vaak gekoppeld aan specialistische centra. In Vlaanderen veranderde de situatie vanaf 1999. Sinds 2000 werkt Eetexpert als partnerorganisatie van de Vlaamse Overheid en partner van de federale overheid aan het uitwerken van goede zorgorganisatie bij eetstoornissen over alle zorgniveaus heen. Zij verbindt preventiewerkers, zorgverstrekkers en beleid tot een Vlaams netwerk rond eet- en gewichtsproblemen, en houdt een Vlaamse verwijzlijst bij. Dagelijks zijn 4 hulplijnen bereikbaar: betrokkenen krijgen er verwijshulp, hulpverleners consult, beleidsmedewerkers advies, en media support. Preventie, vroegdetectie en vroege begeleiding gebeuren steeds meer vindplaatsgericht, met sterke input van clb-teams. De aanpak in de eerstelijns was tot nu beperkt, maar wel belangrijk in covid tijd. Op dit ogenblik is er een performant tweedelijnsnetwerk, vooral in privépraktijken georganiseerd, en wanneer nodig is er een complementair en kwalitatief derdelijnsnetwerk beschikbaar gespreid over Vlaanderen. Het derdelijnsnetwerk positioneert zich ondersteunend tav het ambulante netwerk, en voorziet opname, dagtherapie en MFT groepen (familieroeper). De patiëntorganisatie ANBN zorgt voor uitgebreid complementair aanbod tav hulpzoekers, ouders en patiënten in alle zorgchelon.

Vlaamse zorgorganisatie Eetstoornissen

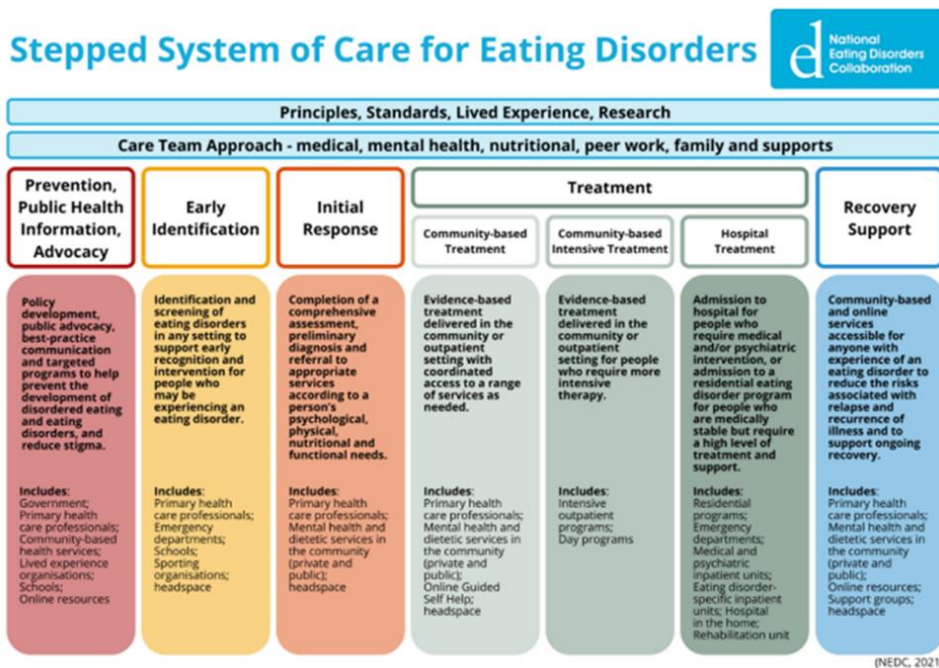


In de Franstalige federatie Wallonië-Brusselen in de Duitstalige Gemeenschap bestaat er nog geen coördinatie of gestructureerd netwerk voor eetstoornissen. In elke provincie en in de Brusselse regio zijn er kleine behandelteams aanwezig, maar het ambulante aanbod is vaak niet goed te vinden, waardoor patiënten vaak aanmelden in de ziekenhuisnetwerken. Poliklinische zorg wordt

georganiseerd in het CTTA, in consultaties van sommige ziekenhuizen, en door onafhankelijke psychologen, (kinder)psychiaters, en diëtisten. Ook hier gaat het meestal om individuele therapie bij privétherapeuten die weinig multidisciplinair samenwerken. De diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg zijn quasi niet beschikbaar voor zorg bij eetstoornissen. Gespecialiseerde derdelijnsteams bevinden zich vooral in de Brusselse regio en in Waals Brabant, maar gespreid over Wallonië bevinden zich pediatrieafdelingen die jongeren met eetstoornissen opvangen wanneer nodig.

3. De ideale zorgorganisatie in België

Voor het formuleren van voorstellen rond zorgorganisatie verkenden we internationale good practices. In 2010 deed men in Australië dezelfde oefening met het oog op een meer accurate zorgorganisatie bij eetstoornissen. De gelijkenissen met de opdracht van de Belgische werkgroep zijn zeer sterk. De werkgroep koos ervoor om vanuit deze grondig uitgewerkte zorgorganisatie te vertrekken.



We pleiten zoals in het Australische model ook in België voor een populatiegeoriënteerde zorgorganisatie in alle regio's:

- die kinderen en jongeren versterkt ter **voorkoming** van mentale aandoeningen en meer specifiek eetstoornissen
- die zorgt voor tijdige **vroegdetectie** bij vroege signalen
- en die zorgt voor een kwaliteitsvol uitgewerkte **zorg-op-maat** bij eetstoornissen.

Dit vraagt een goed uitgebouwd **netwerk**, efficiënt **samenwerken** over disciplines heen, en vlotte **continuïteit** van zorg over leeftijdsfases heen.

Het vraagt ook goede uitbouw in alle niveaus van zorg (eerstelijns, ambulant gespecialiseerd, en residentieel) en over beleidsdomeinen heen (welzijn, gezondheidszorg, jeugd, vrije tijd, media, ...) Bijzondere aandacht is nodig voor versterking van de jongere én zijn familie.

Een sterk geölied netwerk met ruime mogelijkheden van doordachte preventie, vroegtijdig herkennen en maatgericht kwaliteitsvol behandelen leidt tot sterke gezondheidswinst, meer welbevinden, minder lijden en minder maatschappelijke en financiële kosten. (Butterfly, 2012)

4. Concrete voorstellen voor innovatieve zorguitbouw bij eetstoornissen in België

Preventie

Ter preventie van eet- en gewichtsproblemen wordt door alle overheden en door alle professionals *1 zelfde gezondheidsboodschap verspreid in alle leefcontexten*: Alle communicatie die aanzet tot gewichtsfocus, lichaamsontevredenheid, en stigmatisering obv uiterlijk wordt gebannen.

Gezondheidsboodschappen richten zich op het ontwikkelen van gezonde eetcompetenties, een evenwichtig beweeggedrag met regelmatig onderbreken van zittijd, groeien in lichaamstevredenheid, zelfwaardering, emotieregulatie, en verbondenheid. Alle beleidsniveaus, eerstelijnszones, de logo's, de gemeentes, onderwijs, de organisaties met terreinwerking, ... nemen deze brede gezondheidsbevordering mee in hun jaarplannen.

Vroegdetectie, vroegbegeleiding en verwijzing

De *eerstelijnszones* moedigen alle eerstelijnsprofessionals aan om standaard eetgedrag en lichaamstevredenheid te bevragen als onderdeel van bredere gezonde leefstijl inschatting.

Er wordt *opleiding en ondersteuning* gegeven aan medewerkers van welzijns- en eerstelijnsdiensten zodat zij minder aarzelend zijn om te interveniëren in het vroege traject van haperend eetgedrag en milde eetproblemen. In *alle huisartskringen* wordt er een stappenplan verspreid voor vroegbegeleiding bij eetproblemen en eetstoornissen.

Professionals uit de vindplaatsen van jongeren kunnen *naadloos* toeleiden tot eerstelijnspsychologen na herkennen van mild problematisch eetgedrag. Eerstelijnspsychologen worden getraind om een efficiënte triage te kunnen doen en bij milde problemen kortdurend efficient te begeleiden. Ernstiger eetproblemen kunnen flexibel terecht in de ambulante gespecialiseerde zorg voor een inschattingsgesprek en snelle opstart van zorg. Streefdoel is dat aanmelders binnen de maand kunnen opstarten. Verwijslijnen helpen bij snelle toeleiding. Standaard leiden deze eerste aanspreekpunten ook toe tot een aanbod ivm familieondersteuning en contact met ervaringsdeskundigen.

Ter ondersteuning van eerstelijns werkers is voortdurende *bereikbaarheid van specialisten* beschikbaar voor overleg en verdere inschatting. Dit kan aangeboden worden door de netwerken ggz, of via één van hun partners in het netwerk bvb CGG ankers eetstoornissen. In Vlaanderen zijn sinds begin 2022 provinciale ankers eetstoornissen opgestart vanuit CGG, maar dit is nog niet voorzien in de Franstalige en Duitstalige regio's. Een overkoepelende advieslijn voor professionals op regionaal niveau backupt deze provinciale call-in functie.

Ter ondersteuning van patiënten en families die hun weg niet vinden naar gepaste zorg, wordt een *inbelpunt* voorzien (zowel op provinciaal niveau als op gemeenschapsniveau). Dit is al opgestart in Vlaanderen.

Gespecialiseerde ambulante zorg

Ambulante therapie moet uitgebouwd worden *in alle regio's*, zodat patiënten en hun families in de eigen regio terecht kunnen. Huisartsen en eerstelijnsmedewerkers moeten goed zicht hebben op het ambulante zorgaanbod in de eigen regio, of moeten via de netwerken bij aanmeldpunten per regio terecht kunnen. De CGG ankers kunnen –op vraag van de netwerken- lokaal voor dit aanbod zorgen. Tevens is verdere bekendmaking van de verwijzingslijn van het kenniscentrum nodig zodat ouders en opvoeders niet meer alleen op zoektocht moeten naar een zorgplek. Een overkoepelende verwijzingslijn is nodig in Wallonië en de Duitstalige gemeenschap.

De werkgroep pleit ook voor *terugbetaling van alle nodige ambulante disciplines*. Het is nodig dat het nieuwe aanbod van psychologische zorg binnen het protocolakkoord al op korte termijn voor bijkomende toegankelijkheid zorgt, het goedkoper maken van vroegtijdige zorg is nodig bij alle disciplines, waaronder ook diëtistische zorg en met de nodige intensiteit. Wanneer sprake van echte eetstoornissen is ambulante gespecialiseerde zorg nodig. De NICE guideline (2017) begroot 20 sessies voor de gespecialiseerde zorg bij boulimia nervosa en 40 sessies bij de aanpak van anorexia nervosa.

Er wordt gewerkt aan het uitbouwen van een *flexibele zorg op maat*. Er is nood aan meer diversiteit: groepsaanbod, contextgericht aanbod, aanbod rond resocialisatie en reoriëntatie ivm werk en betrokkenheid van CGG-teams, crisisteam, mobiele teams... De werkgroep pleit ervoor om in overleg met de netwerken ggz minstens in elke provincie een ambulante basis MFT¹ aanbod te voorzien, en dit naast het intensief MFT aanbod van de residentiële teams. Dit zou kunnen gebeuren in het CGG. Mobiele teams, en crisisteam worden versterkt om hun ambulante outreachend aanbod in te zetten tav plotse ernstige escalaties in de thuissituatie die een aanklappende aanpak vragen. Zij kunnen ook ingezet worden bij toeleiding van zorgmijders.

De werkgroep pleit ervoor om *ondersteuning van familie en context* in ieder ambulante zorgaanbod in te bedden en gericht te inventariseren wat nodig is ter ondersteuning van de familie. Er dient online geëxpliciteerd te worden wat de familie nodig heeft en hoe samengewerkt wordt met familie (Familiereflex²).

Zorgcoördinatie is essentieel en dringend nodig. Rekening houdend met de nood aan flexibiliteit in het zorgaanbod, is een overkoepelende duurzame zorgcoördinatie door een professional nodig: De zorgcoördinator fungeert als duurzaam aanspreekpunt over divers zorgaanbod heen, volgt het zorgplan op, coördineert infodeling, en bevordert samenwerking. Verder pleit de werkgroep voor het verder ondersteunen en faciliteren van *multidisciplinair samenwerken* in de 2^{de} lijn. Er is een doordachte financiering nodig van overleg en dit voor alle betrokken disciplines. Ook overleg tussen ambulante zorg en derdelijnspecialisten zou moeten gestimuleerd en vergoed worden. Er is nood aan een nomenclatuur voor advies van derdelijnspecialisten aan ambulante professionals, ook bij nog niet gekende patiënten.

¹ MFT staat voor Multi Family Therapy, het behandelen van verschillende families in eenzelfde ruimte.

² <https://familiereflex.be/wat-is-de-familiereflex/> in lijn met de familiereflex

Een belangrijke bekommernis van de werkgroep is *gepaste training* van het ambulante netwerk. In functie van gepaste zorg in ieder fase van het herstelproces van zorgvragers is het belangrijk dat alle partners in ambulante zorg basisvaardigheden ontwikkelen ivm eetstoorniszorg. Dit kan gebeuren door de kenniscentra eetstoornissen in beide gemeenschappen in overleg met de universiteiten en de betrokken netwerken ggz.

Maar naast gepaste training blijkt de aanwezigheid van *bijkomende support* versterkend te werken: Telefonische bereikbaarheid van meer gespecialiseerde hulpverleners die voor consult kunnen zorgen, dient te worden voorzien in ieder netwerk ggz dat dit kan voorzien via het gespecialiseerd intensief outreachteam (zie hieronder) en via de provinciale CGG referentiepersoon. Op landelijk niveau kan voor beide gemeenschappen een advieslijn voor professionals backup bieden.

Ter uitbreiding van het ambulante zorgaanbod bij ernstige eetstoornissen wordt er per provincie een *gespecialiseerd intensief outreachteam gefinancierd via een miniconventie*. Het hooggespecialiseerde team van een (kinder)psychiater, psycholoog, diëtist, somatisch specialist en verpleegkundige kan voor een tijdelijke intensifiëring van ambulante zorg instaan, eventueel zelfs in de thuissituatie van de zorgvrager, en dit met de bedoeling dat het ambulante zorgteam –na de intensere periode- verder kan werken.

Bovendien wordt er gewerkt aan een *oppuntstelling van de liaisonmiddelen ter ondersteuning van AZ-teams* die met eetstoornissen werken. Er is op dit ogenblik alleen vergoeding voor teams die zijn opgenomen in de tijdelijke liaisonmiddelen, en voor consult bij 'gekende' en 'minderjarige' patienten van gespecialiseerde eetstoornisteam. Pediatrische afdelingen en andere AZ afdelingen waar eetstoornissen aanmelden zouden vlot extra expertise en mankracht moeten kunnen inschakelen ter ondersteuning van hun zorg, en dat op basis van natuurlijke samenwerkingsverbanden. Oppuntstelling van de liaisonmiddelen dient te gebeuren ifv de noden. De werkgroep pleit ervoor om flexibel ondersteuning te kunnen invoegen daar waar eetstoornispatienten om meer zorg vragen én door eetstoornisspecialisten gekoppeld aan gespecialiseerde eetstoornisteam. Voorstel is om de liaisonmiddelen te koppelen aan gespecialiseerde eetstoornisteam die zich engageren om expertise toe te voegen aan AZ teams voor goede opvolging van eetstoornispatienten waar zij zich aanmelden.

Gespecialiseerde derdelijnszorg

-Uitbreiding van het derdelijnsaanbod is gewenst met *minstens één dagtherapeutisch aanbod en minstens één MFT aanbod* gekoppeld aan elk derdelijnsteam voor een flexibel residentieel zorgaanbod. Ook in regio's waar er geen gespecialiseerd eetstoornisteam is (Limburg en stukken van Wallonië) dient er een dagtherapeutisch aanbod en een MFT aanbod voorzien te worden.

-De werkgroep pleit voor dringende aanpassing van het zorgbudget bij jongeren: Er is nood aan omvorming van A en T-bedden/stoelen in de zorg bij eetstoornissen *naar Transitiebedden/stoelen* voor betere afstemming op de noden van jongeren en jongvolwassenen.

De werkgroep pleit ook voor uitbreiding van het *aantal K en k plaatsen/ transitieleeftijdplaatsen* om de lange wachtlijsten weg te werken

-De *overgang naar huis* moet zowel administratief/financieel als inhoudelijk veel flexibeler geregeld worden: Dit veronderstelt innovatie en uitbreiding zowel aan de kant van de zorgaanbieders, als

aanpassingen in financiering aan de kant van de beleidsmakers met mogelijkheden op meer flexibel dagtherapeutisch aanbod, familie therapie en wanneer nodig outreachend gespecialiseerd aanbod.

- *Familie reflex*: Ook in de derdelijnszorg krijgen families krijgen bij het begin, tijdens en na de therapie informatie en een *plan voor familieondersteuning*. Wanneer nodig kan aanvullend familie therapie worden ingezet.

Familie therapie zorgt voor versterking van de context en verhoogt de kansen op duurzaam herstel. Als incentive wordt een aanvullende nomenclatuur voorzien voor invoegen van familie therapie wanneer nodig als bijkomend onderdeel van het residentieel, dagtherapeutisch of ambulante aanbod. Er is een nomenclatuur voor individuele familie therapie, en één voor een MFT (groepsprogramma van familie therapie).

-Er worden via een conventie 10 *HIC-plaatsen* uitgebouwd voor ernstige eetstoornissen met bijzondere medische complicaties in enkele aparte high care units voor allerlei psychiatrische stoornissen (zie model uit de forensische zorg). Connectie met eetstoornisteams blijft belangrijk voor doorstroming na de hoogintensieve behandel fase. Er wordt gedacht aan spreiding van deze 10 HIC plaatsen over de universitaire ziekenhuizen die ook een eetstoornisunit hebben.

5. Dringend nodige zorg optimalisatie Eetstoornissen via FOD

5.1. Versterken van vroegdetectie en ambulante zorg via de netwerken

5.1.1. Inschakeling van Eerstelijnspsycholoog (conventie)

De werkgroep pleit ervoor om de geconventioneerde psychologen mee in te schakelen in het vroegtijdig ambulante zorgtraject bij eetstoornissen.

1. De generalistische eerstelijnspsychologen bevragen eetissues bij alle jongeren + voorzien kortdurend zorgaanbod bij eetvragen en bij milde eetproblemen: zowel individueel, groepsgericht als outreachend voor zorgtoeleiding van zorgmijders
2. De 'Eerstelijnspsycholoog gespecialiseerde zorg' zorgen ism de netwerken voor snelle zorgopstart voor milde eetproblemen en beginnende eetstoornissen

5.1.2. Voorstel oprichting Provinciaal Supportteam Eetstoornissen (voorstel RIZIV Mini Conventie, gekoppeld aan netwerken jongeren)

In iedere provincie werkt er, verbonden aan het netwerk ggz, een gespecialiseerd supportteam eetstoornissen. Dit team ondersteunt gespecialiseerde ambulante hulpverleners bij eetstoornissen die in hun traject rond eetstoornissen (tijdelijk) meer expertise/intensiteit nodig hebben: Het supportteam is er in de eerste plaats om de ambulante hulpverlener zelf te ondersteunen, maar kan ook zelf voor zorgaanvulling zorgen tav patiënt en zijn familie: Het multidisciplinair supportteam eetstoornissen kan hetzij somatische expertise, of psychiatrische, of psychologische of diëtistische expertise invoegen om het traject bij de ambulante hulpverlener te versterken, en uitzonderlijk kan het supportteam ook tijdelijk even overnemen om opnamevermijdend te werken. Het supportteam kan in de praktijk van de ambulante hulpverlener versterken, maar kan zo nodig ook outreachend in

de context van de patiënt komen bvb om sondevoeding of baxters op te starten, om escalaties in het gezin in crisis op te vangen, ...

Psychiater 0,5	180.000	90.000
Som expert (internist, pediater...) 0,2	180.000	36.000
Psycholoog 0,5	90.000	45.000
Verpleegkundige 0,5	78.850	39.425
Dietist 0,5	79.000	39.000

Totaal per jaar per provincie:
249.425 per multidisciplinair supportteam via miniconventie
(basisbedrag, aan te passen ifv bevolkingsdichtheid provincie)

5.2. Aanpassen residentiele zorg eetstoornissen met opties Bed/Stoel/MFT via conventie ernstige eetstoornissen

In functie van betere 'appropriate care', pleit de werkgroep voor een conventie voor de ernstiger eetstoornissen die opname vereisen.

De werkgroep pleit voor een ruimer aanbod in de derdelijnszorg waarbij er voortdurend kan geschakeld worden ifv wat nodig is voor patiënt: Iedere eetstoorniskliniek voorziet daarbij de opties bed/stoel/MFT zowel bij aanmelding, als bij schakelen tijdens de behandeling. Bij opvolging van het therapieplan wordt er geregeld overwogen welk therapieaanbod voor patiënt meest aangewezen is ifv goed herstel en optimale transfer naar de thuissituatie. Bedoeling is dat patiënten sneller kunnen schakelen.

Aanbod bed/stoel/MFT vormt het derdelijnsaanbod, voor patiënten en gezinnen waar de medische of de psychiatrische situatie de intensiteit van een derdelijnsaanpak eist. Situeert zich suprareginaal. (Het gebruikelijke zorgantwoord bij eetstoornissen is echter een tweedelijnsaanpak, dat regionaal wordt aangeboden nl per provincie ism netwerken GGZ)

Bed : geschatte kostprijs 135000 à 160000 voor K-bed / 112000 à 135000 voor A-bed

Stoel :

De werkgroep pleit voor *meer dagtherapeutisch* aanbod eetstoornissen. Dit was tot voor kort afwezig in het zorgaanbod eetstoornissen, terwijl dit efficiënt blijkt, door patiënten erg gewenst is, en budgettair interessant blijkt.

De werkgroep pleit ook voor een *doordachte organisatie door de zorgaanbieders*, en een *soepeler financieringsaanpak van de overheid* waarbij flexibiliteit mogelijk is in het dagtherapeutisch programma voor eetstoornissen. Er is nood aan flexibiliteit om eerst 5 dagen/week te komen, en af te bouwen wanneer mogelijk ifv geleidelijke transfer naar huis. We gaan uit van gemiddeld 3 dagen in combi met schoolgaan gedurende 6 maanden (groep van 8 à 10 patienten).

Kosten :

- psychiater volgens toezichtshonorarium
- endocrinoloog of internist volgens toezichtshonorarium
- 1,5 psycholoog
- 1,3 verpleegkundige
- 0,3 dietiste
- 0,1 sociale dienst
- 0,2 PMT
- Lokalen en nutsvoorzieningen :Gebruik van 1 grote ruimte, 2 kleinere en keuken
- Eten wordt voorzien
- Administratieve kosten

	Kost per VTE	Dagtherapie/jr
Psychiater en somatisch specialist	toezichtshonorarium	
Psycholoog	80.000	120.000
Verpleegkundige	78.850	102.505
Dietist	79.000	23.700
PMT	79.000	15.800
Sociale dienst	79.000	7.900

Ruimtes per dag	kost per dagdeel	
- groot	17,30	34,60
- klein	11,80	47,20
- keuken	14,20	28,40
Totaal huur 110x150dagen		
= 16500		
Foodcost 25 x 150 = 3750		
Administratie 13x150=		
1950		

= 269.905 + 16500 + 3750
+1950 = **292.105 /jaar**
voor optie dagtherapie X
10 centra = 2.921.050

*kostprijs dagtherapie 8 pat
per team per half jaar*
= 18257 /dagtherapie
patient ged 6m+
honorarium artsen

MFT : Intensieve Multi Family Therapy (voorstel aanvullende nomenclatuur)

Intensieve familiegroepstherapie (I-MFT) is een zorgaanbod dat aangeboden wordt door derdelijnsteams ter versterking van de thuiscontext. Het basismodel omvat 4 opeenvolgende volle dagen met 6 terugkomenten gedurende 6 maanden. Concreet gaat het om 10 sessies op jaarbasis met 6-7 gezinnen van gemiddeld 4 personen, zowel patiënt, ouders als broer/zus. Dit programma kan op zichzelf staan in het zorgaanbod aan patient en zijn familie, maar kan ook aangeboden worden ter versterking van een residentieel of dagtherapeutisch aanbod.

Kosten per MFT reeks :

- Deeltijds psychiater
- Deeltijds endocrinoloog/internist
- Psycholoog
- 1 verpleegkundige/deeltijds dietiste
- Lokalen en nutsvoorzieningen :Gebruik van 1 grote ruimte, 2 kleinere en keuken
- Eten wordt voorzien
- Administratieve kosten

10,5 dagen X 8 uur X 2 (psychologen) X 70 euro per consultatie = 11.760 euro + 10,5 dagen X 5 uur X 105,79 euro per consultatie psychiater = 5565 euro + forfait 200 euro materiaal (klei, papier, plasticine) + 1 gezamenlijke maaltijd bereid door het team + 10uur (middagmaaltijden) + 5 uur (therapeutisch aanbod) aan 41,78 euro per consultatie van 60min diëtiste = 626,7 euro + 5 uur (therapeutisch aanbod) aan 42,52 euro per consultatie van 30min endocrinoloog/internist = 425,2 euro + huur (10d x 110 euro= 1100) + Foodcost (25 x 10= 250) + administratie (13x10=130)= **Totaalbedrag: 20057 euro per MFT groep v 6 gezinnen / = 3343 per patient per reeks**

Begroting : 4 MFT groepen per gespecialiseerde eetstoornisunit/jaar = 80224 euro/jaar/eetteam

We gaan uit van 5 eetteams in Vlaanderen en 5 eetteams in Brussel/Wallonie : 802.240 voor MFT

5.3. Voorstel aanpassing liaisonmiddelen (volgen patienten waar ze zich bevinden)

Patiënten met ernstige eetstoornisnoden komen soms op zeer diverse plekken: vaak komen ze in AZ op pediatrie, interne, of endocrino, soms komen ze in diensten algemene psychiatrie, maar ook binnen de forensische zorg, de bijzondere jeugdzorg, ... Door de complexiteit van eetstoornissen is er vaak bijkomende expertise nodig uit de gespecialiseerde eetstoorniszorg.

Liaisonmiddelen blijken erg nuttig om teams die niet gespecialiseerd zijn in eetstoornissen toch de nodige kennis toe te delen zodat jongeren wel geholpen worden. Maar in de huidige regeling voor ondersteuning van deze niet gespecialiseerde diensten, krijgen enkele diensten een extra budget. Jongeren die in andere diensten aanmelden krijgen geen gespecialiseerde zorg ingevoegd. Uitdaging is nu om de liaisonmiddelen te brengen bij de diensten waar de jongeren zich bevinden. We pleiten ervoor om de liaisonondersteuning te koppelen aan de

gespecialiseerde eetstoornisteams (ongeveer 10 supraregionale teams) en dat zij –met extra bestaﬃng- hun expertise ter beschikking stellen van afdelingsteams die gespecialiseerde ondersteuning nodig hebben. Hierrond zijn al experimenten gestart waarbij specifiek getrainde teamleden van de gespecialiseerde eetstoornisteams uitgestuurd worden om andere teams bij te staan bij de opstart van jongeren met een eetstoornis.

Soms is er ook op de plaatsen waar ze terecht komen mét psychiatrische specialisatie in eetstoornissen expertise te kort. Zo kan er omwille van specifieke somatische complicaties bij eetstoornissen nood zijn aan extra pediatische of endocrine expertise.

Liaisonmiddelen blijken zeer goed om de gepaste expertises in te voegen van het psychiatrische én somatische zorg bij eetstoornissen.

5.4. Verdere nodige zorgoptimalisatie ES via FOD

1. Nomenclatuur voor zorgcoördinatie en casemanagement: Het is belangrijk dat een zorgverlener in de omgeving van de patiënt de taak opneemt om zorgcoördinatie over lijnen heen op te volgen ifv goed casemanagement.
2. Terugbetaling van sessies ambulante zorg: basis: 10 sessies psycholoog / 10 sessies diëtist + 2 multidisciplinair overleg met huisarts erbij. Basisenveloppe kan verlengd worden ifv noden en ernst. Internationaal is de aanbeveling 20 sessies bij boulimia nervosa en 40 ambulante sessies bij AN
3. Voorstel supplement voor transitieleeftijd voor A-bedden en uitbreiden van de maximumleeftijd voor K bedden tot 23 jaar.
4. Overgang naar huis: Terugbetaling outreach + Flexibiliteit ivm financiering bedbezetting ifv flexibele overgang naar huis.
5. Nomenclatuur expertadvies derdelijnsspecialist aan ambulante zorgverstrekkers
6. Voorstel 10 HIC eetstoornissen (voorstel conventie // FOR-K)
7. Kwaliteitseis : familie-reflex : inventariseren noden familie in behandelplannen patiënt en expliciteren van het aanbod voor familie (zowel ambulante als residentieel traject)

5.5. Verdere nodige zorgoptimalisatie ES via Regionale overheden

1. Organisatie van een verwijzingslijn op regionaal niveau voor ondersteuning van hulpverleners en zorgverleners bij snelle gepaste zorgtoeleiding.
2. Voorstel 1 CGG Antenne ES/provincie als call in functie tweede lijn, en als ondersteuning voor EL + aanbod 2^{de} lijns MFT + zorginnovatie ifv noden regio
3. Activering van alle CGG teams om een zorgaanbod rond eetstoornissen aan te bieden, en dit aanvullend aan de populatiegerichte zorgnoden in het netwerk.
4. Uitwerking zorgcoördinatie eetstoornissen ism integrale jeugdzorg (oa ism eengezinnenplan)
5. Uitwerking per eerstelijnszone van een plan opvang populatienoden eetstoornisproblemen en flexibele 'point of entry' voor directe opvang van zorgnoden
6. Activering van alle eerstelijnspsychologen om eetissues mee te bevragen bij alle jongeren + om kortdurend zorgaanbod te voorzien bij eetvragen en bij milde eetproblemen: zowel individueel, groepsgericht als outreachend voor zorgtoeleiding van zorgmijders

7. Activering 'Eerstelijnspsycholoog gespecialiseerde zorg' om ism de netwerken te zorgen voor snelle zorgopstart voor milde eetproblemen en beginnende eetstoornissen
8. Uitwerken van registratiesysteem voor eetgerelateerde vragen/eetproblemen/eetstoornissen zowel in cgg, ELP, welzijnsdiensten en gespecialiseerde ambulante zorg

Meer info:

An Vandeputte, An.Vandeputte@eetexpert.be, 0496288057

Marie Delhaye, Marie.Delhaye@Erasme.ulb.ac.be, 0475594883

Werkgroep Eetstoornissen COMMGGKJ (2021-2022) :

Marie Delhaye, co-voorzitter FR, An Vandeputte, co-voorzitter NL, Stéphanie Amelii, Tara Berenbaum, Jean-François Cats, Lisa Cornelis, Pieter Cuypers, Isabel De Groote, Lies Depestele, Nele De Schryver, Luc Detavernier, Lisianne Fievez, Katrien Maes, Thierry Mouraux, Laurence Muyshont, Emmanuël Nelis, Katrien Schoevaerts, Yves Simon, Elke Van Roie, Els Vanspauwen, Els Verheyen, Elske Vrieze, Silvia Zammataro, Guillaume Leloc 'h