

De highlights uit de workshops netwerksymposium “Elkaar Beter Vinden”

Workshop 1

Vroegsignalering: wachtverzachters als oplossing voor wachttijden?!

- Zowel verwijzer als zorgverlener vinden dat ze **samen** verantwoordelijkheid moeten dragen voor de overbrugging van de wachttijd.
- Er zijn diverse hoopvolle initiatieven voor ‘wachtverzachters’, zoals een pilotproject in Venlo of de laagdrempelige @ease locaties, onder andere in Heerlen en Maastricht.
- Een wachtverzachter is geen doel. Je wilt eigenlijk dat hetgeen je inzet tijdens de wachtperiode al onderdeel is van de behandeling. Nu is nog onvoldoende duidelijk of wachtverzachters ook effectief zijn.

Workshop 2

Zoeken naar tegenwicht: Hoe kunnen we jongeren meer weerbaar maken tegen social media?

- The Body Project is een preventieve behandeling voor eetstoornissen, al bestaat er ook een versie voor patiënten met een eetstoornis. We hebben gesproken over mogelijke toepassing in Nederland. De behandeling wordt nog niet breed toegepast in Nederland, maar scholen zouden een mooie context zijn. Het protocol is verkrijgbaar in boekvorm en verschillende aanpassingen zijn vrij te downloaden, echter wel in het Engels. Wij hebben zelf een Nederlandse versie, maar dan wel aangepast voor patiënten in derdelijns, specialistische zorg.

- Het slankheidsideaal en de dieetcultuur is in de gehele samenleving aanwezig, ook bij professionals zelf. Wij zelf zijn ook beïnvloed door de media. Kennis hierover bij professionals in de gehele keten kan ervoor zorgen dat zij zich hiervan bewust zijn in hun handelen naar cliënten. Denk bijvoorbeeld aan de manier waarop een arts kan uitleggen wat gezonde en ongezonde voeding is of wat het belang is van afvallen.
- Het gaat niet alleen om het slankheidsideaal. Mannen willen wellicht gespierd zijn. Vrouwen willen er altijd jong uit blijven zien. Ook deze boodschappen in de media kunnen gevaarlijk zijn. The Body Project kent meerdere versies en aanpassingen kunnen zelf ook relatief makkelijk gedaan worden, zodat toepassing bij deze groepen ook mogelijk is.
- Er zijn risico's in de media. Een deelnemer wees op een *challenge* die gaande is op YouTube, waar je 10.000 calorieën eet en verbrandt binnen 1 dag. Hierin wordt eetgestoord gedrag genormaliseerd en door een rolmodel uitgedragen. Dit filmpje staat zeker niet op zichzelf: <https://www.youtube.com/watch?v=bsAAfbtzZ1I>

Workshop 3

Hoe maken we de driehoek (psyche-soma-dietitiek) rond, zodat het rolt?

Wat gaat goed?

- Elkaar actief opzoeken; behandelaars onderling maar ook naar scholen gaan en daar diensten aanbieden
- Via mail met elkaar contact houden
- Samenwerking gespecialiseerde GGZ met het regionale ziekenhuis
- Transmuraal interdisciplinair overleg (kinderartsen, kinder- en jeugdpsychiaters en andere betrokkenen)
- Hulpverleners (zoals een gezinscoach) die bij de huisarts in de praktijk zitten (daar een spreekuur doen)
- Training ouderbegeleiding (bijvoorbeeld inzetten in de wachttijd)

Welke verbeterpunten zien we?

- Bij wie ligt de verantwoordelijkheid in de eerste lijn (ten tijde wachttijd in 2^e lijn)?
- Waar ligt de grens voor behandelen in de eerste lijn? Wanneer moet je doorverwijzen?
- Bekendheid van consultatie, zoals een telefoonnummer of vast moment om vragen te stellen.
- Verminderen van de wachttijden/ wachtlijsten.
- Meer netwerkbijeenkomsten.
- POH GGZ zorg is in iedere regio anders geregeld (Provico zit in regio Venlo).

Workshop 4

Kent u arfid al? Het nieuwe jongetje in de straat?

- **ARFID heeft veel gezichten:** er zijn verschillende profielen (verlies van interesse, sensorische gevoeligheid, en angst voor de gevolgen) en het kan op elke leeftijd voorkomen (en ook ontstaan), bij zowel jongens als meisjes (mannen/vrouwen) en gewicht is geen criterium. Mensen met ARFID kunnen ondergewicht hebben, een 'gezond' gewicht, maar ook overgewicht en obesitas. Laat je niet misleiden; als iemand geen ondergewicht heeft kan er wel degelijk sprake zijn van ondervoeding maar ook van ernstige psychosociale problemen. Het komt ongeveer voor bij 2-3% van de kinderen/jongeren en ongeveer 0.8% bij volwassenen.
- **Comorbiditeit bij ARFID** in de vorm van ASS, ADHD, PTSS of een andere angst- of stemmingsstoornis **hoeft geen belemmering te zijn voor een behandeling.** De behandeling van voorkeur is CGT, aangevuld met andere technieken en/of medicatie. Leeftijd en comorbiditeit kunnen aanleiding geven voor een aanvulling of andere aanpak.

Workshop 5

Preventie en laatsignalering

- Preventie is niet: er vroeg bij zijn
- Angst, pubergedrag en eetstoornissen liggen dicht bij elkaar (in de maatschappij)
 - ⇒ als professional ben je je hiervan bewust en probeer je actief mee te denken met bezorgde burgers
- Op tijd signaleren en met een open blik benaderen staan haaks op elkaar. Als je het niet zeker weet, zoek je iemand die het wel weet.
 - ⇒ “Samen het beste wat we hebben”
- We moeten met z’n allen (professionals, school, ouders) alert zijn welke triggers er worden uitgedragen naar onze jeugd.

Workshop 7

De kracht van K-EET. Samenwerking zoeken op vijf dimensies van een eetstoornis

Aandachtspunten uit de workshop:

- Behoefte aan 1 casemanager die het geheel van behandeltraject overziet.
- Goede afstemming met elkaar is belangrijk.
- Behoefte van cliënt/patiënt zelf is het belangrijkste, hierin ook rekening met de basisbehoefte van autonomie.
- Belangrijk om buiten je eigen takenpakket te kunnen denken.

Ideeën uit de workshop:

- Belangrijk om het netwerk van cliënt/patiënt goed in kaart te brengen en regelmatig te evalueren.
- Meer focus op vergroten gezonde kanten van cliënt/patiënt.