

# Behandel Intensief Thuis bij Eetstoornissen (BITE)

*Een initiatief van K-EET Noord-Holland, uitgevoerd door Levvel,  
Arkin Jeugd & Gezin en GGZ Noord-Holland-Noord*

**Rapportage projectperiode september 2021-december 2023**

## **Opsteller**

Marlies Pol (projectleider, Brighthives)

## **Met bijdragen van**

Nico Beuk (Arkin Jeugd & Gezin)

Natalie Kramp (Arkin Jeugd & Gezin)

Marja Cloo (Arkin Jeugd & Gezin)

Karlijn Wagemakers (Arkin Jeugd & Gezin)

Ber van der Stegen (Levvel)

Omar el Hri (Levvel)

Thessa Mous (GGZ Noord-Holland-Noord)

Linda Duin (GGZ Noord-Holland-Noord)

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding .....	3
2.	Samenvatting .....	4
3.	Ontstaan .....	8
4.	Doel en ambitie.....	9
5.	BITE als interventie .....	11
6.	Resultaten.....	13
7.	Leeropbrengsten .....	16
8.	Advies voor vervolg.....	23

### Bijlagen:

1. Beschrijving werkwijze
2. Beschrijving toolbox
3. Beschrijving chronologisch verloop

## 1. Inleiding

In dit stuk wordt het verloop van het project BITE (Behandel Intensief Thuis bij Eetstoornissen) beschreven. BITE is een initiatief van K-EET Noord-Holland en is uitgevoerd door de ggz-instellingen Arkin Jeugd & Gezin, Levvel en GGZ Noord-Holland-Noord in de periode september 2021 tot en met december 2023. Deze rapportage beschrijft het ontstaan van BITE, de aanleiding en het achterliggende probleem, de doelen en ambities, en de uitvoering.

De rapportage start met een korte samenvatting van alle onderdelen van de rapportage: het ontstaan, de aanleiding en het doel, de uitvoering, de behaalde resultaten en de geleerde lessen. Voor wie hier meer gedetailleerd over wil lezen verwijzen we naar de rest van het rapport. Daarin zetten we na een korte beschrijving van BITE als interventie de resultaten uiteen: hoeveel kinderen en jongeren hebben we via BITE behandeld, en wat is er in deze casussen bereikt? Wat kunnen we zeggen over de effectiviteit van BITE? En hoe hebben we ervoor gezorgd dat we binnen BITE instellingsoverstijgend konden samenwerken? We bespreken de belangrijkste opgedane inzichten en geleerde lessen van de afgelopen paar jaar – zowel de knelpunten die we zijn tegengekomen als de werkzame factoren die aanwezig waren. De professionals die deelnamen aan het BITE-team delen hun reflectie op het project en de resultaten, evenals de directies van de deelnemende instellingen. Tot slot wordt het gehoopte vervolg van BITE beschreven.

In de eerste bijlage staat uitgebreid beschreven wat de BITE-interventie is, hoe die er organisatorisch en inhoudelijk uit ziet en tot stand komt, en wat er nodig is om BITE op te zetten. De tweede bijlage is een beschrijving van de ‘toolbox’ die binnen BITE ontwikkeld is: de gereedschapskist die een BITE-professional tot zijn beschikking heeft als hij of zij bij een gezin binnen stapt. De derde bijlage betreft een chronologische schets van het verloop van het project, en bedoeld voor partijen die óók een instellingsoverstijgend project opzetten en willen leren van onze ervaringen.

## 2. Samenvatting

### **Ontstaan**

BITE is een pilot gestart door K-EET Noord-Holland. Tijdens de Covid-19 periode zagen we sterke terugval van eetproblematiek bij bestaande patiënten en toename in ernst van ziektebeelden. K-EET Noord-Holland zag dat het zeer moeilijk was om bepaalde patiëntengroepen in zorg te krijgen en te houden, en achtte het daarom van belang om een BITE-team op te zetten waarin domeinoverstijgend vanuit de jeugd-ggz en de ziekenhuiszorg werd samengewerkt en outreachende zorg werd verleend in de thuissituatie.

### **Doel en ambitie**

Het doel van BITE voor de doelgroep was met name het voorkomen en verkorten van klinische (ziekenhuis)opname, en waar mogelijk het voorkomen of verkorten van dwangvoeding. Voor de regio was het doel o.a. het versterken van de basiszorg door expertise 'naar de voorkant' te brengen en daarin samen op te werken, en te voorkomen dat jongeren verplaatst moesten worden.

### **Hoe zijn we te werk gegaan?**

Voor een uitgebreide beschrijving hiervan verwijzen we naar bijlage 3. Daarin staan ook alle inhoudelijke overwegingen beschreven die geleid hebben tot de inrichting en het ontwerp van BITE zoals het nu staat. Hier volstaat het om te benoemen dat we in deze pilot al doende aan de slag zijn gegaan, waardoor veel factoren nog onduidelijk of onzeker waren aan de start van het project. Wel liepen we al snel in het project aan tegen verschillende mate van ervaring met outreachend werken tussen de instellingen en professionals, waardoor de pilot gestart is met een fase waarin alle drie de organisaties BITE 'als werkwijze' hebben toegepast op hun eigen cliënten, en dat we in de looptijd zijn doorgroeid naar gezamenlijk behandelen.

In de tweede fase vormde BITE een flexibele schil dat zoveel mogelijk aansloot bij het bestaande behandelteam, waarbij de bestaande regiebehandelaar de regie hield. Naast de gedeelde werkwijze en later het gezamenlijk behandelen van cliënten maakten we gebruik van een wekelijkse overlegstructuur voor alle BITE-behandelaren om hun ervaringen te delen, casuïstiek te bespreken en kennis en expertise verder te ontwikkelen.

### **BITE als interventie**

Het BITE-team fungeert als een 'flexibele schil', dat zich aansluit bij een al betrokken team of behandelaar. De BITE-interventie is het opplussen of opschalen van zorg – dat betekent dat bestaande behandelingen gewoon doorlopen. Naast de lopende behandelingen biedt BITE korte, intensieve begeleiding in de thuissituatie. Dit doen we in ongeveer 8 weken, waarbij we werken aan wisselende behandeldoelen. De interventie kan worden ingezet op verschillende momenten in een behandeltraject. BITE is daarbij aanvullend op wat er al is, en wat er al is kan verschillen per cliënt, per regio en per instelling. Dat betekent dat hoe een BITE-interventie er precies uitziet verschilt per casus. De regie blijft liggen bij de betrokken regiebehandelaar, met wie we gedurende het BITE-traject nauw samenwerken.

Een BITE-traject kan bestaan uit het onderzoeken van motivatie en hulpvraag, psycho-educatie, coaching van eetmomenten, en begeleiding van ouders en hen handvatten geven om regie weer terug te pakken en thuis met de eetstoornis om te gaan. Gedurende de BITE-

interventie proberen we ook het bestaande behandelteam meer handvatten te geven over deze onderdelen, zodat het BITE-team weer gerust kan uitvoegen.

## **Resultaten**

In totaal hebben 19 cliënten kunnen profiteren van BITE (in het onderzoek van PI Research zijn tien cliënten gevolgd, dat is het aantal waar zij dossierinformatie van hebben ontvangen). De resultaten van BITE op cliëntniveau zijn positief en optimistisch, zowel voor professionals als voor cliënten en ouders. Cliënten en ouders voelen zich 'vastgehouden' door het outreachend werken, en voelen zich praktisch gesteund tijdens eetmomenten. Cliënten geven echter ook aan dat zij af en toe wel moeite hadden met de inbreuk op hun privacy die een huisbezoek gevoelsmatig doet.

Door ouders wordt expliciet benoemd dat het opstellen van eet-/huisregels en deze als gezin bespreken en toepassen erg helpend is geweest. Meerdere ouders geven aan meer handvatten te hebben gekregen voor hoe zij thuis met de eetstoornis om kunnen gaan. Ook het herhalen van lessen in de praktijk – door herhaalde thuisbezoeken en herhaalde gezamenlijke eetmomenten – zorgt ervoor dat ouders steeds beter gaan begrijpen wat zij kunnen doen tijdens deze momenten. Zowel ouders als cliënten noemen dat zij een duidelijk verschil ervaren in wat BITE doet versus wat er tijdens individuele therapie gebeurt. Soms is herstel van het gewone leven voor gezinsleden een bijkomstig positief effect van BITE. In sommige gezinnen leverde BITE een verbetering in de relatie tussen ouders op.

Wat cliënten en ouders noemen als hinderende factoren in de uitvoering van BITE zijn verschillen in de mate van ervaring van BITE-behandelaren en het ontbreken van een 'klik' die de ouder voelt met de hulpverlener. Uit het onderzoek van PI Research blijkt dat in de tien cliënten die zij hebben gevolgd, vooral doelen gericht op herstel van het eetgedrag behaald worden. Doelen gericht op het herstel van sociaal functioneren worden minder vaak behaald en hier worden ook minder vaak interventies op ingezet.

BITE-behandelaren geven aan dat zij door de huisbezoeken veel meer informatie tot hun beschikking hebben over (de dynamiek binnen) het gezin, zowel rondom eetmomenten als de tijd daarbuiten. Zij hebben meer zicht op hoe de eetstoornis het hele gezin raakt. Door het outreachend werken stimuleer je het toepassen van lessen in de praktijk, zowel door ouders als cliënt. Ook geven BITE-behandelaren aan dat ze veel gehad hebben aan het instellingsoverstijgende aspect van BITE, met name in de MDO's. Door met elkaar te overleggen over casuïstiek en zo kennis en expertise uit te wisselen, waren professionals in staat om te groeien in hun werkzaamheden. Of het instellingsoverstijgend werken voor cliënten en ouders ook meerwaarde heeft gehad, is niet goed zichtbaar geworden in het onderzoek van PI Research.

Naast de resultaten voor cliënten, ouders en professionals zijn er enkele concrete en tastbare resultaten behaald in deze pilot. Zo is de methodiek en werkwijze van BITE organisatorisch, procesmatig en inhoudelijk uitgewerkt. De uitwerking van de werkwijze is ook voor andere organisaties en professionals te benutten, die mogelijk een vergelijkbare werkwijze willen opzetten of hanteren.

Om instellingsoverstijgend cliënten te kunnen behandelen moesten daarnaast enkele juridische randvoorwaarden worden gerealiseerd. Hoewel dit veel tijd heeft gekost hebben we uiteindelijk een samenwerkingsovereenkomst opgesteld (op basis van hoofd- en onderaannemerschap) die een solide basis biedt voor andere instellingsoverstijgende projecten, waarbij behandelaren van meerdere instellingen een cliënt behandelen. We hopen dan ook dat dit inspiratie en input geeft voor andere initiatieven in en buiten onze regio.

### **Leeropbrengsten en werkzame factoren**

Naast de feitelijke resultaten die binnen BITE zijn gerealiseerd, hebben we de afgelopen tweeënhalve jaar ontzettend veel geleerd. Er zijn (hardnekkige) knelpunten geweest, maar ook een hoop (verwachte en onverwachte) werkzame factoren en positieve punten. Hieronder worden de leeropbrengsten en werkzame factoren samengevat.

#### *Leeropbrengsten*

- Vaste instroom aan casuïstiek is nodig bij een project dat al doende wordt ontwikkeld, zonder casussen staat het project stil. Met hele kleine cliëntaantallen blijft het 'ploeteren in de marge', wat in een eerste fase voldoende kan zijn, maar voor het zetten van een volgende stap in het project zijn grotere aantallen nodig.
- Als het hele werkveld kampt met personeelsproblemen, heeft dat ook gevolgen voor een innovatief project in dat veld. In zo'n geval moeten verwachtingen van wat het project kan realiseren, worden bijgesteld.
- Professionals kunnen er (zeker in een innovatief project) baat bij hebben om binnen het project een inhoudelijke kartrekker bij zich te hebben. Zeker als een project door meerdere organisaties wordt uitgevoerd en er niet altijd sprake is van een duidelijke stip op de horizon, kan leiding op inhoud (mogelijk per organisatie) essentieel zijn.
- Het zorgt voor haperingen als een projectplan wordt opgesteld door professionals die niet bij de uitvoering betrokken zijn, of als uitvoerende partijen pas in een te laat stadium het plan kunnen vertalen naar de praktische uitvoering. Het is nodig dat in een vroeg stadium de verwachtingen over de uitvoering van het project op eenzelfde lijn komen, en dat hier ook in de planning en fasering van het project flexibel mee kan worden omgegaan.
- Daarbij is het noodzakelijk dat de randvoorwaarden aanwezig zijn om de doelen te behalen, en om innovatie mogelijk te maken. Dit was binnen BITE niet altijd het geval. Om goed te kunnen innoveren is het nodig dat het innovatieve proces gericht is op het behalen van strategische doelen (of dat het proces gekoppeld is aan de strategie van een organisatie); dat voldoende middelen worden toegewezen om de innovatie mogelijk te maken; dat de innovatie op de juiste manier gemanaged wordt zodat professionals zich kunnen wijden aan het (creatieve) proces; dat zowel management en directie als de werkvloer evenveel betrokken zijn bij en toegewijd zijn aan de innovatie; de innovatie gericht is op het creëren van waarde; en binnen het innovatieve proces ruimte is om continu te leren. Binnen BITE waren niet al deze randvoorwaarden aanwezig.

#### *Werkzame factoren*

- Zeer betrokken en bevlogen professionals: behandelaren die zich aansloten bij BITE werd vanaf het begin af aan verteld dat veel in dit project en in deze werkwijze nog onzeker was; er moest nog veel ontwikkeld worden en daar zouden zij aan bij kunnen

dragen. Alle professionals die bij BITE zijn aangesloten – voor kortere of voor langere tijd – hebben zich met volle kracht ingezet en hun schouders volledig onder dit nieuwe en onzekere project gezet.

- Financiële ruimte om te ontwikkelen en te experimenteren: door de toegekende middelen vanuit BEN en de daarbij opgezette structuur met projectleider en actie-onderzoek was het makkelijker om binnen het project de ruimte te nemen voor leren, ontwikkelen en experimenteren.
- Korte lijntjes tussen projectleider, stuurgroep, behandelteam en K-EET: het BITE-team heeft het als heel positief en effectief ervaren dat er korte lijntjes waren tussen hen als behandelaren: in de MDO's kon worden afgestemd welke interventies zouden worden gedaan bij cliënten, en ook in moeilijker gevallen konden zij in de overleggen snel ruggenspraak organiseren. De projectleider was daarbij zowel aanwezig bij de wekelijkse MDO's als bij de stuurgroepoverleggen en kerngroepoverleggen van K-EET, waardoor zij goed overzicht had en snel verbindingen kon leggen.
- Intensieve samenwerking tussen organisaties en professionals: doordat meerdere organisaties betrokken waren bij dit project en op verschillende lagen intensief contact met elkaar hadden, ontstond een versneld leereffect. Zowel directies als professionals werkten nauw met elkaar samen. Hierdoor was merkbaar dat – voor deze complexe doelgroep die ook voor behandelaren vaak zwaar belastend is – directies én professionals meer risico durfde te nemen in een nieuwe manier van behandelen en voelden ze zich vertrouwd om samen deze werkwijze verder uit te werken en ontwikkelen.

### **Advies voor vervolg**

Alle betrokken partijen bij BITE – zowel directies als professionals als K-EET – geven aan nog veel te zien in een vervolg voor BITE. Een innovatief project als dit tijd kost om op te zetten en goed aan de praat te krijgen, en juist nu er een redelijk uniforme en beschreven werkwijze en toolbox is, is er volgens hen aanleiding om BITE voort te zetten. Dit kan in Noord-Holland, maar we zien er ook heil in om deze werkwijze breder beschikbaar te stellen voor andere instellingen en professionals. Outreachend werken op het gebied van eetstoornisenzorg voor jongeren is nog geen onderdeel van 'standard care', en de beschreven werkwijze en toolbox kan andere organisaties mogelijk helpen om dit ook bij hen op te zetten. Als het gaat om een vervolg voor BITE in Noord-Holland zijn enkele dingen noodzakelijk:

- Commitment van alle betrokkenen: op langere termijn en ook als partijen verschillende rollen innemen. Organisaties moeten van elkaar weten dat het project (strategische) prioriteit krijgt ten behoeve van de continuïteit van het project.
- Financiële mogelijkheden: niet voor elke organisatie is het momenteel mogelijk om kostendekkend BITE uit te voeren zonder subsidie.
- Mogelijkheid van opschaling in casuïstiek en menskracht: dit is noodzakelijk om BITE naar een volgende stap te krijgen.
- Draagkracht binnen de deelnemende organisaties: er moet een kartrekker zijn per organisatie die mogelijkheden neerzet en goed weet uit te voeren.
- Intervisie en overleg op verschillende niveaus: van uitvoerende professionals tot bestuurlijke samenwerking. Op deze manier lukt het ook steeds beter om een gedeelde blik te ontwikkelen op de staat van zorg in de regio en wat ons daarin te doen staat.

### 3. Ontstaan

Om kinderen en jongeren met een (potentiële) eetstoornis steeds eerder te herkennen, beter te begrijpen en eerder en beter te behandelen is gestart met de landelijke Ketenaanpak Eetstoornissen (K-EET), waarin professionals met expertise op het gebied van eetstoornissen samenwerken, kennis uitwisselen en knelpunten in de ketenzorg proberen te identificeren en te verbeteren. In Noord-Holland is in 2020 gestart met het regionale netwerk K-EET Noord-Holland.

In 2021 zagen we een toename in de ernst van zorgvragen van kinderen en jongeren met een eetstoornis. Tijdens de Covid-19 periode zagen we (onder andere door toename van stressoren) terugval van eetproblematiek bij bestaande patiënten en toename in de ernst van ziektebeelden. Dit drukte erg op de bestaande ggz- en ziekenhuiszorg. In Amsterdam was dit bijvoorbeeld terug te zien in de stijging van het aantal dwangvoedingen van 31 in 2019 naar 696 in 2020.

In deze situatie zag K-EET Noord-Holland dat het zeer moeilijk was om bepaalde patiëntengroepen in zorg te krijgen en te houden. Daarom achtte K-EET Noord-Holland het van groot belang om de bestaande intensieve ambulante zorg uit te breiden met een BITE-team (Behandel Intensief Thuis bij Eetstoornissen) waarin domeinoverstijgend vanuit de jeugd-ggz en de ziekenhuiszorg werd samengewerkt en outreachende zorg werd verleend in de thuissituatie. BITE zou een multidisciplinair, instellingsoverstijgend team worden dat intensieve zorg in de thuissituatie zou verlenen. Het idee was om middels BITE de toegenomen dwangvoedingen terug te dringen en klinische opnames te voorkomen of verkorten. Daarbij wilde BITE de expertise in de lokale zorg versterken door samen op te werken.

De gemeenten Amsterdam en Hoorn hebben samen met K-EET Noord-Holland de projectaanvraag voor BITE ingediend bij BEN. Deze is in juni 2021 goedgekeurd. In september 2021 is het project van start gegaan.



## 4. Doel en ambitie

In het oorspronkelijke projectplan was de doelgroep als volgt geschetst:

“Jongeren tot 21 jaar, met een eetstoornis en gecombineerde somatische en psychiatrische diagnose. Er is sprake van co-morbiditeit (ASS, borderline-problematiek, suïcidaliteit, ernstige systeemproblematiek en soms LVB). Bij veel van deze kinderen is een klinische opname niet passend of contraproductief gebleken. Omdat deze kinderen zieker worden van een opname, wil je er eerder bij zijn, voordat klinische opname nodig is. BITE wil voor deze doelgroep veilige zorg op maat in de eigen woonsituatie bieden. Deze woonsituatie kan het eigen gezin zijn, maar ook een pleeggezin, gezinshuis, langdurige behandelplek of (kleinschalige) woongroep.”

Het doel van de inzet van BITE werd als volgt geformuleerd.

Voor de doelgroep was dit:

- Het stabiliseren en verbeteren van de fysieke en mentale gezondheid van de jongere
- Het stabiliseren en verbeteren van de (vervangende) gezinssituatie en het versterken van de handelingsvaardigheid van ouders of andere betrokken opvoeders
- Resocialisatie op het gebied van dagbesteding, netwerkopbouw en vrije tijd
- Het voorkomen van of verkorten van (vrijwillige) klinische (her-)opname in ziekenhuis of ggz
- Het voorkomen of verkorten van dwang en de toediening van dwangvoeding
- Het voorkomen van verplaatsing

Voor de regio was het doel van BITE:

- Het voorkomen van toename van extra bedden als gevolg van toename van de ernst van eetproblematiek
- Het versterken van de basiszorg (wijkteam, thuiszorg, CJG, POH, basis-ggz, jeugd- en opvoedhulp) door expertise ‘naar de voorkant’ te brengen
- Het voorkomen van verplaatsing van jongeren
- Het verminderen van de inzet van zorg vanuit dwang en dwangvoeding
- Het op termijn waar mogelijk terugdringen van het aantal bestaande bedden en/of het terugdringen van de opnameduur (afhankelijk van de uitkomsten van de pilot)

De aanpak die in het projectplan was uitgewerkt beschreef “outreachinge intensief ambulante zorg vanuit een medisch-psychiatrisch kernteam, samengesteld met deskundigen vanuit ziekenhuizen en ggz-instellingen. Het gaat om zorg die ‘opgeplust’ wordt, wanneer de reguliere poliklinische zorg niet toereikend is en behandelresultaten stagneren en klinische opname dreigt. Al lopende diagnostische en behandelinterventies vanuit de betrokken instellingen lopen daarbij zoveel mogelijk door, maar kunnen ook aanvullend ingezet worden vanuit het kernteam BITE.”

Het kernteam zou worden samengesteld uit sociotherapeuten met expertise eetstoornissen/SPV/verpleegkundig specialist, GZ-psycholoog, systeemtherapeut, diëtist, ervaringsdeskundig ondersteuner, kinderarts/internist op afroep, kinder- en jeugdpsychiater op afroep. Het kernteam zou outreachinge zorg bieden in de woonsituatie van het kind met een eetstoornis en diens gezin gericht op eetmanagement, maar ook op stabilisering/

behandeling van (onderliggende) problematiek. Daarbij zou het kernteam direct de al aanwezige hulpverleners betrekken en aansluiten bij het hulpverlenersnetwerk dat er al is. Inzet van zorg zou bestaan uit interventies als FBT, EMDR, CBT-E, MBT, DGT en Geweldloos Verzet.

Het voorstel was om te starten met een BITE-team in het noordelijk deel van Noord-Holland (samenwerking van GGZ Noord-Holland-Noord en het Dijklanderziekenhuis) en een team in het zuidelijk deel van Noord-Holland, inclusief 't Gooi (samenwerking Amsterdam UMC, MPU en Levvel). Daarmee zouden alle jeugdzorgregio's in Noord-Holland worden bestreken. Wanneer nodig zou de zorg vanuit BITE tijdelijk kunnen worden aangevuld met ambulante dwangvoeding, waarvoor het team training zou ontvangen vanuit het kinder-MPU team. Daarnaast zou het kernteam bijdragen aan deskundigheidsbevordering en overdracht van kennis naar bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties en wijkteamorganisaties. Medewerkers vanuit deze organisaties zouden tijdig bij de behandeling worden betrokken, en eerst door de partijen samen uitgevoerd, waarna de professionals uit de basiszorg na afschaling de zorg warm over zouden nemen.

Gelijktijdig met de opzet van het BITE-team zou een begeleidend actie-onderzoek worden gestart, dat uitgevoerd werd door PI Research. PI Research zou gedurende de pilotfase aansluiten bij het project.

## 5. BITE als interventie

In dit hoofdstuk wordt de huidige opzet van BITE als interventie beschreven. Dit betreft een beknopte samenvatting, voor de volledige beschrijving verwijzen we naar bijlage 1 ('Beschrijving werkwijze').

### *Wat is BITE?*

BITE staat voor Behandel Intensief Thuis bij Eetstoornissen. Door intensieve, multidisciplinaire zorg in de thuissituatie te bieden willen we kinderen en jongeren met een eetstoornis – en hun ouders – perspectief bieden, hen de regie teruggeven en handvatten aanreiken om thuis met de eetstoornis om te gaan. Zo kunnen we hopelijk ziekenhuis- en klinische opnames zoveel mogelijk voorkomen of verkorten.

Het BITE-team fungeert als een 'flexibele schil', dat zich aansluit bij een al betrokken team of behandelaar. De BITE-interventie is het opplussen of opschalen van zorg – dat betekent dat bestaande behandelingen gewoon doorlopen. Naast de lopende behandelingen biedt BITE korte, intensieve begeleiding in de thuissituatie. Dit doen we in ongeveer 8 weken, waarbij we werken aan wisselende behandeldoelen. De interventie kan worden ingezet op verschillende momenten in een behandeltraject. BITE is daarbij aanvullend op wat er al is, en wat er al is kan verschillen per cliënt, per regio en per instelling. Dat betekent dat hoe een BITE-interventie er precies uit ziet verschilt per casus. De regie blijft liggen bij de betrokken regiebehandelaar, met wie we gedurende het BITE-traject nauw samenwerken.

### *Hoe ziet een BITE-team eruit?*

In het BITE-team zitten in elk geval voldoende professionals om de huisbezoeken uit te voeren (sociotherapeuten, ggz-agogen, psychologen, orthopedagogen). Naast de outreachende behandelaren is het nodig om te beschikken over expertise in het team waar de behandelaren op kunnen terugvallen indien nodig (kinder- en jeugdpsychiater, GZ-psycholoog, systeemtherapeut, diëtist, kinderarts). Daarnaast is een voorzitter/teamleider van het BITE-team nodig, die de MDO's en overlegmomenten in goede banen leidt. BITE is een systemische interventie in de thuissituatie waarbij de component ouderbegeleiding erg belangrijk is. Het is daarom nodig dat het behandelteam thuis is in systemisch denken en/of Geweldloos Verzet. Ook is het nodig dat de behandelaren thuis zijn in de zorg voor eetstoornissen. Naast kennis en ervaring is ook de bejegening en houding van behandelaren essentieel. Omdat zij in de thuissituatie komen en gezinnen daardoor zich mogelijk kwetsbaar voelen, is het nodig dat zij een persoonlijke, open en eerlijke benadering toepassen.

### *Wanneer kies je voor BITE?*

Een BITE-interventie kan op verschillende momenten in het behandeltraject worden gestart:

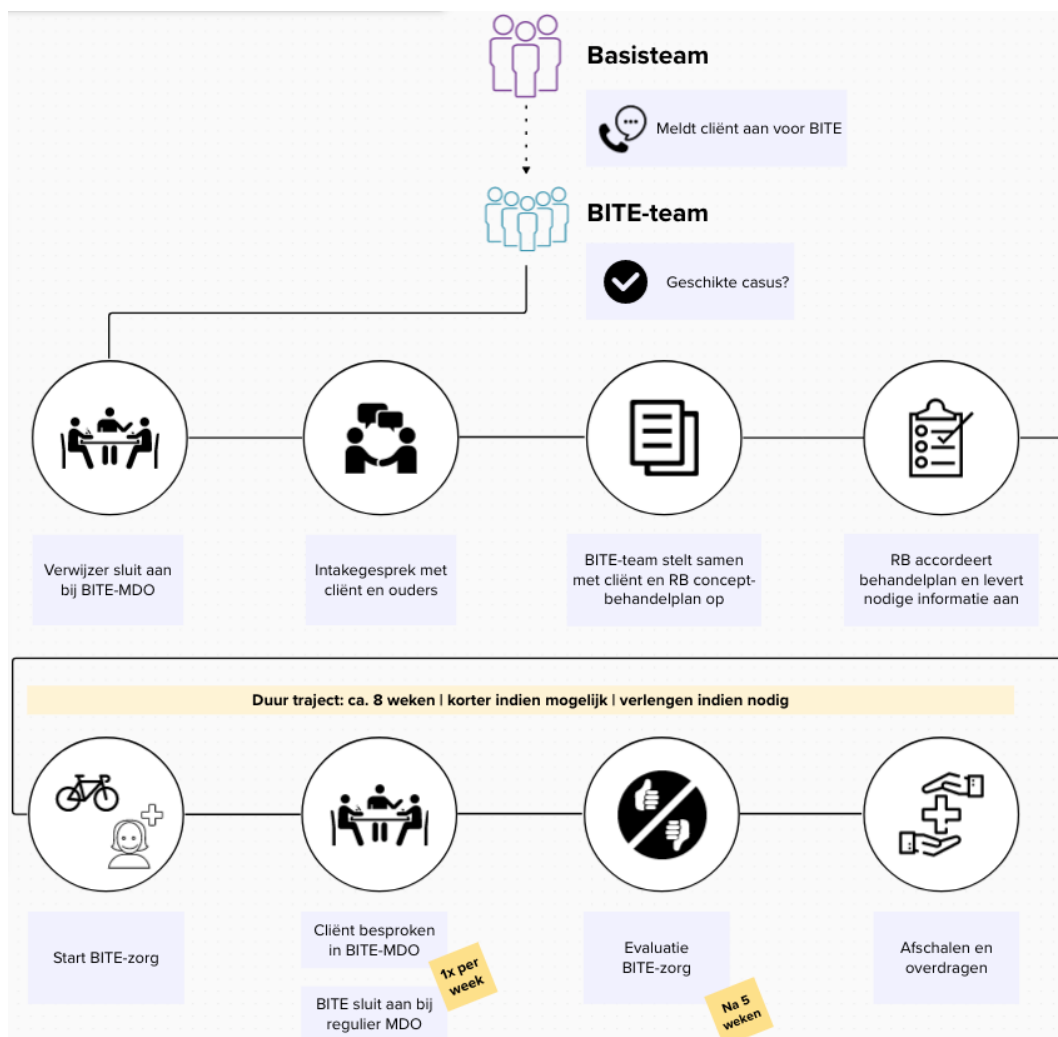
- Vlak na een intake, als met een korte outreachende interventie veel winst kan worden behaald
- Tijdens een lopende behandeling, als die bijvoorbeeld stagneert en opname dreigt
- Na een klinische of ziekenhuisopname om de overgang naar huis te vergemakkelijken en risico op terugval te verkleinen
- Als een casus is vastgelopen

Een BITE-traject duurt ongeveer 8 weken (dit kan in de praktijk wat korter zijn als dat mogelijk is, of juist een keer verlengd worden met nogmaals 8 weken) en kan bestaan uit de volgende onderdelen:

- Onderzoeken van motivatie en hulpvraag
- Psycho-educatie
- Coaching van eetmomenten
- Begeleiding van ouders en hen handvatten geven om regie weer terug te pakken, thuis met de eetstoornis om te gaan

Hoe dat er precies uitziet, wat het BITE-traject exact omvat en welke tools gebruikt worden is afhankelijk van wat de cliënt nodig heeft, welke zorg er al geboden wordt en waar het betrokken behandelteam behoefte aan heeft. Dit wordt door de BITE-behandelaren in nauwe samenwerking met het betrokken behandelteam afgestemd. De doelen van een BITE-traject worden regelmatig besproken met cliënt, (BITE-)behandelaren en regiebehandelaar. Gedurende de BITE-interventie proberen we ook het bestaande behandelteam meer handvatten te geven over deze onderdelen, zodat het BITE-team weer gerust kan uitvoegen. Na afronding van een traject blijft BITE beschikbaar voor consultatie.

In onderstaand schema is het volledige BITE-proces uitgetekend. In bijlage 1 wordt per fase uitvoerig besproken wat per fase precies gebeurt.



## 6. Resultaten

Sinds april 2022 worden via BITE cliënten behandeld. In het oorspronkelijke projectplan was berekend dat er 48 cliënten zouden kunnen worden behandeld. Dit aantal is niet gehaald, zowel vanwege problemen rondom capaciteit en menskracht als vanwege een gebrekkige instroom aan casuïstiek. Ook was het lange tijd onduidelijk voor welke doelgroep BITE wel of niet passend was, en waren de randvoorwaarden voor de uitvoering van BITE niet altijd op orde (zie hiervoor ook hoofdstuk 7 'Leeropbrengsten'). Hierdoor waren de ambitieuze doelen van BITE uit het projectplan niet realistisch. In het rapport van de actie-onderzoekers van PI Research stellen zij dat het in hun onderzoek niet mogelijk is gebleken om uitspraken te doen over resultaten van de effectiviteit of maatschappelijke impact van BITE, gezien het beperkte aantal cliënten. Wel kunnen zij op casusniveau iets zeggen over de bereikte resultaten.

Voor uitgebreide informatie rondom casuïstiek en resultaten verwijzen we dan ook naar het PI-Research rapport. In dit hoofdstuk zullen we wel nader ingaan op de aantallen cliënten die zijn behandeld via BITE, en waar mogelijk iets zeggen over de resultaten die daarbij zijn behaald, zowel voor cliënten en ouders als voor professionals en organisaties. Ook gaan we in dit hoofdstuk in op de andere resultaten van het project, zoals het juridische format voor instellingsoverstijgend samenwerken.

### *Cijfers*

PI Research heeft van tien cliënten dossierinformatie aangeleverd gekregen. Hun rapport is dan ook gebaseerd op gegevens over deze tien cliënten. In totaal hebben echter 19 cliënten kunnen profiteren van BITE. Deze cliënten hebben bijvoorbeeld deelgenomen aan BITE toen de interventie en werkwijze nog weinig uniform en uitgewerkt was, of er is geen dossierinformatie over hen aangeleverd bij PI Research.

### *Resultaten voor cliënten en hun ouders*

De resultaten van BITE op cliëntniveau zijn positief en optimistisch, zowel voor professionals als voor cliënten en ouders. Uit het rapport van PI Research blijkt dat cliënten en ouders zich inderdaad meer gesteund voelen in het outreachend werken, met name doordat zij zich erkend voelen in hun problemen en de belasting die dat voor het gezin oplevert. Ook voelen ze zich praktisch gesteund tijdens eetmomenten, en vinden ze het soms prettig als BITE een vorm van respijtzorg biedt – bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat ouders weer naar hun werk kunnen. Cliënten geven echter ook aan dat zij af en toe wel moeite hadden met de inbreuk op hun privacy die een huisbezoek gevoelsmatig doet, al noemen ze BITE ook een goede stok achter de deur.

Wat voor cliënten vooral helpend is geweest, is het zoeken van verbinding door met de jongere te praten over leeftijdspassende onderwerpen en het inzetten op spanningsreductie door het doen van leuke activiteiten tijdens een BITE-bezoek. Ook het eetmoment samen met behandelaar en ouders was helpend, om met iemand te kunnen praten tijdens een normaal moment in huiselijke setting. Ook geven cliënten aan dat zij beter leren omgaan met spanning rondom eten met andere mensen erbij. Dit werkte vervolgens ook drempelverlagend voor het samen eten met andere mensen, buiten de BITE-behandelaar. Door ouders wordt expliciet benoemd dat het opstellen van eet-/huisregels en deze als gezin bespreken en toepassen erg helpend is geweest. Ouders geven ook aan dat het helpend is om BITE-behandelaren tijdens

eetmomenten in interactie te zien met hun kind, zodat ze van een afstand kunnen kijken naar interactie en gedrag. Meerdere ouders geven aan meer handvatten te hebben gekregen voor hoe zij thuis met de eetstoornis om kunnen gaan. Ook het herhalen van lessen in de praktijk – door herhaalde thuisbezoeken en herhaalde gezamenlijke eetmomenten – zorgt ervoor dat ouders steeds beter gaan begrijpen wat zij kunnen doen tijdens deze momenten.

Ouders vinden het een voordeel dat BITE-behandelaren goed kunnen zien hoe het er thuis aan toe gaat. Zowel ouders als cliënten noemen dat zij een duidelijk verschil ervaren in wat BITE doet versus wat er tijdens individuele therapie gebeurt. Bij BITE ben je veel meer aan het oefenen met handelen in de thuissituatie. Een combinatie van beide vormen van hulp vinden de cliënten en ouders het meest optimaal. Soms is herstel van het gewone leven voor gezinsleden een bijkomstig positief effect van BITE. Een gezinslid kan dan weer naar werk of het gezin eet weer met elkaar aan tafel. In sommige gezinnen leverde BITE een verbetering in de relatie tussen ouders op.

Wat cliënten en ouders noemen als hinderende factoren in de uitvoering van BITE zijn verschillen in de mate van ervaring van BITE-behandelaren en het ontbreken van een ‘klik’ die de ouder voelt met de hulpverlener. Het verloop van een eetstoornis loopt volgens een grillig patroon. Soms moet eerst een dieptepunt (bijvoorbeeld in de vorm van een opname) worden bereikt vóór motivatie voor herstel kan optreden. In BITE hebben we bij enkele cliënten gezien dat dit het geval was; het bleek tijdens het traject bijvoorbeeld eerst slechter met de cliënt te moeten gaan waardoor een ziekenhuisopname in gang gezet zou worden, voordat een cliënt weer besloot te eten; of BITE heeft geleid tot motivatie voor opname in een kliniek in plaats van direct herstel. Een ouder is van mening dat BITE meer kan opleveren wanneer het eerder ingezet wordt, in plaats van als het al heel slecht gaat met het kind.

Uit het onderzoek van PI Research blijkt dat in de tien cliënten die zij hebben gevolgd, vooral doelen gericht op herstel van het eetgedrag behaald worden. Doelen gericht op het herstel van sociaal functioneren worden minder vaak behaald en hier worden ook minder vaak interventies op ingezet.

#### *Resultaten voor professionals en organisaties*

BITE-behandelaren geven aan dat zij door de huisbezoeken veel meer informatie tot hun beschikking hebben over (de dynamiek binnen) het gezin, zowel rondom eetmomenten als de tijd daarbuiten. Zij hebben meer zicht op hoe de eetstoornis het hele gezin raakt. Door het outreachend werken stimuleer je het toepassen van lessen in de praktijk, zowel door ouders als cliënt. Door iets gelijk in de praktijk te kunnen toepassen, is het (verwachte) leereffect groter. Ook geven BITE-behandelaren aan dat ze veel gehad hebben aan het instellingsoverstijgende aspect van BITE, met name in de MDO's. Door met elkaar te overleggen over casuïstiek en zo kennis en expertise uit te wisselen, waren professionals in staat om te groeien in hun werkzaamheden. Ook uit het rapport van PI Research blijkt dat het BITE-team verantwoordelijkheden deelt, partners zijn in de uitvoering, en onderling afhankelijk van elkaar zijn om te komen tot een goed resultaat. Ook vertolken ze volgens het onderzoek gelijkwaardige rollen in het team – allemaal basisvoorwaarden voor een goede samenwerking.

Uit het onderzoek van PI Research blijkt een breed scala aan positieve resultaten dat de BITE-behandelaren hebben gezien tijdens de uitvoering van BITE: herstel van het behandelcontact, ouders die zich meer gesteund voelen, motivatie voor behandeling die toeneemt, minder conflict in het gezin, ouders weten het netwerk beter te betrekken, het normaliseren van het dagelijks leven, stabiliseren van de fysieke en mentale gezondheid, versterken van de handelingsvaardigheden van de opvoeders, herstel op het gebied van dagbesteding, netwerkopbouw en vrije tijd, het voorkomen van dwangvoeding in casussen waarbij herstel optrad en het voorkomen van doorverwijzen naar een andere GGZ-instelling. Ook geven zij aan meer te leren over complexe eetstoornissen en veel te hebben aan het MDO. Omdat BITE slechts een klein onderdeel is van de totale behandeling is niet te zeggen of deze resultaten direct het gevolg zijn van BITE, omdat de overige behandelingen gewoon doorliepen.

### *Toolbox*

Misschien wel één van de belangrijkste resultaten van BITE (ook gezien de lagere instroom van cliënten dan verwacht) is de uitwerking van de methodiek en werkwijze van BITE. Deze is zowel organisatorisch, procesmatig en inhoudelijk uitgewerkt. Hiervoor verwijzen we naar bijlage 1 ('Beschrijving werkwijze') en bijlage 2 ('Beschrijving toolbox'). De uitwerking van de werkwijze is ook voor andere organisaties en professionals te benutten, die mogelijk een vergelijkbare werkwijze willen opzetten of hanteren.

### *Instellingsoverstijgend samenwerken*

Naast de inhoudelijke interventie is gedurende dit project veel tijd besteed aan het mogelijk maken van de interventie. Om instellingsoverstijgend cliënten te kunnen behandelen moesten enkele juridische vraagstukken en randvoorwaarden worden geregeld, waarbij we een balans hebben geprobeerd te slaan tussen een pragmatische doch verantwoorde manier van handelen. Uiteindelijk hebben we een samenwerkingsovereenkomst opgesteld die naar ons idee een solide basis biedt voor andere instellingsoverstijgende projecten, waarbij behandelaren van meerdere instellingen een cliënt behandelen. We hopen dan ook dat dit inspiratie en input geeft voor andere initiatieven in en buiten onze regio.

Binnen BITE is uiteindelijk gekozen voor een hoofd- en onderaannemerschapconstructie. De organisatie waar de cliënt in zorg is, is de hoofdaannemer; als een BITE-behandelaar van een andere organisatie afkomstig is vormt die organisatie de onderaannemer. Naast de overkoepelende samenwerkingsovereenkomst waarin dit uitgangspunt geregeld is, wordt voor elke cliënt waarbij hoofd- en onderaannemerschap van toepassing is een Nadere Opdracht uitgewerkt. Deze documenten zijn als format bijgevoegd in bijlage 1. De belangrijkste afspraken die gemaakt zijn hebben betrekking op:

- Regie
- Klachten
- Dossiervoering
- Privacy en gegevensuitwisseling

Voor al deze onderwerpen is nader uitgewerkt hoe de organisaties zich hiertoe verhouden en wat ze van elkaar verwachten. Inhoudelijk worden deze afspraken verder uiteengezet in bijlage 1 'Beschrijving werkwijze', de samenwerkingsovereenkomst en de Nadere Opdracht.

## 7. Leeropbrengsten

Naast de feitelijke resultaten die binnen BITE zijn gerealiseerd, hebben we de afgelopen tweeënhalve jaar ontzettend veel geleerd. Er zijn (hardnekkige) knelpunten geweest, maar ook een hoop (verwachte en onverwachte) werkzame factoren en positieve punten. In dit hoofdstuk bespreken we zowel de knelpunten als de werkzame factoren, en sluiten we af met een reflectie van de betrokken partijen (zowel behandelaren als directies van de betrokken organisaties). Voor de leeropbrengst rondom casuïstiek en de inhoudelijke interventie, verwijzen we naar het PI-Research rapport.

### *Knelpunten*

Zoals al eerder benoemd was er gedurende de looptijd van het project sprake van enkele hardnekkige, terugkerende of voortdurende knelpunten in de ontwikkeling van BITE. Hieronder worden deze besproken. Sommige knelpunten hangen samen met anderen, en worden dus meermaals benoemd.

### **Gebrek aan (vaste) instroom casuïstiek**

Het aantal cliënten dat uiteindelijk heeft geprofiteerd van BITE (ca. 19 in twee jaar tijd) is beduidend minder dan het beoogde aantal (48 in één jaar tijd). Een vaste aanvoer van casuïstiek bleek één van de hardnekkigste knelpunten. Dit had verschillende oorzaken: voor GGZ NHN was BITE niet veel anders dan hun reguliere werkwijze, waardoor het moeilijk was om cliënten specifiek aan te wijzen voor BITE; Arkin J&G verwees de meest passende cliënten voor BITE gewoonlijk door naar Levvel; en Levvel was naast BITE nog bezig met een grote organisatieverandering die veel interne aandacht vroeg en waardoor BITE lange tijd niet op de radar van de gebiedsteams heeft gestaan. Ook was er gedurende het grootste deel van het project slechts één professional vanuit Levvel aangesloten bij BITE, die het niet kon bolwerken om in zijn eentje BITE kenbaar te maken binnen de hele organisatie.

Leeropbrengst: een vaste instroom van casuïstiek is nodig bij een project dat al doende wordt ontwikkeld, zonder casussen staat het project stil. Met hele kleine cliëntaantallen blijft het 'ploeteren in de marge', wat in een eerste fase voldoende kan zijn, maar voor het zetten van een volgende stap in het project zijn grotere aantallen nodig.

### **Gebrek aan capaciteit en menskracht**

Hierbij aansluitend was een groot knelpunt een hardnekkig capaciteitsprobleem, zowel bij GGZ NHN als bij Levvel. Dit had niet alleen betrekking op BITE maar is een groter probleem in de jeugd-ggz en eetstoornisenzorg, maar had daardoor wel invloed op het aantal professionals dat bij BITE kon aansluiten. Voor professionals was er daarnaast sprake van een voortdurend hoge werkdruk. Voor directies betekende dit dat zij gedwongen werden serieuze afwegingen te maken in waar zij hun personeel op inzetten.

Leeropbrengst: als het hele werkveld kampt met personeelsproblemen, heeft dat ook gevolgen voor een innovatief project in dat veld. Wat er bedacht is in het projectplan kan dan niet altijd op die manier worden uitgevoerd, verwachtingen moeten dan bijgesteld worden.



### **Gebrek aan leiding op inhoud**

Zoals eerder genoemd had het BITE-team al snel behoefte aan een inhoudelijk professional die kon helpen richting bepalen in de ontwikkeling van BITE. Die behoefte was er deels in casuïstiekbespreking, maar zeker ook in het vormgeven en gaandeweg uitwerken van BITE. Er is een tijd een kinder- en jeugdpsychiater van GGZ NHN aangesloten bij BITE en de MDO's (die ook aangesloten was bij K-EET en op die manier ook één van de 'bedenkers' van BITE was), die zowel vanuit haar discipline maar ook met de pet van regiebehandelaar en als 'overstijgende blik' het team op weg kon helpen. Met haar vertrek viel deze rol weg en had het team sterke behoefte aan zo'n inhoudelijk expert of inhoudelijke kartrekker om meer sturing te geven. Gaandeweg merkten we dat dit niet alleen nodig was om de MDO's sturing te geven, maar dat ook binnen elke organisatie zo'n inhoudelijke kartrekker nodig was.

Leeropbrengst: professionals kunnen er (zeker in een innovatief project) baat bij hebben om binnen het project een inhoudelijke kartrekker bij zich te hebben. Zeker als een project door meerdere organisaties wordt uitgevoerd en er niet altijd sprake is van een duidelijke stip op de horizon, kan leiding op inhoud (mogelijk per organisatie) essentieel zijn.

### **Gebrekkige samenhang tussen ideeën, verwachtingen en praktische mogelijkheden**

Eén van de moeilijkheden binnen BITE was het feit dat het oorspronkelijke projectplan was opgesteld door (inhoudelijk experts van) K-EET Noord-Holland, maar uitgevoerd werd door andere professionals en organisaties. Het projectplan was de blauwdruk die was goedgekeurd en gesubsidieerd door BEN, maar de directies van de organisaties die het plan moesten uitvoeren raakten hier pas ná toekenning bij betrokken en konden toen pas hierop reageren. Het projectplan sloot niet direct aan op de context van de verschillende organisaties en bleek niet altijd realistisch. Zo waren er een flink aantal zaken die pas later aan het licht kwamen en behoorlijk veel invloed hebben gehad op de voortgang en planning (zoals de juridische zaken die geregeld moesten worden), maar niet in het projectplan waren voorzien.

De gestelde doelen en ambities in het projectplan (en dus de doelen en ambities waar het verloop van het project op beoordeeld werd) waren torenhoog: het voorkomen van toename van bedden en op termijn terugdringen van aantal bedden in de regio, het versterken van de basiszorg, voorkomen van verplaatsing van jongeren, verminderen van inzet van zorg vanuit dwang en dwangvoeding, het voorkomen en verkorten van opname, het stabiliseren en verbeteren van fysieke en mentale gezondheid, het stabiliseren en verbeteren van de gezinssituatie, en het versterken van handelingsvaardigheid van ouders. In het projectplan waren vier maanden voorbereidingstijd voorzien om de werkwijze, aanmeldroute, samenwerking met basiszorg en andere te betrekken partijen, en de organisatorische en financiële zaken uit te werken. Dit bleek bij lange na niet voldoende, zeker gezien alle andere factoren die dit hinderden (gebrek aan gedeelde visie en plek in strategie voor BITE, beperking in capaciteit, beperkt mandaat voor projectleider binnen organisaties).

Hoewel ambities en doelen wel degelijk hoog mogen zijn, zeker in dit soort innovatieve projecten, hebben we binnen BITE geleerd dat het wel nodig is om overeenstemming te hebben over het doel, de ambities en de visie van een project. Daarbij moeten die doelen en ambities haalbaar zijn en aansluiten bij de praktische mogelijkheden, en de randvoorwaarden om die doelen te behalen moeten kunnen worden gerealiseerd.

Leeropbrengst: het zorgt voor haperingen als een projectplan wordt opgesteld door professionals die niet bij de uitvoering betrokken zijn, of als uitvoerende partijen pas in een te laat stadium het plan kunnen vertalen naar de praktische uitvoering. Het is nodig dat in een eerder stadium de verwachtingen over de uitvoering van het project op eenzelfde lijn komen, en dat hier ook in de planning en fasering van het project flexibel mee kan worden omgegaan. Daarbij is het noodzakelijk dat de randvoorwaarden aanwezig zijn om de gestelde doelen te behalen.

### **Nodige randvoorwaarden voor innovatie niet (altijd) aanwezig**

Er is door alle partijen hard gewerkt aan BITE, maar de randvoorwaarden voor innovatie waren binnen dit project niet altijd op orde. De gestelde ambities waren erg hoog (voorkomen van klinische opname en zelfs verminderen van klinische bedden in de regio), maar het ontbrak aan een gedeelde stip op de horizon (waar werken we naartoe met BITE? Hoe gaat dit eruit zien?) en er waren verschillende ideeën tussen de instellingen, directies, behandelaren en K-EET over wat BITE was en zou moeten zijn. Om innovatie mogelijk te maken zijn de volgende randvoorwaarden nodig:

- Het innovatieve proces moet gericht zijn op het behalen van strategische doelen, of in elk geval gekoppeld aan de strategie van een organisatie;
- Voldoende middelen worden toegewezen om de innovatie mogelijk te maken;
- De innovatie wordt op de juiste manier gemanaged zodat professionals zich kunnen wijden aan het (creatieve) proces;
- Zowel management en directie als de werkvloer zijn evenveel betrokken bij en toegewijd aan de innovatie;
- De innovatie is gericht op het creëren van waarde;
- Binnen het innovatieve proces is ruimte om continu te leren.

Binnen BITE konden niet aan al deze randvoorwaarden worden voldaan. Om te beginnen was het lang niet duidelijk welke plek BITE innam in de *strategie* van de deelnemende partijen. Voor Arkin J&G betekende BITE iets anders dan voor GGZ NHN, en weer wat anders dan voor Level, en deze verschillen werden op een te laat moment pas echt duidelijk en op de meest effectieve manier besproken.

Dit betekende dat de *waarde* die BITE vormde erg verschilde per instelling en per behandelaar. Voor de professionals van GGZ NHN was BITE weinig nieuws ten opzichte van hun reguliere werkwijze, en omdat hun gehoopte meerwaarde (het instellingsoverstijgende samenwerken en delen van expertise en perspectieven rondom de meest ingewikkelde casussen) niet snel te realiseren bleek, viel de meerwaarde van BITE voor hen op een gegeven moment ten dele weg. GGZ NHN bleef toen vooral betrokken door middel van de voorzitter van de MDO's, en door hun bijdrage aan ontwikkeling van de methodiek en werkwijze, maar niet meer in patiëntenzorg.

Ook was het *managen* van de innovatie lastig. De projectleider had geen mandaat en middelen om binnen de verschillende organisaties de nodige zaken te managen en begeleiden, waardoor zij niet direct acties binnen organisaties kon uitvoeren om implementatie van BITE te bevorderen. Binnen de organisaties was er niet altijd de betrokkenheid die nodig was van management om bepaalde zaken mogelijk te maken. Zo gebeurde het dat er in de stuurgroep

op directieniveau wel veel werd geconstateerd en afgesproken, maar dit vervolgens geen opvolging of prioriteit kreeg in de dagelijkse gang van zaken. De projectleider bleef daarin ook afhankelijk van de acties van de stuurgroep en afzonderlijke BITE-leden met beperkte mogelijkheden.

De nodige *middelen* om te innoveren waren ook niet altijd aanwezig. Hoewel er voldoende budget was toegekend vanuit BEN, was het lastig om die financiële middelen om te zetten in capaciteit. Het werven van behandelaren voor BITE bleek voor sommige organisaties lastig (wat ook weer samenhangt met de ervaren of beoogde meerwaarde van het project), en professionals die zich aansloten bij BITE konden niet altijd voldoende tijd *vrijmaken* en *vrijhouden* voor deelname. Dat zorgde ervoor dat wanneer er geen casus in aanloop was, agenda's weer snel gevuld werden met reguliere werkzaamheden, waardoor het weer lastiger werd om casussen die zich aandienden op te pakken of actief 'promotie' te maken voor BITE.

#### *Werkzame factoren*

##### **Zeer betrokken en bevlogen professionals**

Behandelaren die zich aansloten bij BITE werd vanaf het begin af aan verteld dat veel in dit project en in deze werkwijze nog onzeker was; er moest nog veel ontwikkeld worden en daar zouden zij aan bij kunnen dragen. Bij sommige professionals zorgde dit voor nog meer enthousiasme, anderen vonden dit ook wel spannend. Het was bij tijd en wijle behoorlijk ploeteren voor behandelaren – ze moesten gezamenlijk de BITE-interventie ontwerpen en neerzetten, terwijl sommigen nauwelijks ervaring hadden met outreachend werken. Andere professionals werd juist gevraagd om de rest van het team wat meer mee te nemen. En ondertussen was de werkdruk hoog (ook, of met name, in hun reguliere werkzaamheden), de casuïstiek complex en was het voor hen moeilijk om bepaalde knelpunten om te draaien. Toch hebben alle professionals die bij BITE zijn aangesloten – voor kortere of voor langere tijd – zich met volle kracht ingezet en hun schouders volledig onder dit nieuwe en onzekere project gezet. Alle betrokkenen bij BITE spreken vol overtuiging hun bewondering en waardering uit voor de professionals die het echte werk hebben gedaan.

##### **Financiële ruimte om te ontwikkelen en te experimenteren**

Door de toegekende middelen vanuit BEN en de daarbij opgezette structuur met projectleider en actie-onderzoek was het makkelijker om binnen het project de ruimte te nemen voor leren, ontwikkelen en experimenteren. De kennis dat het initiatief werd gedragen en ondersteund, en het niet nodig was om financiers voortdurend te overtuigen van inhoudelijk nut, gaf de uitvoerende partijen veel rust en vertrouwen om zich volledig voor het project in te zetten, maar ook om fouten te mogen maken en daarvan te mogen leren.

##### **Korte lijntjes tussen projectleider, stuurgroep, behandelteam en K-EET**

Het BITE-team heeft het als heel positief en effectief ervaren dat er korte lijntjes waren tussen hen als behandelaren: in de MDO's kon worden afgestemd welke interventies zouden worden gedaan bij cliënten, en ook in moeilijkere gevallen konden zij in de overleggen snel ruggenspraak organiseren. De projectleider was daarbij zowel aanwezig bij de wekelijkse MDO's als bij de stuurgroepoverleggen en kerngroepoverleggen van K-EET, waardoor zij goed overzicht had en snel verbindingen kon leggen.

### **Intensieve samenwerking tussen organisaties en professionals**

Doordat meerdere organisaties betrokken waren bij dit project en op verschillende lagen intensief contact met elkaar hadden, ontstond een versneld leereffect. Zowel directies als professionals werkten nauw met elkaar samen. Hierdoor was merkbaar dat – voor deze complexe doelgroep die ook voor behandelaren vaak zwaar belastend is – directies én professionals meer risico durfde te nemen in een nieuwe manier van behandelen en voelden ze zich vertrouwd om samen deze werkwijze verder uit te werken en ontwikkelen. ‘Je durft meer dan je in eentje als organisatie zou hebben gedaan.’ Het uit de comfort zone stappen wordt door betrokkenen gezien als een succes van het project, en professionals durfden dit aan door de steun en rugdekking die ze elkaar gaven. Ook de behandelaren geven aan heel veel te hebben gehad aan het gezamenlijk overleggen, het samen werken aan casussen, en het delen van ervaringen.

#### *Reflectie*

##### **Arkin J&G**

De directie van Arkin J&G noemt dat voor hen de belangrijkste doelen van BITE waren het organisatieoverstijgend werken, de regionale samenwerking en het van elkaar leren in vernieuwende behandelmethodes in eetstoornissen. In veel andere samenwerkingsprojecten met andere organisaties komen zij dezelfde knelpunten tegen en ze kijken zeer tevreden terug op het uitdokteren van deze vraagstukken en hier goede en werkbare oplossingen voor vinden (met name rondom gegevensdeling en behandelverantwoordelijkheid). Hoewel dit veel tijd kostte, was het uitwerken van deze vraagstukken essentieel om behandelaren met vertrouwen en rugdekking te laten werken in een project als dit.

De regionale samenwerking met Levvel intensiveren was voor hen erg belangrijk; Levvel is een partner waarin ze op heel veel andere delen van zorg samenwerken, wat het een hele natuurlijke en vertrouwde samenwerkingspartner maakt voor een project als dit. Ook het ontwikkelen van de outreachende werkwijze bij eetstoornissen (een werkwijze die voor Arkin onbekend was) beschouwen zij als een zeer positief resultaat van BITE. De inhoudelijke werkwijze en toolbox noemen zij een heel mooi product als uitkomst van de samenwerking.

Het grote overkoepelende doel – het opname voorkomend en verkortend werken – is binnen BITE niet direct behaald, maar zij denken wel dat een hele hoop van het voorwerk is gedaan om uiteindelijk wel deze richting op te gaan. Voor een dergelijk doel denken zij dat twee jaar aan de korte kant is om dit te kunnen realiseren, bij dergelijke innovaties en samenwerkingen kost het gewoon behoorlijk wat tijd voordat er echt een ‘product’ staat. Door eerdergenoemde vraagstukken goed aan te pakken en dergelijk instellingsoverstijgend behandelen op een goede en duurzame manier vorm te geven, zorg je voor een model dat ook in de toekomst bruikbaar is.

Voor de toekomst hopen zij dat de lessen die geleerd zijn in dit project kunnen zorgen voor een versnellend effect in andere projecten, waardoor vergelijkbare gesprekken sneller kunnen worden gevoerd en er een soort blauwdruk voor dergelijke samenwerkingen ontstaat. Op termijn kan dat leiden tot een samenwerkingsmodel dat je ‘op de plank’ hebt liggen en op maat kan maken voor een voorliggend project, zowel binnen als buiten de regio Noord-Holland.

### **Levvel**

De directie van Levvel gaf aan dat BITE destijds precies op het moment kwam waarin de wens vanuit Levvel was om meer naar voren te bewegen en het outreachend werken meer te ontwikkelen binnen de organisatie. Voor Levvel was het van groot belang om te voorkomen dat bepaalde cliënten in een maatwerkconstructie terecht kwamen of met z'n tweeën in een kleinschalige woonvoorziening. Door deze werkwijze te cultiveren was de hoop dat de 'traditionele' manier van zorg voor complexe eetstoornissen wat moderner zou worden en minder gericht op de klinische mogelijkheden. Wel zagen ze in dat dit veel zou vragen van teams en behandelaren: om aan de voorkant opname te voorkomen vraagt een echt intensieve thuis-interventie met meerdere behandelaren.

Tegelijkertijd waren er echter een hoop ontwikkelingen die ervoor zorgden dat het lastig was om de nodige randvoorwaarden te realiseren. Zo was de organisatie bezig met een stevige organisatieontwikkeling, wat veel menskracht en inzet vroeg. De toegenomen complexiteit die zichtbaar was bij eetstoornispatiënten in de afgelopen paar jaar heeft Levvel daarin ook parten gespeeld.

Wel is het outreachende gedachtegoed en de 'beweging naar voren' inmiddels veel meer geïntegreerd binnen Levvel en de professionals. De pieken van de afgelopen jaren door corona lijken voorbij en de organisatieontwikkeling die werd doorgemaakt is ook zo goed als afgerond. Met deze beperkingen uit de weg hoopt Levvel dat in het vervolg het beter lukt om voldoende menskracht te kunnen leveren voor BITE. Een inhoudelijke kartrekker is inmiddels aangesloten vanuit Levvel. De hoop is dat bij een vervolg nog meer het instellingsoverstijgende aspect kan worden doorontwikkeld en BITE ook binnen Levvel een prominentere rol krijgt in het zorgaanbod. Dat vraagt wel eigenaarschap vanuit Levvel, zo benadrukt de directie.

De toegevoegde waarde die Levvel heeft ervaren binnen BITE zit grotendeels in het instellingsoverstijgende aspect en daarin samen optrekken met Arkin J&G in de regio Amsterdam, maar ook de kennis en expertise van GGZ NHN die benut kon worden. In de samenwerking met Arkin J&G merkt Levvel dat deze ook op vlakken en projecten náást BITE inmiddels soepeler loopt. De beschrijving van de werkwijze en de gevulde toolbox is ook een zeer positief resultaat van het project. Ook de overeengekomen hoofd- en onderaannemersconstructie is voor Levvel een grote winst, die hopelijk ook kan worden benut in toekomstige samenwerkingsconstructie.

### **GGZ Noord-Holland-Noord**

De directie van GGZ NHN noemt dat hun verwachting (en verwachte meerwaarde) van BITE aansloot bij hoe het oorspronkelijke projectplan was opgesteld: een provinciaal team dat bijspringt waar nodig, dat dwangvoeding kan geven en waardoor opname voorkomen kan worden. Toen gaandeweg het project bleek dat dit lastig (op korte termijn) te realiseren was – vanwege de verschillende mate van ervaring met outreachend werken en de knelpunten die hardnekkig bleken – was het voor de organisatie nodig om afwegingen te maken in wat zij nog konden investeren in BITE, zeker gezien de krapte en werkdruk waar zij mee kampten. Hoewel BITE dus niet is geworden wat zij er oorspronkelijk van hadden verwacht, zien ze wel enorme meerwaarde in de beschrijving van de werkwijze en toolbox die binnen het project is opgeleverd. Ook de korte lijntjes en (strategische) overleggen die tussen team en directies van organisaties werden gevoerd waren voor hen van grote meerwaarde; op deze manier

gezamenlijk in gesprek blijven over het perspectief op klinische zorg en de beweging die nodig is om te maken in de eetstoornisenzorg was erg waardevol. Het samenwerken met Level en Arkin was op deze manier heel leuk en inspirerend.

### ***BITE-team***

De BITE-professionals geven allemaal aan dat er nog veel onduidelijk was toen zij zich aansloten bij BITE, en hadden daarom dus ook wisselende verwachtingen bij de start. Wel was het instellingsoverstijgende aspect en de outreachende werkwijze voor iedereen van begin af aan duidelijk, en ook waar zij enthousiast van werden. Behandelaren vanuit GGZ NHN – die al ervaring hadden met deze werkwijze – hadden verwacht dat met meer bekendheid binnen de organisaties ook meer vraag zou komen, en de beperkte instroom van casuïstiek was voor hen dus een onverwachte tegenvaller. Zij hadden al ervaring met outreachend werken als mooie aanvulling die gezinnen als heel prettig ervaren, en hadden dus een veel grotere toestroom verwacht.

De professionals noemen als reden daarvoor onder andere dat de cliëntenpopulatie bij Arkin J&G normaal gesproken een wat milder ziektebeeld heeft, en dat ernstigere gevallen naar Level werden doorgestuurd. Dat paadje was zo ‘ingesleten’ dat er niet zomaar oog was voor een alternatief of een zijsprong. Ook zagen zij dat er bij Level veel gebeurde: de personeelstekorten, de organisatieontwikkeling, de teams die het heel zwaar hadden. Dat zorgde ervoor dat BITE niet bij iedereen op de radar stond, omdat men het druk had met de eigen organisatie goed op orde krijgen.

Als meerwaarde van BITE noemen professionals dat er toch best een aantal gezinnen hebben kunnen profiteren van deze vorm, dat meerdere behandelaren hebben gezien wat je kan doen in de thuissituatie, waardoor outreachend werken echt meer op de kaart is komen te staan bij de twee organisaties die dat nog minder in huis hadden. Behandelaren hebben gezien dat ouders het echt hebben gewaardeerd dat zij bij hen thuishkwamen, en dat zij meer sturing ervaren bij bijvoorbeeld eetmomenten. Voor hen als professionals hebben de huisbezoeken ook veel meerwaarde gehad. De gedeelde interventies (die uiteindelijk de toolbox vormden) hebben gezorgd voor meer behandel mogelijkheden; verschillende BITE-professionals geven aan ook in hun reguliere werk nu dingen in te zetten die ze daarvoor niet kenden of niet deden. Ook de meerwaarde van elkaar leren kennen, het samenwerken op cliëntniveau en met meerdere organisaties zo’n project opzetten was voor professionals groot. Bij BITE worden cliënten een gezamenlijk probleem en dat is zeker voor Arkin J&G en Level zeer positief gebleken.

## 8. Advies voor vervolg

Alle betrokken partijen bij BITE – zowel directies als professionals als K-EET – geven aan het zonde te vinden als dit het einde van BITE zou betekenen. Er is overeenstemming over het feit dat een innovatief project als dit tijd kost om op te zetten en goed aan de praat te krijgen, en dat de voorbereidingstijd voorzien in het oorspronkelijke plan van BITE daar te weinig rekening mee had gehouden. Juist nu er een redelijk uniforme en beschreven werkwijze en toolbox is, is er volgens hen aanleiding om BITE voort te zetten. Op dit moment is BITE nog te jong en fragiel om zonder begeleiding door te gaan. Wel zijn hiervoor enkele dingen nodig:

- Commitment van alle betrokkenen – op langere termijn en ook als partijen verschillende rollen in het initiatief innemen. Organisaties moeten van elkaar weten dat het project (strategische) prioriteit en ruimte krijgt zodat de continuïteit van het project gegarandeerd wordt.
- Financiële mogelijkheden – niet voor elke organisatie is het momenteel mogelijk om kostendekkend BITE uit te voeren zonder subsidie. Hier zouden de partijen op bovenregionaal niveau het gesprek over willen voeren.
- Mogelijkheid van opschaling in casuïstiek en menskracht – dit is noodzakelijk om BITE naar een volgende stap te krijgen
- Draagkracht binnen de deelnemende organisaties – er moet een kartrekker zijn per organisatie die mogelijkheden neerzet en goed weet uit te voeren
- Intervisie en overleg op verschillende niveaus: van uitvoerende professionals tot bestuurlijke samenwerking. Op deze manier lukt het ook steeds beter om een gedeelde blik te ontwikkelen op de staat van zorg in de regio, wat ons daarin te doen staat, welke kant we willen dat de zorg op ontwikkeld, en welk onderzoek gestimuleerd en gefaciliteerd moet worden.