

Vergaderjaar 2019–2020

**31 839**

**Jeugdzorg**

**Nr. 725**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 13 mei 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 30 januari 2020 inzake Regionale netwerken voor eetstoornissen in de regio Noord-Holland en Noord (Friesland, Groningen, Drenthe) (Kamerstuk 31 839, nr. 716).

De vragen en opmerkingen zijn op 4 maart 2020 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 12 mei 2020 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,  
De Leau – Kolkman

## **Aanpak eetstoornissen en regionale netwerken eetstoornissen**

### Algemeen, proces en inrichting

*De leden van de fractie van de SP hebben aan de Minister gevraagd om te verduidelijken wanneer in 2020 de pilots starten.*

Beide pilots zijn inmiddels gestart. In zowel de regio Noord-Holland als de regio Noord (Groningen/Friesland/Drenthe) is een procesbegeleider aangesteld die bezig is met de uitvoering van een regioscan, het uitwerken van de bouwstenen van K-EET (landelijke aanpak eetstoornissen) en de opzet en inrichting van het regionale netwerk. De regioscan maakt inzichtelijk op welke punten de regio de aanpak rondom eetstoornissen dient te verbeteren, hoe de bouwstenen van K-eet in de regio worden uitgewerkt en welke partijen worden betrokken om dit uit te voeren. Uiterlijk in de zomer is deze regioscan gereed. Gelijktijdig wordt in de regio gestart met de acties die voortkomen uit de verbeterpunten van de aanpak in de regio.

*De leden van de fractie van de VVD hebben gevraagd op welke wijze een regiefunctie wordt ingericht, waarbij iemand een jongere met een eetstoornis die toch tussen wal en schip dreigt te vallen helpt om binnen een netwerk hulp te krijgen.*

Dat is belangrijk onderdeel van de pilot. Een versterkt regionaal netwerk verbindt professionals, kinderen en ouders zodat er betere afstemming kan plaatsvinden over de zorgvraag en het gemakkelijker is om deskundigheid toe te voegen in plaats van de patiënt door te verwijzen. In elke regio krijgt de kerngroep van professionals binnen het regionaal netwerk de taak om deze regiefunctie in te richten, ondersteund door de inmiddels aangestelde procesbegeleider. De bevindingen en invulling van de regiefunctie binnen de twee regionale netwerken worden gedeeld met de andere regionale netwerken, zodat van de ervaringen kan worden geleerd.

*De GroenLinks-fractie heeft gevraagd om hoeveel jongeren het gaat het in de pilots.*

Dat is lastig om op voorhand te zeggen. In principe moeten de pilots zoveel mogelijk bijdragen aan het verbeteren van de zorg voor alle jongeren die in de betreffende regio te maken krijgen met een eetstoornis. Dit gaat om het voorkomen dat jongeren ziek worden, het bieden van vroegtijdige hulp en hulp voor jongeren met ernstige en complexe problematiek.

*Ten aanzien van het aantal plekken hebben de leden van de fractie van de SP aan de Minister gevraagd hoeveel plekken er gecreëerd worden voor jongeren die deze specialistische zorg nodig hebben.*

In het voorjaar start K-eet met een scan in alle regio's met een overzicht van het ambulante aanbod rondom eetstoornissen. Dit geeft een beeld van eventuele lacunes in het ambulante aanbod. In combinatie met eerder uitgevoerde enquêtes onder kinderartsen en kinder- en jeugdpsychiaters naar de klinische voorzieningen, wordt beoordeeld wat in de regio nodig is aan extra opnameplekken. Daarbij is het streven om alleen tijdelijk extra opname plekken te creëren en vooral te zorgen dat kinderen niet zo ernstig ziek worden. De expertisecentra voor de bredere doelgroep krijgen de taak om de vraag en het aanbod voor jongeren met complexe problematiek in de regio inzichtelijk te maken. En vervolgens te zorgen voor een passend aanbod voor jongeren met complexe problematiek in de regio. Dit geldt ook voor jongeren met een eetstoornis, al dan niet in

combinatie met andere problematiek. Ook wordt ter voorbereiding op de inrichting van de expertisecentra een verkennend onderzoek naar de doelgroep van de expertisecentra uitgevoerd.

*De leden van de fractie van de SP hebben gevraagd aan de Minister of er voldoende zorgverleners zijn om aan de slag te gaan in deze twee regionale expertisecentra.*

Het is bekend dat in verschillende domeinen van zorg een tekort aan hulpverleners is. Met deze vorm van netwerkzorg (regionale netwerken eetstoornissen) wordt gerealiseerd dat zo optimaal mogelijk gebruik kan worden gemaakt van de beschikbare expertise en de capaciteit van zorgverleners. In de regio wordt door professionals die betrokken zijn bij de zorg rondom eetstoornissen, zoals artsen en psychologen, de urgentie voor het verbeteren van de zorg rondom eetstoornissen gedeeld en is er commitment om prioriteit aan deelname aan de regionale netwerken eetstoornissen te geven.

#### Intake en toegang

*Ten aanzien van de intake en toegang hebben de leden van de fracties van de VVD en GroenLinks gevraagd naar aanvullende eisen bij de intake voor de regionale netwerken eetstoornissen. Wordt de ervaren complexiteit van de intake hier ook meegenomen en wordt een bredere intake gedaan dan alleen voor anorexia?*

Een eetstoornis gaat vaak gepaard met andere problematiek. Soms is dat meteen bekend, maar lang niet altijd. Omgekeerd kan een eetstoornis lange tijd niet worden gezien en niet worden besproken. Deze complexiteit van eetstoornis heeft in de praktijk aandacht. Een goede behandelrelatie is enorm belangrijk. In overleg met de jongere en ouders wordt een probleemanalyse gemaakt met daarin aandacht voor de diverse probleem gebieden en de factoren die daarin helpend zijn. Naast een goede behandelrelatie is een versterkt netwerk belangrijk dat mogelijkheden biedt om expertise op maat in te zetten. Dat is precies wat met de regionale netwerken wordt beoogd: niet het doorschuiven van onderdelen van ingewikkelde problematiek, maar zorgen dat de verschillende professionals uit verschillende domeinen, ouders en kinderen met elkaar kunnen afstemmen over de best passende zorg die nodig is voor de jongere.

#### Doelstellingen en resultaten

*De leden van de fractie van de VVD hebben de vraag gesteld hoe het aangedragen doel om op de lange termijn zoveel mogelijk te voorkomen dat kinderen ziek worden binnen de twee pilots wordt opgenomen.*

In de regio Noord is expliciet het accent gelegd op het versterken van vroegsignalering en ambulante behandeling. Zo wordt gekeken hoe online hulp goed kan worden ingebed in het aanbod, omdat veel jongeren hier positieve ervaringen mee hebben. Het veel eerder inzetten van effectieve hulp en hulp in de thuissituatie moet voorkomen dat kinderen ziek worden en opgenomen moeten worden.

In de regio Noord-Holland is het doel om somatische en psychische zorg beter op elkaar te laten aansluiten. Bij een eetstoornis is vaak sprake van aanpalende problematiek. Dit maakt het complex om te behandelen, omdat het lastig is om de problematiek te herkennen en moeilijker is om een effectieve behandeling in te zetten. Het beter samen optrekken tussen somatische en psychische zorg en het gezamenlijk behandelen van de

jongeren moet ervoor zorgen dat voorkomen wordt dat jongeren zieker worden en dat jongeren die ziek worden effectiever worden behandeld.

De leden van de D66-fractie vragen per wanneer de zes beschreven doelstellingen uit de brief gerealiseerd moeten zijn. Deze leden verzoeken de Minister om de tussenevaluatie, wanneer die in juni beschikbaar is, per direct naar de Kamer te sturen. Ook vragen de leden van de D66-fractie om per doelstelling te beschrijven welke criteria of indicatoren worden gebruikt om te toetsen of de doelstellingen worden bereikt en/of resultaten worden geboekt.

Het programma van K-eeet heeft een looptijd van 3 jaar. De activiteiten in het kader van de zes beschreven bouwstenen (routekaart) moeten dan zijn gerealiseerd. Een tussenevaluatie vindt plaats aan het einde van elk jaar. De Kamer wordt geïnformeerd over de tussentijdse uitkomsten.

<b>Bouwsteen</b>	<b>Indicatoren</b>
Bouwsteen 1: regionale netwerken	<ul style="list-style-type: none"><li>– Naadloze overgangen tussen instellingen, afdelingen en hulpverleners.</li><li>– Samenwerking zorgverleners vanuit verschillende domeinen.</li><li>– Samenwerking GGZ en gemeenten.</li><li>– Integraal aanbod van zorg.</li><li>– Integrale behandeling.</li></ul>
Bouwsteen 2: implementatie zorgstandaard en scholing	<ul style="list-style-type: none"><li>– Aantal afnames scholing van professionals uit diverse domeinen.</li><li>– Mate waarin professionals zich geëquipeerd voelen om een eetstoornis te herkennen en te behandelen.</li></ul>
Bouwsteen 3: actueel overzicht behandelaanbod	<ul style="list-style-type: none"><li>– Overzicht kaart voor professionals met een actueel behandelaanbod.</li><li>– In welke mate professionals gebruik kunnen maken van landelijke voorziening voor professionals voor advies en consultatie.</li></ul>
Bouwsteen 4: lerend netwerk dataverzameling.	<ul style="list-style-type: none"><li>– In welke mate systematisch data verzameld wordt om in behandelingen te leren en te verbeteren.</li><li>– In welke mate professionals, jongeren en ouders gebruik kunnen maken van een professioneel datafeedback systeem met ervaringen van jongeren, ouders en effectiviteit van behandelingen.</li></ul>
Bouwsteen 5: realistisch beeldvorming rondom eetstoornissen	<ul style="list-style-type: none"><li>– In welke mate stigmatisering onderdeel uitmaakt van congressen over eetstoornissen.</li><li>– Een meer divers, realistisch en hoopvol beeld over eetstoornissen onder kinderen en jongeren.</li><li>– Samenwerking professionals, patiënten en ervaringsdeskundigen.</li></ul>
Bouwsteen 6: landelijke leidraad bij het voorkomen en toepassen van dwangvoeding	<ul style="list-style-type: none"><li>– In welke mate professionals elkaars expertise kunnen benutten in het voorkomen en toepassen van dwang(s-onde)voeding.</li><li>– Afname van het aantal dwangvoedingen.</li></ul>

De volgende verschillende indicatoren worden door K-eeet gebruikt om te bepalen of resultaten worden geboekt.

*De leden van de D66-fractie vragen aan de Minister wanneer er sprake is van een significante daling. Deze leden lezen dat er over 10 jaar sprake moet zijn van een significante daling van het aantal ernstig zieke, met de dood bedreigde, kinderen en jongeren met een eetstoornis en vragen om nader toe te lichten wanneer sprake is van een significante daling.*

Het is belangrijk om met partijen een doelstelling af te spreken om naar te streven. Zeker voor zo'n moeilijk en belangrijk vraagstuk is het goed om met partijen een stip aan de horizon te bepalen omdat het richting geeft en motiveert om daar samen aan te werken. Vanuit dat perspectief heeft K-EEET het streven naar een significante daling beschreven.

Ten aanzien van die significante daling geeft de stuurgroep K-EET het volgende aan:

- a) het streven om in tien jaar tijd de ernstig zieke kinderen die kampen met anorexia, vaak in combinatie met andere problematiek, sneller en beter te behandelen;  
Om te bepalen of sprake is van een daling is een vermindering van het aantal opnames van kinderen met een eetstoornis een belangrijke indicator. Dit wordt door K-eet gemeten.
- b) het streven naar een afname van het aantal kinderen en jongeren met een eetstoornis dat ernstig ziek wordt, omdat behandelaren een eetstoornis eerder herkennen en beter begrijpen.

Belangrijke indicatoren zijn de mate waarin professionals zich toegerust voelen om een eetstoornis eerder te herkennen en behandelen en de mate waarin kinderen en jongeren met een eetstoornis zich beter begrepen voelen. Ook dit wordt door K-eet onderzocht.

De significante daling is op dit moment niet in cijfers uit te drukken omdat niet bekend is om hoeveel kinderen en jongeren het in de huidige situatie gaat. Daarom is het ook nodig om inzichtelijk te maken hoeveel kinderen en jongeren onder de 18 te maken hebben met een eetstoornis en hoeveel kinderen en jongeren hieraan overlijden. Dit wordt uitgewerkt door K-eet in één van de bouwstenen.

#### Behandeling, kwaliteit en onderzoek

*De leden van de VVD-fractie hebben gevraagd of het klopt dat het uitgangspunt bij de samenwerking binnen de pilots is dat via netwerken patiënten worden vastgepakt en niet worden losgelaten. Zodat patiënten niet te horen krijgen dat ze eerst zoveel moeten aankomen voordat behandeling kan beginnen, dat zij in zo'n fase niet «alleen» worden gelaten.*

Het klopt dat het uitgangspunt binnen de regionale netwerk is dat via samenwerking van professionals uit verschillende domeinen binnen het netwerk patiënten zo goed mogelijk moeten worden geholpen. Dat betekent ook dat patiënten niet worden losgelaten.

Verschillende zorgorganisaties geven aan dat ze geen verantwoorde behandeling kunnen starten als een kind of jongere onder een bepaalde BMI grens komt. Ook zijn er behandelaren en zorgorganisaties die niet goed in staat zijn te komen tot een aanpak van de eetstoornis en de aanpalende problematiek omdat ze hiervoor de deskundigheid niet in huis hebben en ook niet georganiseerd krijgen. Juist daarom is netwerkzorg van belang en een oplossing: organiseer de expertise rond het kind of de jongere in plaats van deelproblemen door te schuiven. Zeker wanneer kinderen of jongeren ernstig ziek zijn, is dat van groot belang. Op een Medisch Psychiatrische Unit (MPU) werken kinderpsychiaters, kinderartsen en psychologen samen aan zorg op maat. Dit kan ook op andere plekken: in de eerste lijn kunnen diëtisten, psychologen en huisartsen, geconsulteerd door een psychiater of kinderarts, zorg op maat bieden. Ieder voor zich kunnen ze de passende zorg niet bieden, gezamenlijk kunnen ze dat echter wel. Ook op de juiste plaats. Vaak worden kinderen liever dichtbij geholpen dan in een ziekenhuis of instelling.

Organisatie en professionals die deel uit maken van het regionale netwerk moeten de bereidheid hebben dit uitgangspunt centraal te stellen en maatwerk mee te helpen organiseren. Participatie in een netwerk door organisaties en professionals is niet vrijblijvend.

*Ten aanzien van de behandelmethodes vragen de leden van de GroenLinks-fractie in hoeverre dwangbehandeling en dwangvoeding onderdeel uitmaken van de behandelmethodes. Ook vragen de leden van de Groenlinks-fractie aan de Minister welk wetenschappelijk onderzoek aan de basis ligt van gebruikte behandelmethodes.*

Een behandeling richt zich op herstel. Ook als dit herstel zich niet voldoende inzet is de behandeling erop gericht om een gedwongen behandeling en het toedienen van dwangvoeding zoveel mogelijk te voorkomen. In specifieke omstandigheden kan het toedienen van dwangvoeding levensreddend zijn en daarmee een onderdeel zijn van de behandeling. Verplichte zorg in de vorm van een dwangbehandeling wordt zo kort als nodig toegepast en er wordt snel mogelijk gekeken hoe verder kan worden behandeld op vrijwillige basis. Verplichte zorg kan alleen worden opgelegd als deze zorg:

- De enige manier is om het ernstig nadeel weg te nemen.
- Proportioneel is (in verhouding staat tot het op te lossen ernstig nadeel).
- Effectief is (resultaat oplevert).

Zorgaanbieders moeten dwangbehandelingen melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De IGJ houdt toezicht op de inzet van verplichte en onvrijwillige zorg.

De gebruikte behandelmethoden zijn beschreven in de Zorgstandaard Eetstoornissen. Dit document beschrijft de gewenste zorg en is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en consensus van professionals in de zorg. De Zorgstandaard Eetstoornissen inclusief de gebruikte wetenschappelijke bronnen is te vinden op: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen>.

*De leden van de fractie van de GroenLinks vragen of er voldoende onderzoek beschikbaar is, gebaseerd op de situatie van jongeren in Nederland of vergelijkbare landen?*

In Nederland wordt door verschillende universiteiten onderzoek op het gebied van eetstoornissen gedaan. Ook wordt samengewerkt met onderzoekers uit omliggende landen, bijvoorbeeld België, Duitsland en Engeland. Er loopt onderzoek over hoe we eetstoornissen beter kunnen begrijpen, denk aan de rol van lichaamsbeleving, de rol van rigide denkpatronen en onderzoek naar de uitkomst van therapie. Ook wordt erfelijkheids- en genetisch onderzoek uitgevoerd en wordt onderzocht of nieuwe interventies de effecten van therapie kunnen verbeteren, bijvoorbeeld met behulp van e-health.

Er is daarnaast ook nog veel onderzoek nodig om te zorgen dat de zorg voor patiënten met een eetstoornis wordt verbeterd. Zo gaat K-eet inzichtelijk maken hoeveel jongeren onder de 18 te maken hebben met een eetstoornis. Ook wordt door K-eet onderzocht wat werkzame elementen zijn in het voorkomen en verminderen van dwangvoeding.

*De leden van de D66-fractie vragen om een actueel overzicht van het aantal kinderen en jongeren met een van de volgende vier groepen van eetstoornissen: boulimia nervosa, anorexia nervosa, de eetbuistoornis en de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis. Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie hoe de mate waarin deze eetstoornissen voorkomen zich verhoudt tot andere landen.*

Er zijn in Nederland geen goede epidemiologische gegevens beschikbaar voor jongeren onder de 18 jaar met een eetstoornis. Daarom gaat K-eet

aan de slag met het verzamelen van gegevens van jongeren onder de 18 jaar met een eetstoornis.

Ten aanzien van de volwassenen zijn er in Nederland ongeveer 200.000 patiënten met een eetstoornis. Eetstoornissen komen in alle lagen van de bevolking voor, bij vrouwen en mannen, bij jonge mensen en volwassenen, maar het meest bij jonge vrouwen. Op basis van verschillende Europese onderzoeken onder de algemene bevolking wordt de life time prevalentie van Anorexia Nervosa (AN) op 1–4% bij vrouwen geschat. De life time prevalentie van boulimia nervosa (BN) is rond 1–2% voor vrouwen. De life time prevalentie van eetbuistoornis (BED) voor vrouwen ligt rond 1–4%. Life time prevalentie is het aandeel van de totaal hoeveelheid vrouwen die op enig moment in hun leven de stoornis krijgen. Voor mannen is het risico op het krijgen van een eetstoornis veel lager en wordt geschat voor anorexia nervosa op 0,16–0,3%, voor boulimia nervosa op 0,1–0,5% en voor de eetbuistoornis op 1–3% onder mannen. Dit gaat dan om het aandeel van de totaal hoeveelheid mannen die op enig moment in hun leven de stoornis krijgen. Gegevens over de prevalentie van vermijdende/restrictieve voedselnamestoornis zijn nog niet beschikbaar<sup>1</sup>.

Er is volgens de experts op het gebied van eetstoornissen geen reden om aan te nemen dat de epidemiologische gegevens over Nederland sterk afwijken van die van andere Europese of geïndustrialiseerde landen.

*De leden van de D66-fractie vragen de Minister hoe de omringende en vergelijkbare landen de behandeling en aanpak van eetstoornissen hebben georganiseerd? Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie in welke mate is er sprake van grote verschillen tussen beleid en resultaten, als het gaat om succesvolle behandelingen van eetstoornissen, al dan niet met andere (psychische) aandoeningen?*

Door onderzoekers en experts op het gebied van eetstoornissen uit verschillende omringende landen wordt onderling veel kennis gedeeld. Ook wordt in Nederland gebruik gemaakt van succesvolle interventies uit het buitenland, zoals bijvoorbeeld de vroeginterventie (VIBE).

Er is geen overzicht beschikbaar over hoe de omringende en vergelijkbare landen de behandeling en aanpak van eetstoornissen hebben georganiseerd. Ik vind het een goede suggestie om te kijken naar de aanpak van omringende en vergelijkbare landen. Daarom wil ik in samenwerking met K-eet een inventarisatie uitvoeren naar de geleerde lessen in de aanpak van eetstoornissen in omringende en vergelijkbare landen en betrekken bij de aanpak van eetstoornissen in Nederland.

*Tevens vragen de leden van de fractie van D66 welke lessen de Minister hieruit mee neemt?*

Ik vind dat we de zorg voor patiënten met een eetstoornis moeten en kunnen verbeteren. Ik herken de analyse van K-eet met de genoemde knelpunten en de lessen die hieruit moeten worden meegenomen, zoals:

- Professionals die werken in de basis gezondheidszorg en 1<sup>ste</sup> lijn zijn onvoldoende geschoold om een eetstoornis te herkennen.
- Geen actueel overzicht van het zorgaanbod.
- Samenwerking tussen verschillende domeinen, zoals somatiek en psychische hulp, komt niet automatisch tot stand. Daarmee onvoldoende mogelijkheden voor gecombineerde behandeling bij comorbiditeit.
- De behandeling van dwangvoeding is onvoldoende geprotocolleerd.
- Patiënten voelen zich onvoldoende gehoord.

<sup>1</sup> <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen>



- Kennis en samenwerkingsverbanden op bovenregionale schaal komt onvoldoende tot stand.

Dit sluit aan op de eerder gesignaleerde knelpunten in het jeugdstelsel, waarbij ik concludeer dat regionale samenwerking nodig is om de kwaliteit en continuïteit van de zorg aan kinderen met complexe problemen en specialistische- en levensbrede vraagstukken beter te borgen.

Ook de lessen uit hierboven toegezegd verkennend onderzoek naar de aanpak van eetstoornissen in omliggende landen betrek ik bij de aanpak van eetstoornissen in Nederland.

*Ten aanzien van de kwaliteit vragen de leden van de fractie van de VVD aan welke criteria de pilots moeten voldoen?*

In de routekaart K-EET is opgenomen dat in de eerste 2 jaar:

- kwaliteitscriteria voor regionale netwerkgroepen zijn opgesteld
- dat voor de regio's inzichtelijk is wat de huidige en gewenste situatie is in termen van voorzieningen, vormen van overleg, zwakke plekken in de keten, scholing en educatie,
- dat een organisatievorm voor de netwerksamenwerking is ingericht en dat er een regionaal overlegplan is opgesteld;
- dat het regionale netwerk overlegt met stakeholders over het aanbod, kwaliteit van het aanbod en hiaten in het aanbod. Stakeholders zijn in dit verband kinderen en jongeren, ouders, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten.

Om te komen tot kwaliteitscriteria van netwerkgroepen put de stuurgroep K-EET onder andere uit de zorgstandaard eetstoornissen. Op basis van de ervaringen in de pilotregio's worden deze criteria aangevuld en/of aangepast. Het gaat onder meer om:

- De patiënt en het gezin ervaren naadloze overgangen tussen instellingen, afdelingen en hulpverleners;
- De patiënt en het gezin ervaart dat zorginstellingen voor zover noodzakelijk samenwerken met welzijnsinstellingen;
- De regiebehandelaar en coördinerend behandelaar zijn op de hoogte van de zorg gegeven door alle betrokken zorgverleners;
- Er is een goede samenwerking tussen GGZ en (samenwerkende) gemeenten gerealiseerd en die bieden de best mogelijke zorg in de wijk;
- De patiënt kan gebruik maken van een integraal aanbod van zorg (o.a. verslavingszorg, ggz, maatschappelijk werk);
- Er wordt gezorgd voor een integrale behandeling die ook gericht is op het opbouwen van sociale relaties en maatschappelijke participatie;

#### Ervaringsdeskundigen

*Ten aanzien van de inbreng van de stuurgroep hebben de leden van de GroenLinks-fractie gevraagd naar de inbreng van andere belanghebbenden, zoals jongeren zelf, ervaringsdeskundigen en ouders. Zijn zij geraadpleegd?*

Ja. Ouders, patiëntenvereniging en ervaringsdeskundigen zijn en worden geraadpleegd. Na het uitkomen van het advies van K-eet hebben dialoogsessies plaatsgevonden met ouders, patiënten en andere betrokkenen. Naar aanleiding daarvan wordt op dit moment een adviesraad samengesteld om tijdens de uitvoeringsfase van de routekaart de inbreng vanuit verschillende perspectieven goed mee te nemen. De



patiëntenvereniging Weet gaat hier onderdeel van uitmaken. Sinds kort is de stuurgroep K-eet uitgebreid met een ervaringsdeskundige.

*De leden van de VVD-fractie hebben gevraagd of ouders van kinderen die 18 worden, betrokken blijven bij de behandelingen.*

Vanaf 16 jaar mogen jongeren zelf beslissingen nemen over hun medische behandeling. Ook hebben de jongeren dan het recht op volledige informatie. Ouders kunnen betrokken blijven bij de behandelingen als jongeren hier toestemming voor geven. Jongeren kunnen hier ook vanwege goede redenen van afzien. Zowel kinder- en jeugdpsychiaters als kinderartsen hebben beleid ontwikkeld hoe om te gaan met jongeren en ouders als ze de leeftijd van 18 jaar bereiken.

## **Regionale expertisecentra gespecialiseerde jeugdhulp**

### Huidige situatie

*De leden van de GroenLinks-fractie hebben gevraagd waar jongeren zich kunnen aanmelden voor de centra die op korte termijn geholpen willen worden.*

Jongeren met een complexe en acute hulpvraag moeten op korte termijn geholpen worden. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van passende hulp. Voor jongeren waar het niet voor lukt om samen met de gemeente passende hulp te vinden, zijn in elke jeugdregio regionale expertteams jeugd opgericht. Deze expertteams pakken complexe zorgvragen uit hun regio op en zoeken samen met jongeren, ouders, gemeenten en aanbieders naar een passende oplossing. Het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) heeft een landelijke ambassadeur oppakken en leren van complexe casuïstiek aangesteld, die ondersteunt in de ontwikkeling van de regionale expertteams en waar zij naar kunnen opschalen als het hen zelf niet lukt om een complexe zorgvraag op te lossen. Het kan dus niet zo zijn dat jongeren met een hulpvraag op korte termijn niet geholpen worden omdat de expertisecentra nog in oprichting zijn. Op langere termijn zullen de expertisecentra de functie van de speciaal ambassadeur overnemen.

### Samenhang inrichting expertisecentra

*De leden van de fractie van de VVD hebben gevraagd hoe het nog te ontvangen advies over een programma van eisen, waar de centra aan moeten voldoen, zich verhoudt tot de inrichting van de twee pilots.*

Door de stuurgroep van K-eet is een analyse gemaakt als onderlegger voor het verbeteren van de aanpak van eetstoornissen. Deze analyse is omgezet in 6 bouwstenen. De uitwerking van de bouwstenen vormen het programma van eisen voor de regionale netwerken eetstoornissen. Op dit moment wordt gewerkt aan het programma van eisen voor de expertisecentra. Dit programma van eisen is een toevoeging en aanvulling op de bouwstenen van K-eet. De stuurgroep van K-eet is nauw betrokken bij de ontwikkeling van de programma van eisen voor de expertisecentra. Ook is de afspraak gemaakt dat de regionale netwerken van eetstoornissen uiteindelijk onderdeel gaan uitmaken van de expertisecentra. Hiermee is een optimale verbinding gemaakt en wordt geborgd dat straks sprake is van één geheel.

## Inhoudelijke diversiteit

*De leden van de fracties van VVD en GroenLinks hebben gevraagd naar de inhoudelijke diversiteit van de netwerken. Waarom is bij de regionale netwerken alleen voor eetstoornissen is gekozen en niet voor andere aandoeningen of multiproblematiek? Ook vragen de leden van de GroenLinks-fractie of de Minister kan garanderen dat de blik binnen deze twee expertisecentra voldoende breed blijft.*

De doelgroep voor de expertisecentra zijn jongeren die te maken hebben met complexe en meervoudige problematiek. Dit gaat om verschillende soorten aandoeningen en over problematiek op verschillende domeinen. Er is gestart met een specifieke focus op eetstoornissen omdat daar al een analyse is gemaakt voor het verbeteren van de aanpak en een structuur aanwezig is. Het is een urgent vraagstuk, waarbij we nu al aan de slag kunnen.

Met K-eet zijn afspraken gemaakt over het op termijn verbreden van de regionale netwerken naar andere aandoeningen. Overigens is het zo dat K-eet zich niet alleen focust op een eetstoornis an sich, maar juist kijkt naar de combinatie van eetstoornissen en andere aandoeningen. Complexe casuïstiek bij eetstoornissen gaat namelijk nooit om de eetstoornis alleen. Daar zijn de bouwstenen van K-eet ook op gericht.

Ondertussen wordt hard gewerkt aan de inrichting van de expertisecentra voor de bredere doelgroep. De inhoudelijke verbreding is één van de belangrijkste eisen in het pakket van programma van eisen dat in ontwikkeling is.

## Financiering

*Ten aanzien van de financiering is door de leden van de fractie van de SP de vraag gesteld of de financiering vanuit het gemeentefonds bekostigd gaat worden of dat het Rijk voor de structurele financiering zorgt.*

Het geld voor de expertisecentra maakt onderdeel uit van de VWS-begroting. Daarmee zorgt het Rijk voor de structurele financiering.

## Pro anorexia

*De leden van de D66-fractie vragen de Minister om te reageren op de berichtgeving over een oproep van eetstoornisexperts van het Centrum tegen Kinderhandel en Mensenhandel (CKM) om te voorkomen dat meer jonge meisjes slachtoffer worden van pro-anorexiacoaches. Voorts vragen zij welke wijze de regionale expertisecentra en bijvoorbeeld de doelstelling om de opbouw van kennis te bevorderen kunnen bijdragen aan de kennis over een aanpak van pro-anorexiacoaches.*

Laat ik voorop stellen dat ik het afschuwelijk vind dat jongeren met een eetstoornis, die al ontzettend kwetsbaar zijn en juist geholpen moeten worden, slachtoffer worden van zogenaamde pro-anorexiacoaches. Samen met K-eet wil ik in ieder geval aan de slag met de twee aanbevelingen die in het rapport van het CKM aan VWS worden gedaan.

1. Het geven van voorlichting aan jongeren om ze te wijzen op de gevaren van pro-ana coaches en weten waar ze terecht kunnen voor hulp. Samen met K-eet en Weet (landelijke patiëntenvereniging voor eetstoornispatiënten) ga ik bekijken hoe we onze krachten kunnen bundelen voor het geven van voorlichting aan jongeren. Denk hierbij aan de inzet van vloggers en het promoten van goede zelfhulpwebsites. Overigens moet gericht en voorzichtig voorlichting worden

- gegeven omdat je wilt voorkomen dat jongeren juist door voorlichting terecht komen op deze gevaarlijke websites.
2. Het versterken van de deskundigheid van professionals. K-eet gaat aan de slag met de implementatie van de zorgstandaard en scholing van professionals. Met K-eet bekijk ik op welke wijze het bewustzijn van het gebruik en de gevaren van pro-anawebsites onderdeel kan uitmaken van dit scholingsplan.

Deze twee acties maken onderdeel uit van de bouwstenen van K-eet en worden verder uitgewerkt in de regionale netwerken van eetstoornissen. In een brief die uw Kamer voor de zomer ontvang kom ik samen met de Minister van Veiligheid en Justitie met een brede beleidsreactie op het rapport van CKM.

### **Proces en inrichting regionale expertisecentra gespecialiseerde jeugdhulp**

*Ook hebben de leden van de fracties van de VVD, GroenLinks en SP gevraagd naar de inrichting, het personeel, het aantal plekken, het aantal jongeren, de tijdslijn en de financiering van de expertisecentra.*

Ik ben samen met de VNG, en veldpartijen hard aan de slag met de inrichting en de organisatie van de expertisecentra. Zoals ik in mijn brief van 30 januari jl. heb toegezegd informeer ik uw Kamer voor de zomer over de voortgang hiervan en beantwoord ik uw vragen hierover.