

Vergaderjaar 2019–2020

**31 839**

**Jeugdzorg**

**Nr. 698**

## **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 november 2019

Na de evaluatie van de Jeugdwet (januari 2018) is op verzoek van de heer Raemakers een apart onderzoek gedaan naar de jeugd-ggz. Kinderen die te maken krijgen met psychische problematiek en hulp nodig hebben, moeten goede passende hulp krijgen, die tijdig beschikbaar is. In deze brief ga ik in op welke wijze ik de jeugd-ggz wil versterken.

Ik ga eerst in op het aanvullend onderzoek naar de jeugd-ggz binnen het nieuwe stelsel van jeugdhulp. Vervolgens belicht ik hoe we het inrichten van de regionale expertisecentra specialistische jeugdhulp gaan vorm geven. Tot slot licht ik het voorstel en advies over een landelijke keten-aanpak voor eetstoornissen voor de komende jaren toe.

### ***Aanvullend onderzoek positie jeugd-ggz***

Over het aanvullend onderzoek naar de evaluatie van de jeugd-ggz binnen het nieuwe stelsel van jeugdhulp<sup>1</sup> heb ik de Kamer geïnformeerd in de brief van 1 juli 2019. In het onderzoek komen vijf hoofdthema's naar voren:

1. De toegang tot de jeugd-ggz: met vragen naar de rol van praktijkondersteuners bij huisartsen en de rol die professionals met expertise in de jeugd-ggz kunnen hebben in lokale teams.
2. Triage bij complexe problematiek: met de vraag of een snelle diagnose mogelijk is.
3. Samenwerking tussen jeugd-ggz, andere jeugdhulpverleners en lokale teams: met vragen naar kennis en erkenning van elkaars expertise, in hoeverre het lukt om jeugdhulp en jeugd-ggz met elkaar te laten samenwerken, (hoe) de volwassen-ggz hierin wordt betrokken en de zichtbaarheid van het lokale team als partij waar ook naar terugverwezen kan worden.

<sup>1</sup> Nivel & NJI 2019, de jeugd-GGZ na de Jeugdwet: een onderzoek naar knelpunten en kansen, bijlage bij Kamerstuk 31 839, nr. 689.

4. Hoog-specialistische jeugd-ggz: met vragen naar hoe lokaal werken vorm krijgt en hoe de terugkeer naar het lokale domein/het lokale team werkt.
5. Leren en het kennismanagement: met vragen in hoeverre er sprake is van lerende praktijken, hoe deze werken en wat de invloed van de druk op het stelsel is als het gaat om het leren.

De afgelopen periode hebben we de uitkomsten van het rapport in diverse bijeenkomsten besproken met ervaringsdeskundigen, professionals, gemeenten, kennispartijen, aanbieders en branche- en beroepsorganisaties. De deelnemers van de bijeenkomsten kunnen zich voor een groot deel vinden in de bevindingen en aanbevelingen uit het rapport, maar men miste ook punten in het rapport. Punten die werden gemist waren bijvoorbeeld: aandacht voor het hele gezin in plaats van alleen de focus op de problematiek van het kind, de aandacht voor het voorkomen van psychische problematiek en concrete oplossingsrichtingen. De perspectieven van cliënten, huisartsen, de jeugdgezondheidszorg, kinderartsen, het onderwijs en de samenwerking tussen de verschillende partijen zijn in de bijeenkomsten besproken. Veldpartijen vroegen hier in reactie op het rapport aandacht voor. Verder ga ik in gesprek met de Nationale Jeugdraad, MIND en leder(in) hoe we ervaringsdeskundigekinderen en ouders meer kunnen betrekken bij de ontwikkelingen binnen de jeugd-ggz.

#### *Follow-up van het onderzoek naar de jeugd-ggz*

Naar aanleiding van het rapport ga ik met de volgende opgaven aan de slag:

- a) Voldoende inhoudelijke jeugd-ggz expertise beschikbaar in de toegang.

Het is belangrijk dat voldoende inhoudelijke jeugd-ggz expertise in de toegang beschikbaar is, zodat kinderen tijdig passende hulp krijgen (onderdeel hiervan is een betere triage). Een betere triage kan ook zorgen voor minder vaak onnodig doorverwijzen naar de specialistische jeugd-ggz. Ik ga hiervoor het volgende doen:

- Dit wordt meegenomen bij de borging van de basisfuncties voor de gemeentelijke toegang tot jeugdhulp (zie hiervoor de brief over een betere organisatie van jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering).
- Het versterken van de inzet van POH-ggz jeugd. Ik ben met gemeenten in gesprek over wat er nodig is om de inzet van de POH-ggz voor jeugdigen te versterken. Ik bekijk met Zorgverzekeraars Nederland en de VNG of we dit vraagstuk kunnen meenemen in de samenwerkingsagenda tussen de VGN en ZN. Daarbij betrek ik de onderzoeksresultaten van een onderzoek van de Universiteit Groningen naar de Praktijkondersteuner Huisarts-Jeugd en het onderzoek «POH jeugd en gezin» door Accare, Molendrift en Karakter<sup>2</sup>.
- Het versterken van werkbaar modellen bij gemeenten. Uit het onderzoeksrapport naar de positie van de jeugd-ggz blijkt het model waarbij de toegang, triage en uitvoering bij één partij worden belegd, waarvan bij de gemeente Utrecht sprake is, goed te werken. Dit model zorgt voor sneller passende hulp en minder doorverwijzingen naar de specialistische jeugd-ggz. Daarnaast zijn er goede voorbeelden van gemeenten die op verschillende wijzen expertise in de toegang borgen, bijvoorbeeld door de inzet van een jeugdarts in het lokale

<sup>2</sup> Universiteit Groningen 2017, «De praktijkondersteuner Huisarts-Jeugd. Een verkennende studie». & Accare, Molendrift, Karakter 2019, «POH jeugd en gezin».

team en een specialistisch ggz team dat actief is in een wijk ter ondersteuning van het lokale team. Ik bekijk wat ervoor nodig is om van deze modellen en vormen te leren en gemeenten hierbij te ondersteunen. Zo wordt door het kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie gewerkt aan een overzicht van de verschillende varianten van ondersteuning in het voorveld, en kennis over signalering en triage richting de specialistische jeugd-ggz.

- b) De inzet van specialistische jeugd-ggz en de samenwerking tussen specialistische jeugd-ggz en lokale teams (keten) wil ik beter benutten met de inrichting van regionale expertisecentra specialistische jeugdhulp (zie paragraaf hieronder).
- c) Informatie om te kunnen sturen en leren.

In het rapport bevelen de onderzoekers aan om de informatiepositie van de landelijke overheid rondom jeugd-ggz te verbeteren. Daarom wil ik een verkennend onderzoek starten om te kijken welke informatie verzameld moet worden en op welke wijze deze informatie verkregen kan worden. Hierbij wordt rekening gehouden met administratieve lasten en privacyoverwegingen. De kennisinstituten (KJP, NJI en LVB) zijn met elkaar aan de slag om hun websites van eenduidige informatie te voorzien en kennis te bundelen voor professionals en gemeenten rondom integrale specialistische jeugdhulp.

### ***Inrichten van expertisecentra specialistische jeugdhulp***

Juist voor kinderen met complexe en weinig voorkomende problematiek is het belangrijk dat goede hulp tijdig beschikbaar is. Daarom ga ik een aantal regionale expertisecentra voor gespecialiseerde jeugdhulp inrichten. Met het amendement van de leden Westerveld en Klaver<sup>3</sup> wordt in 2020 hier een bedrag van € 11,5 miljoen voor vrijgemaakt om dit te realiseren voor jongeren met meervoudige problemen. Structureel is hiervoor een bedrag van € 26 miljoen gereserveerd. Kern van de complexe problematiek bij kinderen is dat het vaak gaat om het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer aandoeningen of stoornissen bij één persoon (ook wel comorbiditeit genoemd). Denk bijvoorbeeld aan een combinatie van anorexia, autisme en zelfmutilatie. Het is daarom van belang dat de expertisecentra zich richten op meerdere specialismen en het bieden van integrale vormen van jeugdhulp. Het gaat over samenwerking over de domeinen heen, zoals de samenwerking tussen de somatische zorg en de GGZ. Ook moeten de centra bijdragen aan een verbetering in de gehele keten, van basisjeugdhulp tot de zeer gespecialiseerde hulp.

#### *Functies expertisecentra specialistische jeugdhulp:*

- a) *Consultatiefunctie*  
Meervoudige problematiek vraagt om een integrale benadering, de behandeling van meerdere aspecten en onderliggende problematiek. Het expertisecentrum kan advies geven over de toegang, triage, wonen en het in te zetten hulpaanbod op regionaal en lokaal niveau. Het moet gaan om inhoudelijke toetsing en consultatie (bieden van expertise en behandelkennis).
- b) *Intensieve ambulante hulp en beschikbaarheid plekken*  
Het is belangrijk om specialistische ambulante hulpverlening te kunnen bieden. Ik wil dat kinderen zo dichtbij als mogelijk worden geholpen. Het liefst ambulant in de eigen woonomgeving. Wonen/verblijf en behandeling kan los van elkaar worden gezien.

<sup>3</sup> Amendement Westerveld & Klaver, 19 september 2019, Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 7.

Dat kan het steeds maar doorplaatsen voorkomen. Om te zorgen dat kinderen met meervoudige problematiek op tijd goede zorg krijgen, en op de juiste plek, komen bovendien een aantal intramurale plekken in de regio beschikbaar als de kinderen niet elders terecht kunnen. Daar verleent een multidisciplinair team om het kind heen passende zorg onder één dak, zo intensief als nodig is. Daar kan ook flexibel worden omgegaan met de op- en afschaling van zorg.

c) *Kennisfunctie*

Het is belangrijk om kennis en expertise over complexe problematiek te blijven (door)ontwikkelen. Daarnaast moet de ontwikkelde kennis in de praktijk door hulpverleners worden benut (actieleren). Hulpverleners dienen hiervoor te worden opgeleid. Dit gaat ook wat vragen van de invulling van de opleiding van hulpverleners.

Ook moet het gaan om een lerend systeem tussen de verschillende expertisecentra.

Ik ga de inrichting van de expertisecentra gespecialiseerde jeugdhulp samen met betrokken veldpartijen zorgvuldig vormgeven. Ik ben aan de slag met de volgende activiteiten:

- 1) Ik start in 2020 met twee pilots van regionale expertisecentra voor eetstoornissen in twee regio's. Uit deze pilots wil ik lering trekken voor de inrichting van de regionale expertisecentra gespecialiseerde jeugdhulp. Ook bekijk ik de randvoorwaarden voor de uitbreiding van deze pilots voor een bredere doelgroep.
- 2) Ik heb opdracht gegeven tot advies over een programma van eisen waaraan de centra moeten voldoen. Deze opdracht moet in het voorjaar van 2020 afgerond zijn. Het programma van eisen voorziet in de randvoorwaarden voor het verstrekken van de opdracht aan de partij/partijen die de centra gaan inrichten. Dit advies over een programma van eisen komt tot stand door middel van onderzoek en een veldscan. Doel van het onderzoek is om zicht te krijgen op de huidige situatie van de doelgroep en op de gewenste situatie. Doel van de veldscan is om input te krijgen vanuit veldpartijen en zicht te krijgen op hoe de gewenste situatie zich verhoudt tot de huidige analyse van het veld.
- 3) Ik heb een projectstructuur ingericht. De VNG en VWS zijn opdrachtgever van de inrichting van de regionale expertisecentra gespecialiseerde jeugdhulp. Daaromheen is een klankbordgroep met experts georganiseerd die inhoudelijk meedenken en advies geven over de inrichting van de centra.

### **Verbeteren ketenaanpak eetstoornissen**

Ik vind het belangrijk dat we de zorg aan kinderen en jongeren met een eetstoornis, al dan niet in combinatie met een andere (psychische aandoening), verbeteren. Ik wil een structurele verbetering van de gehele keten van zorg voor kinderen en jongeren met eetstoornissen, in het bijzonder voor anorexia nervosa. Een aantal bevlogen zorgprofessionals, tevens experts op het terrein van eetstoornissen (kinder- en jeugdpsychiaters, psychologen, klinieken voor eetstoornissen en kinderartsen) heeft eind januari 2019 een stuurgroep opgericht onder de noemer K-EET (landelijke **ketenaanpak eetstoornissen**). Ik ondersteun deze stuurgroep en heb de stuurgroep gevraagd om te komen met een voorstel en advies voor een landelijke ketenaanpak eetstoornissen voor de komende jaren (zie bijlage 1 en 2)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

*De opgave en doelen K-EET:*

Kinderen, jongeren en volwassenen met een (potentiele) eetstoornis worden steeds eerder herkend, steeds beter begrepen en eerder en beter behandeld. De opgave is uitgewerkt in de volgende doelen:

- 1) op korte termijn de zorg voor hele zieke kinderen verbeteren;
- 2) op langere termijn zoveel mogelijk voorkomen dat kinderen ziek worden;
- 3) de eetstoornissen problematiek en de behandeling ervan van een realistisch frame voorzien.

De doelen zijn uitgewerkt in de volgende bouwstenen voor de komende 3 jaar:

- 1) Regio's kunnen op basis van de actueel best werkzame zorg, van preventie tot en met complexe klinische zorg, beoordelen waar zij moeten ontwikkelen door middel van de versterking van (boven)regionale netwerkzorg. Hieronder vallen onder meer de ontwikkeling van regionale expertisecentra en het opstellen van kwaliteitscriteria ten behoeve van de kwaliteit van deze netwerkzorg.
- 2) Er ligt een fundament waarop de kennis en kunde zich verder kunnen ontwikkelen en vernieuwen door middel van scholing en de zorgstandaard. Hieronder vallen onder andere de ontwikkeling van een scholings- en intervisieplan en het kunnen beschikken over concrete handvatten voor een beleid rondom comorbiditeit voor zorgprofessionals en zorgaanbieders.
- 3) Er is een actueel beeld van het hulpaanbod per regio en landelijk, op basis van een interactieve database.
- 4) Er is een lerend netwerk waarin professionals hun kennis en kunde actueel houden, delen, verspreiden en elkaar op kunnen bevragen door onder andere de invoering van een professioneel feedbacksysteem en complexe casusbespreking.
- 5) Voor kinderen, ouders en gatekeepers (op scholen en in huisartspraktijken) is kennis en kunde beschikbaar ten aanzien van eetstoornissen in de vorm van voorlichting en informatie, begeleiding, behandeling en nazorg. Hieronder vallen onder andere de inzet van ervaringsdeskundigheid en het in kaart brengen van regionale voorlichtingsmiddelen.
- 6) Er ligt een landelijke samenwerkingsafpraak en een behandeltraad rondom de hele zieke kinderen, uitgewerkt door alle relevante partijen. Hieronder valt de ontwikkeling leidraad voorkomen en toepassen van dwang(voeding) bij eetstoornissen en de oprichting van een landelijk expertisenetwerk.

Uiteindelijk moet dit ervoor zorgen dat op de lange termijn, over 10 jaar, er een significante daling is van het aantal ernstig zieke, met de dood bedreigde kinderen en jongeren met een eetstoornis is. Ervaringsdeskundigen, de landelijke patiëntenvereniging (Weet), ex-patiënten en ouders hebben meegedacht bij de uitwerking van het plan. Het plan straalt een enorme ambitie uit om de opgave te bereiken. Ik heb er vertrouwen in dat we met het plan en de uitwerking daarvan belangrijke stappen in de goede richting zetten en dat hiermee uiteindelijk het verschil voor kinderen en jongeren kan worden gemaakt. Daarom ondersteun ik de uitwerking en implementatie van dit plan van harte.

*Tot slot*

Met bovengenoemde plannen en de middelen die hiervoor beschikbaar zijn heb ik er vertrouwen in dat we samen met gemeenten, aanbieders en professionals de kinderen en jongeren die zorg vanuit de jeugd-ggz nodig hebben, passend en tijdig kunnen helpen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
H.M. de Jonge