

**Bijlage 1.**

# **Voorstel en advies uitwerking regionale netwerken K-EET**

**Januari 2020**

## 1. Inleiding: waarom een regionaal netwerk?

Eetstoornisproblematiek bij kinderen en jongeren kan complex zijn en vraagt samenwerking tussen meerdere partijen. Deze samenwerking is van belang om de problematiek, die zich vaak voordoet in combinatie met andere (psychische) aandoeningen, vroeg te herkennen, adequaat te behandelen en te begeleiden en om hierin steeds beter te worden. Dit met het doel dat patiënten minder vaak ernstig ziek worden. Anders gezegd, een netwerk is noodzakelijk voor het beter begrijpen van complexe problematiek en om de zorg te kunnen verbeteren in de gehele keten van preventie en eerstelijnszorg bij beginnende klachten tot derdelijnszorg. In het advies K-EET is daarom opgenomen dat er versterking nodig is van de regionale netwerken ten behoeve van het voortdurend verder ontwikkelen van de zorg voor kinderen en jongeren met (co-morbide) eetstoornisproblematiek. Een bovenregionaal netwerk, waarbij ongeveer 7 netwerken het land kunnen dekken, is het best passend bij het volume van de zorgvraag en de schaal van organisatie. In de komende drie jaar streven we naar sterke netwerken in alle regio's waar experts met elkaar worden verbonden, waaronder professionals en ervaringsdeskundigen.

Sterke regionale netwerken hebben we gedefinieerd aan de hand van de volgende kenmerken:

- ✓ Er is een laagdrempelige toegang voor kinderen, ouders en poortwachters/gatekeepers (op scholen, in huisartspraktijken, kinderartsen, Kindertelefoons, etc.) tot de beschikbare kennis en kunde ten aanzien van eetstoornissen in de vorm van voorlichting en informatie, signaleren, begeleiding, behandeling en nazorg.
- ✓ Er ligt een fundament waarop de kennis en kunde zich verder kunnen ontwikkelen en vernieuwen binnen de gehele keten, inclusief de transitie naar de volwassen zorg en er komt/ is mogelijkheid voor gecombineerde behandeling voor zowel somatiek als psychiatrie op een MPU-KJ.
- ✓ Regio's kunnen beoordelen waar zij moeten ontwikkelen op basis van actueel beschreven werkzame zorg van wat werkt in preventie tot en met wat werkt voor de complexe klinische zorg.
- ✓ Er is een netwerk waarin professionals hun kennis en kunde actueel houden, delen, verspreiden, elkaar bevragen en de mogelijkheid tot het doen van gecombineerde second opinions (psychisch en somatisch) zowel op gebied van eetstoornissen als psychiatrische co-morbiditeit.
- ✓ Er is een actueel beeld van het aanbod per regio en landelijk op basis van een interactieve actuele database.

Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat de regionale netwerken eetstoornissen in visie en werkwijze onderdeel gaan uitmaken van de bovenregionale expertisecentra gespecialiseerde jeugdhulp. Deze regionale expertisecentra gaan zich richten op een bredere doelgroep (amendement Klaver/Westerveld).

## 2. Aanpak

We starten in twee regio's waarin we de kans op succes binnen afzienbare tijd het grootst achten en waar we succesvol leerervaringen op kunnen doen in het versterken van regionale expertisenetwerken. Deze ervaringen kunnen worden benut door andere regio's. Elke regio bouwt binnen nu en twee jaar op basis van de regionale ingrediënten aan een expertisenetwerk en implementeert de doelstelling van K-EET om de problematiek rondom eetstoornissen bij kinderen en jongeren eerder te herkennen, beter te begrijpen en sneller te behandelen en te begeleiden binnen de eigen regionale context. Het leer- en ontwikkelproces waarin dit plaats gaat vinden kan worden versneld met opgedane ervaringen uit andere regio's. Het gaat daarbij niet om het 'uitrollen' van ontwikkelde modellen, maar om regionale netwerkvorming te versnellen door twee succesvolle vormen van leren. Ten eerste door eigen keuzes en doelen te expliciteren, deze vervolgens te evalueren en daarna bij te stellen, en ten tweede door af te kijken bij andere regio's.

Voor de keuze van de eerste twee regio's nemen we de volgende criteria in overweging:

- Impact op patiëntenzorg
- Bereidheid ten aanzien van de leeropdracht
- Draagvlak onder de regionale netwerkpartners
- Aanwezige kennis- en ontwikkelinfrastructuur
- Inschatting duurzaamheid c.q. borging van het netwerk met onderlinge samenwerking binnen diverse instellingen
- Inschatting capaciteit en kwaliteit van verspreiding van ontwikkelde kennis en vaardigheden
- Transitie mogelijkheid naar volwassenzorg
- Beschikbaarheid gecombineerde somatische en psychiatrische zorg, ambulante teams, IHT-team, kliniek, dagkliniek, mogelijkheid tot behandelen co-morbiditeit en behandelen somatiek

### **Impact op patiëntenzorg**

Het regionaal expertisenetwerk laat zien wat de waarde is van het netwerk voor de eindgebruiker, de patiënt en de ouders. Dit is een basisvereiste voor elk netwerk.

### **Leeropdracht**

We focussen in de eerste fase op twee leeropdrachten voor de twee regio's:

- a. De versterking van de samenwerking tussen de psychische en somatische zorg ten behoeve van kinderen en jongeren met een eetstoornis *altijd* in combinatie met eventueel aanwezige andere problemen of stoornissen.

De eerste regio stelt zich ten doel om de samenwerking te versterken tussen psychiatrie en somatiek rondom de toepassing van dwangsondevoeding (implementatie landelijke

leidraad), het behandelbeleid, transitievraagstukken (18+/18-) en vervolgbehandeling in de eerste lijn (combinatie van diëtiëk en psychische hulp).

- b. De versnelling van kennisdeling door middel van scholing en training binnen een regionaal netwerkverband.

De tweede regio stelt zich ten doel om de ambulante (en online) zorgverlening aan kinderen en jongeren met eetstoornissen in combinatie met andere problematiek te versterken, verder uit te bouwen en te verspreiden. Daarnaast wordt in deze regio gewerkt aan de verdere inrichting van het professionele feedbacksysteem.

### **Draagvlak**

De kans op succes is groter wanneer er vanuit een regio draagvlak is om als pilotregio te starten, wanneer er boegbeelden zijn, en wanneer de waarde voor de patiëntenzorg zichtbaar kan worden gemaakt.

### **Kennisinfrastructuur en duurzaamheid van het netwerk (verbinding regionale en landelijke expertisenetwerken)**

De regionale expertisenetwerken verbinden expertise van zorgprofessionals, ervaringsdeskundigen, naasten en wetenschappers rondom complexe problematiek. Het netwerk is gericht op het verzamelen, delen, verspreiden en monitoren van kennis over eetstoornissen, al dan niet in combinatie met andere problematiek.

Netwerkzorg is trending. De praktijk leert dat netwerken net zo snel worden opgestart als dat ze weer verdwijnen. Met K-EET willen we komen tot duurzame netwerken. Regionale netwerken zijn duurzamer wanneer ze verbonden zijn aan een bestaande regionale kennisinfrastructuur binnen een landelijke (coördinatie)structuur. Het gaat om de NAE, topklinische centra met een landelijke functie en – tijdelijk – de stuurgroep K-EET.

We kiezen hier voor de gespecialiseerde (academische) kinder- en jeugdpsychiatrie in combinatie met de academische ziekenhuizen. Daarnaast worden netwerken duurzamer wanneer ze technologische mogelijkheden weten te benutten. Hieronder verstaan we bijvoorbeeld de inzet van e-health, e-learning, e-communities en het inrichten en gebruiken van digitale platforms. De netwerken worden ook duurzamer wanneer zij de kennis van ervaringsdeskundigen weten te benutten, deze is in de regio's onder meer via herstelhuizen voorhanden.

### **Inschatting capaciteit en kwaliteit van verspreiding van ontwikkelde kennis en vaardigheden**

De investering in leren en ontwikkelen moet zo goed en snel mogelijk renderen. Een snelle verspreiding van kennis is een voorwaarde en vergroot de kans op succes. Wetenschappelijk onderzoek is hierin onmisbaar.

### 3. Netwerksturing

Voor een goed functionerend netwerk zijn een aantal elementen van belang, waaronder draagvlak door de partijen die deelnemen in een regio en de middelen om het netwerk te laten functioneren. Een vorm van sturing is nodig om middelen toe te wijzen, activiteiten te coördineren, inzichten samen te brengen, spelregels vast te stellen en rollen te bepalen. Het betreft hier vooral de sturing vanuit de zorginhoudelijke expertise. De verbinding met de gemeenten (wijkteams/ontwikkelteams) is ook van belang. De sturing moet vooral vanuit zorginhoudelijke expertise vorm gegeven worden. Ook de samenwerking als zodanig vraagt om coördinatie ten aanzien van de te leveren opbrengsten, de informatie en de onderlinge en externe communicatie.

Er kunnen verschillende varianten worden onderscheiden in de sturing (vgl Provan & Kenis, 2007): een variant met onafhankelijke sturing (NAO), waarbij een onafhankelijk ter zake deskundig projectleider samen met het veld het netwerk versterkt. In de andere variant ligt de regierol bij een van de netwerkpartners. In de eerste fase van K-EET zijn met de eerste variant goede ervaringen opgedaan. We starten met deze variant en houden in het verdere verloop van de routekaart een open blik ten aanzien van andere sturingsmogelijkheden.

Als voorwaarden voor het slagen van de samenwerking zien we dat een aantal spelregels van belang zijn:

1. Er is overeenstemming over een of meer grote te behalen doelen in de samenwerking/het netwerk;
2. Het is voor alle partijen duidelijk wat voor iedere partij de “winst” van deelname is;
3. Er zijn afspraken over de voorwaarden waaraan elke partij voldoet, zoals: wie brengt welke professionals in, op wat voor manier wordt met kennis en dus ook met richtlijnen omgegaan, hoe wordt intern en extern informatie gedeeld;
4. Er zijn afspraken over het niet voldoen aan voorwaarde 3 (conflictoplossing). Als aan voorwaarde 3 door een partij niet wordt voldaan, is dat reden de samenwerking met die partij te bespreken.

### 4. Regionaal en landelijk netwerk

De regionale expertisenetwerken worden ondersteund door de landelijke projectgroep K-EET. Daarnaast is de NAE van belang in het opstellen van kwaliteitscriteria voor regionale netwerken. De landelijke projectgroep richt zich in het eerste jaar op een aantal criteria/doelen voor het regionale expertisenetwerk en op een paar randvoorwaarden: het uitvoeren van een regioscan en de inrichting van een datafeedbacksysteem. De regio's expliciteren zelf de keuzes die zij binnen de geboden kaders maken.

### 5. Keuze regio's

Er zijn meerdere regio's die willen starten. De keuze om in twee regio's te starten is in die zin arbitrair, omdat alle regio's binnen twee jaar starten. We willen toewerken naar 7 regio's.

We hebben de keuze gemaakt om in de twee onderstaande regio's te beginnen vanuit de gedachte dat we hier op korte termijn het snelst de regionale expertise kunnen samenbrengen en toegankelijk maken, met impact op de zorg voor patiënten, en op kennisdeling en kennisverspreiding. Dit betekent niet dat andere regio's hoeven te wachten.

## **Regio Noord-Holland**

Onderbouwing keuze Noord-Holland:

- Er zijn reeds veel samenwerkingsverbanden ontstaan, kennis- en ketennetwerken in de regio:
- Met korte lijnen KJP/somatiek, 18 +/18-, de beschikking over een MPU-KJ/MPU, perifere en academische setting
- Betrokkenheid van meerdere GGZ-instellingen o.a. Noord-Holland Noord GGZ, Kenter, Arkin als ook perifere ziekenhuizen/afdeling
- Academisch centrum kinder- en jeugdpsychiatrie met twee universiteiten die geïntegreerd werken binnen de Bascule en Amsterdam UMC
- Betrokkenheid huisartsen, andere partners (diëtisten, ervaringsdeskundigen, psychologen)
- Transitie naar volwassenzorg psychiatrie en somatiek (kindergeneeskunde naar interne geneeskunde) aanwezig (AMC, Novarum), geïntegreerde volwassen en kinder- en jeugd-GGZ in GGZ NHN, Bascule/AMC.
- Groot netwerk in eigen regio en in het land
- Voortrekkersrol o.a. binnen kindergeneeskundige zorg (Voorzitterschap landelijke Werkgroep Eetstoornissen/NVK), uitvoerders enquêtes voor aanbod binnen de kindergeneeskunde en kinder- en jeugdpsychiatrie in het land.
- Van preventie en eerstelijns tot derdelijns zorg aanwezig zowel voor eetstoornissen als voor co-morbiditeit
- Aanwezige kennis en ervaring met second opinion/consultatieve functie
- Aanwezige kennis en ervaring met dwangvoedingen en wetgeving (Voorzitterschap landelijke dwangvoedingswerkwijze), waarbij ook verpleegkundige teams getraind zijn op de somatische afdeling (Academisch/perifeer), MPU-KJ en Bascule (met ondersteuning vanuit MPU-KJ)
- Samenwerking BOPZ (toekomstige Wet Verplichte GGZ) binnen diverse instellingen met accommodatie
- Enige MPU-KJ, landelijk uit te rollen model
- Jeugdzorg plus voorziening aanwezig met geïntegreerde kinder-psychiatrische zorg o.a. in de Koppeling.
- Ervaringen met herstelwerkplaatsen en ervaringsdeskundigen bij GGZ NHN.

**Leerdoel:** De versterking van de samenwerking tussen psychiatrie, psychologie en somatiek (psyche&soma) ten behoeve van kinderen en jongeren met een eetstoornis al dan niet in combinatie met andere stoornissen.

Deze pilotregio richt zich op de samenwerking tussen psyche en soma rondom de toepassing van dwangsondevoeding (implementatie landelijke leidraad), het behandelbeleid, transitievraagstukken (18+/18-) en (na)behandelingen in de eerste lijn (combinatie van diëtiëk en psychische hulp).

### **Regio Groningen/Friesland/Drenthe**

Onderbouwing keuze noordelijke regio's:

- Veel kennis en ervaring met het ambulant behandelen van kinderen en jongeren met eetstoornissen en hun ouders;
- Veel kennis en ervaring met het werken in een geografisch breed en minder druk bevolkt gebied dan de randstad;
- Veel kennis en ervaring met e-health; zoals [www.99gram.nl](http://www.99gram.nl) (landelijke werking) en een blended behandelprogramma SMAAKK! (wen gebruik van Jouw Omgeving)
- Samenwerking in een academische werkplaats met onderzoekers van de Rijksuniversiteit Groningen en Universiteit Maastricht op onder meer het gebied van het online behandelprogramma in 99 grams en de e-learning module EDE.
- Gedragen wens door betrokken instellingen kinder- en jeugdpsychiatrie;
- Er zijn al bestaande netwerken die relatief gemakkelijk beter kunnen gaan functioneren;
- Kennis en ervaring met het implementeren van CBT-e en het bijbehorend professioneel feedback systeem.

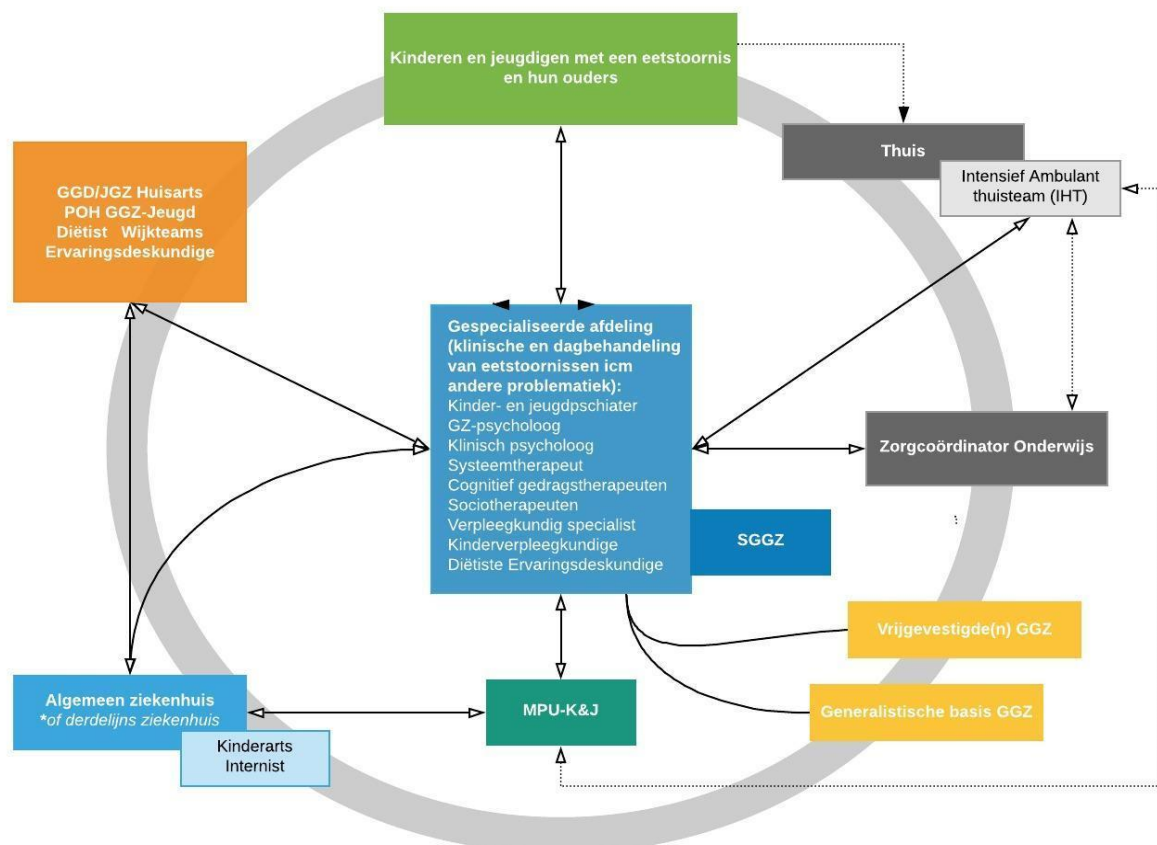
**Leerdoel:** het versterken van de ambulante (en online) hulpverlening aan kinderen en jongeren met eetstoornissen in combinatie met andere problematiek, het verder uitbouwen en verspreiden van kennis hieromtrent en de werking van professionele feedbacksystemen.

## 6. Start en globale aanpak

De start van de globale aanpak zal zijn op 1 februari 2020.

### Globale planning

In welke maand?	Wat is de fase?	Wat wordt opgeleverd?
Januari - februari	Vorbereiding	Regionale netwerk in beeld Boegbeelden in beeld Uitwerking van de doelstelling in een startnotitie Criteria voor netwerken Kick off bijeenkomst
Maart	Start uitvoering	Gedragen regionaal plan Regioscan Dataset
Juni	Eerste tussenevaluatie en feedback (op basis van leerdoelen en criteria)	Bijstelling regionaal plan
Sept	Bepalen vervolg	Uitkomsten regioscan



Figuur 1. Regionaal netwerk