

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3944

Vragen van het lid **De Neef** (VVD) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het advies van de Gezondheidsraad inzake eetstoornissen* (ingezonden 30 juni 2022).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Ooijen** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 8 september 2022). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2021–2022, nr. 3602.

Vraag 1

Bent u bekend met het advies van de Gezondheidsraad «Preventie en vroege behandeling van eetstoornissen», dat 28 juni 2022 is gepubliceerd?¹

Antwoord 1

Ja. Dit advies is op aanvraag van mijn voorganger uitgevoerd en op 1 juli jl. naar uw Kamer gestuurd.

Vraag 2

Hoe oordeelt u over de conclusie van de Gezondheidsraad dat mensen met gevaarlijke eetstoornissen zoals anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuistoornissen en de vermijdende of restrictieve voedselnamestoornis ARFID gemiddeld vier jaar moeten wachten op passende hulp?

Antwoord 2

De Gezondheidsraad geeft aan dat het gemiddeld vier jaar duurt voordat jongeren met een eetstoornis hulp krijgen. Dit heeft echter niet alleen te maken met eventuele wachttijden bij instellingen, maar is ook inherent aan het ziektebeeld. Jongeren erkennen vaak zelf niet (direct) dat ze ziek zijn. En het wordt soms ook niet direct herkend door de buitenwereld (ouders, school, etc.). Daardoor gaat er ook veel tijd voorbij voordat hulp wordt gezocht. Wanneer een eetstoornis eerder erkend en herkend wordt, kan vroegtijdig zorg worden geleverd, waarmee voorkomen wordt dat de problematiek verergerd. De Gezondheidsraad benadrukt in haar advies daarom ook het grote belang van eerder (h)erkennen van eetstoornissen en kennisontwikkeling.

¹ Gezondheidsraad, 28 juni 2022, «Eetstoornissen eerder signaleren en behandelen» (<https://www.gezondheidsraad.nl/actueel/nieuws/2022/06/28/eetstoornissen-eerder-signaleren-en-behandelen>)

De ketenaanpak eetstoornissen (hierna: K-EET) heeft resultaten opgeleverd om bij te dragen aan het sneller en beter bespreekbaar maken van eetstoornissen. Ook hebben zij een aantal producten opgeleverd, zoals de website First Eet kit en een telefoonlijn (K-EETi) waarnaar eerstelijns professionals kunnen bellen om advies te vragen wanneer zij vermoeden dat hun cliënt een eetstoornis heeft. Onder vraag 7 ga ik verder in op de resultaten die K-EET heeft opgeleverd.

De afgelopen jaren is extra geld (€ 50 miljoen) uitgetrokken om de capaciteit voor acute jeugd ggz, waaronder eetstoornissen, te vergroten. Inmiddels is met een deel van de middelen zorgcapaciteit verhoogd en extra personeel aangenomen. Ook worden professionals extra geschoold, bijvoorbeeld op het gebied van eetstoornissen of suïcidaliteit, met als doel betere zorg te bieden en crisis waar mogelijk te voorkomen.

In 2021 heeft het kabinet- naast geld voor de acute jeugd ggz – ook € 255 miljoen extra ter beschikking gesteld om de problemen met wachttijden in de jeugdhulp aan te pakken. Ik ondersteun gemeenten en aanbieders in hun regionale verantwoordelijkheid voor de aanpak van wachttijden. De aanpak is gericht op het creëren van inzicht en overzicht in wachttijden op het niveau van de regio's, zodat zij in staat zijn om te sturen op wachttijden en vooral ook de onderliggende oorzaken daarvan.

Vraag 3

Hoe oordeelt u over het advies van de Gezondheidsraad die stelt dat er een landelijke aanpak moet komen teneinde eetstoornissen vroegtijdig te herkennen en te behandelen?

Antwoord 3

Voor antwoord op deze vraag verwijs ik naar de beleidsreactie op het advies van de Gezondheidsraad die recent is verstuurd naar de Tweede Kamer.

Vraag 4

Bent u het eens dat juist deze mensen zo snel als mogelijk moeten worden behandeld om uit de gevarenzone te komen, of liever nog te blijven?

Antwoord 4

Zoals ik onder het antwoord op vraag 2 aangaf, is het belangrijk dat een eetstoornis tijdig erkend wordt door een jongere en herkend wordt door de omgeving of de zorgprofessionals. Dan kan op tijd hulp worden gezocht, waarmee voorkomen wordt dat een eetstoornis verergerd. Onder vraag 2 heb ik ook aangegeven wat al gedaan wordt te zorgen voor eerdere erkenning en herkenning. De Gezondheidsraad geeft aan dat preventie specifiek gericht op eetstoornissen niet effectief is, en soms zelfs contraproductief. Wel is het goed in te zetten op brede mentale weerbaarheid. Voor de zomer bent u geïnformeerd over de aanpak mentale gezondheid van het kabinet. Deze aanpak richt zich op alle Nederlanders, maar bevat ook acties specifiek voor jongeren, zoals bijvoorbeeld mentaal gezond onderwijs.

Wanneer jongeren professionele hulp nodig hebben, dan is het zeker belangrijk dat zij tijdig passende hulp krijgen. Het verschilt per jongere en per situatie waaruit die hulp kan bestaan. Het Erasmus MC en twee klinieken voor eetstoornissen zijn bijvoorbeeld een pilot (VIBES: vroege interventie bij eetstoornissen) gestart met een nieuwe vorm van vroeg-interventie om ouders van kinderen en jongeren, bij wie recent anorexia nervosa is vastgesteld, op een coachende manier hun kind te helpen herstellen. Wanneer meer of zwaardere hulp nodig is, hebben we helaas te maken met wachttijden, personeelskrapte en – naar het lijkt – een toename van jongeren met een eetstoornis. Deze problemen zijn helaas niet van de ene op de andere dag opgelost. Wel zetten we, zoals ook genoemd onder vraag 2, in op het vergroten van de capaciteit via acute jeugd ggz en het aanpakken van wachttijden.

Vraag 5, 6 en 7

Hoe denkt u over de conclusie van de Gezondheidsraad dat gebrekkige kennis bij jongeren, ouders en professionals, lange wachtlijsten en een versnipperd zorgaanbod hier debet aan zijn?

Hoe verhoudt deze conclusie zich tot de inzet die is gepleegd met de landelijke ketenaanpak eetstoornissen (K-EET) die sinds mei 2021 van kracht is?

Wat heeft deze ketenaanpak tot dusver opgeleverd?

Antwoord 5, 6 en 7

De Gezondheidsraad benoemt een aantal knelpunten in de zorg, zoals het tijdig (h)erkennen van een eetstoornis, beperkte kennis over eetstoornissen in de samenleving en bij zorgprofessionals, de beperkte samenhang in het zorgaanbod en de wachttijden. Dit zijn problemen die ik (gedeeltelijk) ook herken. De Gezondheidsraad baseert zich daarbij o.a. op hoorzittingen met medisch professionals, en op conclusies die door K-EET zijn gesteld en die reden waren voor K-EET tot het doen van een subsidieaanvraag bij VWS. De conclusie van de Gezondheidsraad en de inzet van K-EET hangen daarmee heel nauw samen.

In de beleidsreactie op het advies van de Gezondheidsraad ben ik uitgebreid ingegaan op de inzet die door K-EET gepleegd is en de resultaten die dat tot nu toe heeft opgeleverd.

Eetstoornissen zijn – zoals de GR in haar advies uitleg – om verschillende redenen ingewikkeld. In het antwoord op vraag 2 heb ik al uitgezet hoe we inzetten om wachttijden aan te pakken, maar dat er tegelijkertijd ook onderliggende problemen zijn – zoals personeelskrapte – die lastig direct aan te pakken zijn.

De punten in het advies van de Gezondheidsraad benoemd worden, worden voor een groot deel opgepakt door/met behulp van K-EET.

Ik was eind juni aanwezig op de landelijke werkdag van K-EET en ik was onder de indruk van het hoge aantal professionals en hun betrokkenheid bij het bieden van de juiste zorg aan mensen met een eetstoornis.

Er zijn landelijk dekkende regionale netwerken opgezet, waarin professionals elkaar ontmoeten, casuïstiek wordt besproken en informatie wordt uitgewisseld. Deze zullen na afloop van de subsidie aan K-EET worden geborgd in de bovenregionale expertisenetwerken. Dit draagt eraan bij dat professionals elkaar eerder/vaker spreken en kennis uitwisselen. Door de inzet van K-EET zijn professionals elkaar beter gaan vinden. Om de kennis over eetstoornissen te verbeteren zijn regiobijeenkomsten georganiseerd om de zorgstandaard eetstoornissen beter onder de aandacht te krijgen, juist vanwege de signalen dat die niet altijd voldoende bekend zijn bij professionals. Onder vraag 2 noemde ik al de K-EETi telefoonlijn en de website First EET Kit. Ook deze resultaten zullen geborgd moeten worden wanneer de subsidie van K-EET eindigt. De versnippering wordt daarmee aangepakt.

Het advies van de Gezondheidsraad richtte zich op preventie, vroegherkenning, co-morbiditeit en benodigd onderzoek, en minder op de groep jongeren die kampen met een zware vorm van een eetstoornis. Speciaal om de netwerkzorg voor jongeren met een zware vorm van eetstoornissen te verbeteren is een siilo appgroep opgezet waarin vraag en opnamecapaciteit worden gematcht, en waarin zorgprofessionals elkaar kunnen vinden wanneer zij een opnameplek zoeken.

Vraag 8

Kunt u zorgen voor een laagdrempelige en begrijpelijke handreiking voor (kinder-, jeugd- of huis)artsen, praktijkondersteuners, diëtisten en medewerkers in de specialistische gezondheidszorg (ggz) om tijdig signalen van eetstoornissen te herkennen?

Antwoord 8

Een eetstoornis is complex. Het is daarom lastig een simpele handreiking te maken. Er is bovendien al een GGZ zorgstandaard voor eetstoornissen, die breed draagvlak heeft onder professionals. Het is de vraag of er behoefte is aan nog een extra handreiking. Het heeft mijn voorkeur bestaande en nieuwe kennis goed onder de aandacht te brengen van zorgprofessionals en dit te blijven doen. Dat is o.a. gedaan door middel van de regiobijeenkomsten die ik eerder noemde. Ook de eerder genoemde ontwikkelde website First Eet Kit en de telefoonlijn K-EETi worden onder de aandacht gebracht zodat professionals er (beter) van op de hoogte raken en eerder met de juiste kennis gaan werken.

Vraag 9

Wat kunt u doen om de wachttijd te verkorten voor mensen met gevaarlijke eetstoornissen?

Antwoord 9

Ik vind het belangrijk dat jongeren tijdig passende hulp krijgen, zeker daar waar het een eetstoornis betreft. Zoals eerder genoemd zijn eetstoornissen divers en is vroegtijdige erkenning en herkenning van groot belang om te voorkomen dat een eetstoornis verergerd en er zwaardere hulp nodig is. Daarom wordt ingezet op het verkorten van wachttijden. Dit geldt voor alle vormen van zorg, zie hiervoor mijn antwoorden op vraag 2.