

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

## 200

Vragen van het lid **Uitslag** (CDA) aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Jeugd en Gezin over *aanpak van anorexia*. (Ingezonden 15 juli 2009)

- 1 Kent u de documentaire «Vel over Probleem» van documentairemaakster Jessica Villerius?<sup>1</sup>
- 2 Bent u ervan op de hoogte dat anorexia op dit moment de meest dodelijke ziekte in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is? Onderschrijft u de ernst van dit ziektebeeld? Ziet u daarom de noodzaak van een integrale aanpak?
- 3 Hoe denkt u over de inzet van school- en wijkverpleegkundigen op scholen, huisartspraktijken en GG&GD als het gaat om preventie en vroegsignalering?
- 4 Ziet u naar aanleiding van deze uitzending reden de huisartsen te wijzen op hun verantwoordelijkheid? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?
- 5 Hoe denkt u de vroegtijdige opsporing en behandeling te stimuleren? Ziet u de noodzaak van nieuwe wetenschappelijke kennis omtrent behandeling van mensen

met anorexia? Zo ja, hoe bevordert u die?

- 6 Hoe bevordert u het structureel delen van informatie over wachtlijsten en open plekken in klinieken en ziekenhuizen?
- 7 Hoe zet u aan tot het delen van best practices met betrekking tot eetstoornissen en anorexia in het bijzonder, tussen klinieken en deskundigen onderling?
- 8 Is de huidige DBC-labeling, «DBC overige» voldoende om ervoor te zorgen dat de hulpverlening voldoende alert is op dit ziektebeeld en er sprake is van een effectieve behandeling?
- 9 Bent u ervan op de hoogte dat uit onderzoek blijkt dat adequate nazorg belangrijk is om terugval te voorkomen, en dit in het huidige zorgaanbod onvoldoende aan bod komt? Heeft dit met de financiering via de «DBC overige» te maken? Wat gaat u doen om de ketenzorg (in tegenstelling tot versnipperde zorg) te stimuleren?

<sup>1</sup> KRO-uitzending d.d. 15 juli 2009.

## Antwoord

Antwoord van minister **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 2 oktober 2009)  
Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2008–2009, nr. 3498

- 1 Ja.
- 2 Ja, hiervan ben ik op de hoogte en ik onderschrijf de ernst van dit ziektebeeld. Op grond van (internationaal) onderzoek wordt geschat dat er in Nederland jaarlijks ongeveer 15 tot 30 patiënten aan de ziekte anorexia sterven. Zij sterven door de lichamelijke gevolgen van de ziekte of plegen zelfmoord. In Nederland kunnen patiënten met een eetstoornis terecht bij alle vormen van psychiatrische hulpverlening en zijn er specialistische behandelcentra, die zijn verenigd in de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen. Bij de behandeling van patiënten met een eetstoornis is een integrale aanpak van belang. Daarom verscheen in 2006 de Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen met aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling van eetstoornissen. De multidisciplinaire richtlijn wordt breed gedragen en in de specialistische behandelcentra actief toegepast.

3, 4 en 5

Wanneer het om eetstoornissen in het algemeen en Anorexia nervosa in het bijzonder gaat, dan gaat het om een ziekte die relatief niet vaak voorkomt. Als gevolg daarvan zullen slechts weinig hulpverleners er mee te maken krijgen. Documentaires zoals «Vel over Probleem» dragen bij aan meer bekendheid over het verwoestende karakter van een eetstoornis, in het bijzonder een ziekte als Anorexia nervosa en stimuleren vroegtijdige signalering onder ouders en ook onder hulpverleners.

In de zorgketen van een aandoening als anorexia nervosa of eetstoornissen in het algemeen zijn meerdere partijen betrokken bij de vroegsignalering, preventie en behandeling ervan. Vroegsignalering en preventie zijn onderdelen die vooraan in een zorgketen geregeld moeten worden.

Belangrijke partijen hierbij zijn: ouders, school, de JGZ en de huisarts. Hiervoor is onder andere de signaleringskaart voor huisartsen ontwikkeld en is in 2006 de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van eetstoornissen ontwikkeld. Ook heb ik naar aanleiding van het Algemeen Overleg in de Kamer over eetstoornissen op 21 april jl toegezegd de interventie «Proud2beme» te gaan onderzoeken op bereik en effect. Naar aanleiding van de kamervragen over kinderen die te mager zijn door vetarm te eten (d.d. 17 maart jongstleden) heb ik het Voedingscentrum opdracht gegeven om op haar website na te gaan of het voedingsadvies voor jonge kinderen duidelijk genoeg is hieromtrent en heb ik het Centrum Jeugdgezondheidszorg opdracht gegeven om het signaal, dat ouders zelf (onbewust) het onjuiste voorbeeld geven, onder de aandacht te brengen bij de Consultatiebureaus. Gelet op al deze initiatieven zie ik vooralsnog geen aanleiding om huisartsen extra op hun verantwoordelijkheid in deze te wijzen. Tot slot gaat in het najaar van 2009 een expertcommissie van de Gezondheidsraad zich buigen over de vraag of de toegenomen aandacht voor overgewicht een risicofactor is voor de ontwikkeling van eetstoornissen. Medio 2010 zal de Gezondheidsraad met haar advies naar buiten komen hierover.

6

Het kabinet is samen met betrokken partijen een werkgroep gestart die een verbeteringsslag beoogt in de transparantie van de wachttijden in de gehele GGZ. Dit najaar zal het voor iedereen mogelijk worden om op de website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) maandelijks geactualiseerde wachttijden van ggz-instellingen in de regio te vergelijken. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende circuits (niet tussen stoornissen). De wachttijden voor de jeugd-ggz zijn dan te volgen. De wachtlijsten blijken overigens bij de gespecialiseerde eetstoornis-klinieken niet hoger te liggen dan bij de overige klinieken. Het centrum voor eetstoornissen Accare, die vestigingen heeft in Almere en in Smilde, liet naar aanleiding van de KRO-documentaire «vel over probleem» zelfs weten geen wachtlijsten te hebben.

7

Het veld is zelf verantwoordelijk voor het uitwisselen van zorginhoudelijke kennis over de beste behandelwijzen. Dit gebeurt gelukkig ook op grote schaal. De gespecialiseerde instellingen, die verenigd zijn in de Nederlands Academie voor eetstoornissen, en de topklinische centra zorgen hier onder andere voor. Daar waar er behoefte is aan onderlinge vergelijking van instellingen, om tot een passende keuze van behandeling te komen, kan gebruik gemaakt worden van de bestaande prestatie-indicatorenset. Alle instellingen voor tweedelijns ggz- en verslavingszorg zijn namelijk sinds 2006 verplicht om binnen het sectorspecifieke deel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording informatie aan te leveren. Dit geldt ook voor de instellingen die zich richten op patiënten met een eetstoornis. Met deze indicatoren geven zij inzicht in effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid van de door hen geleverde zorg en zijn daarmee potentieel aangrijpingspunt voor benchmarks van instellingen.

8

Bij overgang naar de DBC GGZ systematiek is het leveren van bepaalde diagnose-informatie aan het DBC Informatiesysteem (DIS) verplicht gesteld. Om het betalen van

geleverde zorg zo eenvoudig mogelijk te houden zijn DBC's daarbij geclusterd naar zogenaamde productgroepen.

Een eetstoornis valt weliswaar onder de productgroep «overige stoornissen», maar is binnen DIS wel degelijk afzonderlijk herkenbaar. Daarmee mag verwacht worden dat er voldoende helderheid is over welke zorgprestatie er geleverd wordt en hoeveel dit heeft gekost. Of dit ook betekent dat er op een effectieve manier zorg is geleverd heeft niet met de DBC-systematiek te maken maar met de wijze waarop professionals signaleren, diagnosticeren, patiënten voorlichten, behandelen en effectieve behandelmethoden toepassen.

9

Het is bekend dat bij eetstoornissen de kans groot is dat na de behandeling er opnieuw een periode komt dat het minder goed gaat. Zo'n 40% van alle patiënten met een eetstoornis geneest ook maar gedeeltelijk van de ziekte en zal dus regelmatig terugvallen. Er worden bijvoorbeeld nazorgzelfhulpgroepen aangeboden vanuit de Stichting ZieZo (die nu ook is toegelaten als zorginstelling), Stichting Anorexia en Boulimia nervosa en Stichting Human Concern verzorgd. De specialistische behandelcentra bieden ook terugvalpreventie aan om patiënten bewust te maken van hun kwetsbaarheden en risicosituaties. Vooralsnog zijn er geen signalen die aangeven dat de nazorg onvoldoende is.

De nazorg maakt deel uit van een ketenzorgaanpak. De multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen is hiervoor richtinggevend. Mij zijn geen signalen bekend dat deze richtlijn niet of onvoldoende wordt ingezet. Ik zie dan ook geen aanleiding om de ketenzorg voor mensen met een eetstoornis extra te stimuleren.