

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

2150

Vragen van het lid **Westerveld** (GroenLinks-PvdA) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Elines dochter (10) kreeg anorexia: «gewacht op hulp tot ze letterlijk een ons woog»»* (ingezonden 24 maart 2025).

Antwoord van Staatssecretaris **Karremans** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 12 mei 2025). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2024–2025, nr. 1928.

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht «Elines dochter (10) kreeg anorexia: «gewacht op hulp tot ze letterlijk een ons woog»»? Hoeveel kinderen, jongeren en jongvolwassenen zitten in soortgelijke situaties en wachten op passende hulp?¹

Antwoord 1

Ja. Exacte aantallen van kinderen, jongeren en jongvolwassenen in vergelijkbare situaties zijn helaas niet beschikbaar doordat wachttijden niet landelijk en diagnosespecifiek worden geregistreerd voor kinderen en jongeren.

Vraag 2

Bent u bekend met de zorgwekkende toename van het aantal kinderen en jongeren met een eetstoornis, met name onder meisjes tussen de tien en veertien jaar? Kunt u hierop reflecteren?²

Antwoord 2

Ik ben bekend met signalen dat er jongeren zijn die steeds eerder een eetstoornis ontwikkelen. Dit vind ik een zeer zorgelijke ontwikkeling. Deze ontwikkeling wordt internationaal waargenomen, maar er is nog relatief weinig onderzoek naar gedaan. Zoals blijkt uit de dissertatie waarnaar verwezen wordt, zijn er verschillende mogelijke verklaringen. Het toenemende gebruik van social media op jonge leeftijd is er daar één van. Zoals aangege-

¹ Pointer, 7 februari 2025, «lines dochter (10) kreeg anorexia: «Gewacht op hulp tot ze letterlijk een ons woog»» (Elines dochter (10) kreeg anorexia: «Gewacht op hulp tot ze letterlijk een ons woog» | KRO-NCRV)

² NRC, 30 januari 2025, «Sterke toenames van anorexia bij meisjes» (<https://www.nrc.nl/nieuws/2025/01/30/sterke-toename-van-anorexia-bij-jonge-meisjes-a4881296>)

ven in mijn brief over het actieprogramma mentale gezondheid en ggz³ wordt er in opdracht van VWS gewerkt aan eenduidige richtlijnen voor (mentaal) gezond en verantwoord scherm- en social mediagebruik. Deze richtlijnen behelzen dringende adviezen voor ouders/opvoeders in het gezond online opgroeien en opvoeden.

Daarnaast kan medische mis- en desinformatie, bijvoorbeeld op sociale media, resulteren in (het versterken van) risicogedrag dat schadelijk is voor de gezondheid. In het kader van de Rijksbrede strategie voor een effectieve aanpak van desinformatie heeft het Ministerie van BZK daarom eind vorig jaar een onderzoek uitgezet naar de mogelijke handelingsopties met betrekking tot online desinformatie en volksgezondheid. Met de resultaten van dit onderzoek wordt gewerkt aan een VWS-breed plan van aanpak op dit gebied. Deze wordt in de tweede helft van 2025 verwacht. In het plan van aanpak zal o.a. aandacht zijn voor het verstevigen van de informatievoorziening en het versterken van de weerbaarheid tegen medische desinformatie. Tot slot wordt op initiatief vanuit de Ketenaanpak eetstoornissen (hierna: K-EET) op dit moment onderzoek gedaan naar de Nederlandse trends op het gebied van eetstoornissen bij kinderen en jongeren. Op basis van deze uitkomsten kan het veld bezien welke vervolgonontwikkelingen wenselijk zijn, bijvoorbeeld voor specifieke doelgroepen.

Vraag 3

Hoe kijkt u terug op de woorden van uw ambtsvoorganger in 2021, die zei dat het «code zwart» was?

Antwoord 3

Zoals ik in mijn beantwoording op 13 augustus 2024 aangaf is er veel gedaan op het gebied van eetstoornissen. Hierbij benadruk ik graag nogmaals dat het hierbij gaat om hardnekkige en complexe problematiek. Gelukkig is voor de meerderheid van de jongeren en volwassenen met een eetstoornis de beschikbare zorg passend. Voor een kleiner deel van de jongeren en volwassenen blijkt het ingewikkeld tijdig passende zorg te bieden. Dit kan komen omdat een eetstoornis soms pas laat wordt herkend of erkend. Maar ook omdat een deel van deze jongeren en volwassenen met meerdere problemen tegelijkertijd te maken hebben, zoals bijvoorbeeld suïcidaliteit, trauma, somatische problemen en/of autisme. Deze aandoeningen kunnen elkaar versterken of afwisselen, waardoor behandeling vanuit meerdere expertises en zorgprofessionals nodig is. Op initiatief van K-EET wordt ingezet op vroegtijdig signaleren en herkennen van jongeren met een eetstoornis. Zij zetten in op scholing van zorgprofessionals uit de eerstelijns. Het proces is mijn inziens goed in ontwikkeling, maar de verandering heeft tijd nodig.

Vraag 4

Deelt u de mening dat een wachttijd van bijna een halfjaar, terwijl de norm veertien weken is, onacceptabel is voor een ernstige ziekte zoals anorexia nervosa, die een van de hoogste sterftecijfers onder psychiatrische aandoeningen kent?⁴

Antwoord 4

Wachttijden worden niet landelijk bijgehouden. We werken met behulp van het traject standaardisatie uit de Hervormingsagenda Jeugd aan het verbeteren van inzicht in wachttijden op landelijk niveau door verbetering van het (uniform) gebruik van het Berichtenverkeer Jeugdwet. Maar voorlopig hebben we deze inzichten helaas niet.

Ik herken dat sommige jeugdigen met een eetstoornis te lang moeten wachten op passende hulp. Daarom ondersteun ik K-EET dat is opgestart op initiatief vanuit veldpartijen. In mijn beantwoording van 14 augustus 2024 heb ik u uitgebreid hierover geïnformeerd.

Daarnaast wil ik de beschikbaarheid van de specialistische jeugdzorg verbeteren door via het wetsvoorstel verbetering beschikbaarheid jeugdzorg

³ Kamerstukken II 2024/25, 25 424, nr. 731.

⁴ Nederlandse Zorgautoriteit, 11 februari 2025, «NZa: wachttijden ggz blijven lang» (NZa: wachttijden ggz blijven lang | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit)

gemeenten te verplichten samen te werken, bijvoorbeeld bij de inkoop van specialistische jeugdhulp. Hiermee moet onder meer specialistische hulp zoals anorexia zorg beter beschikbaar komen voor jongeren. Uw Kamer heeft op 15 april jl. dit wetsvoorstel aangenomen. Daarmee is een belangrijke stap gezet. Ik reken op een spoedige behandeling van dit wetsvoorstel in de Eerste Kamer om dit wetsvoorstel zo spoedig mogelijk in werking te laten treden en daarmee de beschikbaarheid van specialistische jeugdzorg te verbeteren.

Vraag 5

Kunt u uitleggen waarom de aanpak wachttijden van uw voorganger, die u noemde in een voortgangsbrief Jeugd van 21 juni 2024, niet heeft geleid tot het terugdringen van de wachttijden in dit jaar?

Antwoord 5

Exacte aantallen van kinderen, jongeren en jongvolwassenen in vergelijkbare situaties zijn helaas niet beschikbaar doordat wachttijden niet landelijk en diagnose specifiek worden geregistreerd voor kinderen en jongeren. De Aanpak Wachttijden richt zich op het regionaal aanpakken van oorzaken van wachttijden. Het gaat daarbij om het aanbrengen van duurzame verbeteringen in het jeugdzorgstelsel, wat betekent dat we nu nog niet 1 op 1 kunnen zien dat wachttijden afnemen. Door de Aanpak Wachttijden is in de regio's meer inzicht in wat werkt en hoe in de regio de in- door en uitstroom te bevorderen. Dat levert een ander soort resultaten op. Bijvoorbeeld de ontwikkeling van slimme oplossingen in de praktijk, zoals «Eindje Verder» in regio Eindhoven. Jeugdigen kunnen daar tijdens het wachten op een ggz-behandeling onder begeleiding van een coach alvast aan de slag met hun vragen, o.a. in groepssessies. Dit bleek in sommige gevallen zo effectief dat geen verdere behandeling nodig was of dat jeugdigen sterker aan de behandeling begonnen.

Vraag 6

Vindt u het als stelselverantwoordelijke acceptabel dat niet bekend is hoeveel behandelplekken er zijn? Zo ja, hoe kunt u dan de hulp voor mensen met een eetstoornis monitoren? Hoe wordt bijgehouden of er daadwerkelijk plekken voor nieuwe professionals worden gecreëerd?

Antwoord 6

In ons decentrale stelsel is geen landelijk inzicht in het aantal behandelplekken op regionaal of lokaal niveau. Om de beschikbaarheid van gespecialiseerde jeugdzorg te verbeteren wil ik via het wetsvoorstel verbetering beschikbaarheid jeugdzorg de gemeenten in regio's verplichten om samen te werken, bijvoorbeeld bij de inkoop van zorg voor eetstoornissen. Uw Kamer heeft op 15 april jl. dit wetsvoorstel aangenomen. Tegelijkertijd is er ook niet één soort behandelplek. Afhankelijk van de problematiek van de jongere, leeftijd en omgeving kan dit verschillen. Zo is, conform de zorgstandaard eetstoornissen, ambulante behandeling in de vorm van systeemtherapie of meergezinstherapie de behandeling van eerste keuze bij anorexia nervosa. Maar ook individuele therapie, zoals cognitieve gedragstherapie, kan ingezet worden voor oudere adolescenten. Daarnaast is het nog aan de zorgprofessionals de afweging of een jongere gebaat is bij opname en/of dit somatisch noodzakelijk wordt geacht. Veelal is het juist wenselijk om de jongere in hun omgeving te ondersteunen en behandelen. Dit maakt dat jongeren met eetstoornissenproblematiek op verschillende plekken kunnen verblijven en via verschillende routes behandeling kunnen ontvangen.

Vraag 7

Hoe beoordeelt u het belang van vroegsignalering bij eetstoornissen? Welke stappen onderneemt u, naast de initiatieven genoemd ter beantwoording van onze vorige schriftelijke vragen, op dit moment om eetstoornissen eerder te signaleren en te behandelen? In welke mate dragen al deze initiatieven daadwerkelijk bij aan het eerdere signaleren en behandelen van eetstoornissen, zodat langdurige ziekenhuisopnames en ernstige lichamelijke gevolgen kunnen worden voorkomen? Ziet u ook dat op dit moment nog te veel

kinderen, jongeren en ouders niet serieus worden genomen totdat de ziekte ernstige gevolgen heeft?⁵

Antwoord 7

Het is enorm belangrijk dat kinderen, jongeren en hun ouders serieus genomen worden wanneer zij zich melden bij zorgprofessionals. De zorgverleners die ik spreek doen dit ook. Ik zie hierbij een spanningsveld: ouders zien hun kind in de greep van een eetstoornis verslechteren. Zij willen, zeer begrijpelijk, direct actie. Behandelingen voor bijvoorbeeld anorexia nervosa zijn ook gebaseerd op ziekte-inzicht. Zonder enige vorm van motivatie bij het kind of jongere, is psychologische behandeling en begeleiding zeer moeizaam en vaak weinig succesvol. Dit dilemma is ook een grote en zware uitdaging voor zorgprofessionals. Daarbij komt ook dat, zoals eerder genoemd, eetstoornissen hardnekkig en complex zijn. Alhoewel vroegsignalering belangrijk is voor tijdige en passende behandeling, is het niet zo dat dit alle ernstige lichamelijk gevolgen en/of ziekenhuisopnames kan voorkomen. Het (bij)scholen van zorgprofessionals en initiatieven om vroegsignalering van eetstoornissen te bevorderen is een continu proces en blijft aandacht vragen. Er wordt nog volop ingezet via K-EET op verschillende initiatieven, bijvoorbeeld de website van First Eet Kit, en webinars van Stichting Kiem. De K-EET netwerken zijn verdeeld in acht bovenregionale netwerken. In elke K-EET regio wordt er samen met een kernteam van zorginhoudelijke professionals ingezet op wat er in een regio nodig is om de zorg voor eetstoornissen te versterken. Daarnaast worden er vanuit K-EET zowel landelijk als per regio scholingsbijeenkomsten georganiseerd voor professionals in de zorg, gericht op het vergroten van kennis over het signaleren, behandelen van eetstoornissen in de breedste zin van het woord. Daarnaast wordt momenteel een basisscholingsprogramma ontwikkeld op het gebied van eetstoornissen om zorgprofessionals met minder kennis van eetstoornissen te ondersteunen.

Vraag 8

Wat vindt u van de signalen dat jongeren vaak pas vanaf zestien jaar terecht kunnen in gespecialiseerde klinieken, terwijl eetstoornissen zich al op jongere leeftijd ontwikkelen, zoals onder andere blijkt uit het voorbeeld van Amelie? Welke behandelmethoden zijn er beschikbaar voor kinderen die niet passen binnen de standaard protocollen? Erkent u dat behandelmethoden specifiek voor jongere kinderen tekortschieten (8–12 jaar)?⁶

Antwoord 8

Zoals ik eerder schetste gaat het bij eetstoornissen om complexe en hardnekkige problematiek. Dit kan komen omdat een eetstoornis soms pas laat wordt herkend of erkend. Maar ook omdat een deel van deze jongeren meerdere problemen tegelijkertijd te maken hebben, zoals bijvoorbeeld suicidaliteit, trauma, somatische problemen, of autisme. Deze aandoeningen kunnen elkaar versterken of afwisselen, waardoor behandeling vanuit meerdere expertises en zorgprofessionals nodig is. Vaak wordt er daarom vóór het bepalen van de best passende hulp, samen met ouders en jongeren in kaart gebracht wat er precies aan de hand is en wat eventuele onderliggende oorzaken zijn. Dit wordt veelal een gedeelde verklarende analyse genoemd.

Daarna kan, op basis van de problematiek van de jongere, leeftijd en omgeving de gewenste behandeling verschillen. Conform de zorgstandaard eetstoornissen is ambulante behandeling in de vorm van systeemtherapie of meergezinstherapie de behandeling van eerste keuze. Daarnaast is het nog aan de zorgprofessionals de afweging of een jongere gebaat is bij opname en/of dit somatisch noodzakelijk wordt geacht. Veelal is het juist wenselijk om de jongere in hun omgeving te ondersteunen en behandelen. Het kan daarom zijn dat een eetstoornisinstelling een minimumleeftijd hanteert voor klinische opname. Bijvoorbeeld omdat zij het niet in het belang van het kind achten om

⁵ 2024Z11075 (Vraag 6)

⁶ De Telegraaf, 24 februari 2025, «Na eetstoornis helpen Irma en Mark nu jonge anorexiapatiënten: «Deze ziekte verandert je in een monster»» (<https://www.telegraaf.nl/vrouw/337397776/na-eetstoornis-helpen-irma-en-mark-nu-jonge-anorexiapatiënten-deze-ziekte-verandert-je-in-een-monster>)

in een groepssetting opgenomen te worden met oudere jongeren met een eetstoornis maar dan opname op een kinderafdeling in een ziekenhuis passender is. Samenwerking tussen zorgprofessionals en instellingen is noodzakelijk zodat zeer jonge kinderen passende zorg op een passende plek ontvangen. Deze samenwerking tussen zorgprofessionals en instellingen wordt ondersteund en gestimuleerd via K-EET. Zoals recent literatuuronderzoek laat zien, is er nog weinig specifiek bekend over de effectiviteit van behandelingen bij zeer jonge kinderen⁷. Zoals reeds aangegeven wordt er op dit moment, op initiatief van K-EET, onderzoek gedaan naar trends in Nederland op het gebied van eetstoornissen bij jongeren. Op basis hiervan wordt door het veld bekeken welke vervolgon ontwikkelingen, bijvoorbeeld onderzoek naar specifieke behandelmethoden voor een specifieke groep, wenselijk zijn.

Vraag 9

Hoe beoordeelt u de kritiek dat patiënten in reguliere zorginstellingen soms primair worden gedwongen te eten, zonder dat er voldoende aandacht is voor de onderliggende psychologische problematiek?⁸

Antwoord 9

In het artikel waaraan gerefereerd wordt, schetst mevrouw van Bellegem dat vroeger de behandeling vaak uit een opname in het ziekenhuis of kliniek bestond, maar dat er steeds meer ambulant gewerkt wordt om, samen met het gezin, de problemen op te lossen. Deze lijn onderschrijf ik volledig. De focus in de zorg ligt op een geïntegreerde aanpak waarin somatische stabilisatie en psychologische behandeling hand in hand gaan.

Vraag 10

Bent u bekend met de signalen uit het veld dat kinderen die niet passen bij een van de stoornissen genoemd in de DSM-5, zoals kinderen die hoogbegaafd zijn, daardoor niet de passende behandeling krijgen binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz)? Deelt u de zorg dat het gebrek aan kennis over hoogbegaafdheid leidt tot inadequate behandelingen voor kinderen en jongeren met een eetstoornis?

Antwoord 10

Passende zorg begint, nog voor de start van een behandeling, om samen met ouders en jongeren te beeld te komen wat er precies aan de hand is en wat eventuele onderliggende oorzaken zijn. Dit wordt veelal een gedeelde verklarende analyse genoemd. Het doel is daarbij om inzichtelijk te krijgen welke factoren hierop van invloed zijn op de problematiek en hoe die met elkaar samenhangen. Bij de verklarende analyse staat niet de DSM-stoornis centraal, maar de klachten en problemen waar een jongere in en met zijn context tegen aanloopt in het dagelijks leven. Het gaat dan om psychologische en emotionele en in geval van eetstoornissen ook somatische kenmerken en om de dynamische interactie van de jongere en zijn omgeving. Dit moet leidend zijn in het organiseren van passende zorg. Professionals betrekken waar nodig deskundigheid op het gebied van hoogbegaafdheid, zodat dit kan worden meegenomen in de diagnose en behandeling. Ik herken het signaal niet dat een gebrek aan kennis over hoogbegaafdheid en uitdagingen die daarbij komen kijken voor jongeren, het organiseren van passende zorg in de weg staat.

Vraag 11

Erkent u dat het huidige zorgstelsel tekortschiet in de aanpak van eetstoornissen bij kinderen en jongeren, en dat dit, gezien de ernst van de problematiek, de hoge sterftecijfers van 5,9 procent (die daarmee de hoogste zijn onder de

⁷ <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-024-01130-9>

⁸ De Telegraaf, 26 februari 2025, «Steeds meer jonge meisjes met eetstoornis, pesten of een scheiding kunnen triggers zijn» (<https://www.telegraaf.nl/vrouw/203326254/steeds-meer-jonge-meisjes-met-eetstoornis-pesting-of-een-scheiding-kunnen-triggers-zijn>)

psychiatrische aandoeningen), de alarmerende berichtgeving, en de noodzaak tot specialistische hulp, meer prioriteit zou moeten hebben?⁹

Antwoord 11

Wanneer jongeren en hun ouders te maken hebben met een eetstoornis is dat verschrikkelijk. Tegelijkertijd wil ik graag benadrukken dat een eetstoornis ingewikkeld en complex is. Zo spelen ook vaak andere (onderliggende) psychische problemen en vinden mensen met een eetstoornis vaak zelf niet dat er een probleem is. Dit alles tegelijk met toenemende somatische klachten en daardoor grote urgentie bij betrokkenen. We moeten alles op alles zetten om jongeren met eetstoornis van passende zorg te voorzien. Er wordt daarom al jaren prioriteit gegeven aan eetstoornissen bij jongeren door de ketenaanpak eetstoornissen vanuit het veld financieel te ondersteunen en vanuit het Ministerie van VWS met K-EET te werken aan het verbeteren van de ketensamenwerking in de regio's.

Vraag 12

Is het cijfer van 5,9 procent accuraat? Klopt de aanname dat als iemand bijvoorbeeld overlijdt aan een longontsteking, maar degene door een eetstoornis een verminderde weerbaarheid heeft, dan de longontsteking als doodsoorzaak wordt aangemerkt en niet de eetstoornis? Zo ja, kan het zijn dat de sterftecijfers onderschat worden?

Antwoord 12

Het cijfer van 5,9% komt uit een analyse van 36 internationale studies, uitgevoerd in 2011.¹⁰ Op dit moment wordt, op initiatief van K-EET, onderzoek gedaan naar de trends in eetstoornissen in Nederland onder jongeren. Hierbij wordt ook gekeken naar het risico voor jongeren die voor een eetstoornis onder behandeling zijn (geweest) van een kinderarts om te overlijden. Ik verwacht de resultaten van dit onderzoek in het najaar.

In Nederland worden bij overlijden doodsoorzaken door de schouwende arts geregistreerd. Deze data worden door het CBS bijgehouden. In hoeverre artsen bij deze registratie de internationale codes voor anorexia en/of andere eetstoornissen

aanhouden is niet met zekerheid te stellen. Als er op basis van deze data vervolgens berekeningen worden gemaakt ten aanzien van eetstoornissen, is het zeer waarschijnlijk dat hierbij een onderschatting plaats vindt.

Vraag 13

Wordt er op dit moment daadwerkelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandelmethoden voor kinderen en jongeren met een eetstoornis? Op welke manier worden huidige behandelmethodes wetenschappelijk onderbouwd?

Antwoord 13

Ik vind het van het grootste belang dat de jeugdhulp die wordt ingezet ook effectief is. Onderdeel hiervan is want ook onderzoek naar effectiviteit van nieuwe én bestaande behandelmethoden. Zo zijn afspraken gemaakt in de Hervormingsagenda over het verbeteren van kwaliteit met als doel het borgen van kwaliteit en blijvend leren in het jeugdstelsel. Door het nakomen van de afspraken uit de Hervormingsagenda faciliteer ik samen met de vijfhoek dat in het veld op een duurzame manier wordt gewerkt aan de verbetering van kwaliteit. De werkorganisatie Kwaliteit en Blijvend Leren (KBL) doet dit op basis van een Leeragenda. Vanuit de Hervormingsagenda ontvangt KBL middelen hiertoe.

⁹ Folia, 2 februari 2024, «UvA-promovendus past hersentherapie voor het eerst toe op anorexiapatiënten» (<https://www.folia.nl/nl/wetenschap/160906/uva-promovendus-past-hersentherapie-voor-het-eerst-toe-op-anorexiapatiënten>)

¹⁰ Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. Archives of General Psychiatry. (2011)

Vraag 14

Wat doet u om te voorkomen dat eetstoornissen chronisch worden, met levenslange gevolgen voor de mentale en lichamelijke gezondheid van kinderen en jongeren met een eetstoornis? Zijn er voldoende nazorgtrajecten beschikbaar om terugval te voorkomen?

Antwoord 14

Mensen met een eetstoornis, of andere psychische klachten, zullen altijd kwetsbaarder blijven voor een terugval. Het is belangrijk dat mensen zich hiervan bewust zijn en tijdig zelf om hulp of ondersteuning kunnen vragen. Daarom is terugvalpreventie in de zorgstandaard een vast onderdeel van het behandelprogramma bij eetstoornissen. Terugvalpreventie krijgt tijdens de behandeling expliciet aandacht – zo leren patiënten en hun naasten hoe signalen van terugval tijdig te herkennen en hoe dan te handelen. Daarnaast wordt binnen gespecialiseerde instellingen steeds vaker structurele nazorg aangeboden (bijvoorbeeld periodieke follow-up gesprekken of lotgenotengroepen) om patiënten te ondersteunen na afronding van de intensieve behandeling. Ook via patiëntenorganisaties en ervaringsdeskundige initiatieven is ondersteuning beschikbaar om terugval te voorkomen. Ik acht deze nazorg en terugvalpreventie van groot belang.

Vraag 15

Wat zijn de concrete opbrengsten van het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en de Aanpak Mentale Gezondheid voor de beschikbare zorg voor kinderen met een eetstoornis?

Antwoord 15

In de akkoorden IZA, GALA en de Aanpak Mentale Gezondheid zijn geen specifieke afspraken gemaakt voor kinderen of voor mensen met eetstoornis. Deze akkoorden vormen wel belangrijke fundamenteën voor structurele verbetering van de mentale gezondheid en zorg in Nederland. Het GALA heeft als één van de doelen het versterken van de mentale veerkracht en de mentale gezondheid.

Dit is ook de ambitie van de aanpak «mentale gezondheid: van ons allemaal». Het gaat zowel in het GALA als in de aanpak mentale gezondheid niet om zorg maar om preventie zoals het bespreekbaar maken en zichtbaar maken van het belang om mentaal gezond te zijn, het voorkomen van eenzaamheid en de aandacht voor mentale gezondheid op het werk en in het onderwijs.

Vraag 16

Hoe wordt gemonitord of de verbeteringen die u in antwoord op voorgaande Kamervragen noemde ook daadwerkelijk effect hebben? Is er onderzoek/evaluatie naar de effectiviteit van deze initiatieven?

Antwoord 16

Het effect van de verschillende initiatieven kan niet één op één vertaald worden naar minder jongeren met eetstoornissen of minder ziekenhuisopnames. We weten dat de mentale gezondheid van jongeren onder grote druk staat en dat er een groot aantal factoren is dat invloed heeft op het ontstaan en de ontwikkeling van een eetstoornis. We monitoren de voortgang daarom vooral via proces- en structuurindicatoren en signalen uit het veld. Het effect van onze inzet is dat er 8 bovenregionale netwerken zijn voor eetstoorniszorg waar zorgprofessionals hun (ingewikkelde) casuïstiek kunnen bespreken of knelpunten in de ketenzorg aan kunnen pakken. Er is een leidraad rondom het tegengaan van dwangvoeding geïntroduceerd en zorgprofessionals kunnen terugvallen op een landelijke expertgroep bij een moreel beraad hierover.

Daarnaast zijn door K-EETi, een landelijke, collegiale, telefonische advieslijn voor professionals, in 2024 ongeveer 270 adviesgesprekken gevoerd. De consultatielijn werd voornamelijk benut door eerstelijnsprofessionals. In totaal was 94% van de ongeveer 270 gesprekken voldoende geholpen na het gesprek.

We volgen de impact via de reguliere monitors (zoals de NZa-wachttijdrapportages en de evaluatie van de Hervormingsagenda) en via de terugkoppeling vanuit K-EET en de bovenregionale netwerken. Op basis daarvan zullen we, indien nodig, verdere verbeteracties ondernemen.

Vraag 17

Wat is de stand van zaken van de steunpunten die zijn genoemd in het IZA? Op welke wijze draagt dit initiatief op dit moment bij aan de verbetering in de zorg voor mensen met een eetstoornis?^{11, 12}

Antwoord 17

De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg (LMZ) heeft uw Kamer in december 2024 geïnformeerd¹³ over een verkennend onderzoek dat inzicht geeft in de «stand van het land» wat betreft de laagdrempelige steunpunten zoals genoemd in het IZA. Het onderzoek laat zien dat er 278 steunpunten zijn en dat er daarnaast ruim 50 initiatieven als potentieel steunpunt kunnen worden aangemerkt. De onderzoekers concluderen op basis van deze eerste meting en de informatie die zij uit het veld hebben verkregen dat er meer bekendheid en een sterke ontwikkeling van laagdrempelige steunpunten gaande is. Om de beweging kracht bij te zetten is begin dit jaar een landelijk ondersteuningsprogramma gestart, waarin tevens wordt gemonitord of de IZA-ambitie daadwerkelijk gerealiseerd wordt. Laagdrempelige steunpunten zijn toegankelijk voor alle inwoners. Steunpunten kunnen op basis van behoefte van inwoners/bezoekers bepaalde thema's of doelgroepen meer aandacht geven. De steunpunten kunnen – in plaats van of als aanvulling op formele zorg – bijdragen aan iemands herstel.

Vraag 18

Bent u bereid steunpunten specifiek voor mensen met een eetstoornis, inclusief al bestaande en niet-gefinancierde steunpunten, te erkennen en financieel te ondersteunen, aangezien er in de praktijk een sterke behoefte is aan gerichte steunpunten die kunnen bijdragen aan vroegsignalering en het opvangen van mensen met een eetstoornis die op een wachtlijst staan?

Antwoord 18

Inloophuizen kunnen een belangrijke bijdrage leveren in de ondersteuning voor mensen die met eetstoornissen kampen. Inloophuizen kunnen door gemeenten gefinancierd worden uit de middelen die ze uit het gemeentefonds ontvangen. Het is aan inloophuizen om, afhankelijk van de ondersteuning en/of zorg die zij bieden, afspraken te maken met inkopende partijen zoals gemeenten en zorgverzekeraars.

Vraag 19

Kunt u aangeven in hoeverre u bereid bent om te werken aan de aanbevelingen van Stichting Kiem? Kunt u per aanbeveling aangeven waarom wel of niet?¹⁴

Antwoord 19

Ik onderschrijf de aanbevelingen van Stichting Kiem en haar partners. Hier wordt, onder andere via de gesubsidieerde Ketenaanpak Eetstoornissen, ook op ingezet. Hieronder ga ik per aanbeveling in op hoe dit wordt gedaan.

- 1) Het taboe op eetstoornissen doorbreken zodat mensen met een eetstoornis sneller hulp vragen.
Via K-EET wordt volop ingezet op het doorbreken van het taboe op eetstoornissen. Zo is de website First Eet Kit opgezet. Hier kunnen jongeren, hun ouders en naasten en zorgprofessionals informatie vinden over eetstoornissen, tips om een eetstoornis te herkennen en hoe je iemand het beste kan ondersteunen, en uitleg over hoe je hulp kan vinden. Ook is vanuit K-EET een podcast ontwikkeld, hier komt binnenkort een tweede seizoen van beschikbaar. Tot slot treden trekkers vanuit K-EET, zoals mevrouw Van Bellegem, regelmatig op in media.
- 2) Duurzame financiering voor ervaringsdeskundigheid
Net zoals de initiatiefnemers van deze aanbevelingen zie ik ook dat er meer aandacht is in de GGZ voor de inzet van ervaringsdeskundigheid.

¹¹ Rijksoverheid, 2022, Integraal Zorgakkoord (blz. 113)

¹² 2024Z11075 (vraag 12)

¹³ Kamerstukken II 2024/25, 29 538, nr. 365.

¹⁴ Stichting Kiem, 3 maart 2024, «Eetstoornissen – er vroeg bij zijn, voorkomt erger» (<https://stichtingkiem.nl/wp-content/uploads/2024/04/Brief-over-eetstoornissen-Er-vroeg-bij-zijn-voorkomt-erger-1.pdf>)

Dit is een mooie ontwikkeling. Inzet van ervaringsdeskundigheid kan een belangrijke rol spelen tijdens een eventuele wachttijd, tijdens behandeling en in de nazorg. Door de inzet van ervaringsdeskundigheid te borgen als onderdeel van de behandeling en nazorg, wordt de integraliteit en kwaliteit van zorg verbeterd. In de Zvw kunnen ervaringsdeskundigen in de Zvw worden ingezet als onderdeel van een behandeling en er zijn mogelijkheden om via het Zorgprestatiemodel bepaalde vormen van inzet te bekostigen. Voor de jeugdzorg is het aan gemeenten om, bij de inkoop van hulp, eventuele eisen te stellen rondom de inzet van ervaringsdeskundigen.

- 3) Bredere aanpak van eetstoornissen: het betrekken van het persoonlijk netwerk van de persoon met een eetstoornis
Het netwerk goed betrekken is een enorm belangrijke factor voor iemands herstel. In de zorgstandaard eetstoornissen wordt hier ook veel nadruk op gelegd als belangrijk onderdeel van behandeling. Het is aan de professionaliteit van de zorgverlener om hier op een, bij de situatie passende manier, invulling aan te geven.

Vraag 20

Deelt u de mening dat ervaringsdeskundigen een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de behandeling en begeleiding van kinderen en jongeren met een eetstoornis? Bent u bereid om dit integraal in te zetten en te faciliteren binnen de reguliere zorg?

Antwoord 20

Zoals aangegeven in mijn antwoord op voorgaande vraag deel ik deze mening. Ik zie ook dat binnen de ggz de aandacht hiervoor is toegenomen. Er zijn vele instellingen die werken met ervaringsdeskundigen. Een voorbeeld hiervan is dat door veel kinderartsen en ggz bij aanvang van de zorg gewezen wordt op de cursus EHBE van Stichting KIEM. Zij bieden laagdrempelig, online, door een ervaringsdeskundige ouder en professional gegeven advies. Ervaringsdeskundigen spelen al een rol in de ggz voor volwassenen. In de Zvw kunnen ervaringsdeskundigen in de Zvw worden ingezet als onderdeel van een behandeling en er zijn mogelijkheden om via het Zorgprestatiemodel bepaalde vormen van inzet te bekostigen. Voor de jeugdzorg is het aan gemeenten om, bij de inkoop van hulp, eventuele eisen te stellen rondom de inzet van ervaringsdeskundigen.

Vraag 21

Hoe beoordeelt u een «family based treatment» binnen de zorg voor mensen met een eetstoornis, waardoor de verantwoordelijkheid voor de zorg grotendeels bij de ouders wordt neergelegd? Deelt u de mening dat wanneer deze vorm van behandeling wordt ingezet, ouders ook ondersteund moeten worden? Zo ja, wat gaat u concreet doen zodat ouders die deze zorgtaak dragen financieel en persoonlijk worden ondersteund?

Antwoord 21

Wanneer je kind vecht tegen een eetstoornis of andere ziekte en/of stoornis, doet dit een enorm beroep op ouders en eventuele broers/zussen. In emotionele en praktische zin.

Family Based Treatment (FBT) is een bewezen effectieve behandelmethode bij anorexia nervosa, met name voor jongeren. Deze aanpak kan intensief zijn en vraagt veel van ouders. Ik deel de mening dat ouders hierin goed begeleid en ondersteund moeten worden. In FBT-trajecten is die ondersteuning een integraal onderdeel van de behandeling: ouders krijgen begeleiding van therapeuten, psycho-educatie en intervisie met andere ouders. Daarnaast kunnen ouders – wanneer dat nodig is – een beroep doen op bestaande regelingen zoals zorgverlof of mantelzorgondersteuning. Ook kan het sociaal domein aanvullende ondersteuning bieden, zoals praktische hulp of respijtzorg. Indien noodzakelijk wordt soms ook ouderbegeleiding ingezet, bij ouders die meer nood aan ondersteuning hebben. Deze ondersteuning vind ik een positieve ontwikkeling.

Vraag 22

Bent u tevreden met de stappen die sociale media, zoals Facebook, Instagram en TikTok, hebben gezet om destructieve effecten voor mensen met een eetstoornis tegen te gaan? Bent u inmiddels van mening dat er strikter moet worden opgetreden als het gaat om sociale media in dit kader?¹⁵

Antwoord 22

Er zijn verschillende wettelijke kaders die kinderen online beschermen. Bijvoorbeeld de Algemene Verordening Gegevensbescherming, de digitale dienstenverordening (Digital Service Act) en de herziene richtlijn audiovisuele mediadiensten als onderdeel van de Mediawet. Deze laatste verbiedt het vertonen van schadelijke content voor bepaalde leeftijdscategorieën (artikel 4.1a). Denk hierbij bijvoorbeeld aan berichten die anorexia verheerlijken. Mediaplatformen dienen op basis van deze richtlijn de content ontoegankelijk te maken. De Commissariaat van de Media houdt hier toezicht op. Echter, is er ook veel content die zich juist richt op herstel van een eetstoornis, bijvoorbeeld recovery accounts. Over de vraag of dit wenselijk is, zijn de meningen verdeeld. Mensen die in herstel zijn van een eetstoornis geven veelal aan dat hen dit steunt en helpt. Tegelijkertijd waarschuwen hulpverleners vaak voor de negatieve gevolgen van dergelijke content. Ik vind het niet wenselijk om vanuit de overheid hierin voor te schrijven of mensen in hun herstelproces wel of niet in aanraking mogen komen met dergelijke recovery accounts. Of dit wenselijk en behulpzaam is voor mensen, is een afweging die zij zelf met hun zorgprofessional moeten maken. Ik vind het belangrijk om opvoeders te ondersteunen om hun kinderen weerbaar en gezond met social media om te laten gaan. Daarom is VWS bezig met het opstellen van richtlijnen en adviezen voor gezond en verantwoord scherm- en social mediagebruik. Deze worden voor de zomer gedeeld met de Kamer. Deze adviezen moeten handvatten bieden aan opvoeders om het gesprek aan te gaan over social media en dus ook over de schadelijke kant hiervan.

¹⁵ De Leidse Psychiater, 24 mei 2024, «De impact van sociale media op anorexia nervosa» (<https://deleidsepsychiater.nl/deleidsepsychiater.nl/2024/05/24/de-impact-van-sociale-media-op-anorexia-nervosa/>)