Vlaams Parlement

stuk **1006 (**2010-2011) – Nr. 3
ingediend op 18 mei 2011 (2010-2011)

Voorstel van resolutie

van de dames Katrien Schryvers, Else De Wachter en Vera Jans,
de heren Tom Dehaene en John Crombez
en de dames Danielle Godderis-T'Jonck en Helga Stevens

betreffende een sensibiliserend en ondersteunend beleid rond eetstoornissen

Tekst aangenomen door de plenaire vergadering

Stukken in het dossier:
1006 (2010-2011) – Nr. 1: Voorstel van resolutie
– Nr. 2: Verslag

verzendcode: WEL

Het Vlaams Parlement,

– gelet op:
  1° het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, op grond waarvan de Vlaamse Regering initiatieven moet nemen ter preventie van psychische aandoeningen en waarbij die initiatieven betrekking kunnen hebben op:
    a) het voorkomen van psychische aandoeningen door in te grijpen op determinanten en bronnen van gevaar of bedreigende factoren;
    b) het opsporen van psychische aandoeningen in een zo vroeg mogelijk stadium (artikel 69);
  2° het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, op grond waarvan zorgverstrekkers in de eerstelijnsgezondheidszorg:
    a) de eerste deskundige opvang bij gezondheidsproblemen moeten aanbieden;
    b) gebruikers met acute of chronische gezondheidsproblemen moeten verzorgen, begeleiden en volgen;
    c) moeten bijdragen tot het voorkomen van het ontstaan of het verergeren van gezondheidsproblemen;
    d) de gebruikers bij de zelfzorg, de mantelzorgers, de vrijwilligers en andere zorgaanbieders moeten ondersteunen;
    e) hun eigen aandeel in het zorgcontinuüm moeten opnemen (artikel 4, §1);
  3° het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding, op grond waarvan een centrum initiatieven moet nemen om de gezondheid, groei en ontwikkeling van de leerlingen te bevorderen, te bewaken en te behouden, wat onder meer impliceert dat het centrum systematisch en vroegtijdig stoornissen opspoort op het vlak van gezondheid, groei en ontwikkeling zodat de leerling of de ouders tijdig die stoornissen kunnen laten behandelen;
  4° het besluit van de Vlaamse Regering van 3 juli 2009 tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de centra voor leerlingenbegeleiding, op grond waarvan:
    a) bij de algemene en gerichte consulten het gewicht van de leerlingen moet worden vastgesteld;
    b) bij de algemene consulten vragen over voedingsgewoonten moeten worden gesteld aan de leerlingen uit:
      i) het vijfde jaar lager onderwijs of, voor het buitengewoon onderwijs, het kalenderjaar waarin de leerling elf jaar wordt;
      ii) het eerste jaar secundair onderwijs of, voor het buitengewoon onderwijs, het kalenderjaar waarin de leerling dertien jaar wordt;
      iii) het derde jaar secundair onderwijs of, voor het buitengewoon onderwijs, het kalenderjaar waarin de leerling vijftien jaar wordt;
  5° het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg, op grond waarvan:
    a) de geestelijke gezondheidszorg de opdracht heeft verantwoorde zorg aan te bieden met het oog op het herstel van het psychische evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving, opdat aldus patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren (artikel 7, §1);
    b) de Vlaamse Regering overeenkomsten kan sluiten met de voorzieningen en diensten of initiatieven die op basis van hun specifieke deskundigheid en ervaring met betrekking tot specifieke doelgroepen en/of problematieken, in Vlaanderen een bijdrage leveren tot verwezenlijking van die opdracht (artikel 7, §3);
    c) een centrum voor geestelijke gezondheidszorg een multidisciplinair team voor de geestelijke gezondheidszorg van kinderen moet aanwijzen (artikel 9, §1, 6°);
    d) de Vlaamse Regering extra taken kan opdragen aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van specifieke doelgroepen, problematieken of regionale behoeften, of in geval van acute crisissituaties (artikel 9, §2);

e) een centrum voor geestelijke gezondheidszorg de eerste intakegesprekken en daaropvolgend de eventuele zorgverlening moet aanvatten binnen een redelijke termijn na de eerste aanmelding (artikel 11, §2);

6° artikel 107 van de wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, op grond waarvan een koninklijk besluit in specifieke financieringswijzen kan voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmageoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken;

7° de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2009-2014, waarin onder meer gesteld wordt dat het aanbod van de centra voor geestelijke gezondheidszorg moet worden aangestuurd opdat het toegankelijk en beschikbaar zou zijn in een zo vroeg mogelijk stadium van psychopathologie;

8° de beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2010-2011, waarin onder meer aangekondigd wordt dat:

a) het aanbod van de centra voor geestelijke gezondheidszorg in 2011 uitgebreid zal worden, onder meer naar de doelgroep kinderen en jongeren;

b) de mogelijkheden van de samenwerking tussen centra voor geestelijke gezondheidszorg en zelfstandige psychologen zal worden onderzocht;

c) de samenwerking tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen zal worden aangemoedigd om een betere afstemming, continuïteit en doorstroming van de zorg voor personen met psychische problemen te realiseren;

9° het Vlaams actieplan 'Voeding en Beweging' 2009-2015 waarin gesteld wordt dat het engagement van diëtisten in Vlaanderen met betrekking tot vroegdetectie van eet- en gewichtsproblemen in samenwerking met Eetexpert vzw en volgens het 'stepped care model' ondersteund zal worden;

10° het eindrapport van de Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg in voorbereiding op de Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg van 11 december 2010, in het bijzonder wat de ontwikkeling van de eerstelijnspsychologie in Vlaanderen betreft;

– overwegende dat:

1° drie types van eetstoornissen worden onderscheiden: anorexia nervosa, boulimia nervosa en niet nader omschreven eetstoornissen, waarvan ook eetbuistoornis (binge eating disorder) deel uitmaakt;

2° anorexia nervosa en boulimia nervosa zich kenmerken door het dwangmatig beheersen van het lichaamsgewicht via het eetpatroon, waarbij iemand met anorexia nervosa weigert het lichaamsgewicht te handhaven op of boven het voor de leeftijd en lengte normale gewicht en waarbij iemand met boulimia nervosa dwangmatige eetbuien heeft waarbij in korte tijd veel wordt gegeten, afgewisseld met pogingen om de gevolgen van eetbuien voor het gewicht te compenseren (onder meer door zelfopgewekt braken en/of laxeren);

3° genetische factoren een belangrijke rol spelen bij het optreden van anorexia nervosa en dat omgevingsfactoren, een slankheidcultus, stresserende levensgebeurtenissen, seksueel misbruik of misbruik in het algemeen grote risicofactoren vormen;

4° de slankheidcultus een grote invloed heeft op jongere vrouwen omdat slank zijn geassocieerd wordt met sociaal aantrekkelijk zijn en dat die invloed door modebladen en vrouwelijke modellen, maar evenzeer door de media in het algemeen, het gezin en de peergroup, de voedings- en de cosmetica-industrie wordt uitgeoefend;

5° er een onderscheid moet worden gemaakt tussen een gewichtsprobleem en ernstige eetstoornissen, die vaak – maar niet steeds – met gewichtsproblemen gepaard gaan. De grootste groep, de boulimia nervosa, heeft bijvoorbeeld meestal een ideaal gewicht en is dus niet herkenbaar aan de hand van het gewichtscriterium;

6° eetstoornissen geen 'tendentieuze' aandoeningen zijn, maar een ernstige bedreiging vormen voor de fysieke en psychische gezondheid van mensen (bijvoorbeeld hartfalen, verhoogd suïciderisico en permanente osteoporose) en ingrijpende gevolgen hebben op het functioneren van gezinnen;

7° anorexia nervosa en boulimia nervosa onder de psychiatrische stoornissen een hoge mortaliteit kennen (10%) (W. Vandereycken en G. Noordenbos, Handboek Eetstoornissen, Utrecht, De Tijdstroom, 2008, 44-45), en een meisje met anorexia een 12 keer hogere kans heeft om te overlijden dan een gezonde leeftijdsgenoot en een 6 keer hogere kans dan een vrouw met schizofrenie (E. Van Furth, Centrum voor Eetstoornissen Ursula, KRO Vel over Probleem, uitzending 15 juli 2009). De 'standard mortality ratio', de kans dat men vroegtijdig sterft, ligt voor anorexia nervosa 12 maal hoger dan bij leeftijdsgenoten en 2 maal hoger dan bij andere psychiatrische stoornissen. Het risico op suïcide ligt 33 maal hoger dan bij leeftijdsgenoten en 1,5 maal hoger dan bij een majeure depressie. Er is een zeer complexe lichamelijke en psychologische comorbiditeit, dat wil zeggen dat de patiënten naast de lichamelijke complicaties vaak ook depressief en angstig zijn. De behandelingsduur is gemiddeld 5 tot 6 jaar. De helft van de patiënten herstelt na de behandeling, 30% verbetert en 20% blijft chronisch met de aandoening kampen;

8° er een beperkte maar stijgende incidentie wordt vastgesteld voor anorexia nervosa;

9° er een tendens wordt vastgesteld waarbij de leeftijd waarop jongeren een eetstoornis ontwikkelen naar beneden blijft gaan;

10° jongeren met overgewicht een specifiek risico vormen voor het ontwikkelen van eetstoornissymptomen (zoals controleverlies over eten);

11° wetenschappelijk onderzoek aangeeft dat België het in vergelijking met Nederland slechter doet wat het aantal eetstoornispatiënten betreft (Preti e.a., 'The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMed-WMH project', Journal of Psychiatric Research 2009, 1125-1132);

12° bij ongeveer 16% van de meisjes uit het derde middelbaar een objectief gewichtsprobleem wordt vastgesteld, waarbij 6,9% een body mass index (BMI) heeft onder 18 en waarbij 2,5% lijdt aan anorexia nervosa;

13° 2,7% van de Vlamingen een BMI van 18,5 of lager heeft (ondergewicht) en dat ondergewicht vaker voorkomt bij Vlaamse vrouwen (3,9%) tegenover 1,4% bij de Vlaamse mannen (Gezondheidsenquête, 2008), met dien verstande dat die cijfers slechts een indicatie geven van de prevalentie van eetstoornissen en dat niet iedereen met ondergewicht een eetstoornis heeft, maar dat ook mensen met een 'normale' BMI (tussen 18,5-25) aan een eetstoornis kunnen lijden;

14° mensen met een eetstoornis vaak te lang wachten om hulp te zoeken;

15° naar schatting slechts een op de drie patiënten met een eetstoornis hulp zou zoeken voor de problematiek en dat cijfergegevens over de instroom van patiënten met eetstoornissen in de gezondheidszorg ontoereikend zijn;

16° de behandeling een multidisciplinaire aanpak vergt, gericht op herstel van het gewicht, normaliseren van het eetpatroon en verbeteren van het psychosociaal functioneren in het kader van een poliklinische behandeling (outpatient treatment), met de mogelijkheid tot residentiële opvang indien de behandeling dat vergt;

17° er op het ogenblik geen wetenschappelijk gefundeerde evidentie is voor een farmacologische behandeling of meerwaarde van een combinatie van een farmacologische behandeling en een psychologische begeleiding voor anorexia nervosa, maar wel voor een stapsgewijze behandeling voor boulimia en eetbuistoornis;

18° mensen met eetstoornissen vroegtijdig en in eigen streek adequate en betaalbare zorg moeten kunnen vinden;

19° de overgrote meerderheid van de personen die behandeld worden in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, vrouwen zijn;

20° Eetexpert.be vzw het volgende deed of doet, namelijk:

a) een convenant sloot met de Vlaamse Gemeenschap dat gericht is op de professionalisering en de uitbouw van een getrapt systeem voor vroegdetectie en vroeginterventie van eet- en gewichtsproblemen voor alle leeftijdsgroepen;

b) zich richt tot onder andere intermediairen (huisartsen en kinderartsen, diëtisten, medewerkers van de centra voor leerlingenbegeleiding, centra geestelijke gezondheidszorg, psychologen en psychiaters), partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking en de Logo's (locoregionaal gezondheidsoverleg en -organisatie);
c) stappenplannen ('draaiboeken') ontwikkelde voor diverse actoren;

21° het convenant met Eetexpert vzw eind 2010 afloopt maar met een jaar zal worden verlengd in afwachting van de oproep tot het sluiten van een nieuwe beheersovereenkomst voor dit beleidsthema;

22° er, in samenwerking tussen K.U.Leuven, UGent, VUB en UIA, een Vlaamse Academische Werkgroep voor Eetstoornissen (VAWE) is opgericht die functioneert als neutraal en wetenschappelijk overlegplatform voor professionele hulpverlening en wetenschappelijk onderzoek in het kader van het 'evidence based' behandelen van eetstoornissen;

23° het aanbod van de gespecialiseerde opnameafdelingen voor eetstoornissen geen optimale territoriale spreiding kent in Vlaanderen (Tienen, Kortenberg, Gent en Lede voor plus-16-jarigen en Antwerpen en Jette voor min-18-jarigen);

24° het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in de Vlaamse Gemeenschap zwaar onder druk staat;

25° voor de Vlaamse Gemeenschap de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in 2006 een charter heeft ontwikkeld voor de uitgevers, de mode-ontwerpers en de modellenbureaus waarin zij zich ertoe verbinden modellen met een gezonde BMI in te zetten en dat dat charter reeds door heel wat van die actoren onderschreven is;

26° AN-BN (Vereniging Anorexia Nervosa – Boulimia Nervosa vzw) een zelfhulpgroep is die ondersteuning biedt bij eetstoornissen (onder meer door middel van een inloopmobiel) en dat BAAN Chloë (Betere Aanpak Anorexia Nervosa) een belangengroep is die ijvert voor een betere behandeling van eetstoornissen, meer communicatie tussen hulpverleners en een uitbreiding van het behandelaanbod (meer plaatsen);

27° het inschakelen van zelfhulp een positieve invloed kan hebben op het motivatieproces, op de afname van symptoomgedrag en op terugvalpreventie, waarbij als positieve aspecten worden genoemd: meer zelfvertrouwen en zelfrespect, verbeterd sociaal leven, minder negatieve gevoelens, meer positieve gevoelens, beter en mondiger gebruik van bestaande reguliere hulpverlenende instanties, minder terugval en een vermindering van het aantal psychiatrische opnames (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen, Trimbos-Instituut 2006, 189-197);

28° wetenschappelijk onderzoek aangeeft dat het inschakelen van het gezin als co-therapeut effectiever is in de behandeling van adolescenten met anorexia nervosa dan een individuele behandeling waarbij de klemtoon ligt op autonomie en zelfcontrole (J.L. Lock e.a., 'Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa', Archives of General Psychiatry, 4 oktober 2010, 67(10), 1025-1032);

– vraagt de Vlaamse Regering:

1° in te zetten op de sensibilisering van kinderen en jongeren en de brede bevolking over gezond en problematisch eetgedrag, erop toeziend dat geen averechtse effecten optreden ten aanzien van mensen die lijden aan een eetstoornis, en in het mediabeleid afspraken na te streven met de diverse media in verband met de berichtgeving over eetstoornissen;

2° erop toe te zien dat:
a) bij het inzetten van preventiemethodieken rond voeding en beweging op gezond eetgedrag, ondergewicht en overgewicht te focussen en in dat verband een holistische visie op mens, psyche en lichaam aan te houden;

b) de preventie van eetstoornissen gericht is op het bevorderen van zelfvertrouwen en een positieve lichaamsbeleving, bijvoorbeeld in het onderwijs, en het uitbreiden van vaardigheden om met problemen om te gaan;

3° de mogelijkheden van vroegdetectie te maximaliseren;

4° in het sportbeleid te letten op het verband tussen excessieve sportbeoefening met een extreme focus op gewicht en eetstoornissen;

5° wetende dat Eetexpert vzw voor de centra voor leerlingenbegeleiding een draaiboek over vroegdetectie opstelde, na te gaan of en in welke mate de medische consulten bij de centra geoptimaliseerd moeten worden met het oog op de detectie van eetstoornissen bij kinderen en jongeren;

6° wetende dat Eetexpert vzw voor de centra voor geestelijke gezondheidzorg een draaiboek over herkenning en aanpak opstelde, na te gaan of en in welke mate de hulpverlening bij de centra geoptimaliseerd moet worden met het oog op een goede inschatting en behandeling van eetstoornissen bij kinderen en jongeren;

7° in samenspraak met de federale overheid, de betrokken academici (onder andere de Vlaamse Academische Werkgroep voor Eetstoornissen), beroepsgroepen, koepelorganisaties en voorzieningen, zelfhulpgroepen en Eetexpert vzw na te gaan hoe de zorgverlening aan mensen met eetstoornissen in kwantitatieve en kwalitatieve zin verbeterd kan worden, onder meer vanuit:

a) de ontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg naar zorgcircuits en zorgnetwerken;

b) een evaluatie van het bestaande aanbod van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongvolwassenen in de Vlaamse Gemeenschap;

c) het streven naar een optimale territoriale spreiding van het gespecialiseerde aanbod van professionele hulpverlening en zelfhulpverlening;

d) een evaluatie van het proefproject in de regio Leuven dat de werkwijze voor een goede gestroomlijnde vroegdetectie en -interventie van en bij eet- en gewichtsproblemen uittest;

8° in het gezondheidsbeleid rond eetstoornissen de aandacht voor gezinsleden en de andere naasten van de patiënt niet te veronachtzamen, daarbij de ondersteunende werking van zelfhulp te erkennen en maatregelen te treffen om de ouders actief te betrekken bij de therapie en om in opvoedkundige begeleiding te voorzien;

9° blijvend in te zetten op deskundigheidsbevordering rond eetstoornissen, in het bijzonder bij eerstelijnsgezondheidswerkers, en vanuit die optiek bij te dragen tot een verhoogde bekendheid van Eetexpert vzw en de Vlaamse Academische Werkgroep voor Eetstoornissen en de bestaande draaiboeken of stappenplannen bij de eerstelijnsgezondheidswerkers. In het bijzonder moet ook de huisarts mee in dat perspectief opgenomen worden, aangezien een goed medisch basistoezicht, naast de meer gespecialiseerde behandelaspecten, een kritische succesfactor is;

10° verder in te zetten, volgens een programmatie, op de uitbouw van het aanbod van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder voor kinderen en jongeren, met expliciete aandacht voor al dan niet gemaskeerde eetstoornissen;

11° te zorgen voor een goede samenwerking tussen diverse beroepsgroepen en voorzieningen op het vlak van de detectie en behandeling van eetstoornissen en in het onderzoeken van de mogelijkheden van samenwerking tussen centra voor geestelijke gezondheidszorg en zelfstandige psychologen oog te hebben voor de behandelingsbehoeften van mensen met eetstoornissen;

12° in het aanmoedigen van de samenwerking tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen oog te hebben voor de behandelingsbehoeften van mensen met eetstoornissen, en in voorkomend geval aan te sturen op het verruimen van mogelijkheden voor daghospitalisatie in samenspraak met de andere ambulante zorgactoren;

13° in samenspraak met de federale overheid een interorganisationeel traject aan te moedigen met het oog op doelmatige, tijdige en correcte zorg, rekening houdende met continuïteit en transities, waarin zowel eerste-, tweede- en derdelijnshulpverleningsinstanties hun meest geëigende opdrachten opnemen;

14° na te gaan of en hoe de registratie van eetstoornissen en van de doodsoorzaken in de Vlaamse Gemeenschap verfijnd kan worden, in het bijzonder met betrekking tot de incidentie van eetstoornissen bij mensen die door zelfdoding uit het leven stappen;

15° er bij de Federale Regering op aan te dringen om:

a) maatregelen te treffen voor een betere vroegdetectie van ernstige eetstoornissen door zorgverstrekkers op dat vlak beter op te leiden en het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg te laten onderzoeken welk diagnostisch instrument artsen daarvoor het beste kunnen hanteren;

b) een zorgprogramma te erkennen, op advies van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, en in financiering te voorzien voor een poliklinische behandeling, met een residentiële back-up, door een professioneel multidisciplinair team onder leiding van een psychiater of klinisch psycholoog, met een specialisatie in de psychotherapeutische aanpak en de behandeling van eetstoornissen;

c) maatregelen te nemen om te komen tot de erkenning en financiering van kenniscentra die de preventie, diagnose en behandeling van eetstoornissen onderzoeken en bewaken en die de verworven inzichten en methodieken aan de verschillende lijnen in de gezondheidszorg doorgeven;

d) de financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorg voor mensen met eetstoornissen te bewaken, en te voorzien in een tegemoetkoming in de kosten voor ambulante psychologische behandeling;

e) bij de eventuele ontwikkeling en in voorkomend geval de ondersteuning van de eerstelijnspsychologie, de vroegdetectie van eetstoornissen in de opdrachtsomschrijving op te nemen.