

SCHRIFTELIJKE VRAAG

nr. 287
van **DANIELLE GODDERIS-T'JONCK**
datum: 25 januari 2017

aan **JO VANDEURZEN**
VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Eetstoornissen bij vrouwen van middelbare leeftijd - Ambulante en residentiële zorg

Uit een nieuwe studie van prof. dr. Myriam Vervaet (UZ Gent) en van prof. dr. Johan Vanderlinden (KU Leuven) blijkt dat steeds meer vrouwen van middelbare leeftijd aan anorexia nervosa lijden. Beide profs, therapeuten in de Vlaamse gespecialiseerde centra, zeggen dat ze meer en meer minderjarigen maar evenzeer meer en meer veertig- en vijftigpluspatiënten tellen. Zo'n 11,4% van hun patiënten is jonger dan 15 jaar, maar prof Vervaet haalt aan dat eetstoornissen niet langer iets zijn waar enkel tieners en kinderen mee kampen.

Voor veel van deze patiënten is een langdurige en volgehouden therapie zinvol en biedt op termijn soelaas, doch hier gaat het voor een groot deel om patiënten die zijn hervallen, maar net zo goed om mensen bij wie de ziekte voor het eerst de kop opsteekt. Als deze patiënten jonge kinderen hebben dan is de kans groot dat deze kinderen het voorbeeld van hun moeder zullen volgen en ook in de ziekte verzeild zullen geraken. Bij opname van hun zieke moeder dreigt een grote impact op het gezin. Zeker als we weten dat een opname van een persoon met anorexia gewoonlijk van lange duur is, ongeveer tussen 3 en 6 maanden.

- 1 Is de minister zich bewust van het gevaar dat er schuilt in de incidentie van anorexia bij deze groep van vrouwen van middelbare leeftijd?
- 2 Ziet de minister een mogelijkheid om voor deze patiënten meer in te zetten op gespecialiseerde ambulante zorg, waardoor de gezinssituatie beter beschermd wordt?
- 3 In welk budget is momenteel voor ambulante zorg voorzien, specifiek voor de behandeling van eetstoornissen?
- 4 Hoeveel erkende bedden in de residentiële zorg zijn er momenteel voor de opvang van personen met een eetstoornis? Graag een onderscheid tussen erkende bedden voor adolescenten en voor volwassenen?
- 5 Heeft de minister zicht op de wachtlijsten en de wachttijden die er binnen de zorg voor personen met eetstoornissen bestaan? Zijn deze in stijgende of dalende lijn tegenover 5 jaar geleden?

ANTWOORD

op vraag nr. 287 van 25 januari 2017

van **DANIELLE GODDERIS-T'JONCK**

1. Precieze cijfers van DSM-diagnoses (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) van eetstoornissen bij mannen (of vrouwen) zijn er voor Vlaanderen niet.

Wel hebben we heel wat prevalentie-informatie uit internationale studies, en beschikken we over gegevens via de nationale gezondheidsenquête en de voedselconsumptiepeiling van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV). In de 'Health Behaviour in School-aged Children' (HBSC) studie, die ook Vlaamse jongeren bevroeg, werden vragen omtrent lichaamsontevredenheid en lijngedrag opgenomen. Beide zijn gekende risicofactoren voor eetstoornissen.

Uit Europees onderzoek blijkt dat de levensloopprevalentie van eetstoornissen bij volwassenen in België 3,5% bedraagt. Dit cijfer ligt beduidend hoger dan in Nederland en dan het Europees gemiddelde. Eetstoornissen komen het vaakst voor bij adolescenten en jongvolwassen vrouwen. Het aantal DALY's dat verloren zou gaan door eetstoornissen (anorexia nervosa en boulimia nervosa) in België is voor 2015 geraamd op 4.735 DALY's¹. Voor eetstoornissen varieert de jaarlijkse kost van een eetstoornis per patiënt naargelang de studie met cijfers van 1.150 tot 7.180 euro per persoon.

Internationaal onderzoek naar eetstoornissen leert ons dat de prevalentie van eetstoornissen een sterk ongelijke geslachtsverdeling kent: de verhouding tussen mannen en vrouwen die gedurende hun leven een eetstoornis ontwikkelen, wordt geschat op 1 op 10. Kanttekening hierbij is wel dat er een mogelijke onderschatting is bij mannelijke patiënten door een gebrekkige detectie. Mannen vertegenwoordigen 10 tot 20% van de personen met anorexia of boulimia nervosa en tot 40% van de personen met een eetbuistoornis.

Om de genderbias te verminderen, werden de diagnostische criteria in de DSM-V aangepast. In de toekomst kan dit mogelijk gepaard gaan met een stijging in de diagnose bij mannelijke patiënten.

Bevolkingsstudies in België (Vlaanderen) geven ons een zicht op het risico van de Vlaming om een eetstoornis te ontwikkelen.

In de nationale gezondheidsenquête (WIV, 2013) werd voor het eerst de SCOFF vragenlijst opgenomen. Dit is een screeningsinstrument, gebaseerd op 5 vragen, dat het risico op een eetstoornis detecteert. Hieruit bleek dat gemiddeld 6,5% van de Vlamingen signalen vertoont van verhoogd risico op een eetstoornis.

¹ De ziektebelasting ('Burden of Disease') is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektebelasting wordt uitgedrukt in DALY's ('Disability-Adjusted Life-Years'). De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte. Het concept is afkomstig van de 'Global Burden of Disease' studie (GBD) van de Wereldbank en de WHO (Murray & Lopez, 1996)

Hieronder ziet u meer gedetailleerde cijfers, per geslacht en per leeftijdsgroep:

2013

Age group	Gender	Crude %	95% CI	N(*)
15-24	Men	4.0	(0.0-8.5)	106
	Women	18.8	(9.3-28.4)	111
	Total	11.6	(6.1-17.0)	217
25-34	Men	5.1	(0.0-10.7)	151
	Women	12.1	(6.1-18.1)	170
	Total	8.8	(4.6-13.0)	321
35-44	Men	5.9	(1.8-9.9)	205
	Women	10.3	(6.2-14.5)	230
	Total	8.1	(5.2-11.0)	435
45-54	Men	3.1	(0.6-5.6)	210
	Women	5.7	(2.3-9.0)	227
	Total	4.4	(2.3-6.5)	437
55-64	Men	6.2	(3.1-9.2)	219
	Women	5.1	(1.8-8.4)	211
	Total	5.7	(3.3-8.0)	430
65-74	Men	5.5	(1.5-9.6)	155
	Women	5.2	(1.8-8.7)	166
	Total	5.4	(2.8-7.9)	321
75+	Men	1.6	(0.0-3.5)	132
	Women	2.4	(0.0-5.6)	171
	Total	2.1	(0.0-4.2)	303
Total	Total	6.5	(5.2-7.7)	2464

In de nationale voedselconsumptiepeiling van 2014 werd de 'Eating Attitude Test' afgenomen. Dit is eveneens een vragenlijst die signalen van risico's op eetstoornissen detecteert. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat 4% van de Belgische vrouwen (tussen 10 en 64 jaar) en 3,5% van de Belgische mannen een risico op een eetstoornis zou kunnen hebben. De prevalentie van deze signalen is niet significant verschillend tussen Vlaanderen en Wallonië.

Uit de beschikbare gegevens betreffende het zorggebruik, zien we:

1. Bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) tellen we in 2015 392 actieve zorgperiodes met een eetstoornis als diagnose. 43,6% was 24 jaar of jonger. Eén op vier van de actieve zorgperiodes is afkomstig van iemand tussen 25 en 34 jaar. Bekijkt men de evolutie van de leeftijdsverdeling, dan kan men stellen dat het relatieve aandeel vermindert bij de jongste leeftijdsgroepen richting oudere leeftijdsgroepen. Zo daalde het aantal actieve zorgperiodes bij kinderen tussen 0 en 14 jaar van 10,7% in 2007 naar 5,9% in 2015. Daar tegenover staat een stabilisatie tot lichte toename bij de 55-plussers tussen 2007 en 2015. Voor de leeftijden tussen 18 en 44 jaar is de evolutie minder duidelijk. Sommige groepen dalen, terwijl andere leeftijdsgroepen stijgen zoals de 25- tot 34-jarigen (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016).
2. Wat psychiatrische opnames betreft tellen we in 2013 805 opnames voor eetstoornissen. De helft van alle opnames is afkomstig uit de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar (50,3% in 2013), gevolgd door de leeftijdsgroep van 25- tot 34-jarigen met 21,9%.

Voor zowel CGG als psychiatrische opnames stellen we vast dat het overgrote deel van patiënten met eetstoornissen vrouwen zijn en die verdeling op vlak van geslacht

is constant doorheen de tijd. We stellen dus vast dat in Vlaanderen een niet te verwaarlozen groep van zowel mannen als vrouwen kampen met eetproblemen of zelfs eetstoornissen. We beschikken evenwel niet over aparte prevalentiecijfers m.b.t. vrouwen van middelbare leeftijd.

2. In Vlaanderen bouwen we (conform de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO)) een 'stepped care' aanbod uit en dit volgens het subsidiariteitsprincipe (waar mogelijk zo dicht mogelijk in en bij het natuurlijke milieu van de cliënt en zijn of haar omgeving).

Dicht bij huis kunnen vrouwen met een eetstoornis terecht bij huisartsen, diëtisten, CGG en de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW). Regionaal is er een gespecialiseerd aanbod van psychologen, psychiaters, CGG, diëtisten, en algemene ziekenhuizen en op Vlaams niveau is er een aanbod van gespecialiseerde residentiële teams.

Ook de mobiele equipes, die ontwikkeld zijn in regionale netwerken in functie van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor (jong)volwassenen, staan open voor deze doelgroep. Er bestaan zowel mobiele equipes die interveniëren in crisissituaties als mobiele equipes die meer langdurige zorg op zich nemen.

Hierbij wordt naast aandacht aan de cliënt, tevens het netwerk (partner en/of kinderen) mee ondersteunt bij de behandeling en de verwerking van de eetstoornis van de respectievelijke partner of ouder.

We engageren ons in het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid om in te zetten op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie:

Samen met Eetexpert, de Vlaamse partnerorganisatie, volgen we de internationale tendens om in te zetten op de bredere context van een gezondere leefstijl. Eetexpert biedt tevens ondersteuning bij de uitwerking van doordachte preventie en getrapte zorgorganisatie en voorziet gerichte stappenplannen, ondersteuningsmaterialen, vormingen, verwijshulp, gratis online leermogelijkheden, ... aan.

We voorzien ook een bijkomende financiering voor de realisatie van een programma vroegdetectie en -interventie naar kinderen, jongeren en jongvolwassenen (0 tot 23 jaar) met de eerste voorboden van een mogelijke psychische of psychiatrische problematiek. Er gaat bijzondere aandacht naar psychose, suïcide, eetstoornissen en verslaving dat zich binnen het programma vertaalt in specifieke acties en interventies. Het focussen op deze leeftijdsgroep is een bewuste beleidskeuze, omdat 75% van de psychische problemen ontstaat voor het 25^e levensjaar en het dus van cruciaal belang is om vroegtijdig deze problemen te detecteren en gepast in te grijpen, om chronische schade te voorkomen. Op die manier leer je jonge mensen ook goede vaardigheden aan in het omgaan met psychische kwetsbaarheid, wat ook psychische problemen in latere leeftijdsfases kan helpen voorkomen.

Belangrijk tot slot om te vermelden, zijn de inspanningen die de Vlaamse overheid doet op vlak van destigmatisering en geestelijke gezondheidsbevordering. Via de Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid Vlaanderen (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid samen met Te Gek!?) en onze partnerorganisatie in preventieve gezondheidszorg Vigez, worden in Vlaanderen heel wat acties opgezet om vooroordelen over psychische problemen en het stilzwijgen hierover te doorbreken. Het is essentieel dat we durven praten over psychische problemen, steun krijgen vanuit onze eigen omgeving, methodieken en vaardigheden hebben om aan zelfzorg te doen en tijdig professionele hulp zoeken als dat nodig is. Dergelijke zaken dragen bij aan het tijdig ingrijpen bij ernstige psychische problemen, zoals eetstoornissen, waardoor een ambulante behandeling meer kans op slagen krijgt en een residentiële opname hopelijk kan vermeden worden.

3. Aan de CGG wordt een globale subsidie-enveloppe gegeven die de CGG zelf moeten beheren en verdelen over hun verschillende deelwerkingen en vestigingen. We

kunnen dan ook niet zeggen hoeveel budget er specifiek naar de behandeling van eetstoornissen in de CGG gaat.

4. Als antwoord op deze vraag hebben wij een snelle rondvraag gedaan bij de gespecialiseerde residentiële settings in Vlaanderen:

Eetstoornisunit	Bedden jongeren	Bedden volwassenen	Andere bedden
UPC Leuven	15 bedden 16-65 jaar (flexibiliteit tot 20)		7 dagplaatsen 16-65 jaar (flexibiliteit tot 10)
Eetkliniek UZ Brussel	Wij hebben geen erkende bedden voor patiënten met eetstoornissen. Meestal hospitaliseren wij op onze pediatrieafdeling, waar er een uitgebreid zorgaanbod is voor – 17 jarige patiënten met een eetstoornis. Het multidisciplinaire, ambulante team van de eetkliniek (psychologe, endocrinologe, kine, diëtiste, eetbegeleiding) ziet deze patiënten verder tijdens opname pediatrie, de intensiteit van de begeleiding wordt hierbij dus opgedreven. Het aantal mogelijke opnames per keer hangt hier af van de beschikbaarheid van de bedden en varieert tussen de 1 à 4 opnames per keer. Op onze kinderpsychiatrische dienst worden er ook standaard 2 bedden voorbehouden voor opname van onze patiënten.		
UKJA Antwerpen	9 erkende bedden (kinderen en jongeren)		*3 MFT-groepen per jaar met per groep 6 dagplaatsen (10 dagen per jaar per groep) *aantal K-bedden op pediatrie
Broeders Alexianen Tienen (Ter Berken)	32 erkende bedden vanaf 15 jaar, ongeveer 1/3 hiervan is bezet door minderjarigen (15-17j)		1 erkende stoel
UZ Gent	20 A-bedden		3 a bedden 15+

Dit betekent dus ongeveer 72 residentiële plaatsen en 14 dagplaatsen voor volwassenen en de transitieleeftijd. Het gaat om de erkende plaatsen op residentiële afdelingen gespecialiseerd in de behandeling van eetstoornissen.

Daarnaast wordt er ook regelmatig gebruik gemaakt van bedden op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en bedden in psychiatrische ziekenhuizen die geen deel uitmaken van 'gespecialiseerde zorgprogramma's voor eetstoornissen' bijv. op verslavingsafdelingen, afdelingen voor persoonlijkheidsstoornissen, en pediatrische afdelingen. Hier hebben wij geen cijfers van. Vaak wordt deze zorg ingelast als opgeschaalde ambulante zorg, in combinatie met gespecialiseerde ambulante zorg bij privé-therapeuten.

In het kader van de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg die bezig is, wordt ook meer en meer gebruik gemaakt van ambulante zorg bij de behandeling van eetstoornissen. Dit in alle zorgintensiteiten tot en met het aanbod van mobiele teams die outreachend aanbod geven in de thuisomgeving. Eetexpert, het Vlaamse kenniscentrum inzake eetstoornissen, moedigt dit aan. De WGO-aanbevelingen pleiten ook in het zorgaanbod van eetstoornissen voor 'continuïteit van zorg, stepped care en multidisciplinariteit' en meer concreet voor de uitbouw van goede preventie, accurate vroegbegeleiding, continue eerstelijnszorg, en gerichte zorg op maat in tweede lijn, met opschaling in derde lijn wanneer complex).

Sinds 2000 werkt onze partnerorganisatie Eetexpert doordacht aan deze uitbouw in Vlaanderen. Ondertussen zijn er 4.000 hulpverleners in Vlaanderen hierin actief. Zij tekenen bij Eetexpert in voor ondersteuning en professionalisering bij het uitbouwen van gerichte zorg voor mensen met eetproblemen.

5. We hebben geen zicht op de wachtlijsten die er binnen de residentiële zorg voor personen met eetstoornissen bestaan. De wachttijden binnen CGG, ook voor personen met een eetstoornis, staan in volgende tabel:

	gemiddelde			aantal zorgperiodes		
	wachttijd tot FTF1	wacht-tijd tot FTF2	totale wachttijd	wachttijd tot FTF1	wachttijd tot FTF2	totale wachttijd
2010	35,0	33,5	69,2	187	153	153
2011	36,3	38,4	79,9	157	137	137
2012	31,8	43,1	79,2	161	137	137
2013	38,9	42,8	82,6	185	156	156
2014	38,0	42,0	80,1	205	180	180
2015	38,9	36,5	76,7	170	140	140

In de laatste 3 kolommen zie je hoeveel zorgperiodes er meegenomen zijn in de berekeningen. We includeren enkel zorgperiodes vanaf de behandelingsfase en:

- wachttijd tot FTF1: enkel berekend voor zorgperiodes met FTF1 in registratiejaar
- wachttijd tot FTF2 en totale wachttijd: enkel berekend voor zorgperiodes met FTF2 in registratiejaar