

Vergaderjaar 1999–2000

## 26 800 XVI

### Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2000

#### Nr. 94

#### AANVULLEND VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 10 mei 2000

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> bleek er behoefte te bestaan over en naar aanleiding van de beantwoording van eerdere vragen door de van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 14 januari 2000 ten geleide van de beleidsvisie voor een landelijk kennis- en behandelcentrum voor eetstoornissen ex artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen aanvullende vragen te formuleren. De eerdere vragen van de D66-fractie zijn bij brief van 8 maart beantwoord (26 800-XVI, nr. 76).

De aanvullende vragen zijn, vergezeld van de door de minister bij brief van 9 mei 2000 toegezonden antwoorden, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Essers

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Essers (VVD), voorzitter, Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Lambrechts (D66), Rijpstra (VVD), Rouvoet (RPF), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Gortzak (PvdA), Hermann (GL), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD).

Plv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Van Gent (GroenLinks), Van de Camp (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Ravestein (D66), Weekers (VVD), Schutte (GPV), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Belinfante (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Ross-van Dorp (CDA), Th. A. M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD).

## Vragen VVD-fractie

1

*Wat zijn de resultaten bij gespecialiseerde behandelcentra in Nederland?*

Vergeleken met 10 à 15 jaar geleden is de bereikbaarheid van de zorg verbeterd, is er meer continuïteit in de zorgvoorzieningen, veel meer kennis en ervaring opgedaan en is er eenvoudig meer *aanbod* aan hulpverlening.

Om de *resultaten* van de *behandeling* van de gespecialiseerde zorg te onderzoeken nemen drie gespecialiseerde centra deel aan het EU COST onderzoek «efficiënte psychotherapie bij eetstoornissen». Onder leiding van de Robert Fleury Stichting worden sinds 1996 gegevens verzameld over ongeveer 250 patiënten met een eetstoornis die een deeltijd of klinische behandeling kregen. De eerste voorlopige resultaten bij de Robert Fleury laten zien dat een jaar na aanvang van de behandeling ongeveer 55% van de patiënten met anorexia nervosa geen ondergewicht meer heeft en 68% van de patiënten met boulimia nervosa abtinent is voor vreetbuien. Daarbij moet worden opgemerkt dat de Robert Fleury Stichting de zeer ernstige eetstoornissen behandelt. De definitieve resultaten van het onderzoek worden eind 2001 verwacht.

2

*Hoe is de kennis op het gebied van bijzondere eetstoornissen in Nederland ontwikkeld? Wat is de positie van de Nederlandse behandelcentra in Europa, alsmede in vergelijking met landen buiten Europa?*

Door het instellen van de Stuurgroep Eetstoornissen Nederland (nu de Stichting Eetstoornissen) in 1994, op initiatief van VWS, is een betere coördinatie van behandelvoorzieningen gerealiseerd en is de bestaande kennis veel minder versnipperd. De relatieve achterstand op het gebied van de behandeling van eetstoornissen die Nederland in de jaren '80 bijvoorbeeld had ten opzichte van België (reden waarom Nederlandse patiënten wel eens hulp zochten in België) is ingelopen. Door het aanwijzen van een landelijk kennis- en behandelcentrum kan de kennisontwikkeling en verspreiding nog verder worden versterkt.

3

*In welke zin is er sprake van een gespecialiseerde opleiding t.b.v. de behandeling van eetstoornissen in Nederland?*

Binnen de opleidingen van de faculteiten Psychologie, Gezondheidswetenschappen en Geneeskunde (psychiatrie) wordt in het kader van de vakken psychopathologie aandacht besteed aan eetstoornissen. Verder wordt door een aantal van de gespecialiseerde centra en bijvoorbeeld het Academisch ziekenhuis Maastricht via workshops gewerkt aan de bijscholing van huisartsen, verpleegkundigen en ggz-medewerkers. Door het aanwijzen van een landelijk kennis- en behandelcentrum kan die bijscholings-functie structureel worden georganiseerd.

4

*Aan welke nieuwe vormen van behandeling wordt gedacht?*

In de beleidsvisie wordt gesproken van onderzoek naar en ontwikkeling van nieuwe behandelstrategieën. Dit omvat het zoeken naar behandelstrategieën voor nieuwe doelgroepen (zie ook antwoord op vraag 14 van de CDA-fractie) en bijvoorbeeld het toetsen van de effectiviteit van behandelingen (evidence based). Studies naar cognitieve, gedragsmatige en biologische factoren die eetstoornissen mede veroorzaken en in stand houden,

zijn sterk in ontwikkeling. Hieruit kunnen nieuwe, onderbouwde, inzichten voor betere behandeling voortkomen.

5

*De minister gaat bij het landelijk centrum uit van een omvang van in ieder geval 20 klinische plaatsen. Waarop is dit getal gebaseerd? Waarom is gekozen voor een aanwijzing als landelijk centrum voor een periode van vijf jaar?*

Gezien de taken op het gebied van behandeling (van zeer ernstige eetstoornissen) en de combinatie met onderzoek en kennisverspreiding, zal de aan te wijzen kliniek een minimale omvang moeten hebben, wil ze deze taken kunnen vervullen. Naast klinische capaciteit is, vanwege de consultatiefunctie, ook poliklinische capaciteit zeer belangrijk. Via de WBMV worden alleen de extra taken gefinancierd, in de beleidsvisie is dus de minimale omvang van de bestaande capaciteit aangegeven (die wordt op basis van deze aanwijzing ex WBMV niet uitgebreid).

De aanwijzing is voor vijf jaar; er zijn immers maar beperkte middelen beschikbaar voor kenniscentra in de ggz. In vijf jaar kan met behulp van de extra middelen de kennisontwikkeling en verspreiding sterk worden opgebouwd en de samenwerking worden verbeterd, waardoor de kwaliteit van zorg blijvend op een hoger niveau wordt gebracht. Na vijf jaar wordt bekeken of, en zo ja, in welke mate, financiële stimulering nodig blijft.

6

*De minister heeft het over een bedrag van f 600 000,- per jaar voor de financiële ondersteuning van een landelijk centrum eetstoornissen. Hoe is dat bedrag opgebouwd?*

Zie antwoord op vraag 11 van de CDA-fractie.

#### **Vragen CDA Fractie:**

7

*Gesteld wordt dat er in Nederland 40 000 patiënten te maken hebben met ernstige eetstoornissen. Welke aandoeningen zijn onderdeel van deze raming (bijv. Anorexia N., Boulimia Nervosa, Obesitas maar ook psychogeriatrische patiënten)? Welk percentage komt in de GGZ terecht?*

In de huidige versie van de DSM-IV (één van de twee internationaal gehanteerde psychiatrische classificatiesystemen) worden drie eetstoornissen onderscheiden: anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetstoornis-niet-anders-omschreven. Onder dit laatste kan bijvoorbeeld vallen het zogenaamde binge eating-disorder (vreetbui-stoornis), dat in veel gevallen leidt tot ernstig overgewicht. Alleen het hebben van ernstig overgewicht betekent niet dat iemand een eetstoornis in psychiatrische zin heeft.

Bij anorexia komt 34% van het totaal aantal ziektegevallen in de ggz terecht; bij boulimia slechts 6%.

8

*Er was/is sprake van onvoldoende coördinatie van de hulpverlening en te weinig capaciteit. Op welke wijze werd/wordt vorm gegeven aan voorlichting aan huisartsen/specialisten? Welke capaciteit is noodzakelijk en hoe zal daarin worden voorzien?*

Voorlichting aan huisartsen en specialisten kunnen alle negen gespecialiseerde centra voor behandeling van eetstoornissen geven. Het gaat

daarbij met name om consultatie aan verwijzers. Zoals ook in het antwoord op vraag 4 van de D66 fractie staat, is in het eindrapport van de Stuurgroep Eetstoornissen Nederland van november 1998 aangegeven dat aan de eerdere aanbevelingen omtrent bereikbaarheid, spreiding en coördinatie van behandelvoorzieningen is voldaan. In de capaciteit is dus voorzien.

9

*Het landelijk kenniscentrum zal naast onderzoek en kennisvermeerdering ook een derdelijnsfunctie als behandelverplichting hebben. Waarom is niet gekozen voor het scheiden van kennis en behandeling? Is een meer consultatieve functie van dit centrum en een versterking van de functie van de negen gespecialiseerde centra niet meer voor de hand liggend?*

De meerwaarde van het landelijk centrum eetstoornissen ligt nu juist in die combinatie van behandeling en daaraan gerelateerde kennisontwikkeling en -overdracht. (Dit geldt ook voor de vier al aangewezen kenniscentra arbeidsrelevante aandoeningen.) De bundeling van kennis en behandeling in één landelijk behandelcentrum stimuleert juist dat opgedane kennis in de praktijk wordt gebruikt. Zoals ook staat aangegeven in de beleidsvisie is consultatie één van de functies van het landelijk centrum. Het landelijk kennis- en behandelcentrum eetstoornissen dat zal worden aangewezen op grond van art. 8 WBMV, zal één van de bestaande negen gespecialiseerde centra zijn. Het staat er niet los van, maar versterkt juist de samenwerking en coördinatie.

10

*Zal het kenniscentrum worden ondergebracht bij één van de negen gespecialiseerde centra?*

Ja, zie antwoord op vraag 9.

11

*Het landelijk centrum zal naast derdelijns hulpverlening een belangrijke onderzoekscoördinatie- ontwikkel- en overdrachtsfunctie vervullen. Vanaf 2000 wordt hiervoor 600 000,- per jaar gereserveerd. Kan voor de afzonderlijke functies worden aangegeven welk bestanddeel van de 600 000,- dit betreft?*

*Is bijvoorbeeld voorlichting aan huisartsen en specialisten ook onderdeel van dit budget? Wordt de behandel functie apart gefinancierd?*

De behandel functie wordt betaald uit de reguliere gelden, op basis van productie-afspraken. Het zal immers gaan om een instelling die nu al functioneert en mensen behandelt. De WBMV is ook niet bedoeld voor de financiering van gewone, reguliere medische verrichtingen. Deze extra middelen zijn bedoeld voor de onderzoeks-, coördinatie- en overdrachtsfunctie, die wordt gekoppeld aan de behandelingsfunctie. De tien taken die het centrum moet gaan vervullen staan in de beleidsvisie. In een verzoek om te worden aangewezen zal een instelling een begroting moeten indienen.

12

*Het landelijk centrum zal ook een informatiecentrum worden. Is dit behalve voor artsen ook rechtstreeks toegankelijk voor het publiek? Op welke wijze zal samenwerking kunnen plaatsvinden met de diverse stichtingen en verenigingen op dit gebied van de diverse patiëntencategorieën?*

Het staat het publiek nu ook vrij om zorginstellingen te benaderen voor informatie. Binnen de ggz en de verslavingszorg ligt de taak van publieks-

informatie echter meer bij het Trimbos-instituut. Dit instituut is ook op de hoogte van de komende aanwijzing van een landelijk kennis- en behandelcentrum eetstoornissen en zal actuele kennis en onderzoeksresultaten van dit centrum doorgestuurd krijgen. Zoals ook in de beleidsvisie staat, dient de instelling in de aanvraag aan te geven op welke wijze de cliënteninbreng is georganiseerd.

13

*Op welke wijze zal samenwerking binnen dit centrum tussen geestelijke gezondheidszorg en curatieve gezondheidszorg kunnen worden gerealiseerd?*

Zoals in de beleidsvisie ex WBMV staat vermeld, dient het aan te wijzen landelijk centrum eetstoornissen een samenwerkingsverband te hebben met een algemeen ziekenhuis.

14

*Onder punt 7 van de criteria wordt een aantal bijzondere doelgroepen genoemd waarvoor nieuwe behandelstrategieën worden gezocht. Is deze opsomming limitatief en op grond waarvan is deze keuze tot stand gekomen (bijv. doelgroep «mannen» en «veertig plussers»)?*

Deze opsomming is niet limitatief, in die zin dat er in de loop der tijd in de praktijk natuurlijk veranderingen kunnen optreden. Op dit moment zijn de doelgroepen mannen, veertig-plussers en chronici «nieuw», aangezien verreweg de meeste patiënten jonge meisjes en vrouwen zijn. Behandelars hebben dus vooral ervaring met die groep. De laatste jaren komen er echter (ook) eetstoornis-patiënten uit bovengenoemde drie categorieën.

15

*Het landelijk centrum zal een omvang hebben van 20 klinische plaatsen. Betreft dit een uitbreiding van de totale capaciteit ten opzichte van de huidige capaciteit van de 9 gespecialiseerde centra? Welk totaal budget wordt aan deze klinische plaatsen alsmede aan de polikliniek en consultatiefunctie toegekend?*

Het gaat om bestaande capaciteit. Het budget voor die bestaande klinische, deeltijd- en poliklinische capaciteit komt in overleg met het CTG tot stand, op dezelfde manier als bij alle andere psychiatrische ziekenhuizen. De extra middelen die beschikbaar zijn gesteld voor de functies die in de beleidsvisie staan vermeld, bedragen f 600 000,- per jaar, voor een periode van vijf jaar.

### **Vragen D66 fractie**

16

*Indien iemand obees is, waardoor zijn of haar gezondheid in gevaar is, maar dit overgewicht is niet veroorzaakt door een psychische stoornis maar door verkeerde eetgewoonten, een ongezond leefpatroon of medische problemen vindt de minister dan dat een behandeling hiervoor vergoed dient te worden in het kader van de ziekenfondswet? Zo nee, waarom niet, gezien diverse berekeningen dat het nu vergoeden van een dergelijke behandeling hogere kosten voor de volksgezondheid in de toekomst als gevolg van hart- en vaatziekten, problemen met kniegewrichten en suikerziekte kan voorkomen?*

Er is voldoende informatie en voorlichting beschikbaar over de risico's van een ongezond eetpatroon. Huisartsen en diëtisten begeleiden mensen die de door de D66 fractie genoemde problemen hebben. Dieetadvisering (voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten) kan

worden vergoed ingevolge de AWBZ, wanneer deze wordt verleend door een (thuiszorg)instelling. Dat anderen de hulp van een diëtist zelf moeten betalen, acht ik een goede doelmatigheidsprikkel.

17

*Is de minister van mening dat obesitas een van de belangrijke gezondheidsproblemen van de nabije toekomst is? Zo ja, vindt zij dat het kabinet beleid op dit onderwerp dient te ontwikkelen om niet in «Amerikaanse» toestanden terecht te komen? En zo ja, zou het dan niet logisch zijn kennis- en behandelcentra voor eetstoornissen dit beleid te laten ontwikkelen en/of uitvoeren, gezien hun kennis over eetstoornissen op andere terreinen?*

Ernstig overgewicht kan inderdaad leiden tot somatische gezondheidsproblemen. Ik zie hier echter geen relatie met het kenniscentrum voor eetstoornissen.

18

*De twee gespecialiseerde centra voor kinderen en jeugdigen met eetstoornissen houden zich alleen bezig met psychische eetstoornissen. Dienen niet het St. Franciscusziekenhuis in Rotterdam en het astma-centrum Heideheuvel aan dit rijtje toegevoegd te worden om ook obesitas effectief te kunnen behandelen? Zo nee, wordt hiermee niet het belang van preventieve volksgezondheid ontkend, en hoe verhoudt zich dit met het feit dat dit kabinet preventieve volksgezondheid hoger op de agenda heeft geplaatst?*

Ik verwijs hiervoor naar het antwoord op de eerdere vragen 1 en 4 van de D66-fractie.