

Verslag raadpleging deskundigen

Verslag van de commissievergadering met genodigde deskundigen van de Commissie Preventie en behandeling eetstoornissen, gehouden op maandag 6 september 2021.

Aanwezig van de commissie:

- Mevrouw prof. dr. A.A. van Elburg (*voorzitter*)
- Mevrouw prof. dr. P.W. Jansen
- Mevrouw prof. dr. M.C. de Vries
- Mevrouw dr. L. Moerland-Schut
- Mevrouw drs. M.E. Rekkers
- Mevrouw dr. R.P. Reijs
- Mevrouw dr. M. Schotanus-Dijkstra (*secretaris*)
- Mevrouw mr. dr. R.E. van Hellemond (*secretaris*)

Aanwezig van de deskundigen

- Mevrouw dr. A.A. Spek, Autisme Expertisecentrum
- De heer dr. J.M. van Baar, Trimbos-instituut
- Mevrouw dr. J. Veldhuis, VU Amsterdam
- Mevrouw dr. K. de Bruin, Sport- en prestatiepsycholoog
- Mevrouw prof. dr. A.A.N. Mulkens, Universiteit Maastricht
- Mevrouw dr. G. Noordenbos

Bijdrage Mevrouw dr. A.A. Spek

Allereerst bedankt voor de uitnodiging. Fijn en leuk om hier iets te kunnen vertellen over autisme en eetstoornissen. Ik ben Annelies Spek, klinisch psycholoog en hoofd van Autisme Expertisecentrum. Ik wil vooral met jullie samen kijken naar hoe het nou zit met autisme en eetstoornissen en ook een stukje naar wat belangrijk is in de zorg.

Het grootste deel van de mensen met autisme heeft eetproblemen. Dit geldt voor zowel kinderen als volwassenen. Die eetproblemen liggen in de prikkel- en informatieverwerking. Om een beetje een gevoel te krijgen bij de groep waar ik over spreek in deze bijdrage heb ik een e-mail meegenomen van een vrouw met autisme die vertelt waar zij tegenaan loopt als het gaat om eten in het dagelijks leven. De vrouw schrijft het volgende:

“Mijn echte problemen begonnen toen ik op mezelf ging wonen en de structuur van thuis wegviel. Er werden geen eetmomenten meer aangeboden en ik moest zelf deze structuur gaan oppakken. Dat bleek een probleem. Daarnaast moest ik ook boodschappen doen. Ik had geen idee wat ik allemaal moest kopen. Ik heb in die tijd boodschappenlijstjes die in de winkelwagens achterblijven mee naar huis genomen om te kijken wat mensen zoal allemaal kopen. Rondom eten zit een hele planning. Deze planning gaat schuil achter de normale gang van zaken in een gezin. Dat lijkt normaal en voor de hand liggend maar dat was het niet voor mij. Ik moest bedenken dat als de koelkast leeg is, ik deze weer moest vullen. Vullen met wat? En waar ga ik het halen? Wat heb ik nodig, hoeveel, hoe lang kan ik het bewaren? Ik had regelmatig of geen ontbijt of ik kon een heel brood weggooien. Ook heb ik geen honger of dorstprikkel of in ieder geval veel te laat. Ik vind mezelf rond een uur of twee 's middags trillend misselijk en met

hoofdpijn. Ik voel me ziek. Ik blijf, als ik erover na ga denken, nog niets gegeten of gedronken te hebben. Dus moet ik gaan eten terwijl ik misselijk ben en me niet lekker voel. Dat levert weerstand op.”

Hier zie je heel duidelijk hoe zeker de overgang naar volwassenheid bij deze groep vaak veel problemen geeft omdat heel veel automatismen die wij gewoon doen, bij deze groep niet gebeurt. Bij het tweede stukje over “ik moest bedenken wat te doen als de koelkast leeg is”, daar zie je heel erg die executieve functies en het overzicht van gewoon de dingen die je moet plannen. Als ik dit zo lees dan denk ik: het is toch bijzonder dat wij dat wel kunnen. Je ziet ook: geen honger- of dorstprikkel. Mensen met autisme zijn vaak overgevoelig voor prikkels van buiten, zoals smaak, textuur en kleur van eten. Ze zijn vaak ondergevoelig voor prikkels vanbinnen, zoals honger, dorst en verzadiging. Dat is best ingewikkeld. Dat leidt er regelmatig toe dat mensen te lang niet eten of drinken, of niet genoeg, of niet aanvoelen wanneer ze moeten stoppen. Die hele regulatie vanuit het lijf, daar moet je voor (kunnen) voelen. En dat voelen dat ontbreekt heel vaak bij mensen met autisme. In de basis is het al een enorme uitdaging om het eten te maken en dan ook nog af te stemmen op eigen behoeftes. Mensen met autisme beginnen in de basis al met een best wel behoorlijke achterstand. Soms zien we dat daarbovenop nog andere problematiek wordt ontwikkeld. Wat we ook weten vanuit onderzoek is dat er relatief vaak sprake is van spijsverteringsproblemen, 5 tot 9 maal zo vaak. Dat is heel fors. Dit geldt voor alle niveaus van functioneren. Wat we zien is dat hoe ernstiger het autisme is, hoe meer spijsverteringsproblemen er zijn. Ook dat kan leiden tot eetproblemen, fors ondergewicht, veel pijnklachten. Hoe dit komt weten we niet zo goed. Dit zou natuurlijk heel goed te maken kunnen hebben met gestoord eetgedrag, te veel of te weinig eten, bijzondere dingen eten.

We zien met enige regelmaat dat bij mensen met autisme zich een eetstoornis ontwikkelt. Er is hier best wat onderzoek naar gedaan en daarin zijn redelijk wat hoge percentages gevonden, 37% van de mensen met anorexia nervosa blijkt autisme te hebben. In veel van de onderzoeken is echter geen ontwikkelingsanamnese gedaan. In dergelijke gevallen wordt gekeken naar het huidige beeld: zien we voldoende autisme kenmerken, ja, dus autisme. Het ingewikkelde is, dat je zonder ontwikkelingsanamnese niet weet je of je een toestandsbeeld ziet of echt autisme. Gelukkig zijn er nu wat onderzoeken waarbij dit wel gebeurt. Daar zie je bij 5 tot 10% (dat is een schatting) van de patiënten naast anorexia nervosa ook een autismespectrumstoornis. Op dit moment denken we niet dat heel veel mensen met autisme worden behandeld door een eetstoorniscentra. Het is een subgroep die misschien niet zo heel groot is maar waar we wel aandacht voor moeten hebben. Bij de rest heb je het dus waarschijnlijk over een toestandsbeeld. Dat betekent dus ook dat bij iemand met anorexia nervosa het heel lastig is om op basis van het huidige functioneren te kijken of er ook sprake van autisme. Er wordt wel wat genuanceerd in het onderzoek: kan het zijn dat bij meisjes met autisme het autisme moeilijker herkenbaar is waardoor er sprake is van een onderschatting. Dat zou kunnen maar ik geloof nooit dat we richting 37% gaan.

Inmiddels is onderzoek gedaan bij een groep volwassenen met autisme. Hierbij is gekeken hoeveel procent van de volwassenen een eetstoornis gehad hebben of nog steeds hebben. In dit onderzoek bleek 6,7% anorexia nervosa, 2,7% boulimia nervosa en 1,7% binge eating disorder te hebben. Hier zie je eigenlijk ook weer dat we bij anorexia nervosa een verhoogde prevalentie

zien. Dit vraagt zorg, maar de eetstoornis is niet de meest voorkomende comorbiditeit bij mensen met autisme.

Als we kijken naar de groep mensen met autisme waarbij eetstoornis ontstaat dan is anorexia nervosa toch wel het meest voorkomend en zorgwekkend. Als ik klinisch kijk naar het ontstaan dan is het vaak zo dat een meisje, zoals elk meisje, een keer gaat lijnen, of samen met haar moeder gaat lijnen. Het ingewikkelde is dat zij daar vaak in doorschieten. Mensen met autisme raken heel makkelijk gefixeerd, wat ze doen dat doen ze ook echt heel goed. Als je lijnen echt heel goed wil doen dan helpt het als je het hongersignaal niet goed doorkrijgt. Dit zagen jullie ook in de tweede dia. Als je je lijf niet goed voelt, is afvallen makkelijker. Dan komen ze in een soort van vicieuze cirkel terecht. Het afvallen geeft ook een gevoel van controle, over hun lijf maar met name over de daginvulling. Die duidelijkheid is met name heel prettig. Ondergewicht dempt ook prikkels en emoties, en bij overgevoeligheid voor prikkels is dat fijn. Het geeft je natuurlijk ook een soort van sociale rol. Deze meisjes horen er vaak niet bij, sociaal gezien. Ineens kunnen ze iets wat heel knap is. Dat geeft een sociale beloning. Wat we ook weten is dat ondergewicht dwangmatigheid versterkt, en dwangmatigheid is natuurlijk in de basis al sterk aanwezig bij mensen met autisme. Versterk dat nog eens en het wordt heel hardnekkig.

Wat we ook regelmatig zien is dat door stress of overbelasting mensen niet kunnen eten. Als de stress hoog oploopt, lukt het eten niet meer omdat ze al overprikkeld zijn. Ze belanden dan in die vicieuze cirkel. Vervolgens is het risico dat gedragsverandering niet meer lukt, want het is een verandering. Überhaupt is gedragsverandering voor iedereen lastig, maar als je ook nog eens moeite hebt met verandering dan wordt het extra moeilijk, en zeker omdat het eten vaak een fixatie is geworden. Het is een speciale interesse geworden waar ze niet meer van af kunnen stappen of het is een ritueel geworden. Een dagritueel is ook iets wat houvast geeft. Dus het wordt heel snel ritueel of fixatie. Het niet eten is zo belonend dat het vaak chronisch wordt. Uit onderzoek blijkt dat bij mensen met autisme en anorexia nervosa de wens om gewicht te verliezen vaak niet zo duidelijk aanwezig is. Soms zelfs helemaal niet. Ook het negatieve lichaams- of zelfbeeld zien we eigenlijk (bijna) niet. Daar is ook wel mooi onderzoek naar gedaan bij meisjes en vrouwen met autisme en anorexia nervosa. Wat daar heel duidelijk uit naar voren komt is dat anorexia nervosa bij autisme haast niet los te zien zijn van elkaar. Het is zo verweven met elkaar. Sensorische hooggevoeligheid speelt een grote rol in het ontstaan en het in stand houden van de eetstoornis, maar ook het sociale stuk is verweven in de eetstoornis. De autistische kenmerken zitten zo verweven in de eetstoornis, dat het zowel oorzakelijke als in stand houdende factoren zijn. Dat maakt het ingewikkeld, zeker voor behandeling. Als je dan kijkt naar wat het onderzoek zegt over het effect van de behandeling dan word je daar niet heel blij van. De aanwezigheid van autisme of trekken daarvan is gerelateerd aan geen of zeer beperkte verbeteringen na de gangbare therapieën. Dit is een behoorlijk probleem helaas met een grote voorspelbaarheid. De conclusie uit dit soort onderzoek is eigenlijk altijd dat de behandelprogramma's aangepast moeten worden omdat ze voor deze groep onvoldoende effectief zijn. Daar is recent wel wat naar gekeken. In die studies is heel specifiek gekeken naar wat helpt deze groep nou. De eerste conclusie is dat een deel van de problemen niet behandelbaar is. Het is ook niet voor niets dat die onderzoeken telkens laten zien dat autisme een grote voorspeller is voor chronische eetstoornissen. De rigiditeit krijg je er bij deze groep niet uit. Dat is lastig want het doel intuïtief eten is voor deze groep veel te hoog gegrepen. Je mag heel blij zijn als je eindigt bij een eetlijst die voor het hele leven meegaat. Dat geeft houvast, maar men kan niet de stap erboven zetten om ook intuïtief te gaan

eten. Ook die sensorische gevoeligheid blijft, waardoor bepaald voedsel gewoon niet mogelijk is. Voor sommige mensen is brood eten als zand eten. Dat ga je niet veranderen met therapie, moet je ook niet willen. Maar ook eetrituelen, deze geven houvast voor mensen met autisme. Deze wil je dus niet weghalen want dan valt het houvast weg. De eerste stap is dus vaak: wat is wel behandelbaar en wat niet. De dingen die niet behandelbaar zijn, daar zet je begeleiding voor in. Je gaat dan met mensen kijken naar wat een goede dagindeling is.

Ook de communicatie is lastig. Emoties zijn vaak niet zichtbaar, mensen hebben zelf weinig zicht op emoties. Ze denken ook trager, dus je hebt langere sessies nodig. Oftewel individuele benadering van een therapeut met kennis van autisme. Dat hebben ze opgezet in Engeland met uitgebreide aanpassingen. De omgeving prikkelgevoelig, alle behandelingen aangepast. Goed resultaat maar enorm intensief. Aanpassen betekent dus niet een behandelprogramma aanpassen maar betekent de hele context aanpassen. Als je kijkt naar welk advies daaruit volgt, dan zou mijn advies zijn: autismspecifieke behandeling door een hulpverlener, gespecialiseerd in beide. Dat hoeft niet in elke eetstoornissetting. Er zijn heel veel aanpassingen nodig en zo hoog is de prevalentie niet. Dit kan best in een paar instellingen in Nederland. Inclusief wetenschappelijk onderzoek. Misschien wil je dan wel kiezen voor een autismspecifieke setting, want daar hoef je minder in de basis aan te passen dan een eetstoornissetting. Verder vooral veel praktische begeleiding. Ik zou denken aan een paar centra waar veel kennis is van de combinatie. Je wilt ook goede diagnostiek doen. Dit kun je alleen maar door goede ontwikkelingsanamneses te doen. Dat zou je eigenlijk standaard bij een intake willen doen. Dus goede ontwikkelingsanamnese en dan kijken: gaan we het hier doen of is de setting beter voor de combinatie van de problematiek. En ik denk dat om dat goed te screenen, je mensen ook moet scholen.

Commissie

Je geeft aan dat er twee specifieke centra zouden moeten komen, maar tegelijkertijd geeft je aan dat de diagnostiek ingewikkeld is. In de fase van ondergewicht is diagnosticeren heel moeilijk. In de praktijk ben je dan in een centrum al een heel eind op weg. En dan komt ergens een keer de diagnose autisme. Vervolgens zou iemand dan weer ergens anders naar toe moeten voor behandeling. Hoe zie je dat?

Mevrouw Spek

Ik ben erg voor hele goede screening bij de intake. Dat doe je dus door een goede ontwikkelingsanamnese af te nemen. Als gaandeweg duidelijk wordt dat sprake is van autisme bij een cliënt, dan is denk ik de vraag: profiteert deze cliënt van het huidige behandel aanbod. Zo ja, dan kan ik me voorstellen dat je dat aanhoudt, en zo nee, dan zou het natuurlijk heel fijn zijn als er in Nederland een paar centra zijn waar je de cliënt naar toe kunt sturen, voor autismspecifieke behandelingen gericht op de eetproblemen.

Commissie

De ervaring leert dat de diagnose autisme, die erbij wordt gegeven, bij ouders tot heel veel weerstand leidt. Er zijn significant veel ouders die dat in eerste instantie niet accepteren.

Mevrouw Spek

Ja er zit ook een stuk psycho-educatie gericht op ouders bij. Dat zou je eigenlijk ook willen laten geven door een specialist die heel goed weet hoe het werkt met autisme en eetproblemen. Dit heel goed uit kan leggen, zodat je ook een stukje van de weerstand weg kan nemen. Onze ervaring is dat als je de psycho-educatie heel goed afstemt, je aan ouders goed kan uitleggen waarom problemen zijn ontstaan, je ouders beter meekrijgt. Daarin zou het ook fijn zijn als je gemakkelijk een hulpverlener kan inschakelen uit een specialistisch centrum die meteen meekijkt en bijvoorbeeld ouders psycho-educatie geeft. Deze hulpverlener kan dan ook meebeslissen of de behandeling overgenomen wordt door het specialistische centrum of dat de behandeling in de huidige setting wordt voortgezet.

Commissie

Dus bij de intake direct aandacht voor de ontwikkelingsanamnese, waarbij je mogelijk (te) veel diagnostiek doet. Of schat je dat niet zo in?

Mevrouw Spek

Nee, ik denk juist niet. De valkuil is dat je het toestandsbeeld gaat aanzien voor mogelijk autisme. Is de ontwikkelingsanamnese schoon dan weet je ook dat je niet of minder snel aan autisme hoeft te denken. En anders kun je de diagnose mogelijk sneller stellen. In het onderzoek van Sabrina Schröder stellen we in de ontwikkelingsanamnese drie belangrijke basisvragen aan ouders: 1). Hoe zat het voor de eetstoornis met de wederkerigheid; 2). Over de sociale relatievorming en 3). Heeft u kind moeite met veranderingen? Daarmee hopen we in ieder geval een deel van de jongeren met autisme eruit te halen waardoor we een beter passende behandeling kunnen inzetten. Dat is wat mij betreft het ideale scenario. Ik zou daar heel graag naartoe willen. Ik denk dat zorg beter kan dan het nu is.

Commissie

We begrijpen uit jouw verhaal dat je vooral meisjes en vrouwen ziet komen met eetproblemen waarbij dan later blijkt dat er ook autisme speelt. Als we andersom kijken, hoe kunnen we eetstoornissen voorkomen? Zie jij ook kansen voor meer alert zijn op de aanwezigheid van een eetstoornis als de diagnose autisme wordt gesteld?

Mevrouw Spek

Ik denk dat dat binnen de autismezorg wel heel belangrijk is, dat deze meisjes niet gaan lijnen. Gezond eten is natuurlijk goed, maar lijnen kan bij deze groep heel snel voor problemen zorgen. Dat zijn signalen die we nu doorgeven aan hulpverleners. Het zou natuurlijk interessant zijn om een screeninginstrument te ontwikkelen om de signalen op te pikken waarmee je kunt voorkomen dat mensen in die vicieuze cirkel terecht komen.

Commissie

Dat lijnen kan ook zijn om andere redenen dan af te willen slanken. En het moeilijke eten?

Mevrouw Spek

Dat zien we inderdaad ook. We zien soms ook wel dat je daar enige verandering in kunt aanbrenge. Ik denk wel dat dat een minder groot probleem is dan het echt afvallen en gewichtsproblemen. Voor moeilijk eten hebben we ook meer behandelingen. Deze behandelingen zijn gericht op reguleren van het eetpatroon.

Commissie

Je noemde al even ARFID. Zijn daar al cijfers over bekend? Je hebt het nu heel duidelijk over anorexia nervosa, boulimia nervosa en binge eating disorder gehad.

Mevrouw Spek

Daar weten we nu ook wat meer over met betrekking tot het stellen van de diagnose en hoe problematisch deze eetstoornis is. Bij ARFID is het nog wat ingewikkelder. Vanuit de klinische praktijk zie ik dat autisme plus anorexia nervosa ontzettend veel problemen geeft. Dat zien we met ARFID veel minder. ARFID kan het functioneren en de behandeling belemmeren maar het is niet zo destructief als anorexia nervosa. Als we moeten bepalen waar we in gaan investeren in de behandeling dan zou mijn advies zijn: in de groep die ook anorexia nervosa ontwikkelt.

Commissie

Anorexia nervosa en autisme zijn bijna niet uit elkaar te trekken, althans de symptomen daarvan. Maar dat is waarschijnlijk ook bij ARFID zo.

Mevrouw Spek

Ik maak mij minder zorgen om ARFID, omdat mensen met autisme toch al leven met heel veel rituelen. Een eetritueel is voor ons niet zorgelijk, dat hoort bij het autisme. In de algemene populatie streef je doorgaans naar volledig herstel/ beter worden. Bij mensen met autisme ben je heel blij als iemand 'gewoon' zijn rituelen heeft en daarmee de dag vult. Het is prima als dat eetrituelen zijn. Het wordt ingewikkelder als dat eetritueel een gezondheidsrisico wordt. Dat is het moment waarop we willen ingrijpen, dus niet enkel bij eetrituelen.

Commissie

Dat kan dus bij ARFID ook aan de hand zijn.

Mevrouw Spek

Jazeker, en dat is dus het moment waarop je wilt ingrijpen. Maar heftige casus zoals die bij CCE binnenkomen zien wij eigenlijk bijna niet. Wij zien vooral veel mensen met autisme plus anorexia nervosa. Die hebben veel zorg nodig.

Commissie

Als wij je goed begrijpen zijn er dus een aantal overgangen, bijvoorbeeld van thuis wonen naar uit huis gaan maar ook andere typen overgangen. Ten aanzien van die overgangen zou je dus preventief kunnen handelen.

Mevrouw Spek

Jazeker, dan denk ik inderdaad, vooral de overgang naar zelfstandig wonen. Bij die overgang zou je hulp kunnen geven en praktische begeleiding. Dat is een belangrijk risicomoment. Als laatste wil ik nog zeggen, als we nu kijken naar de behandelingen die we geven aan mensen met autisme en anorexia nervosa, merken we vaak dat het niet weggaat maar dat het heel erg neerkomt op acceptatie. We kijken heel erg naar welke functie de stoornis of het gedrag heeft; heeft het de functie van ontprikkelen, heeft het de functie dat je je sociaal kunt terugtrekken, dus coping, of is het een andere copingstrategie. Het streven naar dat de stoornis helemaal weggaat lijkt geen reëel doel, helaas.

Bijdrage van de heer dr. J.M. van Baar

Goedemiddag allemaal, leuk om hier te zijn. Ik ben Jeroen van Baar. Ik werk als projectmedewerker bij het Trimbos Instituut. Ik ben geen expert op het gebied van eetstoornissen maar we hebben bij Trimbos wel een aantal projecten die gaan over preventie en vroegsignalering bij jeugd. Ik hoop vandaag een aantal dingen te delen die misschien ideeën kunnen opleveren voor het beantwoorden van de vraag over preventie.

Ik wil eigenlijk beginnen met te zeggen dat in onze visie mentale stoornissen op een ander continuüm ligt dan die van mentaal welbevinden. Dat betekent dus ook dat de afwezigheid van stoornissen niet betekent dat je mentaal helemaal gezond bent, je kunt ook ergens in het midden zitten. Mentaal welzijn kan een beschermende factor zijn tegen stoornissen. Het verhaal dat ik vandaag ga vertellen gaat voornamelijk over depressie, maar ook over eetstoornissen. Ten tweede hebben we hard gewerkt aan de preventie van depressie specifiek en de praktische ervaringen die we daarbij hebben opgedaan kunnen relevant zijn voor eetstoornissen. Het mentaal welbevinden wordt ook beïnvloed door allerlei factoren binnen de persoon en van buitenaf. Dat betekent dat je op al die factoren zou moeten inzetten.

Een eerste voorbeeld wat ik wilde delen is het programma "Welbevinden op school". Dit gaat om het algemeen bevorderen van het mentaal welbevinden in het primair en voortgezet onderwijs. Dit programma wordt uitgevoerd samen met Pharos. Het doel hier is bijdragen aan de mentale gezondheid en de sociaal-emotionele ontwikkeling van leerlingen. Belangrijk in het programma is de schoolbrede aanpak. Dat betekent dat je gaat werken aan mentale gezondheid met de ouders, met de mensen op school en de mensen in de zorg en de gemeente. Dus alle partijen in de keten eigenlijk. Uit dit programma komen allerlei tools voort, zoals een handleiding signaleren waarmee docenten kunnen leren beter te herkennen bij hun leerlingen hoe het met ze gaat en daar een gesprek over aan te gaan. Een eerste tip misschien is dus tools te gebruiken om preventie te bevorderen.

Dan iets specifieker depressie. Dit komt relatief veel voor in Nederland bij jongeren onder 21. Depressie staat in de top 5 van de ziektelast en maatschappelijke kosten. Het gaat gepaard met veel lijden en het duurt vaak lang. Het begint overigens ook zoals veel stoornissen redelijk vroeg in het leven en dat betekent dat het verstandig is om bij jongeren hier al mee aan de slag te gaan. Er is dan ook een meerjarenplan Depressiepreventie met de focus op zes risicogroepen waaronder jongeren. Hierin wordt benadrukt dat een ketenaanpak heel belangrijk is. Dat betekent dat je samenwerkt met alle stakeholders op alle niveaus van preventie. Wij helpen dan bij het in kaart brengen van het probleem maar ook bijvoorbeeld bij het opzetten van interventies en het reguleren daarvan. We ondersteunen ook scholen in die ketenaanpak. Dat doen we bijvoorbeeld met het programma "Rondom Jong". Hier heb ik een filmpje bij.

Commissie

Die scholen, zijn dat middelbare of lagere scholen?

De heer van Baar

Het betreft primair en voortgezet onderwijs. Vaak wel op het vo en de laatste tijd ook meer op het mbo.

Commissie

Hoe komen jullie aan die depressiecijfers? Is dat zelfrapportage of gaat dat over de aanmeldingen bij de GGZ. Hoe komt dat cijfer tot stand?

De heer van Baar

Dat antwoord moet ik je even schuldig blijven, dan moet ik even de bron erbij zoeken.

De heer van Baar

Het filmpje gaat om de probleemstelling dat er in elke klas wel één jongere zit die te maken krijgt met depressie en nog wel meer jongeren met emotionele problemen. Zij komen vaak niet snel genoeg bij de juiste hulp terecht. Dat probleem willen we dan aanpakken door te zorgen dat er op school maar ook thuis en op andere plekken waar jongeren veel komen, mensen zijn die weten wat er moet gebeuren als het niet goed met de jongere gaat. Het programma is heel praktisch opgezet. Het is bijna een soort spel. Een initiatiefnemer in een bepaalde gemeente bijvoorbeeld zorgt dat een aantal andere partijen om tafel komen (school, preventiewerkers en iedereen die relevant is in de omgeving) en die lopen dan samen door de preventiereis van de jongere heen. Dat begint dan in het midden bij informatie en voorlichting in de klas, educatie, zelfhulp, en dan kom je op een gegeven moment bij het stukje signalering. Het gaat niet goed met iemand, hoe kun je dat opmerken. Wie is een relevante partij in deze gemeente om dat op te merken. Dan gaat het naar screening en uiteindelijk verwijzing individuele begeleiding en zo door naar het zorgsysteem. Wat we willen stimuleren is dat in die rondetafelgesprekken bij elke stap een aantal vragen worden gesteld. Wat gebeurt er al, wie is erbij betrokken, wie zouden er nog bij moeten worden betrokken en welke concrete acties horen daarbij. Dus een lijstje met succesfactoren om extra tips te geven waaraan te denken. Zo kun je samen zorgen dat in de hele keten aan preventie wordt gewerkt. Dat is misschien ook een goede die ingezet kan worden.

Preventie bestaat op allerlei niveaus. Je kunt heel universeel werken met bijvoorbeeld grootschalige screening, vragenlijsten of meer geïndiceerde preventie leveren. Ik wil een paar voorbeelden geven hoe dat gaat bij depressie onder jongeren. Ik begin met het in kaart brengen van het probleem, waarbij het nuttig is als je dat participatief doet, dus jongeren betrekken bij de onderzoeksopzet en het formuleren van onderzoeksvragen. Happyles is een goed voorbeeld, dat gaat om universele preventie in de klas. Hier wordt een soort van cursus gegeven voor de versterking van mentale fitheid voor scholieren en jongeren op het mbo. Het bestaat uit twee klassikale lessen en twee E-lessen die tijdens het mentoruur worden gevolgd plus een voor- en nameting via de Happyles test. De trainer hierbij is een jeugdhulpverlener en die uren kunnen vaak betaald worden uit de preventiegelden van de gemeente. Dat is universeel. Als jongeren dan worden gesignaleerd als: het gaat niet zo goed met ze. Hoe kun je dat dan insteken? De eerste manier is voorlichting geven over depressie waardoor jongeren bij zichzelf kunnen herkennen dat het niet goed met ze gaat. Een andere manier van vroegsignalering, die misschien iets minder relevant is voor eetstoornissen, is via de GGD-vragenlijsten op school. Dan kun je het gesprek aangaan met mensen die hoog scoren. Een depressie komt natuurlijk zoveel vaker voor dan een eetstoornis dat dit meer oplevert. We hadden het net ook al even

over eventuele risico's bij het afnemen van een dergelijke vragenlijst, daar horen we zo meteen meer over. Een derde methode is het opleiden van leerkrachten en andere medewerkers tot zogenaamde gatekeepers, die depressieve klachten leren herkennen en daarover het gesprek kunnen aangaan.

Dan een voorbeeld van geïndiceerde preventie en hoe dat in zijn werk gaat. Als voorbeeld noem ik het STORM-programma. Dat wordt gedaan in samenwerking met de GGZ Oost-Brabant. STORM staat voor Strong Teens and Resilient Minds. Dit kent ook een universeel deel van voorlichting in de klas en een geïndiceerd deel. Jongeren die hoog scoren op een screening worden sessies cognitieve gedragstherapie aangeboden. Dit zijn 16 sessies waarin ze met leeftijdsgenoten leren omgaan met emoties, leren herkennen wanneer ze in een negatieve gedachtespiraal belanden. Op het voortgezet onderwijs heeft dit goed resultaat opgeleverd, namelijk significante verlaging van stemmingsklachten binnen 6 tot 12 maanden na de interventie. We zijn momenteel bezig dit ook te vertalen naar het mbo. Dat is wel interessant, omdat je dan te maken krijgt met een hele andere schoolsetting en andere leeftijdsgroep en dus ook andere keuzes moet maken over hoe je mensen bij dit programma brengt. Ik sprak laatst met een mbo-student, en als je dan vertelt dat een leraar een gatekeeper zou kunnen zijn die ziet hoe het met je gaat en daarover het gesprek aanknoopt, dan zie je dat op het mbo studenten daar veel minder comfortabel mee zijn. Dat een docent naar je toekomt en begint over je stemming.

Een laatste idee waarvan ik dacht dat het misschien relevant zou kunnen zijn is postventie. Dit is voornamelijk in de 'suïcidewereld' gebruikelijk. We weten dat een suïcidepoging in de omgeving van een jongere een risicofactor is voor suïcidaliteit bij de jongere zelf. En dus bestaan er protocollen voor scholen hoe om te gaan met een zelfdoding of poging daartoe. Dit is best wel concreet, dus met checklist welke personen in te lichten en hoe te communiceren naar de leerlingen toe over wat er is gebeurd. Dat is ook een tip om naar te kijken. Mogelijk is dat ook van toepassing voor een leerling die uitvalt met een eetstoornis.

Als we het hebben over de vertaling naar eetstoornissen, wat zijn dan de drie 'take-home messages'? Eén is: zorg voor een ketenaanpak met een duurzame samenwerking tussen stakeholders. Ten tweede: probeer lokaal in de omgeving lacunes in kaart te brengen, kijk wat er nog ontbreekt en vul dat op met en uiteindelijk waar mogelijk aanhaken bij bestaande rollen. Als laatste: werken aan preventies op alle niveaus. Betrek jongeren bij het doen van onderzoek.

Commissie

Je hebt het over zorg neerleggen bij o.a. de docenten. We kunnen ons voorstellen dat die daar niet heel blij mee zijn. Het is best een forse taak. Hoe past dit binnen het takenbeleid van de huidige docenten?

De heer van Baar

Dat vind ik een hele terechte vraag. Ik denk ook dat het klopt dat docenten al hartstikke hard werken. Het is misschien ook meer een politieke vraag. Wij denken dat het goed is omdat de school de plek is waar alle leerlingen komen en docenten ook dagelijks contact met deze leerlingen hebben. Mijn eigen inschatting is dat docenten dit vaak al deels doen en heel erg geholpen zouden kunnen zijn bij handvatten over hoe actie te ondernemen als je iets opvalt. In die zin zou het niet een grote extra taak zijn omdat ze vaak al dingen signaleren maar

misschien geen makkelijke manier hebben om die zorg ergens neer te leggen. Ik snap inderdaad wel de zorg dat je dan nog meer van docenten vraagt.

Commissie

Er zijn een heleboel programma's. Weet je al iets over het bereik en het effect daarvan?

De heer van Baar

Ik weet het meeste over het STORM-programma omdat ik daar zelf aan meewerk. Het wordt nu op 35 middelbare scholen ingezet en dit is nog aan het groeien. Zoals ik al zei, we proberen het op het mbo te introduceren maar dat is moeizaam omdat het aangepast moet worden.

Commissie

En de andere, waarbij je eigenlijk het zorgpad probeert te ontwikkelen.

De heer van Baar

Dat weet ik niet precies. Het is nuttig als ik jullie bij specifieke vragen koppel aan degenen die daar wel aan werken.

Commissie

Dat STORM-programma bestaat uit een universeel en een geïndiceerd deel. Is dat binnen de school? Een mogelijk nadeel bij een aanpak binnen de school is dat de jongeren elkaar al kennen en het dan lastig vinden zichzelf bloot te geven. Wat zijn jouw ervaringen daarmee?

De heer van Baar

Wat wij terugkrijgen van leerlingen is dat er inderdaad een fase is waarbij je liever niet wil dat iemand weet waar je mee zit, dus het ook niet zomaar in de klas zal zeggen. Maar op het moment dat je bij het geïndiceerde stuk komt en je zeker weet dat je in een groepje komt waarbij anderen met hetzelfde te kampen hebben het ineens veel makkelijker is. Dan helpt het juist.

Commissie

Nog een andere vraag. Je geeft aan: docenten zijn de juiste personen om zaken te signaleren. Heb je nou het idee dat zij nou altijd al goed weten waar ze heen moeten als ze dus problemen signaleren? Het is natuurlijk ook nog eens in elke gemeente anders.

De heer van Baar

Dat verschilt per school en gemeente. Dat is juist een reden waarom een programma rondom jongeren kan helpen, je kunt de lijnen dan korter maken tussen de docent en iemand die daar wat mee kan.

Commissie

Ik kan mij ook voorstellen dat op het moment een school ervoor kiest om dat te doen, dat de schoolorganisatie zich er ook van bewust is dat ze docenten daarvoor moeten faciliteren. Op andere scholen heb je docenten die dat gewoon altijd doen, en het gros dat er helemaal niet bezig is en waar dus ook niet voor wordt gefaciliteerd. Ken jij de Mental Health First Aid jeugdversie?

De heer van Baar

Daar heb ik van gehoord ja.

Commissie

Het lijkt wel op dat gatekeeper-idee.

Commissie

Er wordt een lijst uitgezet, scoort iemand hoog dan wordt er met het kind gesproken. Het is nog maar de vraag of het kind het thuis vertelt. Waar houdt zeg maar de verantwoordelijkheid van school op en op welke wijze worden ouders daar al dan niet in betrokken? Kun je daar iets over vertellen.

De heer van Baar

Dat vind ik lastig om hier zo te vertellen omdat dat per geval verschilt. Soms kunnen de ouders een bijdrage zijn aan het probleem en soms kunnen ze heel erg helpen.

Commissie

Maar worden ze wel ingelicht bijvoorbeeld dat de lijst wordt afgenomen en dat deze programma's er zijn? Wordt er toestemming gevraagd?

De heer van Baar

Ja dat wel, als de leerling onder de 16 jaar is.

Commissie

En het wordt dan ook teruggerapporteerd? Dat kan natuurlijk tussen de 12 en 16 jaar alleen als de jongere daarmee instemt. Dan hoeft je dus ook tussen de 12 en de 16 jaar eigenlijk geen toestemming te vragen. Even heel gechargeerd. Stel een jongere scoort hartstikke hoog op die depressieschaal en die wil verder niets.

Dat kind heeft dan recht op een consult met een hulpverlener. Als het kind dat niet wil doen met medeweten van zijn ouders dan moet de hulpverlener het eerst daar met de jongere over hebben en vervolgens moet de hulpverlener bedenken hoe oké hij/zij dat vindt. Maar in beginsel heeft de jongere daar wel recht op, juist omdat inderdaad ouders soms, of in ieder geval in de beleving van de jongere, bij kunnen dragen aan het probleem.

Bij een eetstoornis wil de gemiddelde jongere het überhaupt nooit aan iemand vertellen. Hoe doe je dat dan? Je kunt dan vragenlijsten afnemen maar dan geeft het kind niet eerlijk aan wat die ervan vindt en die geeft het zeker niet aan bij de ouders.

Hoe zit het dan met de verhouding tussen school en die hulpverlener? Waar begint dan de verantwoordelijkheid van school en waar houdt die op? Dat is heel erg van belang als je dit soort programma's gaat doen bij jongeren voor de (vroeg)signalering van eetstoornissen. Je de programma's niet zomaar vertalen van depressie naar eetstoornis omdat het een heel ander type probleem is. Bij een eetstoornis kan de jongere ook nog denken dat hij/zij er iets mee wint, zeker in het begin.

De heer van Baar

Dan is het dus maar de vraag of de jongere ervan af wil bedoel je?

Commissie

Ja. Absoluut.

Commissie

Wat de commissie weleens hoort van collega's die proberen preventieprogramma's op scholen te introduceren, is dat sommige scholen er eigenlijk hun vingers niet aan willen branden.

Waarschijnlijk door de werkdruk maar ook omdat ze niet weten waar ze dan precies naartoe moeten. We moeten nadenken hoe we daar goed advies over geven. Merk jij dit weleens met programma's?

De heer van Baar

Dat scholen hun handen er niet aan willen branden?

Commissie

Ja.

De heer van Baar

Ja absoluut.

Commissie

Dan is de motivatie wel weer belangrijk. Is dat omdat ze er geen tijd voor hebben of geen ruimte of is het angst? Wij gaan als school roeren en dan is er daarna geen opvang. Het kan ook een legitieme reden zijn van scholen om er niet aan mee te doen.

We missen wel een beetje de ouders. Alles komt bij de school terecht. De redenatie is te begrijpen. School is natuurlijk het middelpunt van waar de kinderen bij elkaar komen. Maar toch, dat zou ook thuis kunnen zijn in het gezin.

In het basisonderwijs is het toch niet zo, dat ouders er helemaal buiten blijven?

De heer van Baar

Nou het idee is sowieso er niet buiten blijven maar worden betrokken bij het welbevinden op school. Ik weet niet hoe dat in de praktijk dan precies uitpakt. Ik weet wel dat daar veel verschil in zit. Het verschil tussen ouders en school is dat je op school veel planmatiger kan werken. We kunnen met zijn allen zeggen: we willen het schoolsysteem anders inrichten, maar het opvoedingssysteem is toch veel vluchtiger dan dat. Ik denk dat dat ook een reden is waarom het vaak bij de scholen terechtkomt. Je zou graag willen dat het niet alleen de school moet zijn. Zeker bij stoornissen die toch zeldzamer zijn zoals eetstoornissen denk ik dat het individuele gezin nog wel relevanter is, ook omdat het gezin er erg onder kan lijden. Dat is wel een belangrijk aspect.

Bijdrage van Mevrouw dr. J. Veldhuis

Ik ben Jolanda Veldhuis, ik werk als universitair docent en onderzoeker aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Net als wat Jeroen al aangaf ben ook ik geen expert op het gebied van eetstoornissen. Ik doe wel onderzoek naar media en lichaamsbeeld bij met name adolescenten. Dat zal ook de insteek van mijn verhaal zijn. Ik wilde heel tricky eigenlijk beginnen met een filmpje.

Wat ik jullie wilde laten zien is de trailer van een documentaire genaamd "Ziek gespierd". Die documentaire is gemaakt door het NRC. De reden dat ik de trailer wilde laten zien is dat deze een aantal aspecten naar voren haalt die denk ik heel belangrijk zijn als we het hebben over media en lichaamsbeleving. In de documentaire horen we het verhaal van Joran. Joran heeft een eetstoornis en hij linkt dat wel heel erg aan media. In die trailer begint hij ook met vertellen dat hij al die fitte mensen zag en die mooie gespierde mannen en zo wilde hij er ook wel uitzien. Voor mij vat dit een mooi stukje samen, we horen ook eens een keer de kant van mannen over een eetstoornis. Dat zien we in het onderzoek ook niet vaak terug. En het kaart aan hoe media een soort risicofactor kan zijn voor het ontwikkelen van een kwetsbaarheid van een eetstoornis. Het is natuurlijk niet de enige factor maar het helpt wel bij het zetten van bepaalde standaarden. Dus dat was eigenlijk wat ik jullie wilde laten zien. De documentaire is een aanrader om te gaan kijken.

Als we even uitzoomen naar wat jongeren tegenwoordig tegenkomen in de media, dus de traditionele media zoals magazines maar vooral ook sociale media, zien we een soort verschuiving. Waar we in de tijdschriften de nadruk zagen op dat hele *thinspiration*, dus dat hele dunheidsideaal, zien we dat met het opkomen van sociale media andere trends ontstaan, namelijk de meer *fitspiration*. Je moet vooral goed gespierd zijn. Dus nog steeds supergetraind en slank maar vooral ook met spieren erop. We zien ook tegengeluiden, dus meer aandacht voor de *plus-size* modellen en het *curvy ideal* dus dat je wat rondingen mag hebben. Maar nog steeds zijn het altijd wel esthetisch verantwoorde mensen. De grote tegenbeweging is de *body positivity*, dus dat iedereen er mag zijn. Dus vooral veel variatie in lichaamsomvang. Met het opkomen van de sociale media zien we ook een focus op het gezicht. Er zijn ook bepaalde *facial ideals*. Nu heb ik mij laten vertellen dat zelfs bij mensen met een eetstoornis toch aan dat gezicht al heel veel wordt afgelezen, aan hoe dun dat bijvoorbeeld is. Dat kan dus nog steeds een parameter zijn. Ik dacht eerst: de focus ligt op het gezicht en niet op het lijf maar nog steeds is het een parameter voor hoe je eruit hoort te zien.

Wat ik ook wil meegeven is dat met de opkomst van sociale media er wel wat verschuivingen hebben plaatsgevonden in hoe je media gebruikt. Die traditionele media, daarvan zeggen we eigenlijk die worden heel erg centraal gecreëerd. De mediamaker bepaalt wat je ziet, terwijl als we kijken naar de sociale media noemen we ook wel dat dat heel zichtbaar is. Het gaat heel erg om de plaatjes die je erin zet, maar het is ook *user generated*. Het is dus niet alleen een bedrijf dat foto's op internet plaatst, maar het zijn al die mensen zelf die met elkaar bijvoorbeeld die lichaamsidealen bepalen.

Wat verder bij de sociale media hoort zijn de technische mogelijkheden. Met al die applicaties op onze telefoon is het heel makkelijk om maar foto's te blijven maken. Dan heb je er een

aantal. Daarvan kan je er eentje selecteren. Die kun je dan ook nog eens bewerken. Het is een heel bewust proces om je zo strategisch mogelijk op sociale media te laten zien.

Tot slot, en dat is waar mijn onderzoek zich met name op richt, dat noem ik *het media en pierce paradigma*. Het is niet meer alleen maar het plaatje wat je ziet, maar vooral op die sociale media is het vooral heel erg de *like* die je erop krijgt. De sociale media lenen zich er heel erg voor om uiterlijk gefocuste content te plaatsen en daarop dan ook nog eens feedback te krijgen. Dat is iets wat ik vind dat echt nog wel veel aandacht verdient. Dat heeft natuurlijk allerlei gevolgen. Een die ik zelf hoor in een andere expertisegroep waar ik in zit die zich richt op cosmetische ingrepen, is de zogenaamde "*Snapchat dismorphia*". Mensen komen niet meer met: ow, ik wil graag de billen van Kim Kardashian of de lippen van Angelina Jolie, maar die komen met hun eigen bewerkte plaatje. Ze zeggen: dit ben ik in Snapchat, en zo wil ik eruitzien. Het gaat dus niet alleen om die *thin- en fitspiration* maar ook nog je eigen ideale ik. Dus dat zijn nogal wat ideaalbeelden die jongeren tegenwoordig te zien krijgen op die sociale media. Grote discussie, wat doet dat dan. Daar is eigenlijk nog een heel debat over gaande. In de krantenkoppen zie je vaak nog terug dat sociale media heel slecht zijn voor jongeren. Er zijn ook tegengeluiden dat dat wel meevalt. Er zit dus een heel groot onderzoeksgebied achter. Interessant, omdat 87% van de 12-plussers in Nederland gebruikt sociale media zoals Instagram, WhatsApp, Facebook. Het gebruik is heel hoog. Als we kijken naar het onderzoek, wat doet dat mediagebruik nu met jongeren, dan zien we een aantal uitkomstmaten terug. Die zijn of lichaamsbeeldgerelateerd, je wordt ontevreden over je lichaam, zie je je lichaam als object. Ze zijn ook welzijngerelateerd, zoals de depressie, angst maar ook blijheid bijvoorbeeld, word je blij van sociale media. Cosmetische ingrepen die ik net al noemde, maar ook de eetstoornissymptomen. Vaak wordt in vragenlijsten toch wel het zelfregulerende gedrag uitgevraagd, bijvoorbeeld: wat doe jij nu om je ideale lijf te bereiken. Ik moet wel zeggen dat wat mij opvalt is dat er niet in dat media-effectonderzoek veel gebruik wordt gemaakt van vragenlijsten zoals de EDEQ. Het zijn vaak wat hapsnap vragen van zoals: ben je aan het diëten? wil je extra bewegen om af te vallen? Dat is ook nog iets om misschien aandacht voor te hebben. Maar al met al als ik kijk naar het overkoepelende plaatje, wat komt er nou uit die onderzoeken - media aan de ene kant en lichaamsbeleving aan de andere kant - blijkt eigenlijk dat het een heel complex proces is maar ook heel genuanceerd. Want het is niet dat iedereen die heel veel met media doet een eetstoornis krijgt of er heel veel last van heeft.

Om kort aan te stippen hoe die media met name invloed hebben op die uitkomst benoemen we er twee. Eentje is de internalisatie van ideaalbeelden. Dat werkt volgens een cultivatieprincipe. Als je veel dingen op media ziet ga je dat internaliseren als iets waarop je moet lijken, waaraan je moet voldoen. Dus in dit geval een esthetische standaard. Het tweede mechanisme wat heel erg belangrijk is in deze effecten van media is uiterlijk gebaseerde sociale vergelijking. Dit kan opwaarts of neerwaarts zijn. Dus je kunt echt heel erg opkijken tegen mensen, dat noemen we het opwaartse, zo van: ik wou dat ik er zo uitzag. Maar je kunt ook neerwaarts vergelijken. Dat is ook iets wat we niet kunnen uitsluiten wat er gebeurt in media. Dat je denkt: moet je die nou zien, ik zie er eigenlijk veel beter uit. En dat is wanneer je ziet dat er toch ook wat meer positieve effecten op lichaamsbeeld kunnen plaatsvinden. Ik heb hier een quote staan van een van de adolescente meisjes uit een van mijn onderzoeken, en zij gaf aan:

"Vaak zijn vrouwen in de media veel te dun, zodat je hun botten kunt tellen. Ik vind niet dat zo dun zijn zo mooi is maar toch wil ik daarop lijken."

Ik vind dat heel treurig als iemand dat opschrijft. 'Ik weet dat het misschien niet eens realistisch is en ook niet mooi maar het is wel de norm en daar ga ik aan voldoen.' Dus die sociale vergelijking is hierin ook heel belangrijk. Om jullie heel snel doorheen te praten als we kijken naar al die metastudies op het gebied van media aan de ene kant en eetstoornissen, lichaamsbeeld, aan de andere kant, zien we dat die bevindingen heel inconsistent zijn. Dus ja, er worden negatieve effecten gevonden, maar er worden ook positieve effecten gevonden. Sommige meetanalyses zeggen: dat effect is eigenlijk verwaarloosbaar klein, wat we vanuit de media zien. Wel zien we dat de meeste onderzoeken die negatieve effecten laten zien. Dus die zeggen inderdaad ook: vanuit die traditionele media, ja, als je veel in magazines kijkt naar die mooie plaatjes, internaliseer je een dunheidsideaal, gespierdheidsideaal, kun je je ontevreden voelen, je zorgen maken over het gewicht en inderdaad die eetstoornissymptomen laten zien. Dat geldt niet als je zomaar een magazine leest maar wel een uiterlijk gefocuste inhoud. Datzelfde zien we terug op sociale media. Vaak werd dat gemeten aan hoe vaak iemand op sociale media zit en zien we dan die negatieve effecten terug. Als we kijken naar metastudie zien we die negatieve aspecten op lichaamsbeeld en verstoord eetgedrag met name terug bij degenen die meer uiterlijk gefocust bezig zijn op sociale media. Het is dus niet als iemand acht uur zit te whatsappen dat dat per se resulteert in deze negatieve effecten. Ook zien we dat mensen die actief bezig met bijvoorbeeld plaatsen en bewerken van selfies, dat die ook die negatieve effecten laten zien. En ook andersom: mensen die meer problemen ervaren met hun lichaamsbeeld, richten zich ook meer op die sociale media. Het lijkt ook een soort circulair proces. Individuele en culturele verschillen spelen hier ook een rol.

Er zijn ook positieve effecten, waarbij mensen zeggen: ik voel me eigenlijk geïnspireerd en gemotiveerd door wat ik zie. Ik ben daar misschien nog niet maar ik zie zo een *fitspiration* plaatje, zo wil ik ook wel zijn dus ik ga hard aan mezelf werken. Dus vooral als mensen het idee hebben dat ze aan *body improvement* kunnen zien. Als het haalbaar is, dan zien we dat ze zich even *instantly* – we denken namelijk dat het een kortetermijneffect is maar dat weten we nog niet – beter voelen. Ze denken: ik kan er wat aan doen dus ik voel me iets beter over mezelf.

Omwille van de tijd laat ik de theoretische verklaring even zitten. Ik heb wat meer dingen op slide gezet omdat ik dacht misschien worden de slides wel gedeeld. Ik heb natuurlijk ook specifiek gekeken naar sociale media en eetstoornissen, wat weten we daar nu van. Ik werk ook samen met een onderzoeker van GGZ Rivierduinen, Alexandra Dingmans. We hebben een drietal studies uitgevoerd. Ik zal jullie heel kort daar even doorheen praten.

Als we kijken naar sociale media en eetstoornissen, zien we eigenlijk dat onderzoek daarnaar heel schaars is, maar het wordt natuurlijk wel veel besproken. Doe je veel met sociale media, dan krijg je daar eetstoornissen van. Ook weten we dat op jonge leeftijd vaak al die eetstoornissen ontstaan en dat die jongere mensen sociale media ook vaker gebruiken. Dat klinkt als een risicofactor. Een van de studies die van ons al gepubliceerd is, is dat we keken wat we konden zeggen over online en offline selfiegedrag en eetstoornispsychopathologie. Kunnen we bepaalde relaties verklaren door hoe ontevreden mensen zich over zichzelf voelen en of ze bijvoorbeeld aan *body checking* doen. We hebben dit onderzoek uitgevoerd onder 250 vrouwen met eetstoornisproblemen van klinische ernst. In deze groep gold inderdaad dat hoe meer tijd ze op die sociale netwerksite zaten, hoe hoger de ernst van hun eetstoornissymptomen was en dat bij degene die wel selfies namen maar ze niet online

plaatsten, dat gekoppeld kon worden aan een soort nieuwere vorm van *body checking* gedrag. Dus dat het eigenlijk gaat om een soort van reis op te bouwen, zo zag ik eruit en in de loop van de tijd ga ik er zo uitzien. We zagen hier dus een relatie tussen offline selfies nemen en de mate van *body checking* gedrag. Eigenlijk kwamen Alexandra en ik tot de conclusie dat het zeker wel een belangrijk ding is om te bespreken tijdens de behandeling: wat doe je nu met de sociale media.

Hetzelfde geldt voor het tweede onderzoek wat we hebben uitgevoerd en dat zijn we nu aan het opschrijven om te publiceren. Daarbij hebben we gekeken naar motieven voor sociale media gebruik bij mensen met eetstoornissymptomen. Je kunt natuurlijke sociale netwerksites voor de pro-eetstoorniskant om informatie in te winnen, maar misschien als jij al in een bepaalde fase van je herstel zit zou het ook zo kunnen zijn dat je juist de pro-herstel communities opzoekt. Daar is eigenlijk ook nog niet zo heel veel van bekend. Wat we wel weten is dat mensen die passief bezig zijn met sociale media, dus alleen maar lurken, dat die ook meer depressiesymptomen vertonen. Mensen die minder bereid zijn om te veranderen, dus die minder in de recovery zitten, juist informatie over diëten en sporten inwinnen. De andere kant is dat mensen dus soms ook advies en steun zoeken om dat herstel in te gaan. De motieven zelfexpressie en sociale interactie kunnen bijdragen aan eetstoornisherstel. Ook gaven mensen die herstellend zijn van die eetstoornis, dus die verder waren in de recoveryfase, aan dat ze de sociale media als een soort documentatie gebruikten van hun bewijs van herstel. Ze hoopten op die manier ook anderen te kunnen steunen. Wat ik net vertelde was met name palliatief getoetst, wij wilden dat kwantitatief doen in meer een populatie vrouwen met eetstoornissymptomen en dat koppelen aan hun stage of recovery. In deze groep vrouwen vonden wij weer juist niet die link tussen tijd op sociale media en de ernst van de eetstoornissymptomen, maar we vonden wel dat een motief van sociale druk juist bijdroeg tot mindere motivatie voor herstel. Dus dit is iets wat gewoon een behandeling zou verhinderen en dit effect vonden we met name bij de jongere deelnemers die in onze sample zaten.

Ik sla een aantal slides over. Ik hoop dat het inderdaad gedeeld wordt. Ik had het ook een beetje voor de discussie op papier gezet. Ik wil afsluiten met de boodschap dat media heel belangrijk zijn voor de jongeren, maar dat we ze dan ook kunnen gebruiken als kanaal om misschien mediagebaseerde interventies in te zetten. Aan de ene kant zeggen we: misschien willen we bepaalde inhoud verbieden of bepalen. Aan de andere kant weten we ook dat het een mooi kanaal is voor als mensen hulp, ondersteuning en eerlijke informatie zoeken. Ook zijn er een aantal interventies al beschreven in de literatuur die inderdaad positieve effecten laten zien als we het hebben over mediawijsheid. Bespreek eens met mensen, ook die met een eetstoornis, hoe realistisch het is wat we in de media zien. Dat blijkt een heel belangrijke factor te zijn, die kan helpen media op een gunstige manier in te zetten. Dat is denk ik dan ook mijn 'take-home message' voor nu. Ik zou meer onderzoek willen doen binnen ook zo een klinische populatie. Wat is de sociale context waarin zij die media verwerken. Wat is de invloed van die likes en feedback die zij online tegenkomen. Maar ook: welke content zoeken die mensen nu precies online op. Hoe kunnen we juist de media gebruiken om mooie interventies op te zetten. Tot zover mijn verhaal.

Commissie

Je had het er net over: je kunt ook veel positiefs bereiken. Ben je dan niet bang dat je de groep die het niet zo nodig heeft sterker maakt en de andere groep laat liggen. Of dat je bijvoorbeeld krijgt dat je net als bij sigaretten een blanco afbeelding krijgt.

Mevrouw Veldhuis

Ik heb daar heel veel onderzoek naar gedaan. Tekstualisatie is dat. Die plaatjes in media staan nooit op zichzelf. Of dat nou in een magazine is, bijvoorbeeld 'boost your body now'. Wat nou als we die plaatjes van modellen eerlijke informatie meegeven, zo van: het heeft zo lang geduurd om tot zo een foto te komen. Ik heb natuurlijk wel heel veel make-up op. Het openbaren van de cheater strategies werkte wel positief. Als jongeren dat zagen, reageerden ze wel positiever over hun eigen lichaam dan wanneer ze die disclaimer niet zagen. Bij de disclaimer merkte ik wel dat het heel erg zit in de woorden die je kiest. Geef gewoon eerlijke informatie, dat werkt als een trein. Kwam er een waarschuwingscomponent bij dan haakten ze totaal af. Dan krijg je een soort boemerangeffect.

Commissie

Zijn er ook landen waar bij vloggers komt te staan: dit is een gemanipuleerde foto?

Mevrouw Veldhuis

Het is in heel veel landen soort van on the rise. In Israël is het al en in Frankrijk is het ook al doorgevoerd. Wel vaak in een waarschuwingsjasje. Gebleken is dat dat niet werkt. Ik ben zelf van huis uit bioloog maar doorgerold richting communicatiewetenschap. Het maakt bij jongeren nogal uit welk woord je kiest.

Commissie

Als je een filmpje op YouTube zet moet je al aangeven of het voor volwassenen of kinderen is, dan moet het aan allemaal extra eisen voldoen. Ik denk dat men drie jaar geleden nog dacht dat de grote companies daar nooit gehoor aan zouden geven, maar ze doen dat blijkbaar wel. Dat lijkt een beetje op het feit dat sigaretten nu achter een dichte deur zitten. Dus het uit het beeld van kinderen houden. Dat je geen K3-chips meer kunt kopen bijvoorbeeld. Zou dat soort wetgeving hiervoor ook helpen?

Mevrouw Veldhuis

Dat vind ik toch wel een hele lastige, je maakt er dan toch een soort van verboden fruit van. Ik weet het niet. Het lijkt mij mooier om te werken vanuit een intrinsieke motivatie.

Commissie

Van het verboden fruit weten we dat dat het argument van de sigarettenverkopers is. In het kader van eetstoornissen zijn we eigenlijk vooral onder de indruk van de quote die jij deed over dat meisje die aangaf niet te weten of ze het mooi vond maar wel zo wilde zijn. Het is niet eens verboden fruit, het is iets veel diepers.

Mevrouw Veldhuis

Ik denk dat de aandacht voor het feit dat iedereen verschillend mag zijn ook positief uitpakt. We moeten nu ook niet dunne mensen gaan bodyshamen.

Commissie

Ik zat laatst op een website voor menstruatie-ondergoed. Daar kun je de keuze maken het ondergoed te zien op een ander model. Allemaal verschillende lichaamstypes. Dan kon je gewoon zelf kiezen.

Mevrouw Veldhuis

Ik heb laatst met een vriendin een brief geschreven naar de Bonprix. Zij heeft een kledingmaat 46/48 en zij viel dus niet meer volgens Bonprix onder de normale maten. Zij stoorde zich heel erg aan het label. Dat is iets wat ik in het onderzoek heel erg terugvind. De term normaal is een enorme trigger. Dat waren ook de plaatjes die je zag van de hersenen. We hebben dit onderzoek ook herhaald met jongeren in een MRI-scan en gekeken naar hun neurale activiteit. We zagen als jongeren zelf plaatjes zagen en zeiden: o, dat model is veel te dun, en we gaven dan feedback met dit is normaal, dan werden die hersengebieden actief, dus van sociale druk en norm.

Commissie

Het omgekeerde kennen we ook. Dat als je foto's van klassen van begin jaren 70, wat eigenlijk volgens de gezondheid de goede BMI is, dat ze zeggen: o wat zielig, wat waren die kinderen mager toen. Je zegt in het onderzoek: je ziet degene die veel selfies maken en bewerken. Dat is wat je ook wel ziet onder groepjes 16-jarigen. Ze maken wel honderden foto's en sturen deze naar vrienden.

Mevrouw Veldhuis

Dat is ook wel heel complex. Want we vinden ook studies die zeggen dat als men zich heel bewust is van die strategische zelfpresentatie, men zich veel beter voelt. Ook daar is het net niet hetzelfde. Dat maakt het heel interessant. De een reageert er slecht op en de ander voelt zich juist empowered. Wat ik heel stuitend vind is dat als ik in een onderzoek vraag: wat betekent een *like* voor jou, ik hele verhalen krijg met de strekking: het is een bevestiging van hoe ik ben, dat ik mag zijn wie ik wil zijn en dat ik steun krijg.

Commissie

De zelfwaardering blijft dan afhankelijk van hoe je eruitziet. En dat wil je eigenlijk niet. Nou is het wel zo dat als je kijkt naar de jeugd, bijna al die meiden dat doen. Maar een klein deel daarvan ontwikkelt een eetstoornis.

Mevrouw Veldhuis

Dat vind ik ook wel het mooie. Als je met mensen over dit onderwerp praat, zeggen ze vaak: de media zijn slecht. Maar dat kun je niet zo zeggen. Het is een van de factoren die kan meespelen maar echt niet iedereen krijgt anorexia nervosa van het zien van een dun model.

Commissie

Het is wel bijzonder dat een grote groep meiden niet tevreden is met zichzelf en dan via hun telefoon naar bewerkte foto's van zichzelf gaat kijken. Daarbij spelen eetstoornissen niet zozeer een rol maar wel bijvoorbeeld andere uiterlijke kenmerken. Sociale media kunnen ook een mooi medium zijn om jongeren te bereiken. Want hoe dan ook, ze zitten wel allemaal op hun telefoon. Als je bijvoorbeeld kijkt naar de BBC die wetgeving heeft als je bijvoorbeeld een gezin

in reclame neerzet (zoveel percentage kleur, dun dik jong en oud). Het zou goed kunnen dat Nederland daar ook naartoe gaat.

Bijdrage van mevrouw dr. K. de Bruin

Dank voor de uitnodiging. Voor degenen die mij niet kennen, ik ben Karin de Bruin, werkzaam als sport- en prestatiepsycholoog. Een van mijn expertisegebieden is eetstoornissen en in dit geval dus bij sporters of in de sport. In tegenstelling tot de vorige sprekers heb ik er bewust voor gekozen om wat meer de insteek van mijn eigen sportpraktijk te kiezen, dus een wat minder wetenschappelijke overview te geven.

Ik dacht laat ik jullie meenemen naar mijn eigen sportpraktijk als context met overmatige eetproblematiek. We weten dat 20% van de vrouwelijke topsporters aan een eetstoornis lijdt. Voor mannelijke topsporters is dit ongeveer 8%. In bepaalde risicotakken zijn die percentages nog hoger. Ik ga heel specifiek in op mijn eigen project "Weet wat je doet", waarin ik 21 jaar kennis, ervaring, wensen en verlangens heb samengebracht. Ik zal vooral ook afsluiten met de lessons learned in dat project: wat zijn volgens mij goed werkzame bestanddelen ten aanzien van vroegsignalering en preventie van eetproblemen in de sport.

In het kort mijn sportpraktijk. Ik ben in 2000 in de sportpsychologie terechtgekomen vanuit de klinische en gezondheidspsychologie-hoek. Ik had de ambitie om naar een wat positievere, luchtigere vorm van psychologie te gaan, maar mijn hart kroop toch waar het niet gaan kon, dus ik ben meteen in de eetstoornissen gedoken. Daar lag volgens mij een grote lacune. Ik zag een bovenmatige prevalentie in de sport maar eigenlijk was er destijds vrij weinig in de topsport aan programma's of onderzoek ontwikkeld, zeker in Nederland. Ik heb gaandeweg met een aantal studenten van de Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit onderzoek uitgevoerd naar sportspecifieke aspecten van eetproblemen in turnen, dans, judo, roeien en triatlon. Eigenlijk allerlei sporten waarin er een duidelijke relatie is met gewicht: hoe dunner je bent hoe strakker je staat en hoe betere punten je scoort. Doorgaans zit daar ook wel een soort winst qua gewicht. Hoe lager het gewicht hoe hoger je springt en hoe sneller je loopt. Daar zit een soort keerpunt die sporters en de trainers dan helaas niet goed zien. Ik heb me vooral gericht op de sportspecifieke aspecten omdat me dat interessant leek: wat maakt nou binnen de sport het risico zo groot? Dan moet je denken aan bijvoorbeeld coaches die turnsters uitschelden voor dikke koe, ze vier keer per dag op de weegschaal zetten, tot wat meer subtiele *bullying* vanuit de omgeving, maar ook dingen als strakke sportkleding, heel veel op foto's in de publiciteit komen. Dit kan allemaal maken dat er een overmatige focus komt op het lichaam. Dat zit natuurlijk ook al in het bewegen zelf, dat je je lichaam meeneemt en voelt. Als je de hele tijd op een fiets of op een paard moet zitten, word je letterlijk heel erg geconfronteerd met je eigen fysiek.

In 2010 heb ik een promotieonderzoek uitgevoerd en afgerond, *Thin is going to win*, waarin ik een aantal van die onderzoeken bij elkaar heb gebracht en heb getracht dat sportspecifieke wat meer over het voetlicht te brengen. Vanaf 2003 ben ik in mijn eigen praktijk sporters mentaal aan het trainen tot aan klinisch behandelen voor eetstoornissen. Dat laatste doe ik natuurlijk onder de vlag van destijds de Ursula kliniek, nu doe ik dat met psychiaters, PMT'ers, running

therapeuten, eigenlijk met een soort behandelteam. Ik betrek er een sportarts en -diëtiste bij en doe het dan onder de vlag van de GGZ-organisaties waar vergoede zorg te organiseren is.

Naast hulpverlening ben ik na mijn proefschrift actief aan de slag gegaan met preventieactiviteiten. Zo'n een (promotie)boekje wordt door tien mensen gelezen. Ik vond dat zonde. Ik dacht: laat ik kijken of ik de sportpraktijk kan laten profiteren van mijn bevoegdheid en kennis. Ik ben regelmatig op sportclubs, bij bonden en op dansscholen geweest om daar een lezing te geven. Ik zag al snel dat die druppel op de groeiende plaat eigenlijk geen verschil maakt. Het was ook vaak niet de kennis die ontbrak, maar bijvoorbeeld een krachttrainer die op eigen houtje aanstuurde op crashdiëten en niet aangesproken werd door de rest van het team. Daar zat toch wat huiver. Dus vaak zag ik dat het wat meer in het systeem zat waardoor het in die sport misliep dan dat er alleen maar gebrek aan kennis zou zijn.

Los van al mijn eigen activiteiten ben ik verder altijd lekker druk geweest met het opbouwen van een netwerk rondom eetproblemen en sport. Dat komt eigenlijk terug in het Weet wat je doet-project. Die individuele behandeling geeft veel voldoening als je iemand weer uit de put helpt en op de rails zet maar ik zag ook hoeveel moeite dat kost en bij hoeveel mensen je dat niet redt. Die druppels op de gloeiende plaat zoals ik al beschreef maakten ook het verschil niet. Ik ben toen kennis gaan maken in Amerika met het 'Female Athlete Body Project' van Becker en Stewart. Ik kreeg van hen de ruimte om het programma op mijn eigen manier in Nederland uit te rollen. Dat heb ik gedaan. Ik heb een vertaalslag gemaakt van dat Amerikaanse medische programma naar een wat meer psychologisch getint Nederlandstalig programma wat hier beter zou landen. Het programma is anders gaan heten, het is van "Gezond presteren" vertaald naar "Eet wat je doet, weet wat je doet". We hebben een aantal pilotstudies gedaan met dat programma. Dat waren drie workshops van 90 minuten rondom verschillende thema's die ik straks nog even zal toelichten. We hebben dat in het turnen onderzocht om te kijken of we verschil zagen tussen recreanten en topturners. We hebben bijvoorbeeld in de *cheerleading* uitgezocht of je een dergelijk programma door een expert moet laten begeleiden, of door een peer, dus iemand uit het team dit programma aanleren en laten geven. We zijn in de dans gaan kijken of dit ook met 11-jarigen kon. We laten een controlegroep wachten op het programma versus we laten mensen al starten en kijken of we dan ook al significante verschillen zien voor en na het programma. In de triatlon hebben we een online variant onderzocht, lukt dat ook. Ook in het roeien hebben we verschillende verenigingen van dit programma laten profiteren. Wat kwamen we tegen? Onder andere dat de internalisatie van het dunheidsideaal verminderd was. Een van de paden waarlangs de lichaamsontevredenheid zich kan ontwikkelen. We zagen ook dat er een verbeterde perceptie was van het lichaamsbeeld, zowel direct na de training als na zes weken. We hebben ook in die vragenlijst opgenomen of er een bepaalde druk is door derden in de sportomgeving of hoe verifiëren zij de mening van anderen in de sportcontext. Die werd wat positiever. Praktisch zagen we dat eetproblemen, disbalans en weerbaarheid veel bespreekbaarder werden en dat we ook een aantal probleemgevallen hebben kunnen signaleren. Die hebben wij kunnen verwijzen naar mij of andere zorgverleners. Ik moet wel zeggen dat als je als onderzoeker in een dergelijk project zit, dat dat heel anders is dan wanneer je in de praktijk bezig bent. We hadden bijvoorbeeld op de dansschool iemand in de controlegroep die meteen eruit gehaald werd van: nou daar moet iets mee. Die laat je dan niet drie tot zes maanden wachten totdat het programma eens langskomt maar die wordt uit die groep getrokken en ook meteen adequate hulp geboden. Dat betekent wel dat het met dit soort

kleine aantallen, het lastig is om wetenschappelijke evidentie voor je project te vinden. Maar het heeft ons er in ieder geval niet van weerhouden om toch een volgende stap te zetten.

Dat heb ik kunnen doen met de sportinnovator-prijs. Bij ZonMw werd er een Mind Your Fitness-subsidie ter beschikking gesteld waardoor ik het project naar een 2.0 versie kon brengen en vanuit die pilot een volgende stap kon maken. Wat hebben we gedaan? We hebben de sporterstraining geüpdatet. We hebben met elkaar gezeten om te kijken welke dingen werkten en welke dingen niet werkten en waar nog een extra slag in gemaakt kon worden. We hebben een achtweekse coolingdown gemaakt, dus als het programma stopt dan krijgen ze acht weken lang nieuwsbrieven toegestuurd met tips en doelopdrachten om het wat meer in te masseren. De rode draad is ook: zit je niet goed in je vel, trek aan de bel. Dus iedere keer de slag naar hulp maken. Zij kunnen dan óf de trainer die daar is geweest óf mij óf iemand van de zorgkaart meteen benaderen. We hebben ook een hele online tak gemaakt met New Health Collective, zodat het programma van 10 modules ook thuis of in eigen tijd kan worden gevolgd in plaats vanbinnen de selectie.

Omdat we eigenlijk ook online moesten, hebben we doorgepakkt met een leerlijn voor trainers. We leren ze in een module hoe ze eetproblematiek kunnen signaleren. We gaan met rollenspelen en met acteurs het gesprek aan. Hoe benader je nou iemand, wat doe je als iemand weigert of een appèl op je doet om het voor eeuwig geheim te houden. Hoe ga je daarmee om? Wat kun je voor omwegen vinden om toch iemand met een beetje tegenzin richting hulp te krijgen. Dat is dan eigenlijk het einddoel van zo'n gesprek. Er is ook een module Omgaan met vermoedens. Wat doe je als iemand in jouw selectie een eetprobleem heeft. Steken ze de anderen aan, laat je ze doortraineren en tot welk punt dan, wat doe je met wegen en meten? Eigenlijk allerlei vragen die er altijd zijn. Wat is mijn verantwoordelijkheid als trainer of coach, waar stopt die? Hoe benader en betrek ik ouders? Die zijn zo mogelijk nog erger dan het kind, wat moet ik ermee? Dat gaan we in die module met ze uitwerken. En er is een module over je rol als trainer, hoe kun je een positief trainingsklimaat neerzetten? Dus niet resultaatgericht maar meer persoons- en taakgericht. Daar geven we met die trainers en coaches handen en voeten aan.

We hebben ook drie workshops voor ouders ontwikkeld. Dus als de kinderen in de workshop zitten kunnen de ouders tegelijkertijd ook leren over voeding, opvoeding en bijvoeden. Dat gaat dan wat meer over het signaleren van eetproblematiek en andere mentale disbalansen. Voor besturen van bonden hebben we een achtstappenplan ontwikkeld om echt een wat meer integraal beleid in de vereniging te maken. Dus niet die losse flodders maar hoe kun je nou dit hele programma in een bond of club/vereniging uitrollen.

Er zijn nog wat meer facetten die we hebben kunnen vormgeven, juist ook door corona. Er is een coachhandleiding ontwikkeld samen met Patricia Bos van Bureau Puur, nu Stichting Kiem. Er is een zorgkaart, we hebben sportdiëtisten die ook iets kunnen met eetproblematiek en een aantal sportpsychologen en ervaringsdeskundigen die beginnende eetproblemen kunnen oppakken. Het zijn soms wel mensen die buiten het zicht van de NAE zitten, dus het is wel een toegevoegde waarde en er is ook wel een grote overloop van mensen die gewoon bij NAE op de zorgkaart staan. Dat proberen we op de website ook te benoemen, dat het niet altijd sportspecifiek hoeft, dat het soms ook prima generalistisch kan worden opgepakt. We hebben een website ontwikkeld, we zijn tegenwoordig wekelijks op sociale media actief om alle

doelgroepen op de verschillende platforms te bereiken. Dit is eigenlijk wat meer thematisch wat er in de “Weet wat je doet”-training zit. Er is een filmpje maar daar hebben we vast geen tijd voor. Ik verwijs jullie dan ook naar de website om onze promofilm ‘Don’t run’ te bekijken. Dit zijn eigenlijk de thema’s. Ik hoor de voorgangers het ook noemen, het gaat onder andere over het vergelijken met anderen, social media maar ook prestatiedruk, coaches die opmerkingen maken, hoe durf je je daar toch tegen te verweren. Het gaat niet alleen over het ideaalbeeld dat er nooit afgevallen zou mogen worden in de sport maar als je dat dan doet, hoe doe je dat verantwoord. Het gaat over verschillende lichaamsidealen en het Weet wat je doet-ideaal is het ideaal waarbij je uitgaat van je eigen kracht en je eigen fysiek en waarbij je wat meer bij jezelf durft te blijven. We nemen voor de trainers ook als insteek energiebalans, het RED-S (Relative energy deficiency in sport) model wat in de sport tegenwoordig als een soort verkapte term wordt gebruikt om het niet over die enge eetstoornissen te hebben. Zo probeer je in ieder geval ook de terminologie te gebruiken waar sporters, coaches en clubs ontvankelijk voor zijn. Er zit een stukje sportpsychologie in, dus het gaat over ontspanningstechnieken, het gaat over voldoende rust en herstel pakken, hoe doe je dat en het gaat ook wel over kennis over sportvoeding. Ons idee is echter dat er juist allerlei psychologische mechanismen zijn die het toepassen van de kennis in de weg staan en dat we daar in ons programma een soort extra slag in kunnen slaan.

Ik wil een aantal succesfactoren noemen. We werken dus doelgroepspecifiek. We passen ons aan aan de terminologie, RED-S, gezond presteren. Het is een integraal programma, er zit een preventief stuk in maar ook een curatief stuk dat er ook een zorgkaart is door heel Nederland waar dan op kan worden ingestapt. We kijken niet alleen naar sporters maar bedienen ook de omgeving. Ik heb allerlei trainers om me heen kunnen verzamelen die eigenlijk uit de sport zelf komen. Zij zijn eigenlijk een soort peers maar net niet uit het eigen team, maar wel heel erg geloofwaardig. Dus ik heb een judotrainer die met judoka’s werkt, een triatleet die in de triatlon aan de slag is om die matching zo hoog mogelijk te maken. We zijn bereid tot maatwerk en aanpassingen, ik denk dat het daarom ook lukt. We gaan niet vasthouden aan drie keer maar bijvoorbeeld aan de klokuren van een dansschool om in het rooster te passen. We gebruiken de mensen ter plekke, zit er dus al een sportdiëtist dan ga ik niet mijn eigen diëtist opdringen maar ik probeer daarin met het bestaande kader de samenwerking te zoeken en zoveel mogelijk aan te sluiten bij programma’s waar zij al mee werken. Ik geloof heilig in dat het belangrijk is om ook wat meer integraal de uitstap naar pedagogisch en veilig sportklimaat te maken. Dat is zeker nu ook met het turn- en dansdossier, en alle misstanden daar zijn een mooi gebied om ook meteen ze onder de neus te duwen zal ik maar zeggen. Ik denk dat hetgeen ons succesvol maakt is dat we een netwerkproject zijn, dus dat we zoveel mogelijk partijen erbij betrokken hebben.

Als laatste dan de uitdagingen die we tegenkomen. Ik werk natuurlijk met parttimers die ook hun eigen baan hebben of net aan het opstarten zijn. Houd die maar betrokken bij je project, dat blijkt best wel lastig te zijn. Ik vind kwaliteit belangrijker dan kwantiteit, dus ik werk liever kleinschalig met goede mensen dan dat ik maar ineens heel groot van start ga. Tegelijkertijd zijn er heel veel enthousiaste mensen die op de kar willen springen maar die voldoen weer niet aan de GGZ-standaard, dus hoe wimpel je die op een goede manier af maar hou je ze toch aan boord. Uiteindelijk kunnen zij toch ook wel wat qua naam en netwerk betekenen. Het is natuurlijk een cultuur waarin een groot taboe is ook op eetstoornissen op mentale factoren. Je ziet in de Olympische Spelen dat dat iets beter wordt maar er is nog steeds de angst: maak je het niet erger door erover te praten. En er zijn natuurlijk mythes: more to score en thin to win,

die in de sport nog wat extra zijn uitgevochten en lastig zijn om te doorboren. Wat ik ingewikkeld vind is dat er best wel wat meer partijen in de sport werkzaam zijn en in plaats van dat er veel samenwerking is, merk ik soms dat er toch ook vaak tegenwerking of afscherming is. Ik heb bijvoorbeeld een groep rondom het turndossier opgericht. Dan zie je allerlei partijen zoiets hebben van: dat doen wij al of dat doen wij beter. In plaats van dat je samen allemaal een stukje van de puzzel doet, is dat in de praktijk nog weleens ingewikkeld. En uiteraard door corona zijn er aan de ene kant meer problemen en is er een kleine begroting. Daarin ligt een hele grote uitdaging. Het blijft puzzelen, hoe krijg je het programma echt in vol ornaat ergens binnengeloodst. Sportpsychologie is sowieso vaak een beetje het sluitstuk in de begroting. Wij zijn psychologen in het project en geen acquisitie- of marketingexperts en dat maakt het soms weleens lastig om misschien toch wel een bepaalde schaalgrootte te bereiken.

Commissie

Je vertelde over dat onderzoek wat al uitgevoerd is. Komt daar nog een vervolgonderzoek van?

Mevrouw de Bruin

Ik heb nog even gesproken met wat mensen uit België van de universiteit om dat van de grond te krijgen. Maar ik heb er nu voor gekozen om dat toch even los te laten. Ik merkte dat er heel veel weerzin bij deelnemers is als ze enorme batterijen met vragenlijsten hadden ingevuld. Er was dan minder animo om het trainingsprogramma te omarmen. Dat is misschien dan iets met een subsidie, wat ik nog extra zou kunnen betrekken om erbij te doen. Maar dat is gewoon als ZZP'er in een eigen praktijk zonder geleerdheid aan een universiteit heel complex. Dan moet je weer een stagiair die daar handen en voeten aan geeft. Eigenlijk is het antwoord op dit moment niet. Dat is natuurlijk wel een gemiste kans, dat realiseer ik me.

Commissie

Ja want het is natuurlijk wel een mooi project. Het verdient dus wat meer onderzoek.

Hoe komen de mensen bij jou terecht? En de trainingscentra?

Mevrouw de Bruin

Veelal via social media. Wat betreft de trainingscentra is het dubbel. Er zijn een aantal die met ons in zee willen en er zijn een aantal die zeggen dat het ingewikkeld is omdat het allemaal van het NOC*NSF moet komen en die moeten bepalen wanneer, wat en met wie ze wat mogen doen. Die zijn al drie tot zes jaar bezig met het ontwikkelen van een richtlijn en die komt alsmaar niet. Dat is dan even dat stroperige in de samenwerking. Ik heb zelf wat gesprekken met bonden waar we dan in de kaderopleiding van de trainers zitten. Zij moeten punten verdienen en krijgen dan eens in de drie maanden onze workshops online aangeboden. Met andere bonden zijn we in gesprek. Het is eigenlijk via via, persoonlijke contacten en via goede verhalen breidt dit nu als een olievlekje uit.

Het NOC*NSF of RTC's zijn een optie maar die zeggen dan altijd: ik wil alleen maar dat je met onze A- en B-sporters werkt. Ze willen dan de volledige regie over wanneer en waar je aan de slag gaat. Ik denk dat het zonde is om maar 200 mensen hiervan te laten profiteren. Ik zie het graag wat grootschaliger. En het begint natuurlijk vaak ook veel jonger dan wanneer je al op dat niveau actief bent. Ik zie ook triggermomenten of transitie momenten waarin het van de club naar de topsport als het ware ineens een vlucht krijgt.

Commissie

Bij de atletiek wordt veel met jongeren gedaan. Ze krijgen ook workshops over voeding.

Mevrouw de Bruin

Ja ze krijgen workshops over voeding, of over doelen stellen of over prestatiedruk. Maar de aanpak binnen de RTC's van de diverse sporten verschilt zo van elkaar. Het ene RTC zegt: "doe maar gewoon met voeding dan doe je al gek genoeg, laten we weer eens normaal gaan eten" en andere RTC's geloven weer in allerlei sportmythes. Het geloven in dergelijke mythes wordt dan wel heel erg gevoed door atleten die trainen in die centra. Als je wilt interfereren dan wil je dat toch eigenlijk doen op het moment dat ze daar binnenkomen als 12- of 13-jarigen en niet als ze daar al een paar jaar trainen.

Bijdrage van mevrouw prof. dr. A.A.N. Mulkens

Ik ben gevraagd iets te presenteren over ARFID. Wat is ARFID niet en wat wel. We gaan het hebben over diagnostiek en vroegherkenning, want daar gaat deze meeting ook over. En nog wat over de behandeling van ARFID. Zoals de meeste van jullie weten is ARFID inmiddels een van de zes voedings- en eetstoornissen die in de DSM-5 zijn opgenomen, naast boulimia nervosa, anorexia nervosa, eetbuistoornis, pica en ruminatiestoornis en dan nog twee restcategorieën. Als je aan een eetstoornis denkt, denken mensen vaak als eerste aan anorexia nervosa. Dat is een ernstige eetstoornis. De aandacht wordt ook erg door de media gericht op dit soort extreme ziektebeelden. ARFID is iets anders dan anorexia nervosa. Er zijn wel raakvlakken. Mensen die lijden aan anorexia nervosa hebben ondergewicht en dat kunnen mensen met ARFID ook hebben, maar dat hoeft niet per se. Zij kunnen ook een gezond gewicht of zelfs overgewicht hebben. Het niet of selectief eten hebben mensen met ARFID wel gemeen met mensen met anorexia nervosa, maar de reden waarom ze weinig of selectief eten is echt heel anders.

ARFID is ook niet alleen maar moeilijk eten of allerlei eten niet lusten. Zoals jullie wellicht weten is selectief eetgedrag vrij normaal bij jonge kinderen. Geschat wordt dat 40 tot 50% van de kinderen tussen 2 en 5 jaar problemen heeft met nieuw eten of nieuwe voedingsmiddelen. Ook hebben veel mensen een aantal proefsessies nodig om überhaupt te kunnen besluiten of zij een bepaald voedingsmiddel wel of niet lusten. ARFID staat voor Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, in het Nederlands: vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis. ARFID heeft ook veel gezichten. Daarom wil ik jullie kort even meevoeren met een aantal mogelijke mensen en casussen:

- Dit is Marie, ze is 3 jaar en prematuur geboren. Heeft altijd een sondeslang gehad, nooit oraal leren eten. Ouders hebben alles geprobeerd om haar zover te krijgen. Het lukt niet, ze weigert. Ouders zijn ten einde raad.
- Roy is 7 jaar. Hij houdt van voetbal maar hij voelt zich vaak heel zwak. Kan niet meetrainen, is duizelig. Dat komt omdat hij te weinig eet. Hij heeft eigenlijk ook nooit honger. Andere mensen moeten hem herinneren aan het eten.

- Johan is een jongen van 18 jaar en heeft een autismespectrumstoornis. Hij is ook sensorisch gevoelig. Dit betekent dat eten goed gaat zolang het in zijn mond goed aanvoelt. Voedsel met een vreemde smaak of kleur of bite gaat er bij hem niet in. Hij zal ook niet snel iets nieuws proberen. Sinds kort studeert hij en zijn eetgewoonten zorgen voor ernstige problemen.
- Sanne is 13 jaar oud, is altijd een moeilijke eter geweest. Steeds minder keuzes. Ze wilde steeds minder voeding proberen. Bepaalde krokante dingen, beige en bruin, kan zij wel aan. Het enige wat zij wel verdraagt is krokant eten, wat vaak ook wel wat calorischer is, waardoor zij ook overgewicht heeft ontwikkeld.
- Ria is een volwassen vrouw die zich heeft verslikt in een bepaald voedingsmiddel (tuinboon). Sindsdien pureert zij al haar eten. Ze was altijd wel al wat angstig aangelegd. Ze had al nooit zoveel behoefte aan exotisch eten. Maar sinds ze zich verslikt heeft en dacht dat ze ging stikken, is dat allemaal veel erger geworden.

Zoals we al hadden gezien past al deze casuïstiek bij ARFID. Het toont veel gezichten van ARFID, er is dus eigenlijk niet een soort van patiëntengroep te onderscheiden. Het is eigenlijk een paraplu voor een aantal soorten eetproblematiek. Het gaat dan om problemen waarbij er te weinig of heel selectief wordt gegeten, bijvoorbeeld door een gebrek aan interesse in eten of door de sensorische gevoeligheid van mensen waardoor ze bepaald eten met bepaalde sensorische kenmerken niet kunnen verdragen of zorgen over de aversieve gevolgen van het eten, bijvoorbeeld de angst om te stikken, angst om te slikken, angst om over te geven en angst voor pijn. Die moet samengaan met een of meer van die vier kenmerken die hier op de dia's staan, namelijk somatische problematiek zoals gewichtsverlies, niet goed groeien of een deficiëntie van bepaalde voedingsstoffen, afhankelijkheid van sondevoeding of het heel duidelijk interfereren met het sociale functioneren.

In het DSM-5 in 2013 is ARFID officieel met deze kenmerken opgenomen. Het kan dus nu op alle leeftijden ook gesteld worden, deze kwalificatie. In de vorige editie stond er een vergelijkbare stoornis in het handboek, maar die stond dus bij de kinderstoornissen en de diagnose moest voor het zesde jaar gesteld worden en die was eigenlijk qua somatiek alleen gericht op het onvoldoende groeien.

Het is ook belangrijk dat ARFID niet te maken heeft met het niet beschikbaar zijn van eten, of door culturele gewoontes. Het wordt ook onderscheiden van anorexia nervosa en boulimia nervosa omdat er geen aanwijzingen zijn dat mensen met ARFID het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm verkeerd ervaren of daar een verkeerd beeld over hebben of angstig zijn om aan te komen.

Wat betreft dat eerste kenmerk zoomen we even in op het aspect gezondheid en voeding. Er is dus sprake van te weinig voeding in hoeveelheid en/of selectief eten (te weinig variatie). Die tekorten kunnen ook op de langere termijn veel gevolgen hebben. Die worden soms onderschat. Bij anorexia nervosa is het bijvoorbeeld heel duidelijk dat mensen ondergewicht hebben. Sommige mensen met ARFID hebben dat ook, maar zodra iemand met ARFID geen ondergewicht heeft, dan wordt die sneller niet herkend of misschien wordt het als minder ernstig afgedaan, terwijl het net zo ernstig kan zijn op de langere termijn om voedingsdeficiënties te hebben. Dat kan je onderzoeken door bijvoorbeeld bloedprikken, een voedingsdagboek te laten

bijhouden, maar ook bepaald gedrag kan een aanwijzing zijn dat er deficiënties zijn. Deze twee plaatjes komen uit het boek van Jennifer Thomas waarin een tabel staat van welke voedingsmiddelen tot welke gedragingen zouden kunnen leiden en tot welke tekorten.

Dit is een casus uit het Engelse nieuws van vorig jaar. Het betreft een tiener die doof en blind was geworden door bepaalde deficiënties. Ik ben daar toen nog - en Eric van Furth ook - over bevestigd door de Volkskrant door de rubriek "Klopt dit wel". En inderdaad, deze jongere was aangemeld in het ziekenhuis met allerlei somatische problemen maar pas op 15-jarige leeftijd werd eigenlijk pas de relatie gelegd met zijn eetprobleem. Jarenlang heeft dit kind in het ziekenhuis allerlei onderzoeken gehad en is er nooit een link gelegd met een mogelijk eetprobleem. Dat is ook weer een uiting van het feit dat ARFID erg onbekend is, ook bij professionals. En de sociale gevolgen (punt 4 in die dia: duidelijk interfereren met het psychisch-sociale functioneren), ook al zijn er geen somatische problemen, mensen kunnen toch ARFID hebben als zij duidelijke problemen hebben op het psychisch-sociale vlak. En dan moet je bijvoorbeeld denken aan kinderen dat zij niet mee kunnen gaan op schoolreisje of schoolkamp of ergens kunnen gaan logeren of iets langer weg van huis zijn omdat ze daar niet kunnen eten. Er ontstaat vaak veel angst en schaamte. Ook op latere leeftijd is dat natuurlijk het geval.

In de DSM-5 worden drie subtypes onderscheiden. Marie en Ria zijn vooral angstig voor de gevolgen. Marie die linkt haar pijn heel erg aan het ziekenhuisgedoe wat zij op jonge leeftijd al heeft meegemaakt. Zij heeft hierbij pijn gehad, er zijn veel sondeslangen ingebracht. Eten is voor haar een traumatische gebeurtenis gebleken. Roy die heeft meer last van het subtype weinig eetlust. Hij vergeet te eten. Sanne en Johan kunnen we scharen onder het subtype sensorische gevoeligheid. Het kan ook zijn dat mensen binnen twee of drie subtypes vallen.

Iets over de prevalentiediagnostiek, co morbiditeit en oorzaak. Voor anorexia nervosa, boulimia nervosa en binge eating disorder is duidelijk hoe vaak dat voorkomt. Het is al veel onderzocht. Maar hoe zit het dan met ARFID. Er zijn enkele retrospectieve dossierstudies gedaan. Er zijn nog maar heel weinig populatiestudies gedaan om te onderzoeken hoe vaak ARFID nou eigenlijk voorkomt. Er zijn ook bijna geen instrumenten voor behalve deze die hier genoemd staan. Onlangs heb ik een studie gedaan onder 250 Nederlandse 14- tot 18-jarigen. 2,9% voldeed aan de criteria van ARFID op zelfrapportagegebied. Het was vergelijkbaar met de studie in Zwitserland die 3,2 procent vond. Omdat ARFID nog zo kort in de DSM-5 staat, zijn er dus ook nog weinig gevalideerde instrumenten en is het belangrijk dat daar meer onderzoek naar gedaan wordt. Daar zijn we dus wel mee gestart, maar er mag nog veel meer mee gebeuren. Daarnaast is er de PARDI (Pica, ARFID and Rumination Disorder Interview). Die is te vergelijken met de EDE, die er voor boulimia nervosa en anorexia nervosa al is. Maar voor ARFID, Pica en ruminatiestoornis is eigenlijk nog geen gevalideerd interview. Voor de klassieke eetstoornissen zijn er veel meer instrumenten beschikbaar.

Qua oorzaken weten we niet precies hoe het zit maar we denken dat bij verschillende subtypes van ARFID meer of minder bio, psycho of sociale oorzaken aan de hand zijn. Sommige kinderen zijn meer at risk, die zijn bijvoorbeeld te vroeg geboren of ze hebben al op jonge leeftijd al veel gedoe aan hun lijf gehad zoals slangen voor sondevoeding, metabole ziektes of andere problemen op jonge leeftijd. Die zijn dus meer at risk. Maar er zijn ook veel jongeren en volwassenen waarbij psychiatrische en somatische co-morbiditeit een rol spelen. Differentiaal

diagnostisch wordt er ook vaak gedacht aan autismespectrumstoornissen, dat komt vaak samen voor met sensorische subtypes. Hechtstoornissen en bepaalde angststoornissen komen vaker samen voor met ARFID, OCD kan samen met ARFID voorkomen. Anorexia nervosa kan ervoor of erna ook voorkomen en daarnaast is het natuurlijk ook heel belangrijk om zicht te krijgen op medische problemen en die ook zo mogelijk te behandelen. Bijvoorbeeld mensen met allergieën of maag-darmproblemen maar ook met motorische problemen kunnen eerder ARFID ontwikkelen. Er moet dus aandacht zijn voor dat somatische probleem. Voor jonge kinderen is het slikprogramma ontwikkeld. Dit is nog niet in het Engels vertaald. Daarnaast hebben we een CGT-behandeling voor 11- tot 18-jarigen uitgetest en ook gepubliceerd. Naast CGT kan EMDR van toepassing zijn bij bijvoorbeeld traumatische ervaringen.

Waar wordt behandeling nou aangeboden voor ARFID? In het algemeen wordt het nog weinig aangeboden. Het is nog erg onduidelijk vaak voor mensen. Ze bellen op naar mij of andere mensen die ik ken en vragen waar ze terecht kunnen. Sinds kort hebben we Eetstoornissen Netwerk. Dat is een ontwikkeling vanuit de K-eet. Verder zijn er een aantal aanbieders die ambulante behandelingen aanbieden voor kinderen en jeugdigen. Voor volwassenen zijn er ook een aantal mogelijkheden om naartoe te gaan.

Commissie

Zoals je ook al aangaf is er nog veel onbekend over ARFID. Hoe kunnen we dan de brug vinden richting preventie? Hoe zorgen we ervoor dat ouders de weg weten richting zorg en behandeling?

Mevrouw Mulkens

Als we wisten hoe we ARFID konden voorkomen, dan zou dat mooi aan kunnen sluiten, maar ik denk dat er nog heel weinig bekend is of je überhaupt ARFID kunt voorkomen. Daar zou zeker nog onderzoek naar gedaan moeten worden. Ik denk dat er nu vooral een heel groot hiaat is op het gebied van kennis over diagnostiek en behandeling waardoor huisartsen en andere verwijzers nog onvoldoende mensen kunnen herkennen met dit beeld. Ouders blijven dus ook onnodig lang leuren met hun kind of weten eigenlijk helemaal niet dat het bestaat. Ik denk dat we daar een slag mee aan het slaan zijn. We hebben ook een subsidieaanvraag gedaan. We willen in Nederland de behandelwijze toetsen. Dat is er nu nog niet. Er zijn alleen kleinere studies. We willen eigenlijk gewoon bij het hele palet van leeftijden aansluiten.

Commissie

Jij zegt dus eigenlijk: we koersen op vroegsignalering. Is nou ook bekend, net als bij anorexia nervosa, dat als je sneller erbij bent dat er dan minder schade is of dat het beter herstelt of is dat nog niet bekend?

Mevrouw Mulkens

Ook dat is in onderzoek. Ik heb een promovendus die is daarmee aan de slag is. Hij zit in een promotietraject. Hij heeft twee studies gedaan die allebei onder review zijn op dit moment. In die studies heeft hij gekeken naar kinderen die zich hebben aangemeld maar die niet in behandeling zijn genomen. Hoe vergaat het die kinderen nu jaren later? Dan zie je dat er geen of nauwelijks spontaan herstel is geweest, dus dat nog 60 of 70% aan de criteria van ARFID voldoet, jaren later, als ze worden opgebeld door een onafhankelijk onderzoeker. De andere studie zijn kinderen die wel in behandeling zijn genomen. De reden waarom de mensen niet in

behandeling zijn genomen zijn ook uiteenlopend. Bij allen is wel geadviseerd indertijd om behandeling te volgen. Je zou eigenlijk een hele hoop ellende kunnen voorkomen, zoals het niet op schoolreisje kunnen gaan, je jarenlang schamen of niet mee kunnen doen met andere mensen. Daarbij is wel de kanttekening dat misschien bepaalde subtypes van ARFID moeilijker te behandelen zijn of dat dat langer duurt. Dat moeten we allemaal ook nog uitvinden. Er zijn zo weinig behandelstudies überhaupt over ARFID gedaan. Daar is ook nog een hele slag in te slaan. We hebben daar nog een flink gat in als we het vergelijken met andere eetstoornissen en andere mentale stoornissen.

Commissie

De commissie is onder de indruk van de voorbeelden die jij gaf van ondervoeding zonder ondergewicht. Want dat is het natuurlijk ook eigenlijk. Hoewel wij nu bij de obesitas dat heel goed herkennen of zo langzamerhand leren herkennen dat mensen met obesitas vaak ernstig ondervoed zijn, slijpen deze mensen met ARFID er zo doorheen. Zou je daar meer preventie op kunnen doen. Dus veel meer algemene preventie door het hele idee van over- en ondergewicht los te laten maar veel meer te kijken naar ondervoeding. Zouden consultatiebureaus daar niet veel in kunnen betekenen? Dat is natuurlijk een hele andere vorm van preventie. Dan heb je het probleem ARFID niet opgelost, maar ben je er misschien net wel iets eerder bij.

Mevrouw Mulkens

Dat zou kunnen, maar ik zit even op twee gedachten te hinken. Bij ARFID zie je vaak dat ouders de schuld krijgen, tenminste dat is een ding wat vaak gehoord wordt in de media. Rita Maris is twee weken geleden bij jullie geweest en die heeft daar een boek over geschreven. Als ervaringsdeskundige moeder heeft zij allerlei mensen geïnterviewd. Daarin zie je heel vaak terug dat ouders de schuld krijgen; ze hadden hun kind niet zo moeten verwennen en zijn pedagogisch niet goed onderlegd. Wat mensen bij consultatiebureaus soms ook ervaren is dat hun pedagogische kwaliteiten in twijfel worden getrokken. Er zal echt wel een groep zijn die het daar lastig mee heeft, maar als er echt ARFID aan de hand is zie je vaak dat die ouders wanhopig worden en dan toch maar gewoon er iets instoppen zodat het kind niet te licht wordt en af gaat vallen en voldoende blijft groeien. Dat het daar op jonge leeftijd met anders eten niet zo aanslaat, we moeten nog kijken wie zijn dat eigenlijk. Mijn collega Chantal Nederkoorn heeft daar onlangs een subsidie voor gekregen om te onderzoeken wat nou de cognitieve factoren zijn waardoor kinderen op de leeftijd tussen 2 en 5 jaar bepaald eten gewoon niet lekker vinden. Dat is een fase waar veel kinderen doorheen gaan. Bij de meeste kinderen gaat deze fase gelukkig ook weer over. Een klein percentage blijft daar in zitten, wie zijn dat nou. Dat is niet iets wat zij per se gaat onderzoeken. Bij kinderen met ARFID is vaak meer aan de hand. Zij hebben daar al eerder last van of blijven in die fase hangen. En wie dat dan zijn en wat je dan kunt doen, daar ben ik zelf ook wel heel benieuwd naar. Ik vind het heel lastig om daar nu een soort van stellige uitspraken over te doen maar het is denk ik voor ouders heel belangrijk om te ontdekken of het voor het kind gewoon een fase is of dat er meer aan de hand is waarvoor hulp gezocht moet worden.

Commissie

Er zal ook sprake zijn van schaamte als je zo onmachtig bent in die relatie tot eten. Het is moeilijk te missen zeg maar. Die relatie met ondervoeding wordt nu wel gelegd maar als je helemaal niet weet wat het probleem is.

Mevrouw Mulkens

En als een kind niet ondervoed is, dan wordt inderdaad al snel door een verwijzer of huisarts gedacht: ah joh, daar komt hij wel overheen. Terwijl je misschien met een kind te maken hebt waar al meer aan de hand is. Misschien kunnen we dat wel vroeger signaleren door de ARFID-vragenlijst af te nemen bij ouders. Dat zou de tijd ook nog moeten uitwijzen, dat onderzoek hebben we nog niet gedaan. Er is eigenlijk nog best wel heel veel wat gedaan moet worden op ARFID-gebied wat betreft onderzoek. Soms heel frustrerend om te merken.

Bijdrage van Mevrouw dr. G. Noordenbos

Ik ben Greta Noordenbos, ik heb jarenlang gewerkt aan de Universiteit Leiden. Ik ben ooit gepromoveerd op onderzoek naar de eetstoornis anorexia nervosa. Ik heb daar echt jarenlang onderzoek naar gedaan. Na mijn promotie was ik ongelooflijk enthousiast over de mogelijkheid van preventie, ik dacht: dat gaat lukken. Want ja als je al goed weet wat de risicofactoren zijn en we krijgen een goede samenwerking met de jeugdartsen (daar kende ik een paar van) moet dat mogelijk zijn. Ik ben heel optimistisch begonnen. Ik ben gaandeweg een beetje ontnuchterd. Ik ben zelf toch wel een beetje gedeprimeerd geraakt over de mogelijkheden, zeker in Nederland. Maar ik houd hoop. Ik moet eerlijk zeggen dat het feit dat dit thema nu door de Gezondheidsraad is opgepakt mij ongelooflijk positief stemt. Ik vind ook dat we een staatssecretaris hebben die deze problematiek heel serieus neemt. Er is een Nederlandse Academie voor eetstoornissen, een Vlaamse Academie. Ik denk dat er gewoon heel veel mogelijk is. Jullie hebben al heel veel verteld. Ik wil het hebben over knelpunten in de preventie van eetstoornissen. Ik heb mij nu al gerealiseerd dat mijn lezing echt niet compleet is en er nog wel een lijstje met knelpunten aan toegevoegd moet worden. Dat is voor later. Ik wil mij vooral richten op de knelpunten en dan kijken hoe we die knelpunten kunnen verminderen en verbeteren.

Preventie is natuurlijk hartstikke belangrijk. De gevolgen zijn ernstig, zowel psychisch, lichamelijk, sociaal en in het werk. Dat betekent ook voor de verdere loopbaan en financieel. Het is vrij bekend dat hoe ernstiger de eetstoornis, hoe moeilijker het herstel en hoe langer de behandeling en ook hoe hoger de kosten. Dat willen we heel graag voorkomen. Daarom hebben we preventie. Primaire preventie is eigenlijk het voorkomen van risicofactoren. Secundaire preventie is vroegtijdige signalering. Van belang is dat we dan wel weten wat de belangrijkste risicofactoren zijn. De allerbelangrijkste, die uit heel veel onderzoeken naar voren komen, zijn: negatieve zelfbeleving, negatieve lichaamsbeleving, faalangst en perfectionisme, negatieve emoties en stress en gebrekkige emotieregulatie. Die komen heel erg veel voor. Daarnaast, en dat is ook al heel veel genoemd, wil je preventievermindering op co-morbiditeit. Uit steeds meer onderzoek blijkt hoe vaak co-morbiditeit voorkomt bij mensen met een eetstoornis. Angst en dwang, depressie, autisme, ADHD, traumatische ervaringen en automutilatie. Eigenlijk wil je dat zien te verminderen.

Het eerste knelpunt wat ik zou willen noemen is het knelpunt dat op het moment dat iemand begint met lijnen en afvallen, dat als positief ervaren wordt. Het wordt ook ervaren als oplossing voor die onderliggende problemen. Dus het geeft primair controle. Zelfvertrouwen, eigenwaarde, positieve lichaamsbeleving en onderdrukken van emoties. Een paar citaten:

- Als het gewicht daalt, dan stijgt het zelfvertrouwen.
- Dit is wat ik goed kan, hier ben ik sterk en hartstikke goed in. Dit geeft houvast en controle.

Gaat het gewicht echter weer omhoog, dan hebben ze het gevoel te falen, controle te verliezen. Dan komt het gebrek aan eigenwaarde weer terug. Op den duur wordt eten en gewicht steeds meer een obsessie, een soort tunnelvisie. Wegzakken in een put en afsluiten van anderen. Ouders en anderen kunnen zeggen wat ze willen maar het wordt steeds meer een soort enge put waar mensen in zitten. Ik ben heel erg voor vroegsignalering, maar eigenlijk vanuit het perspectief van die betrokkenen komt die vroegsignalering te laat, want de problemen liggen in de periode daarvoor. Het lijnen wordt vaak als oplossing ervaren en daar blijft men zich aan vastklampen, want anders verliezen ze zich weer in de problemen die ervoor lagen. De grote angst voor de terugkeer van die problemen leidt tot verbergen, ontkennen en weerstand tegen verandering. Het is een vreemde discrepantie. Dit is niet een goede grafiek maar dit is de psychologische curve van de beleving van ervaring. Dit is de betrokkene, het kind, maar dat heeft hier problemen. Het gaat op een gegeven moment lijnen. Op den duur ontstaan er natuurlijk ook wel allerlei problemen. De ouders hebben niet het gevoel dat er ernstige problemen zijn maar zien die problemen vaak pas als het kind al behoorlijk aan de lijn doet. Dan zie je dat dat dus de grootste discrepantie is. Het is eigenlijk een heel slecht moment om nog te willen ingrijpen. Dat is heel lastig want dan is er grote ontkenning en weerstand. Pas na verloop van tijd lopen die lijnen naar elkaar toe. Uit mijn onderzoek onder ouders kwam dat ook naar voren. In dat onderzoek vroeg ik ouders: wanneer zagen jullie nu voor het eerst dat het kind behoorlijk ging lijnen. Er waren een aantal ouders die zeiden dat het knelpunt was dat het kind wel een beetje mollig was en dat ze dan zeiden: ik wil geen vette hap meer. De ouders die hadden zoiets van: nou mooi toch? Voor die ouders was het dus heel lastig om te zien. Wat ouders ook vertelden was dat het kind zei: ik wil gezonder eten. Nou, welke ouder is daar nou in vredesnaam tegen. Wat je wel zag is dat bij deze kinderen die in de anorexia nervosa schoten dat het niet zo heel lang duurde voordat ze suiker, snoep en vette dingen lieten staan. Dit werd al snel gevolgd door het nog preciezer zijn met eten, nog minder van dit en dat eten. Ouders werd door de kinderen gevraagd om de etiketten te bestuderen en het duurde niet meer heel lang of er lag nog maar heel weinig op het bord en dan lijkt het wel heel erg veel op anorexia nervosa. Als een kind zegt: ik wil gezond eten of niet dik worden, dan blijft men dat toch wel een positief element vinden. Het gaat mis als het gewoon die neerwaartse spiraal krijgt en het echt steeds meer gezond en minder eten wordt. Dan zit je echt in een risicozone. Dat proces gaat bij jongeren soms ontzettend snel. In een aantal weken kan dat plaatsvinden.

Dan zijn er nog een aantal andere knelpunten voor ouders, namelijk het verbergen en ontkennen van het eetprobleem. Nee, maar ik eet die boterhammen wel op. Ik heb vanmiddag al geluncht etc. Niet iedere ouder is goed bekend met een eetstoomis. Vaak is er ook heel lang de hoop dat het vanzelf weer overgaat. Natuurlijk hoop je dat als ouder. Dan het vermijden van conflicten en ruzie, want dan wordt het alleen maar erger. Dan de vraag: als het niet overgaat, waar kan ik dan hulp vinden? In Nederland wordt nog meestal de stap naar de huisarts genomen. Maar als je het traject ziet van het begin van het lijngedrag totdat ouders het onderkennen is het al in een later stadium. Dat maakt het lastig. Voor huisartsen soms een voordeel dat ze zien dat het niet goed gaat. Ze krijgen het verhaal van de ouders er ook bij. De problemen zijn vaak ook complex. Eetproblemen bij jongens worden vaak nog niet goed

onderkend. En de doorverwijzing is een van de grotere problemen. Het is een bekend probleem: lange wachttijden. En laat ik het zo zeggen: als mijn behang er niet meer zo goed uitziet en ik moet een nieuw behangetje, dan maakt het niet zoveel uit of die behanger een aantal maanden later komt. Bij iemand met een eetstoornis is dat dramatisch. Ten eerste de conflicten en de situatie thuis, maar de eetstoornis wordt ook steeds erger ingesleten. Niet alleen psychisch maar ook lichamelijk. Het vertrouwen in de behandeling daalt enorm. Dat is ook een groot probleem.

Dan heb je nog een knelpunt wat de inhoud van de behandeling betreft. Als het kind er fysiek al heel slecht aan toe is, dan zul je absoluut iets met die fysieke kant moeten doen. Vaak hoor je uit de verhalen dat men de inhoud van de behandeling toch vaak te beperkt, te kort en niet intensief genoeg vond. Een paar gesprekje per week werkt niet als iemand op de fiets terug alweer gaat nadenken over hoe nog meer af te kunnen vallen. Er is vaak ook te weinig aandacht voor de onderliggende problemen en co-morbiditeit.

Wat is het meest gewenste doel van preventie? Dat is het verminderen van die onderliggende problemen en co-morbiditeit. Dat zou je het liefst willen aanpakken. Ten tweede het voorkomen van intensief lijngedrag. Niet elk lijngedrag is een risico, maar het liefst niet intensief. Hier zou je dat hek voor willen zetten, dus niet richting appel en richting een boontje en heel veel wegen en rennen. Daar wil je het hek voor zetten, voor intensief lijnen. Dat is echt de enige risicofactor voordat het naar een eetstoornis gaat. Al het andere zijn toewerwegen, maar zonder dat het voorspellend is. Een van de beste voorspellers is dat intensieve lijngedrag. Wat je dus wil bereiken is die gezondheidsbevordering.

Ik heb jarenlang de preventie in Nederland gevolgd en ook aan bijgedragen. Er zijn heel veel goede initiatieven. Er worden heel goede gastlessen gegeven op scholen door vaak ervaringsdeskundigen die zeer betrokken zijn. Er zijn hele goede workshops voor huisartsen en diëtisten. Het curriculum van huisarts wordt heel erg aan gewerkt. Er zijn mooie websites zoals Proud2bme. Maar, het probleem is het ontbreekt aan een structurele impact. Het gaat om een school hier, een school daar en vaak een school waar het al een keer plaatsgevonden heeft. Het is dus heel brokkelig en versnipperd. Ook door het gemeentelijke financieringsbeleid en dat er geen centrale preventieactiviteiten meer mogelijk zijn. Dat vond ik zeer frustrerend. Dan kun je bij elke school als het ware het wiel opnieuw uitvinden. Ik ben ook nog heel lang bezig geweest met hoe kunnen we ouders er beter bij betrekken. Maar ik denk dat ouders een hele diverse doelgroep zijn. De beste plek en waar alle jongeren toch verplicht naar toe moeten dat zijn scholen, basis- en voortgezet onderwijs. Ik vind dat het preventiebeleid daar het beste op gericht is. Dat zeg ik ook vooral tegen de mensen van de Gezondheidsraad commissie. Alle jongeren moeten tenslotte een keer naar school. Wat een heel belangrijke invalshoek is, is het gezonde- en veiligescholenconcept. Dat is niet alleen gezond eten en bewegen maar ook sociale veiligheid (niet pesten en stigmatiseren, inclusiviteit). Wat ik erg belangrijk vind is dat leerlingen een mentor krijgen. Dat hoeft niet te zijn een mentor die elke maandagochtend een diepgaand gesprek met je houdt hoe het met je gaat, maar wel een mentor die je regelmatig even aanspreekt hoe het gaat en met wie een vertrouwensrelatie opgebouwd wordt. En dan per school, dus niet alle docenten hoeven gespecialiseerd te zijn in eetstoornisproblematiek of andere problematiek. Dat kan niet. Ik denk dat er per school een gespecialiseerde docent zou moeten zijn die er ook feeling voor heeft. Als je een gesprek aangaat met een leerling, dan moet je dat op een goede en adequate manier doen. Doe je het fout, dan gaat het mis. Dus je moet er affiniteit mee hebben.

Dan kijk ik de laatste jaren met een hele jaloerse blik naar België. Er is daar een centrale aanpak door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Ik heb daar een collega, An van der Putten. Zij heeft een kundecentrum opgericht, Eetexpert, en dat wordt ook door het ministerie gefinancierd. Dat zorgt elk jaar voor meer deskundigheidsbevordering bij professionals. Ze geven jaarlijks meerdere cursussen. Daar zijn dus naast de scholen centra voor leerlingbegeleiding. Dus op het moment dat een docent of ouder denkt: het gaat niet helemaal goed met het kind, dan kan deze vrij makkelijk doorverwezen worden naar een centrum voor leerlingbegeleiding. Deze werken weer samen met het centrum voor GGZ. Dat wordt allemaal gedaan door die vereniging van het Vlaamse Gezonde Scholenbeleid. Dat is dus een veel breder gezondheidsconcept waarbij ook echt op de sociale gezondheid gelet wordt. Dit centrum voor leerlingbegeleiding gaat tot 18 jaar. Waarom is er wel in Nederland een tandartscontrole maar niet zoiets relevants als een psychisch-sociale en fysieke gezondheidscontrole? Dan hoeft je niet alle leerlingen te volgen maar vooral oog hebben voor die leerlingen waarvan je het gevoel hebt dat het niet goed gaat, dus monitoren. Daar kunnen bij betrokken zijn: jeugdartsen, psychologen, psychotherapeuten en psychiaters. Het gaat om een brede screen. Angst en depressie komen vaak samen voor, autisme kan ook al vroeg gesignaleerd worden. Daar hebben scholen ook al mee te maken. Daarnaast heb je natuurlijk ook wel andere ernstige vormen. Maar leg zeker niet alleen de focus op eetproblemen omdat de voorspellers van eetproblemen maar heel weinig zijn, namelijk extreem lijngedrag. Verder is een snelle en laagdrempelige behandeling heel belangrijk. Als je al contact hebt via een mentor dan heb je hopelijk een vertrouwensband.

Is er sprake van een eetstoornis en er is behandeling, dan vind ik het heel erg van belang dat er juist in het begin die goede signalering is en ook hele intensieve zorg. Dus op alle fronten, zodat iemand daar baat bij heeft en ook het gevoel heeft eruit te gaan komen. Uiteraard ook met de ouders erbij betrokken. Als je veel meer geld in het begin van de behandeling steekt, kun je daarmee langdurige en ernstige eetstoornissen voorkomen.

Commissie

Hoe verhoudt de wijze waarop het is geregeld in België zich tot wat wij hebben, met centra voor Jeugd en Gezin en de schoolartsen? Lijkt dat erop?

Mevrouw Noordenbos

Ik had eigenlijk An van der Putten nog even moeten bellen voor deze bijeenkomst maar dat is niet gelukt. Ik zou eigenlijk de Gezondheidsraad willen aanraden: nodig een keer iemand uit België uit. Het is een veel centralere vanuit het Vlaamse Ministerie geregleerde opzet. En het heeft er ook mee te maken dat er ooit een minister was, of nog is, die zelf ervaring had met eetproblemen en daardoor dus ook heel erg gestimuleerd was om deze problematiek veel centraler aan de orde te stellen. Hoe precies de verschillen zijn weet ik op dit moment niet.

Commissie

Geldt dat alleen op het gebied van eetstoornissen?

Mevrouw Noordenbos

Nee veel breder. Het gaat ook over overgewicht. Ik heb laatst daar een congres gevolgd over preventie van overgewicht bij jonge kinderen. Op onderliggende vlakken heb je heel veel

raakvlakken. Het Vlaamse scholenbeleid is breed ingezet op allerlei psychisch-sociale en lichamelijke problemen.

Commissie

In een van de eerdere slides over wat je op een school zou willen hebben, noemde je ook een gespecialiseerde docent. Maar waarop zou deze dan gespecialiseerd moeten zijn in jouw visie?

Mevrouw Noordenbos

Dan denk ik vooral aan een klinisch psycholoog. Het gaat er vooral om dat iemand gespecialiseerd moet kunnen zijn in gespreksvoering. Alle kennis hoeft je niet te hebben, dat kan niet.

Commissie

Wat zou dan diegene zijn taak zijn? Als het niet over de kennis gaat maar over de vaardigheden voor het gesprek?

Mevrouw Noordenbos

Ten eerste heel erg het kunnen aangaan van een vertrouwensband. Een diepgaande geïnteresseerdheid; hoe gaat het met jou? Dus niet per se alleen over het eten. Het is belangrijk dat je gespecialiseerd bent in de gesprekken over motiveringsstrategieën. Dan hoeft je voor mij niet altijd gespecialiseerd te zijn in eetstoornissen en precies de BMI's te weten, maar veel meer: welke problemen liggen er en wat is er met jou aan de hand. Wat heel belangrijk is, is dat je niet verwacht dat bij een eerste gesprek alle problemen door het kind op tafel gelegd worden. Dat is niet zo. Er is veel angst en weerstand. Maar dat je daar begrip voor hebt en dat je dus altijd meerdere terugkomgesprekken hebt. Dan denk ik dan moet je per school zo een leerkracht durven aanstellen. Vanuit België kan dat vanuit de Centra voor Leerlingbegeleiding. Die zijn daar speciaal voor opgeleid.

Commissie

Dus ieder kind heeft een mentor, en op het moment dat die denkt, dit gaat mijn pet te boven dan kan deze zo iemand erbij halen.

Mevrouw Noordenbos

Ja. Het is het niet-pluisgevoel van er is iets aan de hand. En dan moet je kunnen doorvragen en dan moet je ook wel enige kennis hebben van wat zou hier aan de hand kunnen zijn.

Commissie

Is bij de onderzoeken die je hebt laten zien in deze presentatie ook de input van de kinderen zelf meegenomen? Wat is voor hun nou een goede manier van vragen? Weten zij de weg te vinden?

Mevrouw Noordenbos

Ik ga eerst even op de kinderen in en dan op de ouders. De onderzoeken die ik gedaan heb vind ik zelf relatief kleinschalig. Maar als je nou vroeg naar degene die het eerst in de gaten hadden dat er sprake was van een eetprobleem, waren het niet de ouders of de leerkrachten maar dat waren medeleerlingen. De medeleerling met wie ze altijd naar de kantine gingen, of een stukje gingen fietsen of op een bankje zaten. Die zagen ineens dat het brood altijd al op

was, ze wilden niet meer naar een feestje gaan etc. De medeleerlingen waren vaak de eerste signaleerders. Het probleem voor die medeleerlingen was wel hoe het bespreekbaar te krijgen. Er is ook naar de medeleerling sprake van ontkenning. Dus die medeleerling ging weleens naar zo een vertrouwensleerkracht om te vragen: wat kunnen we nou het beste vragen, want we willen het contact niet verliezen? We willen geen ruzie maar we hebben wel het gevoel dat het niet goed gaat. Die leerlingen vroegen dan om steun aan zo een vertrouwensleerkracht. Ik vond dat wel een eyeopener. We denken heel vaak aan ouders, maar ouders zijn zeker voor het voortgezet onderwijs zeker helemaal niet meer de eerste. Dat zijn medeleerlingen die het zien. Er is nog geen directe oplossing maar zij kunnen de ingang vormen.

Dan naar de ouders. Kijk, het Gezonde Scholenbeleid is een beleid dat ook veel informatie stuurt naar ouders die daarvoor de keuze maken. Dat gaat om fysieke gezondheid dus niet roken, geen drugs maar ook niet vet eten, niet te veel snoepen, geen drank. Dus allemaal dat soort informatie wordt ook wel aan ouders doorgegeven. Wat voor type school zijn we. De vorige keer dat ik een internationaal congres bijwoonde was er een workshop die ging over: wij zijn een waterschool geworden. Daar hadden ze een certificaat voor gekregen. Toen dacht ik, waterschool? Heeft dat met waterschool te maken. Maar nee, zij waren een school geworden die alleen water gaf in de pauzes. Andere dingen mochten niet gedronken worden. Wel koffie en thee, maar geen sapjes of frisdranken met veel calorieën. Die kregen een certificaat. Dat krijgen de ouders ook mee, dus die hoefden niets meer mee te geven. Dat gezondscholenbeleid betreft ook ouders in dat concept van rookvrij, bewegen en dergelijke en gezonde kantines. Dat is heel belangrijk. En op het moment dat een mentor het gevoel heeft dat er iets niet pluis is, dan neemt deze ook contact op met die ouder om dat te melden bij dat centrum voor leerlingbegeleiding. Daar moet een dossier dan voor komen. Ouders moeten daarover geïnformeerd worden. Ouders worden daar wel degelijk intensief bij betrokken.

Commissie

Je hebt het steeds over de kinderen, de school. Maar je hebt ook ouders die juist bezig zijn met gezond eten etc. Wat zou je daar preventief aan kunnen doen?

Mevrouw Noordenbos

Dat is best een risicofactor. De hoogste besmettingsgraad is onder leerlingen onderling, althans in het voortgezet onderwijs. Die zijn voor elkaar heel erg beïnvloedbaar. Niet alleen met beeldvorming maar ook met wat je eet, dat is ook zichtbaar in pauzes en dergelijke. Maar bij mijn interviews onder ouders bleek ook wel dat ouders aangaven ook wel heel erg gericht te zijn op gezond eten. Ik ben op zich ook een groot voorstander van gezond eten. Maar gezond eten is niet alleen die appels en de blaadjes sla. Ik denk dat we daar in dat concept van gezond eten, dat dat breder moet en dat daar ook iets lekkers bij kan. Dat daar ook appeltaart met slagroom bij kan, dat dat dus ook inhoudt dat het niet te rigide moet zijn. Kijk, een puber zal wel zeggen: hoezo altijd gezond eten thuis, ik ga eens even een lekkere snack halen. Maar als jongeren daardoor wel beïnvloed worden, dan is dat niet gezond vind ik. De vraag is hoe betrek je ouders preventief? Ik weet wel dat sommige gezonde scholen een beleid hebben waarbij ook bijeenkomsten met ouders zijn. Ik heb daar verder geen informatie over. Maar het zou heel goed zijn ouders daar ook in te betrekken.

Commissie

Het gaat heel erg over die brede screening. Gaan we niet heel erg medicaliseren? En hoe verhoudt die brede screening zich tot stigmatisering? Als je screent haal je er misschien ook een aantal jongeren uit waarmee helemaal niet zoveel aan de hand is.

Mevrouw Noordenbos

Medicalisering heb ik nog niet meegenomen. Het gaat er sowieso niet om om medicatie voor te schrijven, tenzij het gaat om ernstige fysieke problemen en in sommige gevallen van ADHD.

Commissie

Maar medicalisering gaat verder dan het voorschrijven van medicijnen. Het gaat erom dat je diagnostiek of een behandeling inzet die (misschien) helemaal niet nodig is.

Mevrouw Noordenbos

Ik zou zeggen dat ik eerder hoor dat mensen zeggen: je bent wel heel erg alles aan het psychologiseren. Dus overal wordt een depressie of angststoornis in gezien. Maar ik denk dat je daarvoor nou juist die Centra voor Leerlingbegeleiding nodig hebt. Daar zitten die deskundigen in. Je hebt er niets aan om te stigmatiseren. Mijn studenten vroegen altijd of ik dan niet bezig was met het plakken van etiketten. Ik gaf altijd aan: nee dat gaan we niet doen, dat doen we alleen in de supermarkt. Kijk het dilemma is wel, je kunt zeggen ik laat het op zijn beloop, kijken of het goed gaat. Maar ik ben ook heel erg voor het niet opdringen van de behandeling, dat werkt vaak ook niet. Je moet in gesprek gaan en heel erg in gesprek gaan met zo een kind en eventueel met de ouders. Wat is hier aan de hand en hoe zouden we het zo kunnen maken dat je je beter in je vel voelt zitten, dat je je beter gaat voelen. Als je angstig bent, dat je minder angstig wordt. Niet die kant uit, nee absoluut niet. En zeker het woord screening, dat heb ik inderdaad wel genoemd. Maar eigenlijk denk ik: screening is dat je een vragenlijst hebt en dan heb je een score en heb je die score dan heb je een risico op iets. Ik denk dat het altijd gevolgd moet worden door een gesprek.

Commissie

Van screening is het doel om vroegtijdig een ziekte op te sporen. En als je breed screent in de populatie vind je altijd wel wat. Screenen heeft ook nadelen. Een beetje impopulair gezegd: hoeveel kinderen mag je screenen om één iemand te vinden die je kunt helpen?

Mevrouw Noordenbos

Daar kunnen zeker nadelen aan zijn als je het te rigide doet en te restrictief aanpakt. Waar we het nooit over hebben maar er is rouwproblematiek bij leerlingen, bijvoorbeeld het verlies van een ouder of broertje of zusje. Leerkrachten die daar oog voor hebben, die iets weten van een kind, die kunnen zo een kind eerder ondersteunen dan wanneer je daar helemaal geen oog voor hebt. Waar ik niet voor ben is vragenlijsten uitdelen en dan screenen en dan op een gegeven moment zonder dat je contact hebt met het kind zeggen van: kom jij maar eens even hier, jij hebt een groot probleem en we gaan je behandelen. Zo moet het gewoon niet gaan, het moet veel meer in de interactie met het kind gaan.

Dat je langdurig oog hebt voor een kind en dat je niet acuut zegt: we gaan het nu even behandelen. Als er problemen zijn moet een kind wel weten dat het dat kan melden, dat er een vertrouwensband is. En dat je dan ook aangeeft er zeker even op terug te komen, want je wilt

ook erg graag dat het weer beter met het kind gaat. Dat is een andere benadering dan een bureaucratische screeningsprocedure.