AANPAK VAN VERSTOORD EETGEDRAG IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: EEN KWALITATIEF ONDERZOEK IN SAMENWERKING MET VZW EETEXPERT

Karolien Cocquereaux, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Promotor: Prof. Dr. Frieda Matthys, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Mevr. An Vandeputte, algemeen coördinator vzw Eetexpert

Inhoudstafel

Lijst van figuren **3**

Abstract **4**

Inleiding **5**

Oriënterend literatuuronderzoek **7**

1. Voedings- of eetprobleem versus voedings- of eetstoornis: definitie 7
2. Diagnostische criteria eetstoornissen 7
3. Epidemiologie eetstoornissen 9
4. Risicogroepen voor eetstoornissen 11
5. Behandeling van eetstoornissen in de eerste lijn in Vlaanderen 11
    5.1. Patiënten perspectief 12
    5.2. Huisartsen 13
6. Screening 14
    6.1. Is screening nuttig? 14
    6.2. Screeningstools 16

Onderzoeksmethode **17**

Onderzoeksmethode - deel 1: bevraging huisartsen *17*

Onderzoeksmethode - deel 2: screening naar verstoord eetgedrag *17*

Resultaten **19**

Resultaten - deel 1: bevraging huisartsen *19*

1. Karakteristieken deelnemende huisartsen 19
2. Prevalentie van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk 19
3. Signalen ter detectie van verstoord eetgedrag 19
4. Actieve rol in behandeling 20
5. Doorverwijsgedrag 21
6. Lacunes in kennis en vaardigheden 21
7. Bekendheid vzw Eetexpert en nood aan ondersteuning 22
8. Visgraatdiagram 23

Resultaten - deel 2: screening naar verstoord eetgedrag *24*

1. Kenmerken respondenten 24
2. Resultaten SCOFF- en ESP- vragenlijst 24

Discussie **26**

Sterktes en beperkingen van het onderzoek 28

Besluit **30**

Referenties **31**

Bijlagen **33**

Bijlage 1. Online enquête Vlaamse huisartsen 33
Bijlage 2. Flowchart Eetstoornissen in de huisartsenpraktijk 37
Bijlage 3. Informatiefiche voor deelnemers aan een studie 38
Bijlage 4. Advies van de commissie medische ethiek 42

Lijst van figuren

Figuur 1. Diagnostische criteria eetstoornissen volgens de DSM-V. 9

Figuur 2. Lifetime prevalentie van eetstoornissen bij volwassenen in België en Europa. 10

Figuur 3. Selectieve screeningscriteria voor eetstoornisproblematiek. 15

Figuur 4. SCOFF- en ESP-vragenlijst. 16

Figuur 5. Inclusiecriteria deelnemers. 18

Figuur 6. Puntprevalentie van verstoord eetgedrag. 19

Figuur 7. Signalen ter detectie van verstoord eetgedrag. 20

Figuur 8. Ervaren moeilijkheden in de behandeling. 21

Figuur 9. Subjectieve beoordeling kennis en vaardigheden door huisartsen. 22

Figuur 10. Visgraatdiagram 23

Figuur 11. Inclusiecriteria studie. 24

Figuur 12. SCOFF- en ESP-vragenlijst. 24

Figuur 13. Screenshot online verwijstool vzw Eetexpert. 28

Abstract

HAIO: Karolien COCQUEREAUX
Promotor: Prof. Dr. Frieda MATTHYS
Co-promotor: Mevr. An VANDEPUTTE
Praktijkopleider: Prof. Dr. Yves HUBLOUE, Dr. Isabelle HEIRMAN

Achtergrond: Eetstoornissen behoren, met een geschatte prevalentie van 2.3% voor volwassen patiënten in Belgische huisartsenpraktijken, tot één van de vijf meest voorkomende psychiatrische stoornissen in de eerstelijnsgezondheidszorg. In de dagelijkse huisartsenpraktijk worden er problemen ervaren in de omgang met patiënten met verstoord eetgedrag. Dit zowel op vlak van screening, diagnostiek, behandeling, adequate doorverwijzing als opvolging. Jammer gezien het detecteren van eetstoornissen in een vroeg stadium in de huisartsenpraktijk geassocieerd is met een betere uitkomst. In september 2017 publiceerde de vzw Eetexpert een nieuwe flowchart 'Eetstoornissen in de huisartsenpraktijk', een instrument inzake screening naar verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk.

Onderzoeksvragen: 1. Aanpak van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk: een stand van zaken in Vlaanderen. 2. Bereikt het ondersteuningsaanbod van de vzw Eetexpert hun doelgroep, m.n. de Vlaamse huisarts? 3. Is de flowchart 'Eetstoornissen in de huisartsenpraktijk' bruikbaar voor screening naar verstoord eetgedrag in de praktijk?

Methode: Enerzijds een literatuuronderzoek en anderzijds een tweesporig veldonderzoek. Dit laatste aan de hand van een online enquête bij Vlaamse huisartsen en een screening naar verstoord eetgedrag in de eigen huisartsenpraktijk gebruik makend van de SCOFF- en ESP-vragenlijst bij een populatie met een verhoogd risico hierop, zoals vooropgesteld door de flowchart 'Eetstoornissen in de huisartsenpraktijk' van de vzw Eetexpert.

Resultaten: 71 huisartsen vervolledigden de enquête. 67.6% geeft aan een actieve rol te spelen in de opvolging van patiënten met verstoord eetgedrag. Het weinig toegankelijk zijn van het gespecialiseerd hulpaanbod, het tekortschieten in kennis betreffende o.a. de behandeling op maat van de patiënt en het hebben van onvoldoende tijd binnen de eigen consultaties worden als belangrijkste struikelblokken ervaren door huisartsen. 16.9% van de deelnemende huisartsen is op de hoogte van het ondersteuningsmateriaal dat de vzw Eetexpert aanbiedt in de begeleiding van eet- en gewichtsproblemen. Alle deelnemende huisartsen staan open voor ondersteuning in de begeleiding van patiënten met verstoord eetgedrag. Er is voornamelijk behoefte aan gemakkelijk hanteerbare flowcharts en stappenplannen; ook vorming via LOK-vergaderingen en E-learnings worden als mogelijkheid aangegeven. Gebruik makend van de SCOFF- en ESP-vragenlijst in de eigen opeidingspraktijk vertoonde respectievelijk 56.6% en 69.8% van de deelnemers (n = 53) een verhoogd risico op een eetstoornis. De vragenlijsten werden afgenomen bij een selecte populatie met een verhoogd risico op verstoord eetgedrag.

Conclusie: Er zijn weinig vakgebieden in de eerstelijnsgezondheidszorg waarvan de gezondheidsimpact zo groot is en de evidentie voor beleid zo miniem is als op het vlak van eetstoornissen. Screening, opvolging en behandeling op maat van patiënten met verstoord eetgedrag blijft een heikel punt in de huisartsenpraktijk, hoewel huisartsen bijzonder goed geplaatst zijn om deze patiënten vroegtijdig op te sporen. Er is interesse in verdere bijscholing hieromtrent, o.a. via LOK-vergaderingen en E-learnings. Stof tot nadenken. Vanuit de vzw Eetexpert worden er handvaten aangeboden betreffende de aanpak van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk, dit aan de hand van draaiboeken, flowcharts en online tools. Voorlopig is dit ondersteuningsaanbod voor veel huisartsen nog onbekend terrein. Hopend dat naarmate de vzw Eetexpert meer bekendheid vergaart, de aanpak van verstoord eetgedrag in de eerstelijnsgezondheidszorg geen struikelblok meer vormt. De detectie van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk kan aanzienlijk verbeterd worden door gebruik te maken van de SCOFF- en ESP-vragenlijst, zeker wanneer toegepast bij patiënten met een verhoogd risico hierop. De twee vragenlijsten zijn handig in gebruik en kosten weinig tijd.

Inleiding

Huisartsen en huisartsen-in-opleiding worden in de praktijk dagelijks geconfronteerd met psychiatrische stoornissen. De aanwezigheid van psychiatrische stoornissen bij eerstelijnspatiënten wordt geschat op minimum 20 procent. Naast hun hoge prevalentie gaan deze gepaard met een uitgesproken chroniciteit en een hoge mortaliteit en morbiditeit, zowel op lichamelijk als op psychosociaal vlak. Dit leidt op zijn beurt tot een verhoogd verbruik van de gezondheidszorg en stijgende kosten voor de sociale zekerheid [1,2].

Eetstoornissen behoren, met een geschatte prevalentie van 2.3 procent voor volwassen patiënten in Belgische huisartsenpraktijken, tot één van de vijf[1] meest voorkomende psychiatrische stoornissen in de eerstelijnsgezondheidszorg [1,3]. Patiënten met een eetstoornis consulteren hun huisarts significant meer in de vijf jaar voorafgaand aan de diagnosestelling, wat maakt dat huisartsen zich in een goede positie bevinden om te screenen naar eetstoornissen en tijdig in te grijpen zo nodig [4]. Gezien de vaak aspecifieke somatische en/of psychische klachten waarmee patiënten zich presenteren wordt het bestaan van een eetstoornis regelmatig over het hoofd gezien; slechts een minderheid van hen wordt uiteindelijk gediagnosticeerd én doorverwezen door de huisarts[2] [5]. Dit is jammer gezien het detecteren van eetstoornissen in een vroeg stadium in de huisartsenpraktijk geassocieerd is met een betere uitkomst [6].

Momenteel heerst er een mismatch tussen de verwachtingen en de noden van de patiënt met een eetstoornis en de dienstverlening die sommige huisartsen daadwerkelijk aanbieden. Opmerkelijk is dat patiënten de huisartsen die competent worden geacht in het omgaan met eetstoornisproblematiek naar voren schuiven als een essentiële schakel in het hele proces van diagnosestelling tot genezing.[2]

Logischerwijze dringt zich de vraag op waar precies de hiaten liggen bij de huisartsen op het vlak van aanpak van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk. Enkele knelpunten die onder meer terugkomen in de literatuur zijn tijdsgebrek, zich oncomfortabel voelen bij het thema van eetstoornisproblematiek, gebrek aan kennis, gebrek aan behandelingsmogelijkheden en het ontkennen van de problematiek door de patiënt [7]. Om verbeteringen in de aanpak van

---

[1] Stemmingsstoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen, stoornissen in het gebruik van alcohol en eetstoornissen. *Ansseau M, Dierick M, Buntinkx F et al. High prevalence of mental disorders in primary care. Journal of Affective Disorders 2004, 78(1):49-55.*

[2] Ondersteund door de resultaten van de voorafgaande masterproef *'De rol van de huisarts bij eetstoornisproblematiek vanuit het perspectief van de patiënt: een kwalitatief onderzoek'*, uitgevoerd in vier Vlaamse eetstoorniscentra en via de Vlaamse vereniging ANBN.

eetstoornisproblematiek in de huisartsenpraktijk te verwezenlijken is in eerste instantie een inventarisatie van de bestaande zorg op dit vlak noodzakelijk.

Gezien de complexiteit van het probleem is er nood aan praktisch hanteerbare richtlijnen inzake eetstoornisproblematiek. In Vlaanderen is de vzw Eetexpert reeds actief als kenniscentrum rond eet- en gewichtsproblemen. In september 2017 lanceerde men vanuit deze vzw nieuw ondersteuningsmateriaal voor huisartsen rond de detectie en somatische opvolging van eetstoornissen [8]. Maar hoe staat het met de bekendheid van dit overheidsinitiatief bij de Vlaamse huisarts? Zijn zij op de hoogte van het uitgebreid pakket aan vorming dat ter beschikking wordt gesteld? Is dit aanbod voldoende of is er nood aan verdere ondersteuning en onder welke vorm?

Met dit onderzoek wordt getracht een antwoord te formuleren op volgende onderzoeksvragen:

1. Aanpak van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk: een stand van zaken in Vlaanderen.
2. Bereikt het ondersteuningsaanbod de Vlaamse huisarts?
3. Is de screeningsmethode van de flowchart *'eetstoornissen in de huisartsenpraktijk'* van de vzw Eetexpert bruikbaar in de huisartsenpraktijk?

Oriënterend literatuuronderzoek

Als basis voor het onderzoek werd een gerichte wetenschappelijke literatuurstudie uitgevoerd. Op deze wijze werd getracht inzicht te krijgen in de problematiek. Literatuuronderzoek werd verricht aan de hand van de Medline databank, waarbij verschillende MeSH-termen gebruikt werden in wisselende samenstelling: '*Eating Disorder'*, '*Primary Health Care*', '*General Practitioners*', '*Screening*', '*Diagnosis'*, '*Treatment'* en '*Follow-up*'. De selectie van artikelen gebeurde op basis van de relevantie voor het te onderzoeken onderwerp. Er werd tevens gezocht in de CEBAM Digital Library for Health naar klinische richtlijnen en systematic reviews. Verder werd contact opgenomen met Mevr. Vandeputte A., bestuurslid van de vzw Eetexpert.

1. Voedings- of eetprobleem versus voedings- of eetstoornis: definitie

Een voedings- of eetprobleem is een verstoring van het gezonde eetgedrag, waardoor het eten niet meer ontspannen en natuurlijk verloopt. Voorbeelden zijn te veel eten, te weinig eten en eetbuien. Dit kan op zichzelf staan, maar kan ook kaderen binnen een voedings- of eetstoornis [9].

Een voedings- of eetstoornis is een syndroom en bevat dus verschillende componenten, waarbij verstoord eetgedrag centraal staat. Zo is er niet alleen sprake van een aanhoudende verstoring in het eetgedrag die leidt tot een gewijzigde voedselopname (een eetprobleem), maar ook van een verstoord lichaamsbeeld, psychosociale en fysieke problemen [9].

2. Diagnostische criteria eetstoornissen

Voor de officiële diagnostiek van eetstoornissen dienen de criteria uit de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) correct te worden toegepast (figuur 1). De DSM-V onderscheidt in totaal acht verschillende categorieën van eetstoornissen. Bij de introductie van DSM-V in 2013 werd *binge eating disorder* (BED) als erkende eetstoornis toegevoegd, naast anorexia nervosa (AN) en boulimia nervosa (BN). De categorie 'eetstoornissen niet anderszins omschreven' (NAO) werd vervangen door 'ongespecificeerde voedings- of eetstoornissen' en 'andere specifieke voedings- of eetstoornissen'. Verder worden pica, ruminatiestoornis en vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis onderscheiden. Deze veranderingen zijn een potentiële verbetering in de klinische toepasbaarheid en bijgevolg het diagnosticeren van eetstoornissen [10].

Daarnaast bestaan er niet-officieel erkende voedings- en eetstoornissen zoals orthorexia nervosa, anorexia athletica en diabulimia. Obesitas is in de DSM-V niet opgenomen als officieel erkende voedings- of eetstoornis [10].

Anorexia Nervosa **-** Restrictief type: geen eetbuien of purgeergedrag in de afgelopen drie maanden - Purgerend type: eetbuien of purgeergedrag	A. Beperking van de energie-inname leidend tot een significant laag lichaamsgewicht B. Intense angst om aan te komen of dik te worden of persisterend gedrag dat gewichtstoename voorkomt C. Vertekend lichaamsbeeld, onevenredige invloed van lichaamsvorm/gewicht op zelfwaardering, of aanhoudend gebrek aan erkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht
Boulimia Nervosa	A. Recidiverende eetbuien B. Inadequaat compensatoir gedrag C. Eetbuien/compensatiegedrag minimum één keer per week gedurende drie maanden D. Zelfevaluatie onevenredig beïnvloed door lichaamsvorm en gewicht E. Niet uitsluitend tijdens episoden van anorexia nervosa
Binge Eating Disorder	A. Recidiverende eetbuien B. Eetbuien gekenmerkt door ≥ drie voorwaarden 1. Sneller eten dan normaal 2. Eten tot oncomfortabel vol 3. Grote hoeveelheden eten zonder hongergevoel 4. Alleen eten (uit schaamte voor hoeveelheid eten) 5. Gevoel van walging of somber/schuldig voelen na eetbui C. Duidelijk lijden door de eetbuien D. Eetbuien minimum één keer per week gedurende drie maanden E. Geen anorexia nervosa, geen boulimia nervosa, geen vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis
Pica	A. Aanhoudend eten van niet voor consumptie bestemde substanties langer dan één maand B. Niet passend bij het ontwikkelingsniveau C. Niet passend bij de culturele gewoonten D. Indien in de context van een andere psychische stoornis of medische conditie, voldoende ernstig om apart aandacht te behoeven

Ruminatiestoornis	A. Herhaalde regurgitatie van voedsel langer dan één maand B. Geassocieerde gastro-intestinale of een andere medische conditie is niet voldoende verklarend C. Niet exclusief tijdens anorexia nervosa, boulimia nervosa of vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis D. Indien in de context van een andere psychische stoornis of medische conditie, voldoende ernstig om apart aandacht te behoeven
Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis	A. Onvoldoende intake waardoor onvoldoende gewichtstoename tijdens groei of gewichtsverlies B. Niet verklaarbaar door culturele achtergrond of door het niet beschikbaar zijn van voedsel C. Lichaamsbeeld is niet verstoord, geen anorexia nervosa/boulimia nervosa D. Niet toe te schrijven aan een somatische aandoening en/of andere psychiatrische aandoening
Andere gespecifieerde voedings- of eetstoornis	A. Atypische anorexia nervosa B. Boulimia nervosa met een lage frequentie en/of een beperkte duur C. Binge eating disorder met een lage frequentie en/of een beperkte duur D. Purgeerstoornis E. Nachtelijke eetbuistoornis
Ongespecifieerde voedings- of eetstoornis	Klinische beelden waarbij symptomen kenmerkend voor een voedings- of eetstoornis aanwezig zijn, maar niet aan alle diagnostische criteria wordt voldaan

Figuur 1. Diagnostische criteria eetstoornissen volgens de DSM-V.

3. Epidemiologie eetstoornissen

De ***lifetime prevalentie*** van eetstoornissen bij volwassen Belgen wordt volgens een Europees onderzoek van *Preti et al* (2001-2003) geschat op 3.54% en valt hiermee boven de geschatte gemiddelde lifetime prevalentie van 2.51% bij volwassen in Europa (figuur 2). Naar schatting ontwikkelt 5.16% van alle volwassen Belgische vrouwen ooit een eetstoornis, in de leeftijdscategorie tussen 10 en 30 jaar bedraagt dit 10.3% [3].

Type eetstoornis	Vrouwen en mannen ≥ 18 jaar		Vrouwen ≥ 18 jaar	
	België	*Europa*	*België*	*Europa*
Anorexia nervosa	0.96 %	0.48 %	1.84 %	0.93 %
Boulimia nervosa	1.06 %	0.51 %	1.88 %	0.88 %
Binge eating disorder	1.40 %	1.12 %	2.18 %	1.92 %
Alle types eetstoornissen*	**3.54 %**	**2.51 %**	**5.16 %**	**3.73 %**
*Anorexia nervosa, boulimia nervosa, binge eating, binge eating disorder				

Figuur 2. Lifetime prevalentie van eetstoornissen bij volwassenen in België en Europa.

Over de ***(jaar)prevalentie*** van eetstoornissen in Vlaanderen en België zijn geen exacte cijfers voorhanden. Gaan we uit van een geschatte prevalentie van anorexia nervosa van jaarlijks 370 per 100.000 jonge vrouwen (15-29 jaar) in geïndustrialiseerde landen, dan betekent dit circa 3.700 jonge vrouwen (15-29 jaar) met anorexia nervosa per jaar in België. Uitgaande van een geschatte jaarprevalentie van boulimia nervosa van 1500 per 100.000 jonge vrouwen (15-29 jaar) in geïndustrialiseerde landen, dan betekent dit circa 14.800 jonge vrouwen (15-29 jaar) met boulimia nervosa per jaar in België [11].[3]

Bevolkingsstudies geven een zicht op het risico van de Belg om een eetstoornis te ontwikkelen. Zo werd in de nationale gezondheidsenquête van 2013, georganiseerd door de Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, voor het eerst de SCOFF-screeningsvragenlijst[4] voor eetstoornissen opgenomen. Hieruit bleek dat gemiddeld 8% van de Belgische bevolking (10% van de vrouwen en 6% van de mannen) in de leeftijdscategorie tussen 15 en 75-plus signalen vertoont van een verhoogd risico op een eetstoornis en dus verder onderzocht zou moeten worden. Bij Vlaamse meisjes tussen 15 en 24 jaar lopen deze cijfers op tot 18% [12].
Uit de HBSC-studie (Health Behaviour in School-aged Children), een grootschalig internationaal cohorte-onderzoek rond diverse gezondheidsparameters uit 2013 en 2014, blijkt dat ongeveer de helft van de Belgische adolescente meisjes zich te dik voelt, tegenover 13-16% die effectief te veel wegen. In de rangschikking scoort België in de top tien van de Europese landen met het meeste lichaamsontevredenheid bij jongeren [13].

[3] Cijfers gebaseerd op de bevolkingscijfers van België op 1 januari 2018.
[4] Zie figuur 4.

In Belgische huisartsenpraktijken wordt de prevalentie van eetstoornissen voor volwassen patiënten geschat op 2.3%, dit volgens een onderzoek van *Ansseau en collega's* uit 1999 [1]. Meer recente gegevens hieromtrent zijn niet gekend. Onderzoek omtrent de prevalentie van eetstoornissen is moeilijk aangezien slechts een minderheid van alle eetstoornispatiënten, namelijk tussen 30% en 48%, professionele hulp zoekt [3].

Men kan dus stellen dat in Vlaanderen en België een niet te verwaarlozen groep van zowel mannen als vrouwen kampt met eetproblemen of zelfs eetstoornissen of toch zeker een verhoogd risico hierop vertoont.

4. Risicogroepen voor eetstoornissen

In de literatuur worden een aantal risicofactoren voor het ontwikkelen van eetproblemen en eetstoornissen naar voren geschoven, doch geen enkele risicofactor kan tot nu toe aangewezen worden als een causale factor.

Men kan de risicofactoren voor eet- en gewichtsproblemen op verschillende manieren indelen; één van de mogelijkheden is een indeling op basis van demografische factoren en contextfactoren, biologische factoren, psychologische factoren/gedragsfactoren, sociale factoren en tot slot ontwikkelingsfactoren [14].

In de categorie van demografische factoren en contextfactoren worden volgende risicofactoren weerhouden: het culturele slankheidsideaal in geïndustrialiseerde landen, jonge vrouwen tussen 15-25 jaar en topsporters. Binnen de biologische factoren wordt de body mass index weerhouden als risicofactor (hoog lichaamsgewicht, fluctuaties in het gewicht en kinderobesitas), naast een familiale achtergrond van eetstoornissen/stemmingsstoornissen/angststoornissen, voedings- en spijsverteringsproblemen in de kindertijd en diabetes mellitus type I. In de categorie van de psychologische factoren en gedragsfactoren onderscheidt men als risicofactoren een pre-occupatie met gewicht en lichaamsvorm, verminderd zelfvertrouwen, problemen in de emoregulatie, negatief affect, perfectionisme en angstgevoeligheid, impulsiviteit, lijnen, een beperkt lichaamsbewustzijn en zelfobjectivering. Binnen de categorie van de sociale factoren worden interpersoonlijke problemen, externe druk en sociale vergelijking weerhouden als risicofactoren. Negatieve opvoedingservaringen of life-events en ontwikkelingsproblemen worden binnen de categorie van de ontwikkelingsfactoren beschreven [14].

5. Behandeling van eetstoornissen in de eerste lijn in Vlaanderen

Uit de literatuur is gekend dat patiënten met een eetstoornis hun huisarts significant meer consulteren in de vijf jaar voorafgaand aan de diagnosestelling dan patiënten zonder eetstoornis [4]. Dit maakt dat huisartsen zich in een goede positie bevinden om te screenen naar eetstoornissen en tijdig in te grijpen

zo nodig [4]. Gezien de vaak aspecifieke somatische en/of psychische klachten waarmee patiënten zich presenteren wordt het bestaan van een eetstoornis regelmatig over het hoofd gezien. Dit is jammer aangezien het detecteren van eetstoornissen in een vroeg stadium in de huisartsenpraktijk geassocieerd is met een betere uitkomst [6]. Er wordt geschat dat 43% van de patiënten met anorexia nervosa en 11% van de patiënten met boulimia nervosa gediagnosticeerd worden door de huisarts [5]. In Nederland wordt geschat dat respectievelijk 70% en 52% van deze patiënten doorverwezen worden naar de tweede- en/of derdelijnszorg, echter vaak pas maanden of zelfs jaren na de diagnosestelling door de huisarts [5].

5.1. Patiënten perspectief

Tijdens het academiejaar 2015-2016 werd door de HAIO-onderzoeker een kwalitatief onderzoek uitgevoerd in vier Vlaamse eetstoorniscentra (Centrum voor Eetstoornissen UZ Gent, UZ Leuven, Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen Tienen en de eetkliniek PAika UZ Brussel) en via de Vlaamse vereniging Anorexia Nervosa en Boulimia Nervosa (ANBN) met als doel een antwoord te formuleren op volgende algemene onderzoeksvraag: *'Wat is de rol van de huisarts bij eetstoornisproblematiek vanuit het perspectief van de patiënt?'*. De belangrijkste resultaten worden hieronder kort weergegeven om het probleem van eetstoornisproblematiek in de huisartsenpraktijk te schetsen.

De onderzoekspopulatie bestond uit 123 personen, waarvan 121 vrouwen (98.4%) en 2 mannen (1.6%). 80.5% (n = 99) van de respondenten was op het moment van bevraging opgenomen in één van de vier Vlaamse eetstoorniscentra. De leeftijd van de respondenten varieerde tussen 16 en 59 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 24.5 jaar. De leeftijd bij aanvang van de eetstoornis was gemiddeld 16.1 jaar, met een spreiding van 7 tot 38 jaar. De patiënten met een eetstoornis op het moment van bevraging hadden deze gemiddeld reeds 7.8 jaar, al dan niet met een periode van verbetering.

De meerderheid van de respondenten (n = 93, 76.9%) consulteerde hun huisarts omwille van (a)specifieke klachten omtrent hun eetstoornis vóór de diagnosestelling, meestal in het kader van ondergewicht of gewichtsschommelingen, uitblijven van de menstruatie, haaruitval, vermoeidheid en/of depressie. Bij 45.2% (n=42) van diegenen die zich presenteerden met (a)specifieke klachten bij de huisarts werd gepolst naar een onderliggend eetprobleem.

De belangrijkste drempel bij het bespreken van het eetprobleem met de huisarts betreft het zich niet begrepen voelen door de arts. Meer dan één op vier respondenten (26.3%) had het gevoel dat de huisarts hen zo snel mogelijk trachtte door te verwijzen naar collegae.

In 74.1% van de gevallen waarbij de huisarts op de hoogte was van de eetstoornis werden de patiënten doorverwezen richting tweede- en/of derdelijnszorg; 82.6% voor anorexia nervosa, 66.6% voor boulimia nervosa, 60.0% voor binge eating disorder. Er werd geen significant verschil gedetecteerd in het al dan niet doorverwijzen door de huisarts van patiënten met anorexia nervosa, boulimia nervosa

of binge eating disorder (p = 0.18). 33.7% (n=28) werd louter doorverwezen zonder verdere opvolging door hun huisarts, de overige 66.3% (n=55) werd doorverwezen en naderhand samen met andere gezondheidswerkers opgevolgd. Het meest werd door de huisarts doorverwezen naar de psycholoog (37.2%), gevolgd door een gespecialiseerd centrum voor eetstoornissen (22.1%), diëtist (20.9%) en psychiater (14%).

De respondenten gaven als belangrijkste tekortkoming bij de huisarts aan dat er te veel nadruk wordt gelegd op het lichamelijke aspect en dat het gewicht beschouwd wordt als parameter voor ziekte of gezondheid. 74.0% (n = 91) merkte op dat huisartsen in het algemeen de problematiek rond eetstoornissen minimaliseren of onvoldoende herkennen. Dit dient echter genuanceerd te worden, velen (n = 45, 49.5%) onder hen gaven aan dat dit afhangt van huisarts tot huisarts, en dit werd door hen geassocieerd met toenemende leeftijd van de arts. Het minimaliseren van de eetstoornis door de huisarts gaf bij minimum 17.9% aanleiding tot het persisteren in hun gedrag. De doorverwijzing door de huisarts verliep naar mening van 34.9% eerder laattijdig, hetgeen volgens hen de uitkomst van hun aandoening negatief beïnvloedde.

Personen met een eetstoornis zijn van mening dat huisartsen in eerste instantie dienen te beschikken over een goede luistervaardigheid (83.7%), dat ze voldoende tijd moeten kunnen uittrekken voor raadplegingen (70.7%) en gericht en tijdig moeten kunnen doorverwijzen (77.2%). Gerichte doorverwijzing én actieve opvolging door de huisarts wordt ervaren als een belangrijke ondersteuning in het genezingsproces. Huisartsen dienen naast het lichamelijk aspect tevens voldoende aandacht te schenken aan de psychosociale gevolgen van de aandoening. De relationele, sociale en lichamelijke gevolgen van de eetstoornis zijn immers de meest prominente redenen om behandeling aan te vatten. Verder is het vanuit hun perspectief belangrijk dat artsen het probleem bij naam noemen en niet terugdeinzen om hen te confronteren met de problematiek en zijn gevolgen. Dit zou zowel de patiënt als de arts helpen om sneller tot daadwerkelijke behandeling over te gaan. Patiënten stellen het op prijs als huisartsen een proactieve houding aannemen, dit kunnen ze bewerkstelligen door onder andere regelmatige opvolgconsultaties voor te stellen. Dit geeft de patiënten het gevoel dat er serieus wordt omgegaan met hun problematiek en dat er steevast iemand klaarstaat om in te grijpen indien nodig. Bij adolescenten blijkt het tevens belangrijk dat artsen erop drukken dat zij beroepsgeheim hebben en de problematiek niet zullen bespreken met hun ouders indien niet gewenst.

5.2. Huisartsen

Buiten de resultaten van het eigen uitgevoerd onderzoek tijdens het academiejaar 2015-2016 zijn er geen andere gegevens beschikbaar omtrent het feit hoe het gesteld is met de aanpak van eetstoornisproblematiek door de Vlaamse huisarts.

In de literatuur wordt de huisarts naar voren geschoven als een essentiële schakel in de aanpak van eetstoornisproblematiek. De taak van de huisarts hierin is breed, gaande van screening, diagnostiek, behandeling, multidisciplinaire opvolging tot nazorg. Bij vermoeden van een eetstoornis is het belangrijk dat huisartsen een confronterende houding aannemen, patiënten ervaren dit als zijnde erkenning van hun problematiek en als competentie van de arts, wat maakt dat zij sneller geneigd zullen zijn hun eetprobleem bespreekbaar te maken. Een ondersteunende behandeling bij de huisarts is mogelijk, maar bij complexe problematiek draagt de arts de verantwoordelijkheid gericht en tijdig door te verwijzen. Een onbevooroordeelde huisarts, bekwaam om patiënten te motiveren kan een enorme steun betekenen voor deze mensen. Patiënten appreciëren het als de huisarts zelf vervolgconsultaties voorstelt. Deze proactieve houding zorgt voor een hoopvolle synergie tussen patiënt en huisarts, en het is deze houding dat gezien de psychosociale burden van eetstoornisproblematiek essentieel is om de patiënt niet enkel van zijn lichamelijke problemen maar ook van zijn innerlijke last te verlossen [15].

Uit internationaal onderzoek is gebleken dat er een onder (huis)artsen een duidelijke tekortkoming bestaat betreffende de kennis over en de aanpak rond eetstoornisproblematiek [7, 16-17].
In de Verenigde Staten werd in 2010 een studie uitgevoerd bij 260 gezondheidswerkers betreffende hun subjectief ervaren kennis, vaardigheden en werkpunten omtrent screening en aanpak van eetstoornisproblematiek. Hieruit bleek een gebrekkige kennis; bijna drie vierde van de ondervraagden gaf aan niet stil te staan bij de mogelijkheid van verstoord eetgedrag als dit niet de initiële aanmeldingsklacht betreft. Bijna 80% gaf aan patiënten met verstoord eetgedrag niet te kunnen behandelen omwille van tijdsgebrek en gebrekkige kennis. Wel bleek er onder de gezondheidswerkers de wens te bestaan tot verdere educatie omtrent eetstoornisproblematiek [17].
Over het feit of de graad van kennis omtrent eetstoornisproblematiek een invloed heeft op het klinisch handelen bij huisartsen is weinig gekend. Uit een studie van *Currin, Waller et al* is gebleken dat dit de probabiliteit van de diagnostiek van eetstoornissen niet beïnvloedt. Doch, de huisartsen die hoger scoorden op kennis waren meer geneigd follow-up consultaties te voorzien [18].

6. Screening

6.1. Is screening nuttig?

Het effect op de klinische outcome van systematische screening naar eetstoornissen door huisartsen bij patiënten in de eerstelijnsgezondheidszorg is nagenoeg ongekend.
In 2016 werd hieromtrent wel een systematic review gepubliceerd, hierin werden tien studies opgenomen. Voor alle types eetstoornispatiënten, die opgespoord werden via systematische

screening door de huisarts, zag men een toename in de consultatiefrequentie bij de huisarts en een stijging in de doorverwijzing naar de tweede lijn. De klinische outcome bleef echter ongekend [19].
Een observationele studie uit Nederland betreffende de klinische uitkomst van eetstoornispatiënten die opgespoord werden via systematische screening door de huisarts toonde herstel aan bij meer dan de helft van de patiënten na een follow-up van 4.8 jaar. In deze studie voorspelde een jongere leeftijd bij detectie een betere outcome [6].

Vanuit de vzw Eetexpert wordt geopperd om selectieve screening te verrichten, waarbij patiënten worden gescreend op basis van vooraf bepaalde risicofactoren. Als er valide selectieve screeningscriteria beschikbaar zijn, dan kan een kleine patiëntengroep met hoge prevalentie worden geselecteerd. Dit reduceert de werkbelasting, verhoogt de opbrengst van de screening en vermindert het aantal vals-positieven. Niet elke patiënt die zich aanmeldt bij de huisarts kan of hoeft dus gescreend te worden op een eetstoornis. Tijdens de aanmelding en verkenning van de hulpvraag kan de arts echter oog hebben voor bepaalde signalen die uitnodigen tot screening. Het gaat hier over eetstoornisgerelateerde aanmeldingsklachten of bepaalde signalen tijdens het routineconsult. Ook is het zinvol om waakzaam te zijn bij bepaalde risicogroepen. Deze selectieve screeningscriteria worden weergegeven in figuur 3.
Bij een verhoogde kans op een eetstoornis is verder onderzoek door de huisarts noodzakelijk.

Aanmeldingsklachten
Maagdarmklachten
Menstruatieklachten
Vragen over diëten en gewicht, zonder met overgewicht te kampen
Signalen tijdens routineconsult
Negatieve reacties op wegen
Opvallende gewichtsverandering
Risicogroepen
Vrouwen < 25 jaar
Familiale voorgeschiedenis van alcoholmisbruik, seksueel misbruik, of eetstoornis
Diabetes mellitus type 1
Fotomodellen, ballerina's, topsporters

Figuur 3. Selectieve screeningscriteria voor eetstoornisproblematiek.

6.2. Screeningstools

De SCOFF- en ESP-vragenlijst zijn twee gevalideerde screeningstools voor eetstoornissen (figuur 4). De sensitiviteit en specificiteit van beide vragenlijsten varieert naargelang de studie.

De initiële validatiestudie (*Morgan et al*) van de SCOFF-vragenlijst werd uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk. Hieruit bleek, bij een afkapwaarde van twee of meer positieve antwoorden, een sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 87.5% [20]. Een meta-analyse uitgevoerd in 2013 omtrent de diagnostische nauwkeurigheid van de SCOFF-vragenlijst toonde een sensitiviteit aan van 80% en een specificiteit van 93% [21].

De sensitiviteit en specificiteit van de ESP vragenlijst varieert eveneens van studie tot studie. Een studie uit 2003 spreekt over een sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 71% [22].

De positief voorspellende waarde van beide testen is uiteraard afhankelijk van de prevalentie in de betreffende populatie.

SCOFF

1. Wekt u braken op omdat u zich met een 'volle maag' niet goed voelt? ('Sick')
2. Bent u bang dat u geen controle meer heeft over de hoeveelheid die u eet? ('Control')
3. Bent u meer dan 6 kg afgevallen in 3 maanden tijd? ('One stone')
4. Vindt dat u te dik bent, terwijl anderen vinden dat u mager bent? ('Fat')
5. Vindt u dat voedsel een belangrijke plaats inneemt in uw leven? ('Food')

ESP (Eating disorder Screen for Primary care)

1. Bent u tevreden over uw eetgewoonten?
2. Eet u ooit weleens in het geheim?
3. Heeft uw gewicht invloed op hoe u zich voelt?
4. Heeft u nu last van een eetstoornis, of heeft u dat in het verleden ooit gehad?

Figuur 4. SCOFF- en ESP-vragenlijst.

De bovenvermelde screeningsmethoden kunnen de detectie aanzienlijk verbeteren, temeer aangezien er tot nu toe slechts weinig onderzoek is gedaan naar de voorspellende waarde voor de aan- of afwezigheid van een eetstoornis in een vroeg stadium op basis van de combinatie anamnese en fysiek onderzoek in de eerste lijn.

Onderzoeksmethode

Naast het oriënterend literatuuronderzoek werd een tweesporig veldonderzoek uitgevoerd. Aan de hand van een bevraging bij zowel huisartsen als patiënten werd getracht de situatie rond verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk in kaart te brengen. Het onderzoeksprotocol werd opgestuurd naar het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Brussel, hetgeen op 12 juli 2017 werd goedgekeurd ter uitvoering (bijlage 4).

Onderzoeksmethode - deel 1: bevraging huisartsen

Een praktijkonderzoek bij Vlaamse actieve huisartsen werd opgezet aan de hand van een vragenlijst, gedigitaliseerd via het online bevragingsplatform LimeSurvey (bijlage 1). De vragenlijst werd opgesteld in samenwerking met Mevr. Vandeputte A. - bestuurslid van de vzw Eetexpert - en Mevr. Jeannin R. - wetenschappelijk medewerkster van de vzw Eetxpert. De verspreiding verliep via de nieuwsbrief van Domus Medica, deze van de vzw Eetexpert, evenals via de ICHO-website. Antwoorden werden verzameld tussen 1 september 2017 en 31 december 2017. De bevraging verliep volledig anoniem en werd voorafgegaan door een elektronische informatiefiche en een elektronisch informed consent.

De vragenlijst werd opgedeeld in drie onderdelen. Het eerste onderdeel betrof het verzamelen van enkele epidemiologische gegevens van de deelnemer, met name leeftijd, geslacht, aantal jaren praktijkervaring en huidige praktijkvom. Het tweede onderdeel peilde naar de oriëntatie van het probleem en het standpunt van de huisarts inzake de omgang van patiënten met verstoord eetgedrag. Tot slot werd in het derde onderdeel de bekendheid van de vzw Eetexpert nagevraagd.

Alle gegevens werden gelezen en verzameld in een Excel databank. Beschrijvende analyse werd toegepast. Vervolgens werd er gezocht naar correlaties in de gegevensverzameling.

Onderzoeksmethode - deel 2: screening naar verstoord eetgedrag

Een praktijkonderzoek in de opleidingspraktijk (Huisartsen Hoge Linde te Buggenhout) werd opgezet gedurende 5 maanden – van 1 augustus 2017 t.e.m. 31 december 2017. Hierbij gebeurde er een selectieve screening naar verstoord eetgedrag, waarbij de flowchart '*eetstoornissen in de huisartsenpraktijk'* van de vzw Eetexpert gebruikt werd als leidraad (bijlage 2). Indien de patiënt voldeed aan minstens één aanmeldingsklacht, alarmsignaal of risicogroep (figuur 5) zoals vermeld op de flowchart werden de twee vooropgestelde screeningstesten naar verstoord eetgedrag, met name de SCOFF- en ESP-vragenlijst, overlopen (figuur 4). Dit met als doel om na te gaan of beide vragenlijsten bruikbaar zijn als screeningstool voor **verstoord eetgedrag** indien toegepast bij patiënten met een verhoogd risico hierop. Deelname gebeurde op vrijwillige basis. De patiënten die in aanmerking

kwamen werden tijdens de consultatie aangesproken en verkregen schriftelijke informatie over het verloop en het doel van de studie. Een toestemmingsformulier en een informed consent werden voorzien (bijlage 3). Enkel patiënten vanaf de leeftijd van 16 jaar werden geïncludeerd in de studie. De recrutering van de patiënten gebeurde door de HAIO-onderzoeker. De lijst met de inclusiecriteria voor deelname werden tevens geafficieerd in de wachtzaal evenals de schriftelijke informatiefiche. Op die manier kregen de patiënten de kans rustig het doel en de opzet van de studie door te lezen.

Aanmeldingsklachten

Maagdarmklachten

Menstruatieklachten

Vragen over diëten en gewicht, zonder met overgewicht te kampen

Signalen tijdens routineconsult

Negatieve reacties op wegen

Opvallende gewichtsverandering

Risicogroepen

Vrouwen < 25 jaar

Familiale voorgeschiedenis van alcoholmisbruik, seksueel misbruik, of eetstoornis

Diabetes mellitus type 1

Fotomodellen, ballerina's, topsporters

Figuur 5. Inclusiecriteria deelnemers.

Resultaten

Resultaten - deel 1: bevraging huisartsen

1. Karakteristieken deelnemende huisartsen

In totaal vervolledigden 71 huisartsen de enquête, waarvan 58 vrouwen (81.7%) en 13 mannen (18.3%). 51 deelnemers (71.8%) hadden minder dan vijf jaar ervaring als huisarts, 13 van hen (18.3%) waren reeds meer dan 20 jaar werkzaam als huisarts. Bij de overige 7 (9.9%) varieerde het aantal jaren ervaring tussen de 5 en de 20 jaar. Qua praktijksetting waren de meesten actief in een groepspraktijk, met name 87.3%

2. Prevalentie van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk

Er werd nagevraagd hoeveel patiënten met verstoord eetgedrag op het moment van bevraging naar schatting in de eigen huisartenpraktijk aanwezig waren. Er werd benadrukt dat het hier expliciet ging over verstoord eetgedrag als breed begrip. Zoals eerder aangegeven kan verstoord eetgedrag op zichzelf staan maar kan ook kaderen binnen een voedings- of eetstoornis.

Figuur 6 geeft een overzicht. De meerderheid van de deelnemende huisartsen (40.9%) had op het moment van bevraging tussen de 1 en de 5 patiënten in de praktijk met verstoord eetgedrag. 11.3% (n=8) van hen had op het moment van bevraging meer dan 20 patiënten met verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk.

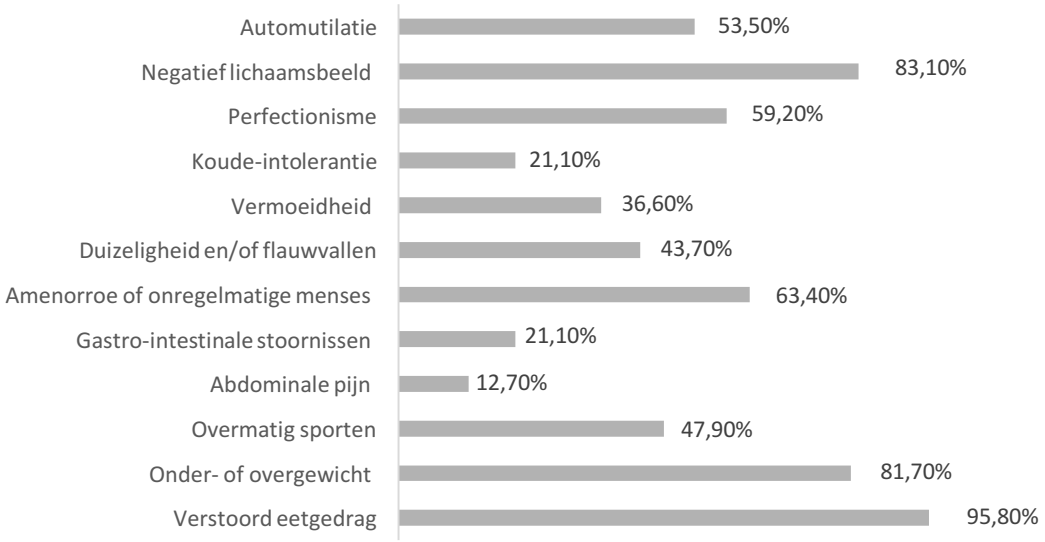
Aantal huisartsen (%)	Aantal patiënten met verstoord eetgedrag in de praktijk
2 (2.8%)	0 patiënten
29 (40.9%)	1-5 patiënten
20 (28.2%)	6-10 patiënten
11 (15.5%)	10-15 patiënten
1 (1.4%)	16-20 patiënten
8 (11.3%)	> 20 patiënten

Figuur 6. Puntprevalentie van verstoord eetgedrag.

3. Signalen ter detectie van verstoord eetgedrag

Er werd gepeild naar de signalen die huisartsen alert maken op de aanwezigheid van potentiële eetstoornisproblematiek bij patiënten.

De meeste huisartsen zijn bedacht op eetstoornisproblematiek bij de aanwezigheid van verstoord eetgedrag (95.8%), gevolgd door een negatief lichaamsbeeld (83.1%), onder- of overgewicht (81.7%) en menstruatiestoornissen (63.4%). Figuur 7 geeft een overzicht van de resultaten.



Figuur 7. Signalen ter detectie van verstoord eetgedrag.

4. Actieve rol in behandeling

Het merendeel van de huisartsen (67.6%) geeft aan een actieve rol te spelen in de behandeling en opvolging van patiënten met verstoord eetgedrag.

Bij de navraag of er als huisarts moeilijkheden ervaren worden in de behandeling van patiënten met verstoord eetgedrag geeft 93% aan hierbij weldegelijk hindernissen te ervaren. Een overzicht van de struikelblokken die artsen ervaren bij de omgang met verstoord eetgedrag wordt gegeven in figuur 8. Meer dan de helft van de artsen (52.1%) is van mening dat het gespecialiseerd hulpaanbod te weinig toegankelijk is, 42.3% geeft aan geen kennis te hebben van opnamecriteria, meer dan één op drie (36.6%) geeft onvoldoende kennis van behandeling op maat aan als mogelijk struikelblok in de aanpak van eetstoornisproblematiek. Eén op drie artsen geeft aan onvoldoende tijd te hebben voor goede opvolging. 7% van de deelnemers is van mening dat de huisarts niet de aangewezen persoon is voor de begeleiding van patiënten met verstoord eetgedrag. Iets meer dan één op tien (11.3%) geeft de terughoudenheid van de patiënt aan als moeilijkheid in de behandeling.



Figuur 8. Ervaren moeilijkheden in de behandeling.

5. Doorverwijsgedrag

Bij vermoeden van verstoord eetgedrag verwijzen huisartsen het meeste door naar de psycholoog (66.2%), gevolgd door een diëtist (56.3%), psychiater (40.9%) en pediater (38.0%).

6. Lacunes in kennis en vaardigheden

De deelnemende huisartsen werd gevraagd hun eigen kennis en vaardigheden omtrent verschillende aspecten van eetstoornisproblematiek te beoordelen, gaande van zeer goed tot zeer zwak. Een overzicht van de resultaten wordt weergegeven in figuur 9.

Kennis omtrent de prevalentie van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk, hoe te screenen naar verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk, de opvolging en behandeling op maat, alsook de doorverwijsmogelijkheden van patiënten met een eetstoornis en vaardigheden omtrent motiverende gesprekstechnieken met deze patiëntenpopulatie worden door de meerderheid van de huisartsen als zwak ervaren. Kennis omtrent de diagnostiek van eetstoornissen, de meest voorkomende aanmeldingsklachten in de huisartsenpraktijk, de comorbiditeiten en risicofactoren worden door de meeste huisartsen als zijnde voldoende omschreven.

	Zeer goed	Goed	Voldoende	Zwak	Zeer zwak
Prevalentie van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk	2.8%	5.6%	28.2%	54.9%	8.5%
Screening naar eetstoornissen	0.0%	5.6%	28.2%	59.2%	7.0%
Diagnostiek van eetstoornissen	1.4%	8.5%	59.1%	29.6%	1.4%
Meest frequente aanmeldingsklachten bij de huisarts van patiënten met een eetstoornis	4.2%	14.1%	49.3%	32.4%	0.0%
Comorbiditeiten van eetstoornissen	1.4%	19.7%	53.5%	23.9%	1.5%
Risicofactoren van eetstoornissen	4.2%	23.9%	46.5%	25.4%	0.0%
Opvolging van patiënten met een eetstoornis	2.8%	19.7%	35.2%	39.5%	2.8%
Behandeling op maat van patiënten met een eetstoornis	1.4%	0.0%	18.3%	66.2%	14.1%
Doorverwijsmogelijkheden van patiënten met een eetstoornis	1.4%	4.2%	21.1%	60.6%	12.7%
Motiverende gesprekstechnieken	4.2%	18.3%	35.2%	35.3%	7.0%

Figuur 9. Subjectieve beoordeling kennis en vaardigheden door huisartsen.

7. Bekendheid vzw Eetexpert en nood aan ondersteuning

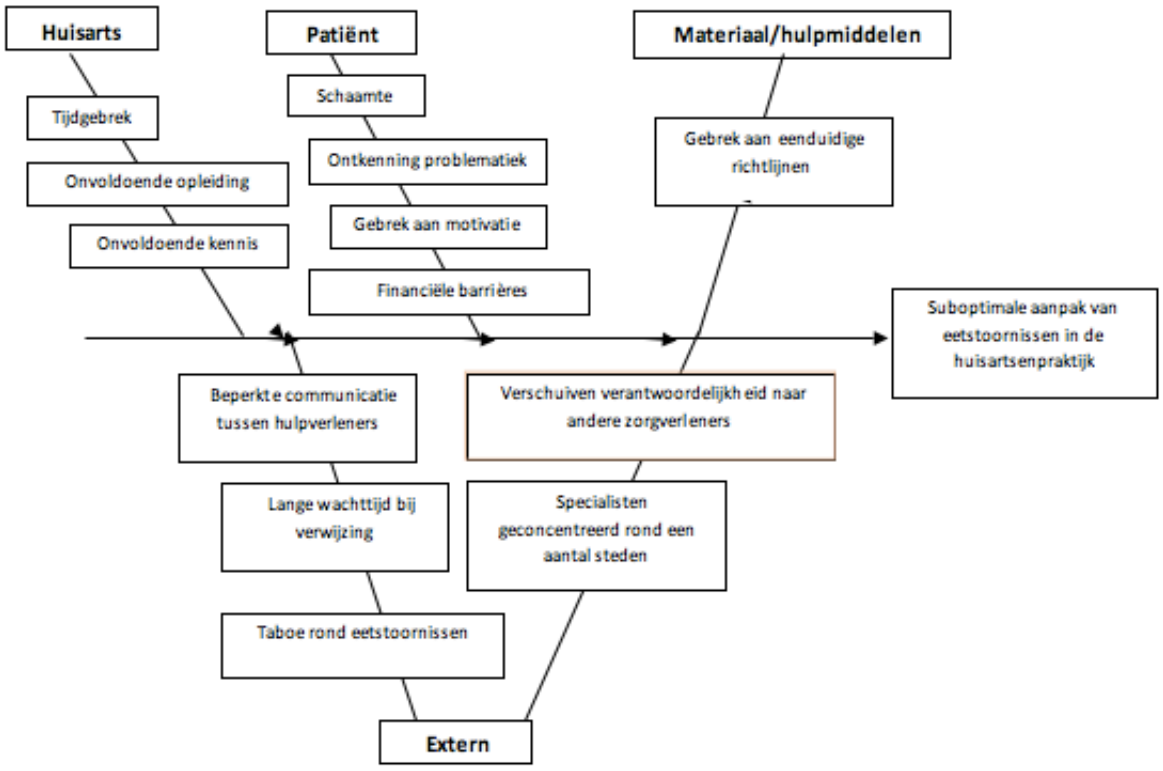
De meerderheid van de deelnemende huisartsen (67.6%) heeft geen notie van het bestaan van de vzw Eetexpert. 16.9% van de deelnemende huisartsen is op de hoogte van het ondersteuningsmateriaal dat zij aanbieden in de begeleiding van eet- en gewichtsproblemen.

Acht van de 71 huisartsen (11.3%) kent de SCOFF-vragenlijst; de ESP-vragenlijst is bij 13 (18.3%) deelnemers gekend.

Alle deelnemende huisartsen hebben aangegeven open te staan voor ondersteuning in de begeleiding van patiënten met verstoord eetgedrag. Er wordt voornamelijk de behoefte aangegeven tot het ter beschikking hebben van gemakkelijk hanteerbare flowcharts en stappenplannen. Verder komt de nood tot snellere doorverwijzing en/of overleg naar/met de tweede lijn aan bod. Ook vorming via LOK-vergaderingen en E-learnings worden als mogelijkheid aangegeven.

8. Visgraatdiagram

Als we de oorzaken van de suboptimale aanpak van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk uitzetten op een visgraatdiagram bekomen we volgend resultaat:



Figuur 10. Visgraatdiagram

Resultaten – deel 2: screening naar verstoord eetgedrag

1. Kenmerken respondenten

In totaal vervolledigden 53 personen de enquête. De inclusiecriteria (één of meerdere) waaraan de deelnemers voldeden worden opgesomd in figuur 11.

Inclusiecriteria	Aantal patiënten (%)
Maagdarmklachten	15 (28.3%)
Menstruatieklachten	5 (9.4%)
Vragen over diëten en gewicht, zonder met overgewicht te kampen	13 (24.5%)
Negatieve reacties op wegen	21 (39.6%)
Opvallende gewichtsverandering	13 (24.5%)
Vrouw < 25 jaar	16 (30.2%)
Familiale voorgeschiedenis van alcoholmisbruik, seksueel misbruik, of eetstoornis	6 (11.3%)
Diabetes mellitus type 1	4 (7.5%)
Fotomodellen, ballerina's, topsporters	9 (17.0%)

Figuur 11. Inclusiecriteria studie.

2. Resultaten SCOFF- en ESP- vragenlijst

De resultaten van de SCOFF- en ESP-vragenlijst worden weergegeven in figuur 12.

SCOFF		
	JA	**NEEN**
Wekt u braken op omdat u zich met een 'volle maag' niet goed voelt?	13 (24.5%)	40 (75.5%)
Bent u bang dat u geen controle meer heeft over de hoeveelheid die u eet?	23 (43.4%)	30 (56.6%)
Bent u recent meer dan 6 kg afgevallen in 3 maanden tijd?	6 (11.3%)	47 (88.7%)
Vindt u dat u te dik bent, terwijl anderen vinden dat u mager bent?	16 (30.2%)	37 (69.8%)
Vindt u dat voedsel een belangrijke plaats inneemt in uw leven?	38 (71.7%)	15 (28.3%)
ESP		
	JA	**NEEN**
Bent u tevreden over uw eetgewoonten?	16 (30.2%)	37 (69.8%)
Eet u ooit weleens in het geheim?	29 (54.7%)	24 (45.3%)
Heeft uw gewicht invloed op hoe u zich voelt?	38 (71.7%)	15 (28.3%)
Heeft u nu last van een eetstoornis, of heeft u dat in het verleden ooit gehad?	22 (41.5%)	31 (58.5%)

Figuur 12. SCOFF- en ESP-vragenlijst.

Opvallend dat bijna één op vier (24.5%) van de deelnemende patiënten aangaf braken op te wekken omdat ze zich met een volle maag niet goed voelen. Bij meer dan zeven op de tien deelnemers (71.7%) neemt voedsel een belangrijke plaats in in hun leven. Meer dan vier op de tien deelnemers (43.4%) is bang geen controle meer te hebben over de hoeveelheid voedsel die ze consumeren. Minder dan één derde (30.2%) van de deelnemende patiënten is tevreden over zijn/haar eetgewoonten, meer dan de helft (54.7%) eet ooit wel eens in het geheim. Bij 71.7% heeft het gewicht een invloed op hoe men zich voelt. 22 deelnemers (41.5%) gaven subjectief aan op het moment van bevraging aan een eetstoornis te lijden.

30 van de 53 deelnemers hebben op de SCOFF-vragenlijst twee of meer keer ja geantwoord. Dit betekent dat 56.6% van de deelnemers een verhoogd risico vertoont op een eetstoornis en verder dient onderzocht te worden. 37 van de 53 deelnemers hebben op de ESP-vragenlijst twee of meer afwijkende antwoorden gegeven. Dit betekent dat 69.8% van de deelnemers een verhoogd risico vertoont op een eetstoornis en verder dient onderzocht te worden.

Van de 22 patiënten die subjectief aangaven aan een eetstoornis te lijden hadden er 7 maagdarmklachten (31.8%), 1 menstruatieklachten (4.5%), 8 personen (36.4%) hadden vragen over diëten en gewicht (zonder met overgewicht te kampen), 10 ervaarden (45.5%) negatieve reacties bij het op de weegschaal staan, 5 (22.7%) hadden een opvallende gewichtsverandering doorgemaakt, 7 (31.8%) onder hen waren vrouwen van 25 jaar of jonger, 3 (13.6%) vermeldden een familiale voorgeschiedenis van alcoholmisbruik/seksueel misbruik/eetstoornis, 2 (9.1%) leden aan diabetes mellitus type I, 2 (9.1%) behoorden tot de categorie fotomodel/ballerina/topsporter.

22 van de deelnemende patiënten (41.5%) gaven zelf aan op het moment van bevraging aan een eetstoornis te lijden. Of deze populatie ook daadwerkelijk volgens de DSM-V criteria voldeed aan de definitie van eetstoornis valt jammerlijk buiten het bestek van deze studie. Gaan we ervan uit dat er bij deze groep patiënten weldegelijk verstoord eetgedrag aanwezig is (bredere definitie dan eetstoornis), dan kunnen we voor de SCOFF-vragenlijst een sensitiviteit van 95.5% en een specificiteit van 71% weerhouden betreffende verstoord eetgedrag. Voor de ESP-vragenlijst weerhouden we een sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 51.6% betreffende verstoord eetgedrag.

	Verstoord eetgedrag aanwezig	Verstoord eetgedrag afwezig
SCOFF positief	21	9
SCOFF negatief	1	22

	Verstoord eetgedrag aanwezig	Verstoord eetgedrag afwezig
ESP positief	22	15
ESP negatief	0	16

Discussie

Hierbij worden de voornaamste resultaten uit de studie kritisch bekeken en vergeleken met de bevindingen uit de literatuurstudie.

De huidige studie benadrukt de complexiteit van de aanpak van eetstoornisproblematiek in de eerstelijnsgezondheidszorg, een fenomeen dat in de literatuur ook meermaals terugkomt.
De meeste huisartsen (40.9%) hadden op het moment van bevraging één tot vijf patiënten met verstoord eetgedrag in hun huisartsenpraktijk. Rekenen we op een gemiddelde van 1100 patiënten per huisarts [23], dan valt de gemiddelde prevalentie van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk in deze studie ver onder de geschatte prevalentie van 2.3% van eetstoornissen bij volwassen patiënten in Belgische huisartsenpraktijken. Zeker ook omdat hier gevraagd werd naar verstoord eetgedrag, een term die veel breder is dan de strikte definitie van officieel erkende eetstoornissen. Hieruit kunnen we zeer voorzichtig afleiden dat verstoord eetgedrag en eetstoornissen frequent over het hoofd gezien worden, zeker als we tevens rekening houden met het feit dat de artsen die vrijwillig deelnamen aan de studie mogelijks geïnteresseerder waren in eetstoornisproblematiek dan hun collega's. Uiteraard moeten we hier rekening houden met een kleine onderzoekspopulatie die niet representatief is voor de Vlaamse huisarts.
Als we kijken naar de resultaten van de SCOFF- en ESP-vragenlijst, dan is het opvallend dat respectievelijk 56.6% (n=30) en 69.8% (n=37) een verhoogd risico vertoonde op een eetstoornis. Een extra argument om aan te nemen dat de prevalentie van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk onderschat wordt. In deze studie werden de vragenlijsten niet afgenomen bij eender wie, maar wel bij patiënten met een verhoogd risico op verstoord eetgedrag. Vergelijken we dit met de resultaten van de nationale gezondheidsenquête uit 2013, waaruit bleek dat gemiddeld 8% van de Belgische bevolking (in de leeftijdscategorie tussen 15 en 75-plus) signalen vertoont van een verhoogd risico op een eetstoornis wanneer gebruikt gemaakt wordt van de SCOFF-vragenlijst, dan kunnen we concluderen dat screening in de eerstelijnsgezondheidszorg bij risicogroepen nuttiger is. Als we vertrekken van een populatie met een potentieel hogere prevalentie van verstoord eetgedrag en eetstoornissen stijgt logischerwijze de positieve predictieve waarde van de SCOFF- en ESP-vragenlijst.
Uit deze studie kunnen we voor de SCOFF-vragenlijst een sensitiviteit van 95.5% en een specificiteit van 71% weerhouden betreffende verstoord eetgedrag. Voor de ESP-vragenlijst bedraagt dit respectievelijk 100% en 51.6%. Hieruit kunnen we concluderen dat beide vragenlijsten geschikt zijn voor **screening naar verstoord eetgedrag** in de huisartsenpraktijk indien toegepast bij een populatie met een verhoogd risico hierop. Hiervoor kunnen de criteria gebruikt worden zoals vooropgesteld door

de vzw Eetexpert en zoals toegepast in deze studie. Beide lijsten zijn gebruiksvriendelijk en niet tijdrovend. Bij een verhoogde kans op een eetstoornis is verder onderzoek door de huisarts noodzakelijk. Ook voor de verder te ondernemen stappen worden er via de vzw Eetexpert handvaten aangeboden.

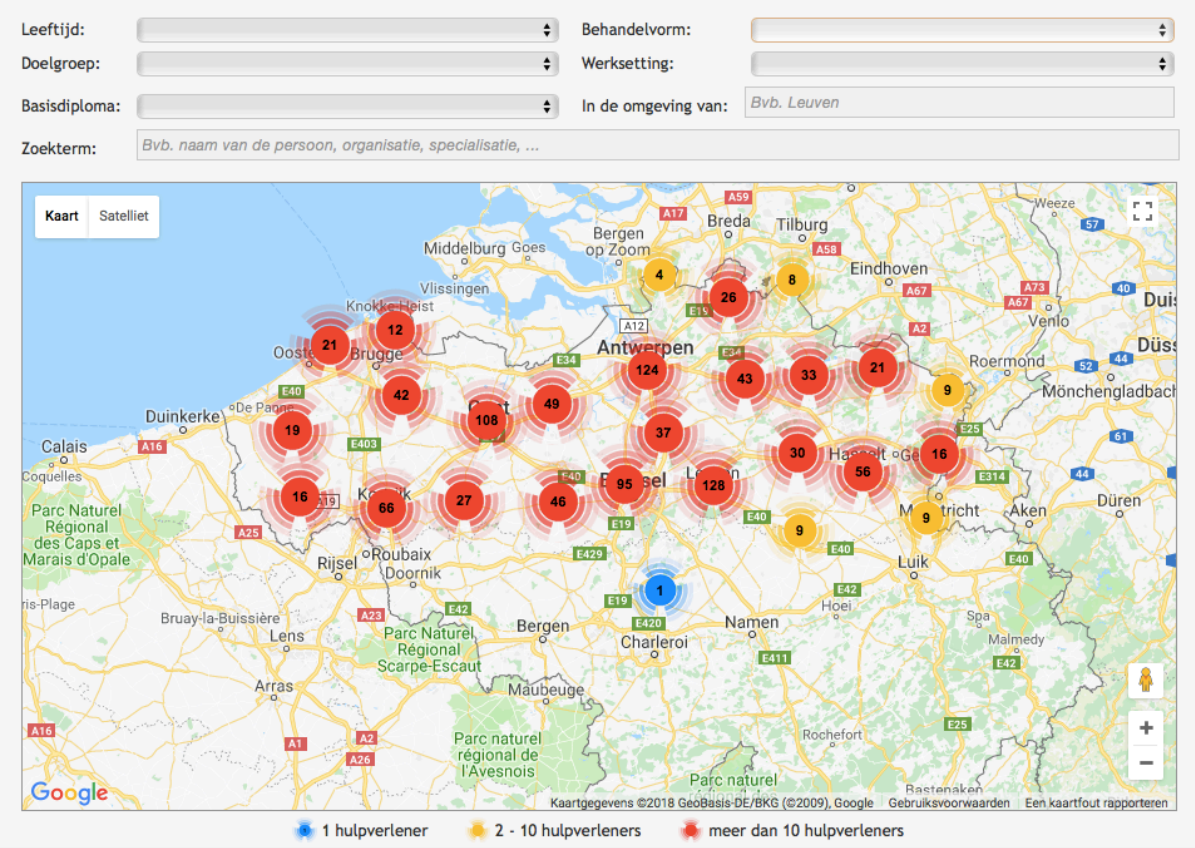
Of screening naar verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk zal leiden naar een betere klinische outcome van de patiënt kan enkel nagegaan worden door de toepassing ervan. In de literatuur wordt wel beschreven dat patiënten met verstoord eetgedrag, die opgespoord werden door de huisarts via screening, frequenter opvolgconsultaties aangeboden kregen en meer werden doorverwezen naar de tweedelijnsgezondheidszorg. Vast staat dat tijdig ingrijpen bij vermoeden van verstoord eetgedrag leidt tot een betere outcome.

De meerderheid van de bevraagde huisartsen (59.2%) gaf aan dat hun kennis omtrent screening naar verstoord eetgedrag en eetstoornisproblematiek zwak is. De SCOFF- en ESP-vragenlijst zijn slechts bij een minderheid van de bevraagde huisartsen gekend, respectievelijk 11.3% en 18.3%. Echter, zoals hierboven vermeld kunnen deze screeningsmethoden de detectie aanzienlijk verbeteren, temeer aangezien er tot nu toe slechts weinig onderzoek is gedaan naar de voorspellende waarde voor de aan- of afwezigheid van verstoord eetgedrag in een vroeg stadium op basis van de combinatie anamnese en fysiek onderzoek in de eerste lijn.

De (aanmeldings)klachten die de bevraagde huisartsen oppikken als alarmsignaal voor verstoord eetgedrag komen overeen met de voornaamste eetstoornisgeassocieerde klachten waarmee patiënten zich presenteren bij de huisarts.

In deze studie gaf het merendeel van de huisartsen (67.6%) aan een actieve rol te spelen in de opvolging van patiënten met verstoord eetgedrag - dat al dan niet door hen zelf werd gediagnosticeerd. Het weinig toegankelijk zijn van het gespecialiseerd hulpaanbod, het tekortschieten in kennis betreffende de correcte behandeling op maat van de patiënt en het hebben van onvoldoende tijd binnen de eigen consultaties worden als belangrijkste struikelblokken bij het al dan niet opnemen van een actieve rol bij eetstoornisproblematiek naar voren geschoven. Argumenten die gelijklopend zijn met deze aangehaald in de literatuur. Er valt tevens heel wat variatie op in het dooverwijsgedrag van huisartsen. De afstand tot gespecialiseerde zorg is een potentiële verklaring voor deze diversiteit. Deze vaststelling doet vermoeden dat er nood is aan praktisch hanteerbare richtlijnen inzake doorverwijzing van patiënten met verstoord eetgedrag.

Deze problemen worden door de vzw Eetexpert reeds grotendeels opgevangen. Zo bestaat er op hun website een handige verwijstool (figuur 13) waarbij op basis van de leeftijdscategorie, de doelgroep (voedingsproblemen/eetstoornissen/overgewicht en obesitas/andere), de behandelvorm (ambulant of residentieel) en de werksetting (CGG/privépraktijk/algemeen ziekenhuis/gespecialiseerde residentiële setting) voor de patiënt een behandeling op maat kan worden gevonden.



Figuur 13. Screenshot online verwijstool vzw Eetexpert.

Alle deelnemende huisartsen hebben aangegeven open te staan voor ondersteuning in de begeleiding van patiënten met verstoord eetgedrag. Er wordt voornamelijk de behoefte aangegeven tot het ter beschikking hebben van gemakkelijk hanteerbare flowcharts en stappenplannen, iets wat door de vzw Eetexpert gratis ter beschikking wordt gesteld, maar door weinig huisartsen reeds gekend is. Verder komt de nood tot snellere doorverwijzing en/of overleg naar/met de tweede lijn aan bod, een probleem dat mogelijks gedeeltelijk kan opgevangen worden door de kennis waar en naar wie gericht door te verwijzen in een specifiek geval.

Er is interesse in verdere bijscholing, o.a. via LOK-vergaderingen en E-learnings. Een vaststelling waar in de toekomst op kan ingespeeld worden.

Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Nooit eerder werd bij Vlaamse huisartsen gepeild naar de rol die zij spelen betreffende verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk. De lacunes in kennis en vaardigheden werden blootgelegd. In dit opzicht is dit onderzoek uniek. De complexiteit van eetstoornisproblematiek werd nogmaals onderlijnd. Ook de toepassing van de SCOFF- en ESP-vragenlijst in de huisartsenpraktijk bij een geselecteerde patiëntenpopulatie werd nooit eerder uitgevoerd.

Slechts een beperkt aantal huisartsen vervolledigden de enquête, de conclusies van dit onderzoek kunnen dus niet zomaar veralgemeend worden. Dit geldt eveneens voor de patiëntenpopulatie die ondervraagd werd. De resultaten worden enkel beschrijvend weergegeven aangezien de studiepopulatie relatief beperkt is wat betreft de statistische power. Een dergelijke kleine power is niet voldoende om statistische resultaten met enige significantie te kunnen bekomen.

Besluit

Er zijn weinig vakgebieden in de eerstelijnsgezondheidszorg waarvan de gezondheidsimpact zo groot is en de evidentie voor beleid zo miniem is als op het vlak van eetstoornissen.

Screening, opvolging en behandeling op maat van patiënten met verstoord eetgedrag blijft een heikel punt in de huisartsenpraktijk, hoewel huisartsen bijzonder goed geplaatst zijn om deze patiënten vroegtijdig op te sporen. Naast een tekort aan kennis spelen tijdsgebrek, het weinig toegankelijk zijn van het gespecialiseerd zorgaanbod en de mogelijkse weerstand van de patiënt naar behandeling toe hierin een rol. Er is behoefte aan het ter beschikking hebben van gemakkelijk hanteerbare flowcharts en stappenplannen. Er is interesse in verdere bijscholing, o.a. via LOK-vergaderingen en E-learnings. Stof tot nadenken.

De detectie van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk kan aanzienlijk verbeterd worden door gebruik te maken van de SCOFF- en ESP- vragenlijst, zeker wanneer toegepast bij patiënten met een verhoogd risico hierop. De twee vragenlijsten zijn handig in gebruik en kosten weinig tijd.

Vanuit de vzw Eetexpert worden er handvaten aangeboden betreffende de aanpak van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk. Voorlopig is dit ondersteuningsaanbod voor veel huisartsen nog onbekend terrein. Hopend dat naarmate de vzw Eetexpert meer bekendheid vergaart de aanpak van verstoord eetgedrag in de eerstelijnsgezondheidszorg geen struikelblok meer vormt.

Referenties

1. Ansseau M, Dierick M, Buntinkx F et al. High prevalence of mental disorders in primary care. J Affect Disord 2004, 78(1):49-55.
2. Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid. Geestelijk Gezond Vlaanderen, Feiten & Cijfers. [Internet]. Beschikbaar via: http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers. [Geraadpleegd 24 oktober 2017].
3. Preti A, De Girolamo G, Vilagut G et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. J Psychiatr Res 2009, 43(14):1125-32.
4. Ogg E, Millar H, Pusztai E et al. General Practice Consultation Patterns Preceding Diagnosis of Eating Disorders. Int J Eat Disord 1997, 22(1):89-93.
5. Vandereycken V, Noordenbos G. Handboek Eetstoornissen. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
6. Van Son GE, Van Hoeken D, van Furth EF et al. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. Int J Eat Disord 2010, 43(2):130-8.
7. Linville D, Benton A, O'Neil M et al. Medical Providers' Screening, Training and Intervention Practices for Eating Disorders. Eating Disorders 2010, 18:110-131.
8. Eetexpert (2017). Detectie en somatische opvolging van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk. Brussel: Eetexpert, met steun van de Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via www.eetexpert.be)
9. Moens E, Goossens L, Braet C et al. Voedings- en eetstoornissen. Basisboek psychopathologie. Utrecht, Nederland: De Tijdstroom 2013. p. 111–126.
10. Hoek HW, Van Elburg AA. Feeding and eating disorders in the DSM-5. Tijdschr Psychiatr 2014, 56(3):187-91.
11. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. International Journal of Eating Disorders 2003, 34:383-396.
12. Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.
13. Inchley J, Currie D, Young T et al. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HBSC Study. International report from the 2013/2014 Survey.
14. Eetexpert (2016). Risicoprofiel bij eet- en gewichtsproblemen. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Beschikbaar via Eetexpert.be vzw.

15. Lagro-Janssen, Lubberink. Eetstoornissen in de huisartsenpraktijk: het perspectief van de patiënt. Huisarts en Wetenschap 2003, 46(2): 90-4.
16. Linville D, Brown T, Sturm K et al. Eating disorders and social support: Perspectives of recovered individuals. Int J Eat Disord 2012, 20(3):216-31.
17. Linville D, Brown T, O'Neil M et al. Medical Providers' Self Perceived Knowledge and Skills for Working With Eting Disorders: A national Survey. Int J Eat Disord 2012, 20(1):1-13.
18. Currin L, Waller G, Schmidt U. Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: Do they affect clinical actions? Int J Eat Disord 2009, 42: 453-458.
19. Cadwallader JS, Godart N, Chastang J et al. Detecting eating disorder patients in a general practice setting: a systematic review of heterogeneous data on clinical outcomes and care trajectories. Eat Weight Disord 2016, 21(3):365-81.
20. Morgan J, Reid F, Lacey J. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ 1999, 319, 1467-1468.
21. Botella J, Sepúlveda A, Huang H et al. A Meta-Analysis of the Diagnostic Accuracy of the SCOFF. The Spanish Journal of Psychology 2013, 16, E92.
22. Cotton M, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. Journal of General Internal Medicine 2003, 18, 53-56.
23. Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C et al. Physician workforce supply in Belgium. Current situation and challenges. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2008, reports 72A.

Bijlagen

Bijlage 1. Online enquête Vlaamse huisartsen

AANPAK VAN VERSTOORD EETGEDRAG IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: een kwalitatief onderzoek in samenwerking met vzw Eetexpert

Geachte collega,

In het kader van mijn Master-na-masteropleiding in de Huisartsgeneeskunde doe ik onderzoek naar de **aanpak van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk**, dit in samenwerking met de **vzw Eetexpert (gesteund door de Vlaamse Overheid)**.

Indien u bereid bent mee te doen aan het onderzoek, gelieve dan de bijgevoegde vragen en stellingen te beantwoorden. Het invullen van de vragenlijst neemt enige minuten tijd in beslag en verloopt **volledig anoniem**. Mocht u nog vragen hebben en/of geïnteresseerd zijn in de resultaten van dit onderzoek kan u een e-mail sturen naar karolien@manama.be.

Algemene gegevens

Gelieve uw huidige leeftijdscategorie aan te duiden

- ☐ 25-30 jaar
- ☐ 31-40 jaar
- ☐ 41-50 jaar
- ☐ 51-60 jaar
- ☐ 61-70 jaar
- ☐ > 70 jaar

Gelieve uw geslacht aan te duiden

- ☐ Vrouw
- ☐ Man

Gelieve uw aantal jaren ervaring als huisarts aan te geven

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ < 5 jaar
- ☐ 5-10 jaar
- ☐ 10-20 jaar
- ☐ > 20 jaar

Gelieve uw huidige praktijkvorm aan te duiden

- ☐ Solopraktijk
- ☐ Groepspraktijk

Aanpak eetstoornissen in de huisartsenpraktijk

Met de term **eetstoornis en verstoord eetgedrag** wordt in deze enquête gedoeld op **ELKE AFWIJKING VAN NORMAAL EETGEDRAG**. Hieronder vallen zowel de officieel erkende eetstoornissen (anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuistoornis, pica, ruminatiestoornis, vermijdende/restrictieve voedselinname stoornis en andere specifieke en aspecifieke voedings- en

eetstoornissen) als de niet-officieel erkende voedings- en eetstoornissen (bv. orthorexia nervosa, anorexia athletica en diabulimia). Eetstoornissen kunnen zowel gepaard gaan met ondergewicht, een normaal gewicht als overgewicht.

Hoeveel patiënten met verstoord eetgedrag (volgens bovenstaande definitie) heeft u naar schatting momenteel in uw praktijk?

- ☐ 0 patiënten
- ☐ 1-5 patiënten
- ☐ 6-10 patiënten
- ☐ 10-15 patiënten
- ☐ 16-20 patiënten
- ☐ > 20 patiënten

Welke aanmeldingsklachten maken u alert op de mogelijke aanwezigheid van verstoord eetgedrag? Indien gewenst kan u uw antwoord verduidelijken.

- ☐ Verstoord eetgedrag (te weinig eten, selectief eten, overeten, eetbuien, compensatiegedrag)
- ☐ Onder- (BMI < 18) of overgewicht (BMI > 25)
- ☐ Overmatig sporten
- ☐ Abdominale pijn
- ☐ Gastro-intestinale stoornissen (pyrosis, constipatie, diarree)
- ☐ Amenorroe of onregelmatige menses
- ☐ Duizeligheid en/of flauwvallen
- ☐ Vermoeidheid
- ☐ Koude-intolerantie
- ☐ Perfectionisme
- ☐ Negatief lichaamsbeeld
- ☐ Automutilatie

Neemt u een actieve rol op in de (medische) opvolging van patiënten met verstoord eetgedrag?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Welke eventuele hindernissen ervaart u in de behandeling van patiënten met verstoord eetgedrag?

- ☐ Ik ervaar geen hindernissen hieromtrent
- ☐ Ik weet niet met welke disciplines ik best samenwerk
- ☐ Ik weet niet naar welke disciplines ik best doorverwijs
- ☐ Ik ken geen geschikte collega's om naar door te verwijzen in mijn directe netwerk
- ☐ Ik weet niet wat ik medisch moet opvolgen
- ☐ Ik weet niet wanneer de patiënt opgenomen moet worden (psychiatrisch/medisch)
- ☐ Multidisciplinair samenwerken is te tijdrovend
- ☐ Ik heb onvoldoende tijd binnen mijn normale consultaties om patiënten met verstoord eetgedrag te begeleiden
- ☐ Ik vind dat de huisarts niet de aangewezen persoon is om patiënten met verstoord eetgedrag op te volgen

☐ Anders:

Indien u een verstoord eetgedrag vermoedt, naar wie wijst u dan in eerste instantie door/naar wie zou u in eerste instantie doorverwijzen?

☐ Psychiater
☐ Psycholoog
☐ Diëtist
☐ Pediater indien < 18 jaar
☐ Gespecialiseerde residentiële setting
☐ Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
☐ Kinesitherapeut
☐ Anders:

Welke middelen zou u wensen om patiënten met verstoord eetgedrag beter te kunnen begeleiden?

☐ Ik zie geen noodzaak tot verdere ondersteuning/vorming
☐ Vorming via LOK-vergaderingen
☐ E-learning
☐ Workshops
☐ Mogelijkheid tot snel ondersteunend overleg met specialisten bv. telefonische helpdesk
☐ Beschikbaarheid van hulpmiddelen ter screening, diagnose, behandeling en verwijzing van patiënten met verstoord eetgedrag vb. flowcharts
☐ Mogelijkheid tot snellere doorverwijzing naar specialisten

Gelieve uw huidige kennis en vaardigheden over volgende items te beoordelen:

Zeer goed - Goed - Voldoende - Zwak - Zeer zwak

☐ De prevalentie van eetstoornissen in België

☐ Diagnostische kenmerken van de verschillende types eetstoornissen

☐ De klachten waarmee eetstoornispatiënten zich het meest frequent aanmelden bij de huisarts

☐ Vaak voorkomende comorbiditeiten (zowel lichamelijk als psychisch) bij eetstoornissen

☐ De risicofactoren voor het ontwikkelen van een eetstoornis

☐ Kennis over de medische risico's bij eetstoornispatiënten en wat hiervoor op te volgen

☐ De behandeling op maat van de verschillende types eetstoornissen (d.w.z. kennis van de disciplines die betrokken moeten worden, kennis van de doelstellingen waarrond gewerkt moet worden, over wie ambulant en wie residentieel behandeld moet worden, …)

☐ De lokale doorverwijsmogelijkheden voor patiënten met een eetstoornis (d.w.z. ik weet naar wie ik deze patiënten kan doorverwijzen/
☐ met wie ik kan samenwerken)

☐ Screening naar eetstoornissen

☐ Contact maken met een patiënt met verstoord eetgedrag en het bevragen van de ICE (Ideas, Concers, Expectations)

☐ Inschatten van de ernst van de eetstoornisproblematiek

- ☐ Motiverende gesprekstechnieken bv. om een eetstoornispatiënt te motiveren tot behandeling

Bent u op de hoogte van het bestaan van de SCOFF-vragenlijst*, die gebruikt kan worden voor screening naar eetstoornissen in de huisartsenpraktijk?

**SCOFF*

Sick: Wekt u braken op omdat u zich met een "volle maag" niet goed voelt?

Control: Bent u bang dat u geen controle meer heeft over de hoeveelheid die u eet?

One stone: Bent u meer dan 7 kg afgevallen in 3 maanden tijd?

Fat: Denkt u dat u te dik bent, terwijl anderen vinden dat u mager bent?

Food: Vindt u dat voedsel een belangrijke plaats inneemt in uw leven?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Bent u op de hoogte van het bestaan van de ESP-vragenlijst*, die gebruikt kan worden voor screening naar eetstoornissen in de huisartsenpraktijk?

** ESP (Eating Disorder Screen for Primary care)*

Bent u tevreden over uw eetgewoonten?

Eet u ooit weleens in het geheim?

Heeft uw gewicht invloed op hoe u zich voelt?

Heeft u familieleden die geleid hebben aan een eetstoornis?

Hebt u nu last van een eetstoornis, of heeft u dat in het verleden ooit gehad?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Heeft u ooit een cursus/workshop/seminarie gevolgd specifiek gericht op eetstoornisproblematiek?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Kent u de vzw Eetexpert?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Bent u op de hoogte dat Eetexpert ondersteuningsmateriaal heeft voor huisartsen bij de begeleiding van eet- en gewichtsproblemen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

FLOWCHART EETSTOORNISSEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

GOED IN JE VEL DAT VOELT BETER.BE

1. Aanmelding

(Eetstoornisgerelateerde) aanmeldingsklachten
» maagdarmklachten
» menstruatieklachten
» vragen over diëten en gewicht, zonder met overgewicht te kampen

Signalen tijdens routineconsult
» negatieve reacties op wegen
» opvallende gewichtsverandering

Risicogroepen
» vrouwen < 25 jaar
» familiale voorgeschiedenis van alcoholmisbruik, seksueel misbruik, of eetstoornis
» fotomodellen, ballerina's, topsporters
» diabetes type 1

2. Verkenning hulpvraag

» bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt bevragen (Ideas, Concerns & Expectancies - ICE)
» zicht krijgen op dagelijks functioneren
» problemen concretiseren (aard, start, verloop)

3. Screening

SCOFF
1. Wekt u braken op omdat u zich met een 'volle maag' niet goed voelt?
2. Bent u bang dat u geen controle meer heeft over de hoeveelheid die u eet?
3. Bent u meer dan 6 kg afgevallen in 3 maanden tijd?
4. Denkt u dat u te dik bent, terwijl anderen vinden dat u mager bent?
5. Vindt u dat voedsel een belangrijke plaats inneemt in uw leven?

ESP (Eating disorder Screen for Primary care)
1. Bent u tevreden over uw eetgewoonten?
2. Eet u ooit wel eens in het geheim?
3. Heeft uw gewicht invloed op hoe u zich voelt?
4. Hebt u nu last van een eetstoornis, of heeft u dat in het verleden ooit gehad?

ESP/SCOFF
≥ 2 ja-antwoorden?
» neen: geen indicatie eetstoornis
» ja: zie 4. Anamnese

4. Anamnese

» BMI en gewichtsevolutie
» betekenis en beleving van eigen uiterlijk en gewicht
» eetpatroon
» lichaamsbeweging/sporten
» compenserende maatregelen (braken, laxeermiddelen, diuretica)
» lichamelijke signalen/klachten (bv. menstruatieklachten)
» gebruik van alcohol/drugs
» psychiatrisch risico (automutilatie, suïcidaliteit)

» **Kernsymptomen**
Voeding en eetgedrag
› overdreven bezig zijn met voeding
› te weinig eten
› te veel eten
› selectief eten
Beweeggedrag
› overdreven veel bewegen/sporten
› bewegen of sporten als middel om lichaamsvorm of gewicht te veranderen
Psychosociale signalen
› lage zelfwaardering, gebrek aan zelfvertrouwen
› negatief lichaamsbeeld
› faalangst, perfectionisme en prestatiedrang

Lichamelijke signalen
› gewichtsverandering
› onregelmatige of uitblijvende menstruatie
› keelpijn, heesheid, zwelling speekselklieren
› aantasting gebit of tandvlees
› koudegevoel
› maag/darmklachten
› spierslapte, duizeligheid, flauwte
› wondjes op rug van vingers en handen
› slaapproblemen
› verslapping en uitdroging van de huid, gele huid
› overmatige haaruitval
› donshaartjes op het gezicht
› vertraging van lengtegroei bij kinderen
› concentratie- en coördinatieproblemen
› hartritmestoornissen (door kaliumtekort)

Mogelijke ontkenning van de eetstoornis door de patiënt?
Heteroanamnese

5A. Klinisch onderzoek

» gewichtsevolutie 6 maanden
» bloeddruk & hartslag (staand en liggend); hart en longen
» lichaamstemperatuur: koude/blauwe extremiteiten
» spierzwakte

5B. Laboratorium onderzoek

Minstens één keer bepalen
hemoglobine, leukocyten, natrium, kalium, bicarbonaat, chloride, ureum, creatinine, ASAT, ALAT, albumine, en glucose

Aanvullend onderzoek
» bij purgeergedrag: ECG
» bij > 6 maanden amenorroe: botdensiteitsscan
» 2de lijn: TSH en IGF-1

Differentiaaldiagnose ondergewicht
» infecties
» tumoren
» ziekte van Addison
» hyperthyreoïdie
» stemmingsstoornissen
» ...

Overgewicht
» syndroom van Cushing
» hypothyreoïdie
» medicatiegebruik
» genetische syndromen
» stemmingsstoornissen
» ...

Braken
» diabetes type 1
» ...

Bijlage 3. Informatiefiche voor deelnemers aan een studie

Titel van de studie

"AANPAK VAN VERSTOORD EETGEDRAG IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: EEN KWALITATIEF ONDERZOEK IN SAMENWERKING MET VZW EETEXPERT"

Doel van de studie

Weinig onderzoek werd reeds verricht naar de manier waarop huisartsen omgaan met patiënten met verstoord eetgedrag. Dit zowel betreffende screening, diagnostiek, behandeling, adequate doorverwijzing, multidisciplinaire samenwerking als opvolging. Om verbeteringen hieromtrent te verwezenlijken is in eerste instantie een inventarisatie van de bestaande zorg op dit vlak noodzakelijk.

Vzw Eetexpert biedt de Vlaamse huisarts reeds een uitgebreid pakket aan qua vorming in het omgaan met eetstoornisproblematiek in de praktijk. In 2017 zal een nieuwe flowchart "eetstoornissen in de huisartsenpraktijk" gepromoot worden vanuit deze vzw. Nuttig om na te gaan of dit instrument huisartsen bereikt, hoe het onthaald wordt in de praktijk, of het bruikbaar is in de praktijk en waar eventuele knelpunten en verbetermogelijkheden liggen. Het doel is na het testen van de toepassing ervan in de huisartsenpraktijk een bruikbaar en praktijkgericht stappenplan te voorzien inzake de indentificatie van verstoord eetgedrag in de huisarstenpraktijk.

Eetexpert.be vzw is een kenniscentrum van en voor al wie betrokken is in de zorg voor mensen met eet- en/of gewichtsproblemen. Zij werkt als onafhankelijk kenniscentrum ter ondersteuning en professionalisering van preventie en hulpverlening bij eet- en gewichtsproblemen voor alle leeftijdsgroepen. De werking richt zich naar diverse doelgroepen waaronder huisartsen, kinderartsen, diëtisten, CLB, CGG, psychologen, psychiaters, partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking, LOGO's, beleid en pers. Eetexpert.be werkt multidisciplinair en vertegenwoordigt geen enkele specifieke belangengroep.

De onderzoeker(s)

Dr. Cocquereaux Karolien: karolien.cocquereaux@gmail.com, 0479/39.55.62

Prof. Dr. Matthys (UZ Brussel): Frieda.Matthys@uzbrussel.be

Mevr. Vandeputte An: an.vandeputte@gmail.com

Vzw Eetexpert: secretariaat@eetexpert.be

Beschrijving van de studie

De studie bestaat uit het met de deelnemer overlopen van tien Ja/Nee-vragen komende uit de SCOFF- en ESP-vragenlijst.

Indien een mogelijke eetstoornis wordt opgespoord wordt er gerichte en geschikte doorverwijshulp geboden. Hiervoor wordt beroep gedaan op de vzw Eetexpert, deze beschikt over de contactgegevens van meer dan 1000 hulpverleners met een erkend basisdiploma in de zorg die in Vlaanderen werken rond eetproblemen, eetstoornissen, overgewicht of obesitas. Het gaat over hulpverleners uit 2de of 3de lijn (diëtisten, psychologen, en kinesitherapeuten/bewegingsdeskundigen met expertise in de aanpak van eet- of gewichtsproblemen, eetstoornis- en obesitasklinieken). De doelgroep waarmee ze werken kan gaan over kinderen, adolescenten of volwassenen.

Deelnemers aan de studie

Voor het welslagen van de studie is het uitermate belangrijk dat u eerlijk antwoordt op de vragen die u gesteld zullen worden. Artsen zijn gebonden aan het medisch beroepsgeheim. De resultaten die gebruikt worden voor de studie zijn strikt anoniem en niet te herleiden tot u persoon.

Risico's en voordelen

Deelname aan de studie stelt de deelnemer aan geen risico's bloot.

Het is mogelijk dat deelname aan de studie voordeel biedt voor u, aangezien u via deze weg verstoord eetgedrag bespreekbaar kunt maken en beroep kan doen op ondersteuning en gerichte doorverwijzing zo nodig.

Vergoeding

Er is geen vergoeding voorzien.

Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen stemt u in met deze toegang.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (hierbij kan men uw gegevens nog terugkoppelen naar uw persoonlijk dossier).

Verslagen waarin u wordt geïdentificeerd zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

Wij zullen uw huisarts op de hoogte brengen van uw deelname aan deze studie, tenzij u hier bezwaar tegen aantekent.

Deelname en beëindiging van de studie

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. U kan weigeren om deel te nemen en U kan zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts.

Letsels ten gevolge van deelname aan de studie

De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel tengevolge van deelname aan de studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet betreffende experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Toestemmingsformulier

Ik, ……., heb het document "informatiefiche voor deelnemers aan een studie" (informed consent nummer 2) pagina 1 tot en met 3 gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan deze studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde "toestemmingsformulier". Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur en de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen, ook medische, een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoeksarts. Ik zal hem/haar op de hoogte brengen als ik onverwachte of ongebruikelijke symptomen ervaar. Ik bevestig dat ik de toeziende arts zal inlichten over eventuele geneesmiddelen, van welke aard ook, die ik in de maand voorafgaand aan de studie heb gebruikt, momenteel gebruik of van plan ben te gebruiken, ongeacht of ze al dan niet werden voorgeschreven.

Men heeft mij ingelicht over het bestaan van een verzekeringspolis in geval er letsel zou ontstaan dat aan de studieprocedures of aan de toediening van het (de) geneesmiddel(en) is toe te schrijven.

Ik ben me er van bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Brussel en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.

Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid, ras en seksueel leven worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 30 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens zal ik mij richten tot de toeziende arts die verantwoordelijk is voor de verwerking.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Door dit document te ondertekenen, geef ik toestemming voor deze controle. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever. Ik geef hiervoor mijn toestemming, zelfs indien dit betekent dat mijn gegevens doorgegeven worden aan een land buiten de Europese Unie. Ten alle tijden zal mijn privacy gerespecteerd worden.

- ☐ Ik ben ouder dan 18 jaar en Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

- ☐ Ik ben tussen 16 en 18 jaar oud en heb de toestemming van mijn ouder of voogd om deel te nemen aan deze studie

Naam van de deelnemer:

Datum:

Handtekening:

Naam van de wettelijk verantwoordelijke (voor personen < 18 jaar):

Datum:

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard, het doel en de te voorziene effecten van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde deelnemer en aan zijn/haar wettelijk verantwoordelijke indien van toepassing.

De deelnemer stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen én die van zijn/haar wettelijk verantwoordelijke (voor personen < 18 jaar).

Naam van de persoon die voorafgaande uitleg heeft gegeven: Karolien Cocquereaux

Datum:

Handtekening:

Bijlage 4. Advies van de commissie medische ethiek

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. F. MATTHYS
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 12-07-2017

Ons Kenmerk: **2017/117**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Aanpak van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk : een kwalitatief onderzoek in samenwerking met VZW Eetexpert
B.U.N. 143201732013

Na kennis genomen te hebben van de aangepaste documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de bijkomende vragen, het protocol, de enquête, de flowchart en de informatie- en toestemmingsformulieren in het Nederlands, versies 2 dd 11-May-2017, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van 12 juli 2017

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

VRIJE
UNIVERSITEIT
BRUSSEL

ONDERZOEKSPROTOCOL

"AANPAK VAN VERSTOORD EETGEDRAG IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: EEN KWALITATIEF ONDERZOEK IN SAMENWERKING MET VZW EETEXPERT"

Master-Na-Master in de Huiartsgeneeskunde

Karolien Cocquereaux – Huisarts in Opleiding

Karolien Cocquereaux

Promotor: Prof. Dr. Matthys Frieda

Co-promotor: Mevr. Vandeputte An

Inleiding en achtergrond

Weinig onderzoek werd reeds verricht naar de manier waarop huisartsen omgaan met patiënten met verstoord eetgedrag. Dit zowel betreffende screening, diagnostiek, behandeling, adequate doorverwijzing, multidisciplinaire samenwerking als opvolging. Om verbeteringen hieromtrent te verwezenlijken is in eerste instantie een inventarisatie van de bestaande zorg op dit vlak noodzakelijk.

Vzw Eetexpert biedt de Vlaamse huisarts reeds een uitgebreid pakket aan qua vorming in het omgaan met eetstoornisproblematiek in de praktijk. In 2017 zal een nieuwe flowchart "eetstoornissen in de huisartsenpraktijk" gepromoot worden vanuit deze vzw. Nuttig om na te gaan of dit instrument huisartsen bereikt, hoe het onthaald wordt in de praktijk, of het bruikbaar is in de praktijk en waar eventuele knelpunten en verbetermogelijkheden liggen. Het doel is na het testen van de toepassing ervan in de huisartsenpraktijk een bruikbaar en praktijkgericht stappenplan te voorzien inzake de indentificatie van verstoord eetgedrag in de huisarstenpraktijk.

De vzw Eetexpert

Eetexpert.be vzw is een kenniscentrum van en voor al wie betrokken is in de zorg voor mensen met eet- en/of gewichtsproblemen. Zij werkt als onafhankelijk kenniscentrum ter ondersteuning en professionalisering van preventie en hulpverlening bij eet- en gewichtsproblemen voor alle leeftijdsgroepen. De werking richt zich naar diverse doelgroepen waaronder huisartsen, kinderartsen, diëtisten, CLB, CGG, psychologen, psychiaters, partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking, LOGO's, beleid en pers. Eetexpert.be werkt multidisciplinair en vertegenwoordigt geen enkele specifieke belangengroep.

Voor bestuur en medewerkers wordt verwezen naar de site www.eetexpert.be.

Mevr. An Vandeputte, bestuurslid van de vzw Eetexpert en tevens klinisch psycholoog en gedragstherapeut is de co-promotor voor deze studie.

Samen met Mevr. Rozemarijn Jeannin, wetenschappelijk medewerkster van de vzw Eetxpert, werd de enquête voor de huisartsen opgesteld.

De flowchart die gebruikt wordt in de studie betreft nieuw promotiemateriaal van de vzw Eetexpert, deze zal door hen verspreid worden onder de huisartsen.

Doelstelling

Met dit onderzoek wordt gepoogd een antwoord te formuleren op volgende onderzoeksvragen:

1) Aanpak van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk: een stand van zaken in Vlaanderen.

2) Bereikt het ondersteuningsaanbod van vzw Eetexpert hun doelgroep, m.n. de Vlaamse huisarts en hoe wordt dit onthaald in de praktijk?

3) Is de flowchart "eetstoornissen in de huisartsenpraktijk" bruikbaar in de praktijk?

Onderzoeksdesign

Het betreft een academische niet-gesponsorde, kwalitatieve studie die zal verlopen via:

1. Een niet-gevalideerde **vragenlijst**, opgesteld in samenwerking met Prof. Dr. Matthys Frieda (Psychiater), Mevr. Vandeputte An (bestuurslid van de vzw Eetexpert.be) en Mevr. Jeannin Rozemarijn, wetenschappelijk medewerkster van de vzw Eetxpert. Deze zal verpreid worden onder de **Vlaamse huisartsen** en zal te raadplegen zijn via een online enquête, te bereiken via een nog nader te bepalen URL.

De vragen werden zodanig opgesteld dat zij een antwoorden bieden op de eerste twee onderzoeksvragen. Deze vragenlijst is niet gebaseerd op een reeds bestaande vragenlijst, ook niet gebaseerd op de flowchart "eetstoornissen in de huisartsenpraktijk" maar werd samen met de hierboven vermelde specialisten inzake eetstoornisproblematiek opgesteld.

Er zal gevraagd worden aan de deelnemende huisartsen deze enquête éénmalig in te vullen.

De enquête verloopt volledig anoniem en zal voorafgegaan worden door een elektronische informatiefiche en elektronisch informed consent (zie bijlage 3).

2. **Toepassing van de flowchart "eetstoornissen in de huisartsenpraktijk" in de praktijk Hoge Linde - Schoolstraat 41 te Buggenhout door de HAIO-onderzoeker.**

Deze flowchart werd ontwikkeld door de vzw Eetexpert (gebaseerd op gevalideerde richtlijnen) en heeft tot doel huisartsen te ondersteunen bij de identificatie en diagnosestelling van verstoord eetgedrag. Het doel is na het testen van de toepassing ervan in de huisartsenpraktijk een bruikbaar en praktijkgericht stappenplan te voorzien inzake de indentificatie van verstoord eetgedrag in de huisartsenpraktijk.

Zie de flowchart hieronder en bijlage 4 voor een grotere versie van de flowchart.



De (toepassing van) flowchart poogt een antwoorden te formuleren op de tweede en derde onderzoeksvraag, m.n.

Onderzoeksvraag 2: *"Bereikt het ondersteuningsaanbod van vzw Eetexpert hun doelgroep, m.n. de Vlaamse huisarts en hoe wordt dit onthaald in de praktijk?"*

Om een antwoord te bieden op deze onderzoeksvraag worden de volgende vragen gesteld in de enquête voor de huisartsen (vraag 12 tem 15, zie screenshot hieronder en tevens bijlage 2 voor de volledige enquête).

12. Kent u de vzw Eetexpert?

Ja	Nee

13. Was u op de hoogte dat Eetexpert ondersteuningsmateriaal heeft voor huisartsen bij de begeleiding van eet- en gewichtsproblemen?

Ja	Nee

14. Hebt u reeds gehoord van de flowchart "eetstoornissen in de huisartsenpraktijk" van Eetexpert?

Ja	Nee

15. Gebruikt u de flowchart "eetstoornissen in de huisartsenpraktijk" van Eetexpert in de praktijk?

Ja	Nee

Zo ja, gelieve de positieve punten en eventuele verbeterpunten aan te geven

Zo nee, waarom niet?

Onderzoeksvraag 3: *"Is de flowchart "eetstoornissen in de huisartsenpraktijk" bruikbaar in de praktijk?"*

Om een antwoord te bieden op deze onderzoeksvraag wordt:

- **Vraag 15 gesteld in de enquête voor de huisartsen (zie screenshot hieronder en tevens bijlage 2 voor de volledige enquête).**

15. Gebruikt u de flowchart "eetstoornissen in de huisartsenpraktijk" van Eetexpert in de praktijk?

Ja	Nee

Zo ja, gelieve de positieve punten en eventuele verbeterpunten aan te geven

Zo nee, waarom niet?

- **Deze flowchart "eetstoornissen in de huisartsenpraktijk" wordt toegepast door mijzelf (Karolien Cocquereaux – HAIO) in de praktijk Hoge Linde - Schoolstraat 41 te Buggenhout. Dit ter opsporing van de bruikbaarheid in de praktijk en de eventuele verbeterpunten. Deze flowchart zal toegepast worden bij patiënten die volgens de aanmeldingscriteria in de flowchart terechtkomen (zie screenshot hieronder). Bijgevolg zal de onderzoeker (Karolien Cocquereaux) de patiënten includeren die in aanmerking komen voor deelname. Het betreft dus een opportunistische screening naar verstoord eetgedrag.**

1. Aanmelding

- ☐ Maagdarmklachten
- ☐ Menstruatieklachten
- ☐ Vragen over diëten en gewicht, zonder met overgewicht te kampen
- ☐ Negatieve reacties op wegen
- ☐ Opvallende gewichtsverandering
- ☐ Vrouw < 25 jaar
- ☐ Familiale voorgeschiedenis van alcoholmisbruik, seksueel misbruik of eetstoornis
- ☐ Fotomodellen, ballerina's, topsporters
- ☐ Diabetes mellitus type I

Het betreft uiteraard een vrijwillige deelname. De patiënten die in aanmerking komen zullen mondeling door de onderzoeker (Karolien Cocquereaux) informatie krijgen over het verloop en doel van de studie, evenals een informatiefiche (zie bijlage 5). Indien zij wensen deel te nemen wordt hun schriftelijk informed consent gevraagd (zie bijlage 5).

Deelname aan de studie betekent akkoord tot doelgerichte anamnese én fysiek onderzoek.

Er worden aan de patiënt in het kader van deze studie geen kosten aangerekend.

In het kader van deze studie wordt er geen veneus bloed geprikt bij patiënten.

Onderzoekspopulatie

1. Vlaamse huisartsen. Deze zullen bereikt worden vanuit het ICHO met de vraag tot deelname aan het onderzoek (na informatiefiche en elektronisch informed consent).

2. Patiënten van praktijk de Hoge Linde (Schoolstraat 41 te Buggenhout) die voldoen aan de aanmeldingscriteria van de flowchart "eetstoornissen in de huisartsenpraktijk" en die wensen deel te nemen aan het onderzoek na het lezen van de informatiefiche en het geven van hun informed consent. Enkel patiënten vanaf de leeftijd van 16 jaar zullen geïncludeerd worden in de studie. Er bestaat geen bovengrens qua leeftijd. **Er zullen geen restricties opgelegd worden wat betreft type verstoord eetgedrag, noch wat betreft geslacht.**

Voor personen tussen 16 en 18 jaar oud zal tevens de schriftelijke toestemming gevraagd worden van de wettelijke vertegenwoordiger.

Dataverzameling

1. Enquête bij de Vlaamse huisartsen

De dataverzameling zal gebeuren a.d.h.v. een online enquête, te bereiken via een nog nader te bepalen URL. De enquête bestaat uit 18 (meerkeuze)vragen, waarin telkens de mogelijkheid geboden wordt extra antwoorden toe te voegen en/of toelichting te schrijven bij het gegeven antwoord. De enquête afgenomen bij de huisartsen verloopt volledig anoniem. De gegevens die worden vastgelegd bevatten geen gegevens die tot de persoon te herleiden zijn. Er zal gebruik gemaakt worden van LimeSurvey, geïnstalleerd op een server die wordt beheerd door de hoofdonderzoeker (Karolien Cocquereaux).

2. De antwoorden van de flowchart overlopen met de patiënten in de huisartsenpraktijk zullen bijgehouden worden in een excel-database die enkel beheerd wordt door de hoofdonderzoeker (Karolien Cocquereaux).

Verwijshulp

Indien een mogelijke eetstoornis wordt opgespoord wordt aan de patiënt gerichte en geschikte doorverwijshulp geboden. **Deze verdere opvolging valt buiten het kader van deze studie**. Hiervoor wordt beroep gedaan op de vzw Eetexpert, deze beschikt over de contactgegevens van meer dan 1000 hulpverleners met een erkend basisdiploma in de zorg die in Vlaanderen werken rond eetproblemen, eetstoornissen, overgewicht of obesitas. Het gaat over hulpverleners uit 2de of

3de lijn (diëtisten, psychologen, en kinesitherapeuten/bewegingsdeskundigen met expertise in de aanpak van eet- of gewichtsproblemen, eetstoornis- en obesitasklinieken). De doelgroep waarmee ze werken kan gaan over kinderen, adolescenten of volwassenen.

Procedures

Met de patiënt zal gedurende 1 consultatie de flowchart overlopen worden. In het kader van de studie wordt er geen veneuze bloedafname gedaan. Er worden geen kosten in rekening gebracht voor de patiënt.
Indien gewenst kunnen er opvolgconsulten ingepland worden, deze vallen buiten het kader van deze studie.

Tijdspad
De enquête bij de Vlaamse huisartsen zal naar verwachting afgenomen worden tussen juli 2017 en december 2017. De toepassing van de flowchart in praktijk de Hoge Linde (Schoolstraat 41 te Buggenhout) zal plaatsvinden vanaf 1 augustus 2017 tem 31 december 2017. Dit na goedkeuring door de Ethische Commissie.

Risico's en voordelen

Deelname aan de studie stelt de deelnemer aan geen risico bloot.

Het is mogelijk dat deelname aan de studie voordeel biedt voor de patiënt, aangezien via deze weg verstoord eetgedrag bespreekbaar kan gemaakt worden en beroep kan gedaan worden op ondersteuning en gerichte doorverwijzing zo nodig.

Kosten verbonden aan deelname

Er worden geen kosten in rekening gebracht voor deelnemers aan de studie.

Vergoeding

Er is geen vergoeding voorzien.

Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal de persoonlijke levenssfeer van de deelnemers worden gerespecteerd en kunnen zij toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op verzoek van de patiënt verbeterd worden.

Deelname en beëindiging van de studie

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. De patiënt kan weigeren om deel te nemen en kan zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat hij/zij hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts.

Letsels ten gevolge van deelname aan de studie

Er is voorzien in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel tengevolge van deelname aan de studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet betreffende experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004.

Resultaten van de studie
Indien gewenst kunnen de deelnemers na afloop van de studie een samenvatting van de resultaten toegestuurd krijgen via e-mail. Zij kunnen hiervoor mailen naar karolien.cocquereaux@gmail.com. Dit wordt vermeld op de begeleidende informatiefiche.

Contactpersonen
Karolien Cocquereaux: karolien.cocquereaux@gmail.com, 0479/39.55.62

Prof. Dr. Matthys (UZ Brussel): Frieda.Matthys@uzbrussel.be

Mevr. Vandeputte An: an.vandeputte@gmail.com