Detectie, diagnostiek en aanpak van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk

Lies Steelant, Universiteit Gent

Céleste Van der Schueren, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Gilbert Lemmens, UZ Gent

Co-promotoren: Dr. Nele De Schryver, UZ Gent

An Vandeputte, VZW Eetexpert

Dr. Maura Sisk, VZW Eetexpert

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 – 2025

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

1 Inhoudsopgave

1 Inhoudsopgave 3
2 Afkortingen 5
3 Abstract 6
4 Inleiding 7
4.1 Definitie 7
4.2 Rol van de huisarts 8
4.2.1 Detectie 8
4.3 Behandeling 11
4.3.1 Zorgsetting 11
4.3.2 Psychologische begeleiding 11
4.3.3 Begeleiding bij diëtist 12
4.3.4 Huisarts 12
4.4 Herstel 13
4.5 Impact COVID-19 13
5 Vraagstelling 14
6 Methode 15
6.1 Literatuurstudie 15
6.2 Bevraging bij de huisartsen 15
6.3 Dataverwerking en statistiek 15
7 Resultaten 16
7.1 De huidige aanpak van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk 16
7.1.1 Algemene gegevens 16
7.1.2 Eetstoornissen in de praktijk 16
7.1.3 Diagnostiek en screening 16
7.1.4 Beleid en opvolging 17
7.1.5 Samenwerking 17
7.2 Hindernissen bij de aanpak van eetstoornis 17
7.3 Noden van huisartsen 18
7.4 Samenwerking met VZW Eetexpert 18
8 Discussie 19
8.1 De huidige aanpak van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk 19
8.2 Hindernissen bij de aanpak van eetstoornis 20
8.3 Noden van huisartsen 20
8.4 Samenwerking met VZW Eetexpert 21
8.5 Het zorgtraject eetstoornissen 21

8.6 Beperkingen en verder onderzoek 21
9 Conclusie 23
10 Bijlagen 24
10.1 Bijlage 1: vragenlijst voor huisartsen 24
10.2 Bijlage 2: Screeningstools 27
10.2.1 Binge eating scale (BES) (56) 27
10.2.2 Eating disorder examination (EDE) (57) 30
10.2.3 Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) (58) 33
10.2.4 SCOFF (59) 34
10.2.5 Eating disorder screen for primary care (EDS-PC) (60) 34
10.2.6 Eating loss of control scale (ELOCS) (61) 34
10.2.7 Questionnaire on eating and weight patterns (QEWP-5) (62) 35
10.2.8 Eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5) (63) 35
10.2.9 Screen for disordered eating (SDE) (64) 35
10.2.10 7-item binge-eating disorder screener (65) 35
10.2.11 Behaviour, belief and impairment (BBI) (12) 35
10.3 Bijlage 3: overzicht van de resultaten 36
11 Bibliografie 42

2 Afkortingen

AN: Anorexia nervosa

BBI: Behaviour, belief and impairment

BES: Binge eating scale

BN: Boulimia nervosa

EDA-5: Eating disorder assessment for DSM-5

EDE: Eating disorder examination

EDE-Q: Eating disorder examination questionnaire

EDS-PC: Eating disorder screen for primary care

ELOCS: Eating loss of control scale

ES: Eetstoornis

FDA: Food and drug administration

ICHO: Interuniversitair Centrum voor Huisartsopleiding

LOK: Lokaal kwaliteits overleg

QEWP-5: Questionnaire on eating and weight patterns

SDE: Screen for disordered eating

SSRI: Selective serotonin reuptake inhibitors

SNRI: Selective serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors

3 Abstract

Doel Het opzet van deze masterthesis was om de aanpak van patiënten met eetstoornissen door Vlaamse huisartsen te onderzoeken. Er werd nagegaan welke moeilijkheden en noden huisartsen ervaren in hun zorg voor patiënten met eetstoornissen in hun praktijk.

Methode Een online vragenlijst werd verstuurd naar Vlaamse huisartsen om inzicht te krijgen in hun ervaring en hun aanpak van eetstoornissen in de huisartspraktijk. De vragenlijst werd door 71 huisartsen ingevuld.

Resultaten Van de ondervraagde huisartsen heeft ongeveer ¾ huisartsen het afgelopen jaar een patiënt met een eetstoornis opgevolgd. Verder tonen de resultaten dat bijna de helft van de bevraagde huisartsen het moeilijk vindt om eetstoornissen te herkennen. De screening gebeurt vaak op basis van een klinische inschatting zonder gebruik te maken van een gestandaardiseerde screeningstool. Slechts een minderheid van de huisartsen vindt zijn theoretische kennis omtrent eetstoornissen voldoende. Daarnaast rapporteren veel artsen moeilijkheden bij de doorverwijzing. Iets minder dan de helft (45%) van de huisartsen zegt Eetexpert (het Vlaams expertisecentrum voor eet- en gewichtsproblemen) niet te kennen.

Conclusie Uit ons onderzoek blijkt dat de huisartsen meer nood hebben aan theoretische informatie in de vorm van richtlijnen, vormingen en opleiding en praktische ondersteuning rond eetstoornissen. Het inzetten op kennis omtrent eetstoornissen in de basisopleiding alsook in de opleiding tot huisarts zou het herkennen en aanpakken van eetstoornissen kunnen verbeteren. VZW Eetexpert kan de huisarts ondersteunen aan de hand van hun info-, werk- en vormingsaanbod.

4 Inleiding

De prevalentie van psychische stoornissen in onze maatschappij blijft jaar na jaar stijgen terwijl ook bij de gehele bevolking het algemeen psychisch welbevinden daalt (1). Tegelijk worden de wachtlijsten bij hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg steeds langer, waardoor meer patiënten enkel terecht kunnen bij hun huisarts (2).

Bij eetstoornissen is dit niet anders. Volgens de laatste grote gezondheidsenquête van Sciensano uit 2018 blijkt dat 7,2% van de Belgen ouder dan 15 jaar eetstoornisklachten heeft op basis van de SCOFF vragenlijst (bijlage 2) (3). Bij hun gezondheidsbevraging tijdens de COVID-19 pandemie in 2021 waren de resultaten nog slechter. Toen had 11% van de bevolking kenmerken van een eetstoornis, 17% had geen controle meer over de hoeveelheid die men at, 3% wekte zelf braken op en 12% gaf aan dat voeding hun leven overheerste (1).

Deze cijfers geven aan dat eetstoornissen een maatschappelijk probleem zijn. Aangezien anorexia nervosa (AN) de hoogste mortaliteit heeft van alle psychiatrische aandoeningen, is een vroege diagnose en start van de behandeling belangrijk voor een goede outcome (4). Hoewel de specialiseerde behandeling van eetstoornissen vaak in de tweede lijn gebeurt, zijn huisartsen de meest geschikte persoon om een eetstoornis te kunnen detecteren, behandeling te motiveren en doorverwijzing te faciliteren (4). Onderzoek toont echter aan dat huisartsen in veel gevallen de diagnose niet op tijd of zelfs nooit stellen (4). Bovendien is de opstart van een behandeltraject ook vaak een uitdaging (5).

In deze thesis zullen wij onderzoeken welke moeilijkheden en noden Vlaamse huisartsen ervaren in hun aanpak van eetstoornissen.

4.1 Definitie

Volgens de DSM-5-classificatie hebben alle eetstoornissen als gemeenschappelijk kenmerk de voortdurende verstoring van eten of eetgedrag wat resulteert in een verandering van de consumptie of absorptie van voeding met een negatief effect op de lichamelijke gezondheid of het psychosociaal functioneren (6).

De eetstoornissen die wij zullen behandelen in deze thesis zijn anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis. Het onderscheid wordt gemaakt aan de hand van volgende criteria.

Anorexia nervosa

Bijna 1% van de volwassen Belgen zal ooit lijden aan anorexia nervosa (AN). Bij vrouwen is dit 1.8%, AN wordt gekenmerkt door volgende eigenschappen (7):

- Restrictie van energieopname ten opzichte van de noden, leidend tot een significant laag lichaamsgewicht voor het geslacht, leeftijd, ontwikkeling en fysieke gezondheid.
- Angst voor gewichtstoename of om dik te worden, of voortdurend gedrag dat gewichtstoename voorkomt, ook al is er een te laag gewicht.
- Verstoring van de eigen kijk op het lichaam, disproportioneel grote invloed van het gewicht of figuur op het zelfbeeld of een aanhoudend gebrek aan inzicht in de ernst van het lage lichaamsgewicht.

Verder kan nog onderscheid gemaakt worden tussen het restrictieve type waarbij geen eetbuien of purgerend gedrag wordt vertoond, en het niet-restrictieve type waarbij dit wel gebeurt.

Boulimia nervosa

Iets meer dan 1% van de Belgen en 1.9% van de vrouwen lijdt aan boulimia nervosa (BN). De stoornis heeft als criteria:

- Herhaalde episodes van eetbuien, een eetbui heeft volgende kenmerken:
    - Het eten van een bepaalde hoeveelheid voedsel in een afgebakend tijdsbestek (bv. 2 uur), die groter is dan wat de meeste mensen tijdens dit moment zouden eten.
    - Een gevoel van controleverlies over het eten tijdens de eetbui.
- Terugkerend ongepast gedrag ter compensatie om gewichtstoename te voorkomen zoals het opwekken van braken, misbruik van laxativa, diuretica of andere medicatie, vasten of overdreven sporten.
- De eetbuien en het ongepast gedrag komen gemiddeld minstens wekelijks voor tijdens een periode van 3 maanden.
- Het gewicht en figuur hebben een disproportioneel grote invloed op het zelfbeeld.
- De verstoring vindt niet enkel plaatst tijdens episodes van anorexia nervosa.

Eetbuistoornis

1,4% van de Belgen en 2,2% van de vrouwen krijgt ook te maken met een eetbuistoornis, welke gekenmerkt wordt door:

- Herhaalde episodes van eetbuien, een eetbui heeft volgende kenmerken:
    - Het eten van een bepaalde hoeveelheid voedsel in een afgebakend tijdsbestek (bv. 2 uur), die groter is dan wat de meeste mensen tijdens dit moment zouden eten.
    - Een gevoel van controleverlies over het eten tijdens de eetbui.
- De episodes van eetbuien zijn geassocieerd met 3 of meer van volgende kenmerken:
    - Sneller eten dan normaal.
    - Eten tot men zich oncomfortabel vol voelt.
    - Grote hoeveelheden voedsel eten terwijl men geen honger heeft.
    - Alleen eten uit schaamte over de hoeveelheden die men eet.
    - Zich achteraf walgelijk, depressief of schuldig voelen.
- Men voelt zich onwel over de eetbuien.
- De eetbuien zijn er gemiddeld minstens wekelijks tijdens een periode van 3 maanden.
- De verstoring vindt niet enkel plaatst tijdens episodes van anorexia nervosa.

4.2 Rol van de huisarts

4.2.1 Detectie

Patiënten met een eetstoornis of eetproblemen presenteren zich vaak voor het eerst bij de huisarts. Hierdoor kan de huisarts sneller problematisch eetgedrag opsporen, zelfs vooraleer het zich ontwikkelt tot een eetstoornis (4).

Echter tonen studies aan dat slechts een minderheid van de eetstoornissen op tijd worden herkend door huisartsen (4). Dit komt doordat patiënten met een eetstoornis vaak geen expliciete hulp zoeken voor hun eetprobleem (4, 5, 8, 9). Patiënten zijn zich vaak nog niet bewust van hun eetprobleem of willen dit nog niet zijn. Ook wensen ze geen behandeling of schamen ze zich voor hun eetstoornis (4, 5, 8, 9). Hierdoor zullen zij vaak consulteren met andere psychische klachten of fysieke ongemakken veroorzaakt door hun eetstoornis.

Maar ook de artsen spelen een rol in de onderdetectie van eetproblemen. Communicatieproblemen, stigmatisering door een gebrek aan kennis, een overvolle agenda en korte consultatietijd worden als redenen vermeld (4, 5, 8-10). Huisartsen hebben ook moeite met het herkennen van patiënten met

eetstoornissen wanneer die niet voldoen aan het stereotype beeld: duidelijk ondergewicht, witte huidskleur, middenklasse, cisgender, heteroseksueel en vrouw (11).

Onderzoek geeft aan dat de beste methode om deze obstakels te overwinnen de implementatie van systematische screening naar eetproblemen kan zijn (10). Hierbij kan men aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten screenen naar eetproblemen bij bepaalde patiënten.

4.2.1.1 Screeningsmethodes

Er bestaat een groot aantal screeningsvragenlijsten. Deze kunnen enorm verschillen in lengte, wat sommige meer of minder geschikt maakt als screeningstool. Ook de manier van afnemen (zelfrapportage of afname door een onderzoeker of arts) verschilt. Hieronder lijsten we de meest voorkomende vragenlijsten en hun specificaties op. De volledige vragenlijsten of referenties kunnen in de bijlagen teruggevonden worden.

Tabel 1: overzicht van de meest courante screeningsmethodes voor eetstoornissen.

Screeningsmethode	Omschrijving	Jaartal	Aantal vragen	Afnemer
Binge eating scale (BES)	Zelfrapportage vragenlijst die focust op de subjectieve ervaring van eetbuien.	1982	16	Patiënt
Eating disorder examination (EDE)	Semigestructueerd interview die screent op kenmerken van een eetbuistoornis. Deze vragenlijst is vrij tijdsintensief.	1993	28	Arts
Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q)	Zelfrapportage versie van de EDE.	1994	28	Patiënt
Sick, Control, One stone, Fat, Food (SCOFF)	Korte vragenlijst, ook geschikt voor niet-specialisten.	1999	5	Arts of patiënt
Eating disorder screen for primary care (ESP)	Bestaat uit 5 screeningsvragen uit andere vragenlijsten.	2003	5	Patiënt
Eating loss of control scale (ELOCS)	Zelfrapportage omtrent gevoelens en ervaringen van gevoel van controleverlies bij eten.	2014	18	Patiënt
Questionnare on eating and weight patterns (QEWP-5)	Vragenlijst die informatie verzamelt over eetstoorniscriteria, diëten en gewicht.	2015	26	Patiënt
Eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5)	Semigestructureerd interview gebaseerd op de DSM-5 criteria	2015	Variabel	Arts
Screen for disordered eating (SDE)	Korte vragenlijst voor de eerstelijnszorg	2017	5	Patiënt

7-item binge-eating disorder screener	Korte zelfrapportage vragenlijst voor eetbuistoornis.	2016	7	Patiënt
Behaviour, belief and impairment (BBI) (12)	Vragen in 3 domeinen.	2022	11	Arts

Bij het kiezen van een screeningsmethode gaat de voorkeur steeds uit naar een korte en snelle vragenlijst die door de patiënt zelf kan afgenomen worden (13). In de huisartsenpraktijk wordt het meest gebruik gemaakt van de SCOFF en de ESP.

4.2.1.2 Risicogroepen en -factoren

Een systematische screening naar eetstoornissen moet best gebeuren bij de populaties met een hoog risico op problematisch eetgedrag, eerder dan bij groepen die nu als de stereotiepe patiënt (de jonge, magere vrouw) met een eetstoornis worden gezien. Daarom is het belangrijk dat huisartsen op de hoogte zijn van de risicogroepen en risicofactoren (8).

Om de risicogroepen te identificeren is het ook nuttig om de kernfactoren te kennen, die bijdragen aan het ontstaan van een eetstoornis (14). Dit zijn:

- Preoccupatie met gewicht en lichaamsvormen, zoals zorgen over gewicht en lichaamsvormen, preoccupatie met slankheid, verstoord lichaamsbeeld en lichaamsontevredenheid
- Negatief affect, zoals depressieve klachten en angstklachten
- Problemen in het zelfbeeld, zoals laag zelfbeeld, gevoelens van ineffectiviteit, en zelfbewustzijn als aversief ervaren
- Gebrekkige emotieregulatie zoals stemmingsintolerantie, emotionele instabiliteit en emotioneel eten
- Interpersoonlijke problemen, zoals sociale afhankelijkheid, problemen in het gezinsfunctioneren, (negatieve) reacties van de directe omgeving

Verder is het voor huisartsen belangrijk om te weten bij welke patiënten extra aandacht moet besteed worden aan een eetstoornis. Dit is het geval bij volgende groepen:

- Patiënten met **obesitas**. Omdat deze patiënten niet passen in het klassieke plaatje van een eetstoornis, worden zij vaak over het hoofd gezien. Toch komt in deze groep vaak een eetbuistoornis voor. In deze populatie zou 18,6 tot wel 48,3% van de patiënten kampen met deze eetstoornis, vergeleken met 2,5% in de algemene populatie (13, 15).
- Patiënten met **angst- of stemmingsstoornissen**. Van de patiënten met een eetstoornis heeft de helft tot 91% tegelijk een andere psychische stoornis zoals angst- en stemmingsstoornissen of een verslavingsproblematiek (9, 13, 16, 17).
- Patiënten met een **verslavingsproblematiek of middelengebruik**, zoals hierboven beschreven heeft de helft tot 91% van de patiënten met een eetstoornis tegelijk een andere psychische stoornis zoals angst- en stemmingsstoornissen of een verslavingsproblematiek (9, 13, 16, 17).
- Patiënten met een **autismespectrumstoornis**. Eetstoornissen komen voor bij 46% tot 89% van de kinderen met autisme (18-20).
- Patiënten met **diabetes**. Bij patiënten met diabetes type 2 is er een grotere associatie met een eetbuistoornis in vergelijking met de algemene populatie. Patiënten met diabetes type 1 hebben een ook een grotere kans op eetstoornissen. Mogelijks ligt de grote focus op voeding hier aan de basis. Er moet aandacht besteed worden aan het feit dat sommige patiënten hun

insulinedosis verminderen of overslaan om zo gewicht te verliezen, met een slechtere glycemiecontrole en meer complicaties als gevolg (21, 22).
- **Transgenders** of patiënten uit de **LGBTQI+** gemeenschap. Uit onderzoek blijkt dat er in deze groep meer eetstoornissen voorkomen, maar de oorzaken hiervan zijn nog onvoldoende onderzocht. Binnen deze groep zijn er in het algemeen meer stressoren en komen er meer mentale problemen voor die op zichzelf reeds een risicofactor zijn. Daarnaast kan er ook hogere lichaamsontevredenheid zijn, zeker bij transgenders. G3 + bronnen eetexpert website
- Patiënten die een **moeilijke jeugd** gehad hebben (23, 24).
- **Sporters**, specifiek uit de sporten waarbij er een focus ligt op laag gewicht zoals dansers, lopers, zwemmers, gymnasten, schaatsers (25, 26).
- **Modellen**
- **Jonge vrouwen** (onder 25 jaar) (8)
- Patiënten met een **familiale** voorgeschiedenis van eetstoornissen
- Patiënten die consulteren met de volgende **fysieke klachten:** amenorroe, veranderingen in de menstruatie, gastro-intestinale symptomen, symptomen van ondervoeding zoals duizeligheid, syncopes, bleekheid (27).

4.3 Behandeling

De meeste patiënten met een eetstoornis kunnen ambulant behandeld worden. Dit kan door een ervaren psychotherapeut, diëtist en een arts die kennis heeft over eetstoornis specifieke medische evaluaties (9).

4.3.1 Zorgsetting

Ambulante opvolging is raadzaam voor patiënten geen fysieke complicaties hebben, aangezien ze de aangeleerde vaardigheden uit de therapiesessies direct kunnen toepassen in hun dagelijks leven (28). Idealiter wordt de patiënt gevolgd door een multidisciplinair team met daarin een psycholoog, diëtist en een arts die ervaren zijn in het begeleiden van patiënten met een eetstoornis (9). Er wordt hierbij verwacht dat de arts verantwoordelijk is voor het inschatten van de ernst van het probleem en de het toeleiden van patiënten naar de juiste zorg die vereist is op dat moment in het getrapte zorgsysteem (28).

Hospitalisatie kan noodzakelijk zijn afhankelijk van medische toestand, de gewichtsevolutie, de therapeutische opties en sociale factoren (9). Alarmsignalen voor opname van een patiënt zijn onder meer de volgende: ernstige malnutritie, hypothermie, bradycardie, hypotensie, dehydratatie, cardiale dysfunctie, elektrolytstoornissen, medische complicaties van de ondervoeding (syncope, epileptische aanvallen, hartfalen, hematemesis, pancreatitis) en acute psychiatrische urgenties (29, 30).

Er bestaan echter geen duidelijke richtlijnen die op onderzoek gebaseerd zijn voor ziekenhuisopname voor patiënten met AN wat resulteert in een grote variatie in aanpak in de praktijk onder artsen (29).

4.3.2 Psychologische begeleiding

Afhankelijk van het type eetstoornis worden verschillende types van psychologische begeleiding aangeraden.

Anorexia Nervosa

Gezinstherapie wordt aanbevolen als eerstelijnsbehandeling voor jongeren en sommige jongvolwassenen (9, 31-33).

Bij volwassen hebben interpersoonlijke psychotherapie (9), cognitieve gedragstherapie (9, 33) en gezinstherapie (31, 32) effectiviteit aangetoond en kunnen ze worden geïmplementeerd op basis van

de voorkeuren van de patiënt. Voor volwassenen wordt echter een individuele aanpak voorgesteld (33).

Boulimia Nervosa

Bij boulimia nervosa wordt begeleiding aan de hand van cognitieve gedragstherapie aangeraden (9, 16). Bij adolescenten bevelen de richtlijnen gezinstherapie aan (9). Volwassenen kunnen ook baat hebben bij interpersoonlijke psychotherapie (9).

Eetbuistoornis

Alle patiënten met een eetbuistoornis kunnen ondersteuning hebben van psycho-educatie (34). Een eerste therapeutische stap of als aanvulling op specifieke psychotherapie kan (begeleide) zelfhulp zijn (9, 34-36).

Specifieke psychotherapieën, namelijk cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en in mindere mate dialectische gedragstherapie kunnen effectief zijn in de behandeling van eetbuistoornissen (34, 35, 37, 38).

4.3.3 Begeleiding bij diëtist

Diëtisten kunnen een belangrijke rol spelen in de multidisciplinaire aanpak van eetstoornissen. Ze helpen hun dagelijkse voedselinname te normaliseren en geschikte voeding voorzien (35).

4.3.4 Huisarts

Comorbiditeiten moeten systematisch mee behandeld worden (33, 35, 39).

In de huidige richtlijnen zijn er geen aanbevelingen rond medicatiegebruik in de eerste lijn te behandeling van een eetstoornis (39).

Momenteel wordt bij eetstoornissen gebruik gemaakt van antidepressiva, antipsychotica, psychostimulantia en anti-epileptica als medicamenteuze behandeling (39). Het gebruik van medicatie is het meest geschikt als aanvullende therapie op de psychotherapie (40).

4.3.4.1 Medicamenteus

Anorexia nervosa

Er zijn geen medicijnen goedgekeurd door de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) voor het gebruik bij patiënten met anorexia nervosa (9).

Boulimia nervosa

Het gebruik van fluoxetine bij adolescenten en volwassen is goedgekeurd door de FDA (9, 39). Een substantiële afname van eetbuien en purgeren werd gezien bij gebruik van 60 mg fluoxetine (9). Bij deze dosis worden wel vaak bijwerkingen (slaapstoornissen, nausea, asthenie) gezien. (41)

Over de behandeling met anti-epilepticum topiramaat is nog maar beperkte evidentie (9, 39). Topiramaat kan verminderde eetlust als bijwerking hebben en zo een anorectische fase in gang zetten. (41)

Eetbuistoornis

Voor eetbuistoornissen is lisdexamfetamine het enige medicijn dat is goedgekeurd door de FDA (9, 22, 34, 38). Dit psychostimulantia kan het aantal eetbuien verminderen en het gewicht stabiliseren (9, 22, 39).

Antidepressiva van de tweede generatie verminderen de frequentie van eetbuien en verlengen het interval tussen opeenvolgende eetbuien (35, 37). Er is echter onvoldoende wetenschappelijke consensus om hierover een duidelijke aanbeveling te geven (22).

Over de behandeling met anti-epilepticum topiramaat is nog maar beperkte evidentie (39). Topiramaat kan verminderde eetlust als bijwerking hebben en kan zo een anorectische fase in gang zetten. (41)

4.3.4.2 Noden en visie van de huisarts

Huisartsen geven aan dat er een gebrek is aan kennis, training en middelen om gepaste zorg aan te bieden aan patiënten met een eetstoornis (11, 42, 43). Ze ervaren angsten en moeilijkheden bij het diagnosticeren en communiceren over eetstoornissen (11, 42, 43). Verder worstelen huisartsen met de toegang tot gespecialiseerde zorg (42).

4.4 Herstel

Er is nog geen standaard definitie van het herstel van een eetstoornis (44). De definitie zou verschillende aspecten moeten bevatten, zoals fysieke, gedragsmatige en psychologische kenmerken van herstel (9, 44, 45).

4.5 Impact COVID-19

In 2020 werd de wereld opgeschrikt door de COVID-19 pandemie. Om de verspreiding van het virus tegen te gaan, werden onvoorziene maatregelen genomen die vooral op het sociale leven een grote impact hadden (46, 47). Tijdens de pandemie zag men een grote toenamen van mentale gezondheidsproblemen, en zo ook van eetstoornissen (46-49).

Men kan deze toename verklaren door verschillende factoren. Tijdens de COVID-pandemie was er op verschillende momenten “voedselonzekerheid”. Mensen hamsterden wat zorgde voor lege winkelrekken, maar er was ook onzekerheid over de veiligheid van voeding en het besmettingsgevaar via eten. Dit zorgde bij sommigen voor een toename in eetbuigedrag of vasten (46, 47, 49).

Ten tweede zorgden de lockdowns voor sociale isolatie. Studies tonen aan dat een derde tot de helft van de jongeren zich tijdens deze periode eenzaam voelde. De eenzaamheid werd meer geraporteerd bij jongeren die ook te maken had met angst voor infecties, verveling, frustratie, een gebrek aan essentiële voorzieningen, een gebrek aan informatie of financiële problemen. Er werd een duidelijk verband beschreven tussen de eenzaamheid ten gevolge van de lockdown en mentale gezondheidsproblemen in het algemeen, maar specifiek ook voor eetstoornissen (50). Verder zorgden de lockdowns ook voor een toename van het gebruik van sociale media, wat een gekende trigger is voor eetstoornissen (46, 47, 49). Tijdens deze lockdowns waren de mogelijkheden tot het beoefenen van sporten ook sterk beperkt. Gezien sporten voor 20-81% van de eetstoornispatiënten een coping mechanisme is, kan het wegvallen hiervan eetstoornissymptomen of andere ongezonde coping mechanismen zoals medicatiegebruik doen toenemen (46, 47, 49).

Tenslotte was de toegang tot gezondheidszorg ook sterk beperkt, waardoor opvolging van gekende patiënten met een eetstoornis en detectie van nieuwe eetstoornissen tekortschoten (46, 47, 49).

Als we breder kijken naar de pandemie, dan zien we dat dit in het algemeen een stressvolle periode was, die vaak angst veroorzaakte. Bovendien was er een toename van huiselijk geweld en misbruik. Al deze elementen zijn gekende risicofactoren voor het ontwikkelijken van een eetstoornis (49).

Bovenstaande oorzaken hebben ertoe geleid dat er een duidelijke toename was in het aantal patiënten met een eetstoornis. De eetstoornissen waren ernstiger en vereisten een intensievere behandeling met meer nood tot opnames in vergelijking met de gevallen voor de pandemie. Er waren ook duidelijk meer patiënten die hervielen tijdens deze periode (46-49).

5 Vraagstelling

HOE VERLOOPT DE HUIDIGE AANPAK VAN HET HERKENNEN EN OPVOLGEN VAN EETSTOORNISSEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK?

Aan de hand van een vragenlijst zullen huisartsen bevraagd worden omtrent hoe zij eetstoornissen in de praktijk momenteel aanpakken. Deze vragenlijst wordt afgenomen tijdens LOK-groepen (lokaal kwaliteitsoverleg) en zal ook verdeeld worden via huisartsgerichte platformen zoals Domus Medica en het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding). Deze vraag zal drieledig zijn.

WELKE HINDERNISSEN ONDERVINDEN HUISARTSEN IN HUN AANPAK VAN EETSTOORNISSEN?

Algemene bevraging naar de problemen die huisartsen momenteel ondervinden bij het herkennen en opvolgen van eetstoornissen, alsook praktische problemen bijvoorbeeld bij het vinden van richtlijnen.

WAT HEBBEN HUISARTSEN NODIG OM HUN CONSULTVOERING ROND EETSTOORNISSEN TE FACILITEREN?

Hier gaan we op zoek naar de noden van huisartsen, welke tools en praktische informatie zij missen om aan de slag te gaan met eetstoornissen bij hun patiënten.

KENNEN DE HUISARTSEN HET HUIDIG MATERIAAL OMTRENT HET HERKENNEN EN BEHANDELEN VAN EETSTOORNISSEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK, AANGEBODEN DOOR VZW EETEXPERT?

Zijn de huisartsen op de hoogte van het bestaan van VZW Eetexpert en gebruiken zij dit materiaal ook? Zo niet, wat houdt hen eventueel tegen?

6 Methode

6.1 Literatuurstudie

Om de huidige richtlijnen van Eetexpert te actualiseren werd een literatuurstudie uitgevoerd. De literatuur werd gezocht via de meest bekende databases (Web of Science, Pubmed en Google Scholar) met de zoektermen “Eating disorder” en “Primary care” of “General practice”. Gezien de richtlijnen het laatst geüpdatet werden in 2017, werd dit jaartal als beginpunt voor nieuwe literatuur gebruikt. Papers werden enkel geïncludeerd indien ze van toepasbaar waren in de huisartsgeneeskunde, en indien ze gingen over adolescenten of volwassenen. Kinderen jonger dan 15 jaar werden hier buiten beschouwing gelaten.

6.2 Bevraging bij de huisartsen

De bevraging bij huisartsen werd uitgevoerd via een vragenlijst die werd opgesteld met Microsoft Forms en online werd afgenomen. De volledige vragenlijst kan u terugvinden in de bijlagen (Bijlage 1: vragenlijst voor huisartsen). Deze enquête werd verspreid via de nieuwsbrief per mail van Domus Medica en ICHO. Het invullen van de vragenlijst werd ook actief gepromoot tijdens voorstellingen aan huisartsen door VZW Eetexpert.

De vragenlijst bestaat uit 36 vragen, onderverdeeld in 7 categorieën: Algemene info, eetstoornissen in uw praktijk, diagnostiek en screening, beleid en opvolging, samenwerking, uw kennis over eetstoornissen, en VZW Eetexpert.

6.3 Dataverwerking en statistiek

Alle resultaten werden geïmporteerd in Microsoft Excel 2024. De antwoorden werden gestandaardiseerd en gegroepeerd waar nodig. De statistische gegevensverwerking werd uitgevoerd met behulp van SPSS Statistics 29. De originele en opgeschoonde dataset kunnen worden opgevraagd bij de onderzoekers. Een samenvatting van de resultaten kan bekeken worden in de tabel in bijlage (Bijlage 3: overzicht van de resultaten).

7 Resultaten

7.1 De huidige aanpak van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk

7.1.1 Algemene gegevens

In totaal waren er 71 huisartsen die de vragenlijst invulden, we bereikten naar een schatting een kleine vierduizend huisartsen. De huisartsen die deelnamen aan onze vragenlijst bestonden uit 9 HAIO's en 62 afgestudeerde huisartsen met gemiddeld 14 jaar ervaring. Van deze artsen werkten 57 in een groepspraktijk, 8 in een solopraktijk, 5 in een duopraktijk en 1 in een wijkgezondheidscentrum. De huisarts die onze vragenlijst invulde had gemiddeld 1240 GMD's.

7.1.2 Eetstoornissen in de praktijk

Van de huisartsen die onze enquête invulde, gaf 27% aan het voorbije jaar geen patiënten met een eetstoornis opgevolgd te hebben in hun praktijk. Bij de artsen (73%) die aangaven opvolging bij eetstoornissen te hebben verricht, was dit gemiddeld bij 3 patiënten.

Ongeveer de helft van de artsen gaf aan meer eetstoornissen te zien sinds de COVID-19 epidemie. Tegelijk gaf de andere helft aan er minder te zien.

7.1.3 Diagnostiek en screening

Bij de bevraging rond diagnostiek en screening komt naar voor dat 45% van de bevraagde huisartsen het moeilijk vindt om eetstoornissen te herkennen. Van alle eetstoornissen vinden huisartsen anorexia nervosa het makkelijkst te herkennen (67%), een groot verschil met de andere eetstoornissen zoals boulimia nervosa (25%) en eetbuistoornis (17%). Hetzelfde blijkt uit de symptomen waarin huisartsen een eetstoornis herkennen. Hier geeft meer dan negen op de tien huisartsen aan te denken aan eetstoornis bij ondergewicht, en 3 op de 4 huisartsen vindt overdreven sporten verdacht. Dit in schril contrast met andere tekenen van een eetstoornis zoals overgewicht, gebruik van laxativa en elektrolytenstoornissen.

Iets meer dan één op de tien huisartsen geeft toe nooit te bevragen op eetstoornissen, een groot deel (68%) doet dat wel bij klachten over gewicht of onwel bevinden (52%). Wanneer huisartsen willen screenen op eetstoornissen, doen ze dat bijna allemaal door de gewichtsevolutie en eetgedrag te bevragen op een niet-gestandaardiseerde manier. Slechts 2% gebruikt de eenvoudige vragenlijst SCOFF, niemand gaf aan de ESP vragenlijst te gebruiken.

De meeste huisartsen (92%) verrichten een bloedafname bij het vermoeden van of vaststellen van een eetstoornis. Hierbij (Tabel 2) vragen huisartsen vooral elektrolyten (76%) aan en een perifeer bloedonderzoek (75%). Daarnaast worden ook vaak lever- en nierfunctie (respectievelijk 49% en 60%) en schildklierhormonen (53%) bepaald. Een minderheid gaat ook de glycemie testen en de nutritionele status bepalen aan de hand van o.a. vitamines, mineralen en albumine.

Tabel 2: Labotesten aangevraagd door huisartsen bij het vaststellen van een eetstoornis, bij het vermoeden van een eetstoornis, uitgedrukt in het aantal procent van de bevraagde huisartsen die deze test zou aanvragen.

Labotest	% aantal huisartsen
Elektrolyten	76%
PBO	75%
Nier	60%
Schildklier	53%
Lever	49%
Ferritine	22%

Vitamines	22%
Glucose	20%
Eiwit	15%
Foliumzuur	11%
Vitamine B12	11%
Hormonen	9%
Vitamine D	7%
Hemoglobine	5%
Routine	4%
Lipase	4%
Bilirubine	2%

Verder voert 15% een ECG uit. Beeldvorming wordt bijna nooit door de huisartsen aangevraagd.

7.1.4 Beleid en opvolging

De bevraagde huisartsen gaan vooral maandelijks opvolgen (50%). Een kleiner deel volgt zijn patiënten sneller op een gaat ze wekelijks terug zien (36%).

Iets meer dan de helft (5%) van de huisartsen zal alle patiënten doorverwijzen. De grootste redenen om door te verwijzen zijn ongerustheid op basis van de BMI en onzekerheid over de eigen kennis over eetstoornissen. Voor een dringende doorverwijzing baseren huisartsen zich nog steeds vooral op de BMI (55%), maar daarnaast ook op de aanwezigheid van een psychische comorbiditeit, afwijkingen in het labo en complicaties of situaties die acute hulp vereisen.

Een minderheid van de huisartsen (17%) geeft aan soms medicatie te starten bij een eetstoornisbehandeling. Dit gaat dan meestal om antidepressiva: 50% kiest voor een SSRI, 30% voor mirtazapine, 10% voor SNRI's en 10% specifieert niet welke antidepressiva worden gebruikt.

7.1.5 Samenwerking

Niet alle huisartsen geven aan samen te werken met andere hulpverleners bij het opvolgen van eetstoornissen. Zo houdt 9% er een solo-traject op na, eventueel met doorverwijzing naar andere hulpverleners maar zonder met hen samen te werken. De grote meerderheid werkt dus wel samen. Hierbij wordt er vooral samengewerkt met een psycholoog en diëtist (respectievelijk 66% en 57%). Daarnaast wordt ook door 26% van de artsen samengewerkt met een psychiater. In totaal wordt er in 91% van de casussen een psycholoog betrokken (al dan niet met samenwerking), in 83% een diëtist en in 66% een psychiater.

Nochtans geeft 80% aan dat het nuttig is om een psychiater te betrekken in het behandeltraject. Bij de psycholoog en diëtist (98% en 92%) sluit dit dichter aan bij de werkelijke situatie. Huisartsen blijken het betrekken van een kinesist (35%) en verpleegkundige (28%) minder nuttig te vinden, en doen het ook niet vaak: 16% brengt een verpleegkundige in het behandeltraject, niemand rapporteerde een kinesist in te schakelen.

7.2 Hindernissen bij de aanpak van eetstoornis

Een eerste grote hindernis bij de aanpak van een eetstoornis is het gebrek aan theoretische kennis bij de huisartsen. Slechts 15% van de bevraagde huisartsen geeft aan zijn kennis omtrent eetstoornissen voldoende te vinden en bijna de helft (45%) vindt het moeilijk om een eetstoornis te herkennen. Het lijkt dan ook vanzelfsprekend dat het gebrek aan kennis de aanpak van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk in de weg staat.

Verder stuiten de huisartsen vooral op problemen bij het doorverwijzen. Het grootste probleem blijken de lange wachttijden. Negen op de tien huisartsen geeft aan dit een probleem is. De meesten spreken over wachttijden van enkele maanden tot een jaar. Nog verregaander is dat heel wat huisartsen (28%) zelfs niet meer stuiten op wachtlijsten, maar op een patiëntenstop. Daarnaast vinden huisartsen het soms ook moeilijk om te weten wanneer (17%) en naar wie (47%) ze moeten doorverwijzen. Als laatste worden ook patiëntgebonden factoren aangehaald zoals weerstand vanuit de patiënt zelf, financiële redenen of zich niet kunnen verplaatsen naar andere hulpverleners.

7.3 Noden van huisartsen

Uit de bevraging blijkt dat iets meer dan de helft (57%) van de artsen hun kennis over eetstoornissen heeft opgedaan tijdens de basisopleiding geneeskunde. Daarnaast halen de huisartsen hun kennis uit online informatie (43%), e-learnings (29%), fysieke bijscholingen (21%), Webinars (16%) en LOK-vergaderingen (12%). Slechts 9% van de huisartsen haalt de nodige know-how uit de huisartsenopleiding. Het is dan misschien ook niet verwonderlijk dat 85% van de huisartsen hun kennis omtrent eetstoornissen en de detectie, opvolging en behandeling hiervan onvoldoende vindt.

De huisartsen gaven aan dat ze hun kennis vooral willen bijschaven via e-learnings (67%). Ze vinden ook online informatie, webinars en bijscholing via de LOK-vergaderingen goede opties. Slechts 27% vindt een fysieke bijscholing een goed idee. Meer dan de helft (59%) geeft ook aan dat die accreditatie noodzakelijk vindt om een bijscholing te volgen. Slechts 33% geeft aan ook bijscholingen te volgen zonder accreditatie, dus puur uit interesse.

Als we de huisartsen vragen naar wat ze op dit moment echt missen, dan komen we vooral uit op de nood aan meer theoretische informatie zoals richtlijnen, handige flowcharts en fysieke trainingen. Daarnaast vragen ze ook ondersteuning van experten, zoals bijvoorbeeld een coördinator voor de zorg in de regio en een accurate doorverwijslijn. Als laatste blijkt uit de vragenlijst ook dat er vraag is naar praktische informatie zoals een overzicht van hulpverleners met expertise en informatie over hun wachtlijsten.

7.4 Samenwerking met VZW Eetexpert

Net iets minder dan de helft van de huisartsen zegt Eetexpert niet te kennen (44%). De helft (52%) kent het info-aanbod, een kwart hun werkmateriaal (25%) en nog iets minder hun vormingsaanbod (18%). Slechts 6% weet dat Eetexpert ook een verwijslijn heeft.

Van de ondervraagde huisartsen geeft 65% dan ook aan nog nooit gebruik gemaakt te hebben van de materialen die Eetexpert aanbiedt. Een op vijf gebruikte al fiches, stappenplannen of flowcharts van de website.

Als we huisartsen vragen wat ze vinden van het aanbod, dan is de meerderheid eerder positief. Een aantal huisartsen bemerkt dat het aanbod gratis zou mogen zijn. Er komt ook naar voor dat de website soms te uitgebreid is, en het overzicht hierdoor verloren wordt. Als laatste kwam er als kritiekpunt dat de informatie in verband met doorverwijzen niet altijd up-to-date is.

8 Discussie

8.1 De huidige aanpak van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk

Uit onze bevraging kwam naar voren dat 73% van de artsen het voorbije jaar patiënten met een eetstoornis opvolgden. Gemiddeld hebben deze artsen het laatste halfjaar 3 patiënten (per 1000 patiënten) met een eetstoornis gezien. Nochtans bespraken we in de inleiding dat de cijfers in de maatschappij vele malen hoger liggen, bij een zelfrapportage onderzoek van SCIENSANO had 11% van de bevolking signalen van een eetstoornis (3). Men kan zich afvragen waar de grote discrepantie zit tussen het aantal patiënten met een eetstoornis die artsen aangeven te zien in hun praktijk, en het aantal patiënten dat volgens onderzoeken aan een eetstoornis leidt. Komt het omdat artsen eetstoornissen niet herkennen, omdat patiënten zelf hun eetproblemen verbergen, of kloppen ze met deze stoornis niet aan bij de huisarts?

Een internationale review merkte dezelfde trend op (51). De hypothese dat patiënten met een eetstoornis net minder aankloppen bij hun huisarts, werd onderuit gehaald door de resultaten van het onderzoek. De data toont aan dat patiënten met een eetstoornis hun huisarts net vaker consulteren in de jaren voorafgaand aan de diagnose. Ze doen dit dan vooral met gynaecologische, gastro-intestinale en psychologische klachten, zoals reeds werd besproken in de inleiding (27, 51). In dit onderzoek werd besloten dat het verschil nog steeds te wijten is aan het feit dat huisartsen eetstoornissen niet goed kunnen herkennen bij hun patiënten. Artsen die buiten hun professionele leven geconfronteerd werden met eetstoornissen, vrouwelijke en jonge huisartsen, huisartsen in groepspraktijken en huisartsen die ook opleiding geven, waren over het algemeen beter in het herkennen van eetstoornissen (51). In onze data was er geen significant verschil in het aantal patiënten met een eetstoornis die gezien werden door een huisarts uit een solo-, duo- of groepspraktijk ($p=0,915$). Ook in het gegeven of de huisartsen hun kennis voldoende vonden, bestond er geen verschil over het soort praktijken ($p=0,954$). Er werd ook geen verschil opgemerkt in het aantal jaar ervaringen en het aantal patiënten met een eetstoornis die een huisarts gezien had ($p=0,431$). Het aantal jaren ervaring verschilde ook niet significant ($p=0,363$) tussen de groep die zijn kennis voldoende en de groep die zijn kennis over eetstoornissen onvoldoende vond. Het geslacht van de arts, ervaringen met eetstoornissen in de privésfeer en of de huisartsen ook lesgeven werd in onze vragenlijst niet bevraagd.

In de literatuur werd een toename van alle eetstoornissen gezien tijdens de COVID-19 pandemie. Uit onze data blijkt dat de helft van de artsen (47%) een stijging van eetstoornissen zag, de andere helft (53%) zag geen verschil in het aantal patiënten met eetstoornissen. Dat slechts de helft van onze bevraagde huisartsen een toename zag in het aantal patiënten met eetstoornissen hoewel alle studies het er over eens zijn dat er tijdens deze periode een grote stijging was, is mogelijks te verklaren doordat huisartsen minder algemene zorg konden bieden tijdens de COVID-19 pandemie en zich vooral moesten focussen op COVID-19 gerelateerde taken of omdat patiënten wegbleven van de huisarts uit schrik voor besmetting en hun zorg uitstelden. Anderzijds kan het ook opnieuw verklaard worden door het feit dat huisartsen niet voldoende in staat zijn om eetstoornissen te herkennen.

Bij het bevragen van de huidige behandeling die door huisartsen wordt ingesteld, gaf bijna 1 op 5 aan soms medicatie op te starten. Het ging hier dan vooral over antidepressiva, met name SSRI's (50%), mirtazapine (30%), SNRI's (10%). De richtlijnen raden echter aan geen medicatie op te starten zonder overleg met een (kinder)psychiater. SSRI's kunnen gebruikt worden bij therapieresistente patiënten met anorexia nervosa en zouden de kans op herval na gewichtsherstel verkleinen (52). Het is belangrijk om in acht te houden dat uithongering depressieve symptomen kan veroorzaken, en dat een eventuele depressie als comorbiditeit in principe pas kan vastgesteld worden na herstel van het gewicht (52). Het is ook belangrijk om er rekening mee te houden dat SSRI's minder goed werken bij ondergewicht (53).

Er is dus eigenlijk geen indicatie voor SSRI's in de acute fase van een AN behandeling. Het gebruik van mirtazapine wordt nergens aangeraden voor de eerste lijn (52, 54).

Bij een eetbuistoornis en boulimia nervosa kunnen SSRI's en topiramaat het aantal eetbuien verminderen. Anderzijds heeft topiramaat een verminderde eetlust als bijwerking, en kan dit net een anorectische fase veroorzaken (52, 54).

8.2 Hindernissen bij de aanpak van eetstoornis

De hypothese die stelt dat huisartsen moeilijk eetstoornissen herkennen, wordt bevestigd in ons onderzoek. Vooral het herkennen van boulimia nervosa en eetbuistoornis wordt door veel huisartsen (respectievelijk 25% en 17%) moeilijk bevonden. Bovendien geven bijna alle huisartsen (93%) aan dat ze vooral aan een eetstoornis denken bij gewichtsverlies en overdreven sporten. Twee factoren die vooral aanwezig zijn bij het klassieke beeld van anorexia nervosa. Dit toont aan dat artsen een eetstoornis nog steeds zien als anorexia nervosa, en weinig kennis hebben over de andere eetstoornissen.

We zien gelijkaardige trends in internationale studies. Een onderzoek toont aan dat het gemiddeld 2 jaar duurt om de diagnose van anorexia nervosa te stellen, tegenover 4 jaar bij boulimia nervosa en meer dan 5 jaar bij een eetbuistoornis (51). Hiertegenover staat nog steeds dat hoe korter de tijd tot detectie is, hoe korter de behandelduur tot herstel is. Bovendien stijgt de mortaliteit samen met de behandelduur. Daarnaast staat een kortere behandeling in relatie tot een beter emotioneel en sociaal welbevinden. Ook economisch is een snellere diagnose en kortere behandeling voordelig (51).

De grote vraag is hoe we er kunnen voor zorgen dat eetstoornissen sneller herkend worden. Onderzoek geeft aan dat het aantal uren opleiding dat een arts krijgt correleert met de zelfzekerheid die men voelt bij het vaststellen en aanpakken van eetstoornissen. Specifieke modules rond eetstoornissen zouden dan ook in het curriculum van zowel de opleiding tot basisarts als huisarts moeten worden geïmplementeerd worden (51). Op het moment dat ons onderzoek gevoerd werd, was dit enkel een keuzemodule, en geen verplichte les binnen de opleiding tot huisarts. De meest kosten-baten effectieve oplossing zou bestaan uit een e-learning, die zowel beginnende als ervaren huisartsen kan bereiken (51).

Er is voorlopig nog geen eenduidig antwoord op welke screeningsmethode het beste gebruikt wordt en bij wie gescreend moet worden (55). De voorkeur gaat wel uit naar een korte en snelle vragenlijst die door de patiënt zelf kan afgenomen worden (13). Via de website van VZW Eetexpert kan eenvoudig gebruikt gemaakt worden van een tool die de SCOFF en ESP combineert (https://eetexpert.be/screening-naar-eetstoornissen/).

Naast de herkenning komen huisartsen vooral in de problemen bij het samenwerken met of doorverwijzen naar andere hulpverleners. Bij de bevraging kwam naar voor dat 80% van de huisartsen het samenwerken met een psychiater nuttig vindt, hoewel maar 66% een psychiater betrekt in de begeleiding van patiënten met eetstoornissen. Wij vermoeden dat de bereikbaarheid van de specialisten hier aan de oorsprong ligt. We zien namelijk in onze bevraging dat 90% van de huisartsen bij doorverwijzing botst op lange wachttijden. De kinesist en verpleegkundige worden het minst vaak betrokken in een samenwerkingstraject. Mogelijks weten huisartsen niet wat de meerwaarde kan zijn van hen te betrekken in het traject. Nochtans biedt VZW Eetexpert voor beide disciplines specifieke informatie en richtlijnen aan, en kunnen ze dus zeker een nuttige rol hebben in het begeleidingstraject.

8.3 Noden van huisartsen

Zoals reeds bleek uit de hindernissen, is vooral het gebrek aan kennis een probleem bij huisartsen. De helft (57%) van de huisartsen geeft aan hun kennis te hebben opgedaan tijdens de basisopleiding

geneeskunde, slechts 9% vergaart hierover nog kennis tijdens de huisartsenopleiding. Het lijkt ons dan ook ten sterkte aanbevolen om hier tijdens de huisartsenopleiding meer op in te zetten. De nadruk moet dan liggen op het herkennen van minder voor de hand liggende symptomen van eetstoornissen en het gebruik van beschikbare aanbod van richtlijnen, flowcharts en hulpmiddelen van o.a. VZW Eetexpert.

Als we de specifieke noden van huisartsen bevroegen, dan kwamen daar vooral volgende zaken uit: meer theoretische informatie zoals richtlijnen, handige flowcharts en fysieke trainingen. Daarnaast vragen ze ook ondersteuning van experten, zoals bijvoorbeeld een coördinator voor de zorg in de regio en een accurate doorverwijslijn. Als laatste wordt er ook gevraagd naar praktische informatie zoals een overzicht van hulpverleners met expertise en informatie over hun wachtlijsten.

8.4 Samenwerking met VZW Eetexpert

Van de bevraagde huisartsen zegt 44% zegt VZW Eetexpert niet te kennen. Het lijkt ons dat hier nog veel ruimte is voor verbetering. Huisartsen willen informatie in de toekomst vooral krijgen via E-learnings, online info, LOK-groepen en webinars. Twee derde geeft ook aan dat accreditatie hierbij zeer belangrijk is.

Zoals reeds eerder aangegeven, toont onderzoek aan dat een e-learning de meest kosten-baten effectieve oplossing is, omdat op deze manier een groot aantal huisartsen makkelijk kan bereikt worden (51). Verder geeft dit onderzoek aan dat het belangrijker is om te focussen op informatie die snel en makkelijk te gebruiken is wanneer de patiënt voor de arts zit, zoals de flowcharts, infofiches en steekkaarten van VZW Eetexpert. Huisartsen geven hier de voorkeur aan, boven uitgebreide guidelines waar ze de informatie nog moeten zoeken (51).

VZW Eetexpert zou ook de noden van de huisartsen een stuk kunnen oplossen. Theoretische informatie wordt reeds aangeboden, dus hier moet enkel nog gezorgd worden dat alle zorgverleners de informatie weten te vinden. Een doorverwijslijn wordt door hen reeds aangeboden, en moet mogelijks enkel meer up-to-date gehouden worden. Ook een overzicht van hulpverleners met expertise zou door hen kunnen aangeboden worden.

8.5 Het zorgtraject eetstoornissen

Tijdens het opzetten van deze studie, werd door de overheid het zorgtraject eetstoornissen geïmplementeerd, om een snellere behandeling voor jongeren tot en met 23 jaar te kunnen starten. Het gaat om een samenwerking waarbij de patiënt recht heeft op opvolging en zorgcoördinatie bij de huisarts, 20 gratis gesprekken per jaar bij de psycholoog en 15 gratis gesprekken per jaar bij de diëtist.

De huisarts is hierin de centrale figuur en start het traject op door het nomenclatuurnummer 401295 te activeren wanneer de diagnose van een eetstoornis gesteld wordt. De huisarts moet het behandelplan opstellen, een multidisciplinair overleg organiseren en een verwijsbrief maken voor de diëtist.

Via de website van VZW Eetexpert kunnen de contactgegevens gevonden worden van hulpverleners met een expertise in eetstoornissen waarmee samen gewerkt kan worden. De website voorziet eveneens extra hulpmiddelen zoals flowchart, stappenplannen en infofiches waar huisartsen mee aan de slag kunnen.

8.6 Beperkingen en verder onderzoek

Het grootste hiaat in onze masterproef is het beperkte aantal respondenten, waardoor we de resultaten moeilijker kunnen generaliseren.

Het lijkt ons ook nuttig om bij verder onderzoek de opsplitsing te maken tussen groepspraktijken en wijkgezondheidscentra aangezien de werking en beschikbaarheid van paramedici hiertussen nog sterk verschilt. Het zou ook mogelijke over- of ondervertegenwoordiging van bepaalde praktijktypes in beeld kunnen brengen. Bij verder onderzoek kan het ook leerrijk zijn om naast huisartsen ook alle andere zorgverleners die betrokken kunnen zijn te bevragen.

9 Conclusie

Drie kwart van de huisartsen gaf aan een patiënt met een eetstoornis op te volgen. Uit de cijfers blijkt dat steeds meer patiënten kampen met een eetstoornis, en tegelijk worden de wachtlijsten bij gespecialiseerde hulpverleners steeds langer. Het lijkt dus duidelijk dat de huisartsen een steeds belangrijkere rol zullen spelen in de opvolging van patiënten met een eetstoornis in de toekomst. Dit blijkt ook uit het nieuwe zorgtraject dat door de Belgische overheid werd ingevoerd.

Uit dit onderzoek blijkt echter dat huisartsen hier niet klaar voor zijn. Slechts 15% geeft aan zijn kennis over eetstoornissen voldoende te vinden en de helft geeft aan dat alleen al het herkennen van een eetstoornis zeer moeilijk is.

Huisartsen vragen dan ook naar meer theoretische informatie en praktische ondersteuning. Wat ons betreft kan VZW Eetexpert hier een sleutelrol in spelen. Verder lijkt het ook noodzakelijk dat er in de basisopleiding en opleiding tot huisarts meer wordt ingezet op kennis omtrent het herkennen en aanpakken van eetstoornissen.

Tijdens het uitvoeren van deze studie, werd door de overheid een grote stap vooruit gezet door het uitrollen van een zorgtraject voor eetstoornissen, waar de huisarts een centrale rol speelt. Naar aanleiding hiervan werd door VZW Eetexpert extra infomateriaal voorzien op de website en daarnaast gaven ze ook extra trainingen op LOK's en infosessies. Dit lijkt ons een eerste stap in de goede richting. Verder onderzoek zal echter moeten aanwijzen of het zorgtraject ook effectief zorgt voor meer ondersteuning van de huisartsen en een betere behandeling voor patiënten met eetstoornissen.

10 Bijlagen

10.1 Bijlage 1: vragenlijst voor huisartsen

Algemeen

1. Gaat u akkoord met het informed consent?
    a. Ja
    b. Nee
2. Hoe lang bent u al werkzaam als huisarts?
    a. Jaar
    b. Ik ben HAIO
3. Hoe ziet de samenstelling van uw praktijk er uit?
    a. Ik ben solo-arts
    b. Ik werk in een duo-praktijk
    c. Ik werk in een groepspraktijk
    d. Andere:
4. Hoeveel GMD's hebt u als arts? (bij een groepspraktijk: deel het totaal aantal GMD's door het aantal artsen, vb. 5 artsen met 5000 GMD's = 1000 GMD / per arts)

Eetstoornissen in uw praktijk

5. Heeft u in het voorbije jaar een of meerdere patiënten met een eetstoornis gevolgd?
    a. Ja
    b. Nee
6. Hoeveel patiënten met een eetstoornis zou u de voorbije 6 maanden gezien hebben?
7. Merkt u een verandering in het aantal patiënten met een eetstoornis sinds de COVID-19 pandemie?
    a. Ja, toename van het aantal patiënten
    b. Ja, afname van het aantal patiënten
    c. Nee
8. Bij welke eetstoornissen merkt u dit?
    a. Anorexia nervosa
    b. Boulimia nervosa
    c. Eetbuistoornis
    d. Alle eetstoornissen
    e. Andere
9. Hoe oud zijn uw patiënten met een eetstoornis gemiddeld wanneer deze wordt vastgesteld?

Diagnostiek en screening

10. Wanneer vermoedt of denkt u aan een eetstoornis?
    a. Bij ondergewicht
    b. Bij elektrolytenstoornissen
    c. Bij gebruik van laxativa
    d. Bij overdreven sporten
    e. Andere:
11. Welke eetstoornis herkent u gemakkelijk?
    a. Anorexia nervosa
    b. Boulimia nervosa
    c. Eetbuistoornis

d. Andere:
e. Ik vind het moeilijk om eetstoornissen te herkennen.

12. Bevraagt u patiënten op signalen van eetstoornissen?
    a. Bij elke consultatie
    b. Bij klachten over gewicht
    c. Bij gastro-intestinale klachten
    d. Bij onwel bevinden
    e. Andere:
    f. Ik bevraag geen signalen van eetstoornissen
13. Hoe screent u voor eetstoornissen in de praktijk?
    a. Via vragenlijst 'Eating Disorder Screen for Primary Care' (ESP)
    b. Via vragenlijst 'Sick, control, one stone, fat, food' (SCOFF)
    c. Bevraging van gewichtsevolutie en eetgedrag
    d. Andere:
    e. Ik screen niet op eetstoornissen
14. Wanneer weegt u uw patiënten?
    a. Bij elke consultatie
    b. Bij klachten over gewicht
    c. Bij gastro-intestinale klachten
    d. Bij onwel bevinden
    e. Andere:
    f. Ik weeg mijn patiënten niet
15. Welk klinisch onderzoek voert u uit bij patiënten met (een vermoeden van) een eetstoornis?
    a. Algemene indruk
    b. Gewicht
    c. Lengte
    d. BMI
    e. Bloeddruk
    f. Hartfrequentie
    g. Temperatuur
    h. Haarstatus
    i. Inspectie van tanden
    j. Palpatie van speekselklieren
    k. Inspectie van huid
    l. Andere:
    m. Nee, ik voer geen klinisch onderzoek uit
16. Welk technische onderzoeken voert u uit bij patiënten met (een vermoeden van) een eetstoornis?
    a. Bloedafname
    b. Beeldvorming
    c. ECG
    d. Andere:
    e. Nee, ik voer geen technisch onderzoek uit
    f. Andere:
17. Indien u een bloedafname zou afnemen, wat vraagt u dan aan in het onderzoek?
18. Indien u beeldvorming zou aanvragen, welke onderzoeken vraagt u dan aan?

Beleid en opvolging

19. Na het vaststellen van een eetstoornis, hoe frequent volgt u de patiënt op?
    a. Dagelijks
    b. Wekelijks

c. Maandelijks
d. Jaarlijks
e. Andere

20. Wanneer verwijst u door?
21. Wanneer verwijst u dringend door?
22. Hoe doet u de opvolging van patiënten met eetstoornissen?
    a. Eigen solo-traject,
    b. Ik werk samen met diëtist **binnen** mijn huisartspraktijk
    c. Ik werk samen met diëtist **buiten** mijn huisartspraktijk
    d. Ik werk samen met psycholoog **binnen** mijn huisartspraktijk
    e. Ik werk samen met psycholoog **buiten** mijn huisartspraktijk
    f. Ik werk samen met verpleegkundige **binnen** mijn huisartspraktijk
    g. Ik werk samen met verpleegkundige **buiten** mijn huisartspraktijk
    h. Ik werk samen met andere huisarts **binnen** mijn praktijk
    i. Ik werk samen met andere huisarts **buiten** mijn praktijk
    j. Ik werk samen met psychiater **binnen** mijn huisartspraktijk
    k. Ik werk samen met psychiater **buiten** mijn huisartspraktijk
    l. Ik werk samen met andere:
    m. Ik doe geen opvolging
    n. Ik verwijs door naar een psychiater
    o. Ik verwijs door naar een diëtist (zonder samenwerking)
    p. Ik verwijs door naar een psycholoog (zonder samenwerking)
    q. Ik verwijs door naar een andere huisarts (zonder samenwerking)
    r. Ik verwijs door naar andere:
    s. Andere:
23. Start u zelf eetstoornis gerelateerde medicatie op bij patiënten met een eetstoornis?
    - Ja
    - Nee
24. Welke medicatie start u zelf op?

Samenwerking

25. Welke disciplines vindt u nuttig in het multidisciplinair opvolgen van een patiënt met een eetstoornis.
    a. Psychiater
    b. Psycholoog
    c. Diëtist
    d. Kinesist
    e. Verpleegkundige
    f. Huisarts
    g. Andere:
26. Op welke problemen stuit u bij het doorverwijzen?
    a. Niet weten wanneer
    b. Niet weten naar welke instantie of hulpverlener
    c. Lange wachttijden
    d. Patiëntenstop
    e. Andere

27. Indien u bij het doorverwijzen op lange wachttijden botst: hoe lang is deze gemiddeld?

Uw kennis over eetstoornissen

28. Vindt u uw kennis omtrent eetstoornissen, hun detectie, opvolging en behandeling voldoende?
    a. Ja
    b. Nee
29. Waar heeft u uw kennis opgedaan over uw aanpak bij eetstoornissen?
    a. E-learning
    b. Online info
    c. LOK-groep
    d. Webinar
    e. Fysieke bijscholing
    f. Basisopleiding geneeskunde
    g. Opleiding tot huisarts
    h. Andere

Eetexpert

30. Kent u VZW Eetexpert (Vlaams kenniscentrum voor eet- en gewichtsproblemen)?
    a. Ik ken hun infoaanbod op de website
    b. Ik ken hun werkmaterialen voor huisartsen
    c. Ik ken hun vormingsaanbod,
    d. Ik ken hun verwijs/advieslijn,
    e. Ik ken hen niet.
31. Wat vindt u van het aanbod van VZW Eetexpert?
32. Welke materialen gebruikte u al?
    a. Flowchart eetstoornissen
    b. Stappenplan eetstoornissen
    c. Fiches (o.a. rond gezonde leefstijl, eetcompetenties, beweeggedrag, lichaamstevredenheid, emotieregulatie, lijngedrag....)
    d. Andere :...
    e. Niets
33. Welk bijkomend aanbod zou u nuttig vinden?
34. Hoe zou u in de toekomst informatie over de aanpak bij eetstoornissen aangeboden willen krijgen?
    a. E-learning
    b. Online info
    c. LOK-groep
    d. Webinar
    e. Fysieke bijscholing
    f. Andere
35. Is het belangrijk voor u dat deze opleidingen een accreditatie hebben?
    a. Ja, ik volg geen opleidingen zonder accreditering
    b. Nee, als het onderwerp mij voldoend e interesseert vind ik een accreditatie niet nodig
    c. Nee, ik heb geen accreditatie nodig of volg ook opleidingen als mijn accreditatiepunten reeds behaald zijn
36. Heeft u nog bijkomende opmerkingen of vragen?

10.2 Bijlage 2: Screeningstools

10.2.1 Binge eating scale (BES) (56)

Vraag 1:

- Ik denk niet aan mijn gewicht of figuur wanneer ik bij anderen ben.
- Ik maak me zorgen om mijn figuur, maar het maakt me niet ongelukkig.
- Ik denk aan mijn figuur of gewicht en ven teleurgesteld in mijn gewicht.
- Ik denk vaak aan mijn gewicht en voel dan schaamte en afkeer.

Vraag 2:

- Ik heb geen moeite met traag eten.
- Ik eet snel, maar ik voel me nooit te vol.
- Soms voel ik mij overvol nadat ik snel gegeten heb.
- Ik slik mijn eten meestal door zonder te kauwen en heb nadien een overvol gevoel.

Vraag 3:

- Ik kan mijn drang naar eten onder controle houden.
- Ik denk dat ik minder controle heb over eten dan de gemiddelde persoon.
- Ik heb totaal geen controle over eten.
- Ik heb totaal geen controle over eten en ik probeer tevergeefs om tegen mijn drang naar eten te vechten.

Vraag 4:

- Ik heb niet de gewoonte om te eten wanneer ik me verveel.
- Soms eet ik wanneer ik me verveel, maar vaak kan ik mezelf afleiden en niet aan eten denken.
- Ik eet vaak uit verveling, maar soms kan ik mezelf afleiden en niet aan eten denken.
- Ik heb de gewoonte te eten uit verveling en niets kan me tegenhouden.

Vraag 5:

- Ik eet vooral omdat ik honger heb.
- Soms eet ik uit drang zonder honger te hebben.
- Eet ik vaak uit honger zelfs wanneer ik weet dat ik al genoeg gegeten heb. Ik kan dan niet meer genieten van wat ik eet.
- Hoewel ik geen honger heb, voel ik de nood om iets te eten, en voel ik me enkel voldaan wanneer ik mijn mond kan vullen.

Vraag 6: Nadat ik te veel gegeten heb:

- Voel ik mij niet schuldig, of heb ik geen spijt.
- Voel mij ik soms schuldig of heb ik soms spijt.
- Heb ik steeds sterke spijt- of schuldgevoelens.

Vraag 7:

- Als ik op dieet ben, verlies ik nooit volledig de controle over eten, zelfs wanneer ik te veel gegeten heb.
- Als ik een “verboden voedingsmiddel” eet tijdes een dieet, denk ik dat ik gefaald heb en ik eet nog meer.
- Wanneer ik op dieet ben en te veel eet, denk ik dat gefaald heb en eet ik nog meer.
- Ik ben altijd aan het overeten of aan het vasten.

Vraag 8:

- Het is eerder zeldzaam dat ik zoveel eet dat ik mij overvol voel.
- Ongeveer maandelijks eet ik zo veel dat ik mij overvol voel.
- Er zijn geregeld periodes iedere maand wanneer ik grote hoeveelheden voeding eet tijdens of tussen de maaltijden.
- Ik eet zo veel dat ik mij gewoonlijk na het eten slecht en misselijk voel.

Vraag 9:

- De hoeveelheid kcal die ik inneem is vrij constant doorheen de tijd.
- Soms, nadat ik te veel gegeten heb, probeer ik nadien minder kcal in te nemen.
- Ik heb de gewoonte om ‘s avonds te veel te eten. Meestal heb ik geen honger in de ochtend.
- Ik heb periodes doorgeen de week waarin ik mijzelf uithonger, gevolgd door periodes waarin ik te veel eet. Mijn leven bestaat uit eetbuien en vasten.

Vraag 10:

- Ik kan meestal beslissen om te stoppen met eten wanneer ik genoeg heb.
- Soms heb ik een drang om te eten die ik niet kan controleren.
- Ik heb vaak impulsen om te eten die zo sterk zijn dat ik ze niet onder controle heb, maar soms kan ik toch de controle bewaren.
- Ik heb geen controle over mijn drang om te eten.

Vraag 11:

- Ik kan makkelijk stoppen met eten als ik voldaan ben.
- Ik kan meestal stoppen met eten als ik voldaan ben, maar soms eet ik zoveel dat ik mij oncomfortabel voel.
- Het is moeilijk voor mij om te stoppen met eten eens ik begonnen ben, ik voel mij nadien meestal overvol.
- Het is een echt probleem voor mij om te stoppen met eten eens ik begonnen ben, soms ga ik opzettelijk braken omdat ik mij zo vol voel.

Vraag 12:

- Ik eet hetzelfde als ik bij vrienden of familie ben, als wanneer ik alleen ben.
- Soms ik eet anders bij vrienden of familie omdat ik mij bewust ben van mijn eetprobleem.
- Ik eet vaak weinig bij anderen omdat ik mij schaam.
- Ik ben beschaamd omdat ik te veel eet, ik eet enkel op momenten wanneer niemand mij ziet. Ik eet in het geheim.

Vraag 13:

- Ik eet 3 maaltijden per dag en af een toe een tussendoortje.
- Ik eet 3 maaltijden per dag en meestal ook een tussendoortje.
- Ik eet meer maaltijden of sla regelmatig een maaltijd over.
- Er zijn momenten waarop ik continu lijk te eten, zonder regelmaat in de maaltijden.

Vraag 14:

- Ik denk niet vaak aan de drang om veel te eten.
- Soms denk ik over hoe ik mijn drang om te eten onder controle moet houden.
- Ik denk vaak aan wat ik at of hoe ik mijn drang om te eten onder controle moet houden.
- Ik denk het merendeel van de tijd aan eten.

- Het is voor mij een constant gevecht om niet te eten.

Vraag 15:

- Ik denk niet meer aan eten dan de meeste mensen.
- Ik heb een sterk verlangen naar eten, maar enkel op bepaalde momenten.
- Er zijn dagen wanneer ik aan niets anders kan denken dan aan eten.
- De meeste dagen zijn voor mij gevuld met het denken aan eten. Ik heb het gevoel dat ik leef om te eten.

Vraag 16:

- Ik weet meestal wel of ik honger heb of niet, ik weet welke portiegrootte gepast is.
- Soms weet ik niet of ik echt honger heb of niet, op deze momenten kan ik niet inschatten hoe veel ik zou moeten eten.
- Zelfs als ik zou weten hoeveel kcal ik zou moeten innemen, zou ik nog steeds geen inschatting kunnen maken van wat voor mij een normale hoeveelheden voedsel zou zijn.

10.2.2 Eating disorder examination (EDE) (57)

De eating disorder examination is een semi-gestructureerd interview over het eetgedrag tijdens de voorbije 28 dagen volgens onderstaande structuur:

Openingsvragen

- Hoe ziet jouw eetpatroon er uit?
- Wisselen jouw eetgewoonten van dag tot dag?
- Is er een verschil tussen weekdagen en het weekend?
- Zijn er dagen waarop je niets gegeten hebt?

Eetpatroon

- Welke maaltijden of snacks heb je regelmatig gegeten?
- Heb je ooit onbewust ‘s nachts gegeten?

Knabbelen

- Heb je de voorbije 4 weken geknabbeld? Daarmee wordt bedoeld eten op een ongeplande en repetitieve manier.
- Tijdens het koken?
- Wat eet je dan?
- Waarom zou je dit niet als snacken omschrijven?
- Wist je op voorhand hoeveel je zou eten?

Beperken van eten

- Heb je bewust geprobeerd om jouw inname van voedsel te verminderen?
- Hoe probeerde je dit te doen?
- Was dit om jouw gewicht of figuur te beïnvloeden?
- Probeerde je dit om een gevoel van controle te hebben?

Vermijden van eten

- Heb je de voorbije 4 weken meer dan 8 wakkere uren aan een stuk niets gegeten?
- Was dit om jouw gewicht of figuur te beïnvloeden?
- Was dit om een gevoel van controle te hebben?

Lege maag

- Wou je dat jouw maag leeg was?
- Was dit om jouw gewicht of figuur te beïnvloeden?
- Was dit om een gevoel van controle te hebben?

Vermijden van voeding

- Heb je geprobeerd om voedsel dat je lekker vindt te vermijden?
- Welk voedsel?
- Was dit om jouw gewicht of figuur te beïnvloeden?
- Was dit om een gevoel van controle te hebben?

Diëten

- Heb je geprobeerd om bepaalde regels te volgen omtrent eten zoals calorieën beperken, bepaalde voedingsmiddelen niet eten?
- Welke regels?
- Was dit om jouw gewicht of figuur te beïnvloeden?
- Was dit om een gevoel van controle te hebben?

Preoccupatie met voeding, eten of kcal

- Heeft het denken over eten, voeding of kcal jouw concentratie verstoord?

Angst over controleverlies

- Ben je bang geweest om de controle over eten te verliezen?

Module voor boulimia nervosa

Module voor eetbuistoornis

Sociaal eten

- Hoe vaak ben je bezorgd geweest over het feit dat anderen jou zien eten?
- Hoe bezorgd was je hierover? Heb je hierdoor bepaalde situaties vermeden?

Heimelijk eten

- Hoe vaak heb je in het geheim gegeten?

Schuldgevoelens omtrent eten

- Hoe vaak heb je je schuldig gevoeld na het eten?
- Had je het gevoel dat je iets verkeerd had gedaan?
- Hoe schuldig voelde je je?

Braken

- Heb je opzettelijk braken opgewekt om je figuur of gewicht te beïnvloeden?
- Hoe vaak?

Laxativa

- Heb je laxativa gebruikt om je figuur of gewicht te beïnvloeden?
- Hoe vaak?

Diuretica

- Heb je diuretica gebruikt om je figuur of gewicht te beïnvloeden?
- Hoe vaak?

Sporten

- Hoe vaak heb je gesport om je figuur of gewicht te beïnvloeden?
- Voelde je je verplicht om te sporten?
- Welke sport? Hoe intensief?
- Heb je gesport zelfs wanneer andere verplichtingen hierdoor in het gedrang kwamen?
- Hoe voelde je je wanneer het niet lukte om te sporten?

Ander controlerend gedrag

- Heb je iets anders gedaan om je figuur of gewicht te beïnvloeden?
- Hoe vaak?

Gewicht

- Hoe vaak was je niet tevreden met jouw gewicht?
- Waarom? Maakte dit jou ongelukkig? Hoe lang had je dit gevoel?
- Wou je de voorbije 4 weken minder wegen?
- Had je een sterke wens om minder te wegen?
- Welk gewicht zou je willen hebben?
- Hoe vaak heb je jezelf gewogen?
- Hoe zou je je voelen als je jezelf exact 1x per week zou moeten wegen? Niet meer, niet minder.
- Welke gewichtstoename zou jou zeker ongelukkige gemaakt hebben?

Figuur

- Ben je de voorbije 4 weken ontevreden geweest over jouw figuur?
- Waarom? Maakte dit jou ongelukkig? Hoe lang had je dit gevoel?
- Heb je veel tijd gespendeerd aan het denken aan jouw figuur of gewicht?
- Heeft het denken aan jouw figuur of gewicht jouw concentratie verstoord?

Belang van gewicht, figuur en controle over eten?

- Hoe heeft jouw gewicht beïnvloedt hoe je over jezelf denkt als persoon?
- Als je nadenkt over alle dingen die beïnvloeden hoe je over jezelf denkt (bv. Prestatie op het werk, een goede ouder zijn, de relatie met jouw partner, enz.), en je al deze dingen in volgorde van belangrijkheid rangschikt, waar staat jouw gewicht dan?
- Idem voor het figuur
- Idem voor controle over eten

Angst voor gewichtstoename

- Hoe vaak ben je bang geweest om bij te komen?
- Hoe bang?

Ongemak bij het zien van het lichaam

- Hoe vaak voelde je je oncomfortabel bij het zien van jouw lichaam?
- Hoe voelde je je toen?

Ongemak bij het tonen van het lichaam

- Hoe vaak voelde je je oncomfortabel bij anderen die jouw lichaam zien?
- Hoe voelde je je toen?
- Heb je vermeden dat anderen jouw lichaam konden zien? Heb je opzettelijk losse kledij gedragen?

Dik voelen

- Heb je je de voorbije 4 weken dik gevoeld?
- Vind je dat een bepaald lichaamsdeel te dik is?

Waakzaamheid over figuur

- Heb je de voorbije 4 weken actief jouw figuur gemonitord?

Platte buik

- Heb je de voorbije 4 weken een sterke wens voor een platte buik gehad?

Lichaamssamentstelling

- Heb je de voorbije 4 weken nagedacht over de samenstelling van jouw lichaam, het vetpercentage, spierpercentage?

10.2.3 Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) (58)

Op een schaal van 0-28 dagen in de voorbije 4 weken (Nooit, 1-5 dagen, 6-12 dagen, 13-15 dagen, 16-22 dagen, 23-27 dagen, elke dag).

- Probeerde je opzettelijk de hoeveelheid voedsel die je inneemt te verminderen om jouw gewicht of figuur te beïnvloeden?
- Heb je langere periodes (8 wakkere uren of meer) niets gegeten om jouw gewicht of figuur te beïnvloeden?
- Probeerde je bepaalde voeding die je lekker vindt te vermijden om jouw gewicht of figuur te beïnvloeden?
- Heb je geprobeerd om bepaalde regels te volgen (bv. Kcal tellen) om jouw gewicht of figuur te beïnvloeden?
- Had je een vaststaande wens om een lege maag te hebben om jouw gewicht of figuur te beïnvloeden?
- Had je een vaststaande wens om een platte buik te hebben?
- Heeft het denken over voeding, eten of kcal het moeilijk gemaakt om je te concentreren op dingen die jou interesseren?
- Heeft het denken over jouw gewicht en figuur het moeilijk gemaakt om je te concentreren op dingen die jou interesseren?
- Ben je bang geweest dat je de controle over eten zou verliezen?
- Ben je bang geweest dat je zou bijkomen?
- Heb je je dik gevoeld?
- Heb je een sterke wens gehad om gewicht te verliezen?

Hoeveel keer heb je de voorbije 28 dagen meer dan een normale portie gegeten?

- Op hoeveel van deze dagen had je het gevoel van controleverlies over jouw eten?

Op hoeveel dagen van de voorbije 28 dagen zijn deze eetbuien voorgekomen?

Hoeveel keer heb je zelf braken opgewekt om zo jouw gewicht of figuur te beïnvloeden in de voorbije 28 dagen?

Hoeveel keer heb je laxativa gebruikt om zo jouw gewicht of figuur te beïnvloeden in de voorbije 28 dagen?

Hoeveel keer heb je overdreven of obsessief gesport om zo jouw gewicht of figuur te beïnvloeden in de voorbije 28 dagen?

Op een schaal van 0-28 dagen in de voorbije 4 weken (Nooit, 1-5 dagen, 6-12 dagen, 13-15 dagen, 16-22 dagen, 23-27 dagen, elke dag).

- Hoe vaak heb je in het geheim gegeten? Tel de eetbuien er niet bij.
- Hoe vaak heb je je schuldig gevoeld hierover omwille van het effect op jouw gewicht of figuur?
- Hoe bezorgd ben je geweest over het feit dat anderen jou zagen eten?

Op een schaal van 0 tot 6 (niet tot uitgesproken), over de voorbije 28 dagen:

- Heeft jouw gewicht beïnvloedt hoe je denkt over jezelf als persoon?
- Heeft jouw figuur beïnvloedt hoe je denkt over jezelf als persoon?
- Was je ongelukkig over jouw gewicht?
- Was je ongelukkig over jouw figuur?
- Hoe oncomfortabel vond je het om jouw lichaam in de spiegel te zien?
- Hoe oncomfortabel vond je het dat anderen jouw lichaam zien?

10.2.4 SCOFF (59)

S: Geef je wel eens over (Sick), vanwege een te vol gevoel bij het eten?
C: Is er Controleverlies over hoeveel je eet?
O: Meer dan 6 kg (One Stone) afgevallen in 3 maanden?
F: Vind je jezelf dik (Fat) terwijl anderen je juist dun vinden?
F: Overheerst voedsel en eten (Food) je leven?

10.2.5 Eating disorder screen for primary care (EDS-PC) (60)

Bent u tevreden over uw eetgewoonten?
Eet u ooit wel eens 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?

10.2.6 Eating loss of control scale (ELOCS) (61)

- I felt I had lost control over eating.
- While eating, I felt like I was watching or looking at myself from “outside”.
- I felt like the craving to eat overpowered me.
- My eating felt like a ball rolling down a hill that just kept going and going.
- I felt I was eating faster than normal.
- While eating, I felt a sense of relief or release.
- While eating, I felt a physical rush or high.
- While eating, I felt I was stuffing myself.
- I kept eating although I was no longer hungry.
- I felt helpless about controlling my eating.
- I felt like I had “blown it” and might as well keep eating.

- While eating, I felt disgusted.
- While eating, it did not seem real.
- I felt like I could not do anything other than eat.
- Eating as quickly as possible seemed to be the only thing that mattered.
- I lost track of what and how much I was eating.
- While eating, I felt like I was in my own little world.
- I could not concentrate on anything other than eating.
- While eating, I had feelings of shame.
- While eating, I felt like I was not paying attention to what I was eating.
- I found myself eating despite negative consequences.
- I ate until I was uncomfortably full.
- I continued to eat past the point when I wanted to stop.
- I finished eating only to discover I had eaten more than I thought

10.2.7 Questionnaire on eating and weight patterns (QEWP-5) (62)

Te raadplegen via https://www.phenxtoolkit.org/toolkit_content/PDF/PX651201.pdf.

10.2.8 Eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5) (63)

Online af te nemen via eda5.org.

10.2.9 Screen for disordered eating (SDE) (64)

- Voel je vaak de drang om te eten wanneer je emotioneel of gestresseerd bent?
- Heb je het gevoel dat je geen controle hebt over wat je eet?
- Doe je soms dingen om te compenseren voor wat je eten en zo je gewicht onder controle te houden?
- Houdt de wens om dun te zijn, of jouw gewicht of figuur te veranderen jou in de ban?
- Vind je jezelf dik terwijl anderen zeggen dat je dun bent?

10.2.10 7-item binge-eating disorder screener (65)

- Heeft u gedurende de voorbije 3 maanden een episode van overmatig eten gehad?
- Voelt u zich gespannen over uw episodes van overmatig eten?
- Tijdens deze episodes, hoe vaak had u het gevoel dat u geen controle had over uw voedselinname?
- Tijdens deze episodes, hoe vaak at u verder ondanks het gevoel van vol te zijn?
- Tijdens deze episodes, hoe vaak voelde u schaamde over de hoeveelheid die u at?
- Tijdens deze episodes, hoe vaak had u nadien een gevoel van afkeer of schuld?
- Gedurende de voorbije 3 maand, hoe vaak lokte u zelf braken uit om uw gewicht onder controle te kunnen houden?

10.2.11 Behaviour, belief and impairment (BBI) (12)

Gedrag, overtuiging en beperking model:

Gedrag:

- Calorieën: beperkt, normaal, excessief
- Voeding: gelimiteerd, gebalanceerd, overmatig
- Sport: geen, gezond, excessief
- Compensatiegedrag: geen, medicatie, eetbuien, braken

Overtuiging:

- Lichaamsbeeld: ontevreden, neutraal, tevreden
- Angst voor eten: geen, matig, ernstig
- Angst voor slechte ervaring met eten: geen, matig, ernstig
- Mentale gezondheid: gezond, onrustig, angstig, depressief, obsessief

Beperking:

- Gewicht: ondergewicht, op gewicht, overgewicht
- Fysieke gezondheid: gezond, ongezond, op de grens
- Mentale gezondheid: depressie, suïcidaliteit, automutilatie

10.3 Bijlage 3: overzicht van de resultaten

Variabele	Resultaten	
Aantal jaren ervaring	Gemiddelde	13,89
	Minimum	1
	Maximum	50
	Aantal HAIO's	9
Samenstelling praktijk	Groep	57
	Solo	8
	Duo	5
	Wijkgezondheidscentrum	1
Aantal GMD's	Gemiddelde	1240
	Minimum	35
	Maximum	8600
Aantal patiënten met een ES voorbije 6 maanden	Gemiddelde	2,6
	Minimum	0
	Maximum	10
Verandering tijdens COVID-19 pandemie	Toename	47%
	Afname	0%
	Geen verschil	53%
Verandering van welke ES tijdens COVID-19 pandemie	Anorexia	55%
	Boulimia	9%
	Eetbuistoornis	5%
	Alle	41%
Gemiddelde leeftijd van een patiënt met ES		18,82
Wanneer wordt er gedacht aan een ES?	Ondergewicht	97%
	Elektrolytenstoornissen	35%

	Laxativa		37%
	Sporten		75%
	Andere	Palpitaties	
		Minderwaardig zelfbeeld	
		Psychische klachten	
		Controledrang/ perfectionisme	
		Overgewicht	
		Menstruatieproblemen	
		Depressie	
		Schoolverlet	
		Faalangst	
		Obessieve houding tov voeding	
		Bezorgdheid ouders	
Herkennen van ES	Moeilijk		45%
	Anorexia		67%
	Boulimia		25%
	Eetbuistoornis		17%
Bevraging naar signalen ES	Elke consultatie		0%
	Klachten over gewicht		68%
	Onwel bevinden		52%
	Gastro-intestinale klachten		37%
	Ik bevraag niet		12%
	Andere	Depressieve klachten	
		Vermoeidheid	
		Perfectionisme	
		Vermoeden eetstoornis	
		Gewichtsdaling	
		Ongerustheid omgeving	
Screening naar ES	Ik screen niet		45%
	SCOFF		2%
	ESP		0%
	Gewichtsevolutie en eetgedrag		55%
Wegen van patiënt	Elke consultatie		15%
	Klachten over gewicht		57%
	Onwel bevinden		23%
	Gastro-intestinale klachten		15%
	Ik weeg niet		2%
	Andere	Ik weeg expres niet om geen eetstoornis te induceren	

Welk klinisch onderzoek bij vermoeden ES	Algemene indruk		88%
	Gewicht		95%
	Lengte		90%
	BMI		88%
	Bloeddruk		90%
	Hartfrequentie		82%
	Temperatuur		15%
	Haarstatus		27%
	Inspectie tanden		13%
	Palpatie speekselklieren		10%
	Inspectie huid		30%
	Geen		3%
	Andere	Palpatie abdomen	
		Keelinspectie	
		Ik laat KO over aan 2e lijn	
		Thoraco-abdominaal onderzoek	
Welk technisch onderzoek bij vermoeden ES	Labo		92%
	Beeldvorming		3%
	ECG		15%
	Geen		8%
Welke labo-analyses bij vermoeden ES	PBO		75%
	Elektrolyten		76%
	Schildklier		53%
	Lever		49%
	Nier		60%
	Glucose		20%
	Hormonen		9%
	Vit D		7%
	Ferritine		22%
	Foliumzuur		11%
	B12		11%
	Vitamines		22%
	Bilirubine		2%
	Lipase		4%
	Hb		5%
	Eiwit		15%
	Routine		4%
Welke beeldvorming bij vermoeden ES	Geen		66%
	Botdensito		20%

	Echocor	2%
	Echo abdomen	7%
	RX pols	2%
Frequentie van opvolging bij ES	Wekelijks	36%
	2 wekelijks	12%
	Maandelijks	50%
	Afhankelijk van andere hulpverleners	9%
	Afhankelijk van ernst	5%
Doorverwijzing	Altijd	56%
	BMI	23%
	Leeftijd	4%
	Onzekerheid eigen kennis	8%
	Falen eigen behandeling	6%
	Nood tot acute hulp	4%
	Labo afwijkend	6%
	Comorbiditeit	4%
	Psychische comorbiditeit	2%
	Flowchart Eetexpert	2%
	Op vraag van patiënt	4%
	Op vraag van familie	2%
Dringende doorverwijzing	Altijd	2%
	BMI	55%
	Leeftijd	2%
	Falen eigen behandeling	2%
	Nood tot acute hulp	12%
	Labo afwijkend	24%
	Comorbiditeit	2%
	Psychische comorbiditeit	27%
	Flowchart Eetexpert	2%
	Op vraag van patiënt	0%
	Op vraag van familie	2%
	ECG afwijkend	8%
	Complicaties	18%
	Thuissituatie	2%
Samenwerking	Eigen solo-traject	9%
	Ik werk samen met diëtist binnen mijn huisartspraktijk	12%
	Ik werk samen met diëtist buiten mijn huisartspraktijk	45%
	Ik werk samen met psycholoog binnen mijn huisartspraktijk	14%

	Ik werk samen met psycholoog buiten mijn huisartspraktijk		52%
	Ik werk samen met verpleegkundige binnen mijn huisartspraktijk		14%
	Ik werk samen met verpleegkundige buiten mijn huisartspraktijk		2%
	Ik werk samen met psychiater binnen mijn huisartspraktijk		0%
	Ik werk samen met psychiater buiten mijn huisartspraktijk		26%
	Ik werk samen met andere huisarts binnen mijn praktijk		9%
	Ik werk samen met andere huisarts buiten mijn praktijk		0%
	Ik verwijs door naar een psychiater		47%
	Ik verwijs door naar een diëtist (zonder samenwerking)		40%
	Ik verwijs door naar een psycholoog (zonder samenwerking)		36%
	Ik verwijs door naar een andere huisarts (zonder samenwerking)		0%
Start medicatie	Ja		17%
	Nee		83%
Welke medicatie	SSRI		50%
	Antidepressiva		10%
	SNRI		10%
	Mirtazapine		30%
	Andere	Metformine	
		Ca Vit D	
Nuttige disciplines	Psychiater		80%
	Psycholoog		98%
	Diëtist		92%
	Kinesist		35%
	Verpleegkundige		28%
	Huisarts		73%
Problemen bij doorverwijzen	Niet weten wanneer		17%
	Niet weten naar welke hulpverlener		47%
	Patiëntenstop		28%
	Lange wachttijden		90%
	Andere	Drempel bij patiënt	
		Financieel	
		Afstand	
Kennis over ES voldoende	Ja		15%
	Nee		85%

Waar kennis opgedaan	E-learning		29%
	Online info		43%
	LOK		12%
	Webinar		16%
	Fysieke bijscholing		21%
	Basisopleiding geneeskunde		57%
	Opleiding huisarts		9%
	Andere	Opleiding diëtist	
		Advies specialist	
		Handboek	
		Ervaring	
		Ervaring als kind & gezin arts en CLB arts	
Kent u Eetexpert?	Ik ken hen niet		44%
	Ik ken hun info-aanbod		52%
	Ik ken hun verwijslijn		6%
	Ik ken hun vormingsaanbod		18%
	Ik ken hun werkmaterialen		25%
Gebruikte materialen eetexpert	Niets		65%
	Fiches		19%
	Stappenplan		18%
	Flowchart		19%
Nuttig bijkomend aanbod	Coordinator		
	Extra opleiding		
	Doorverwijschart per regio		
	Flowcharts		
	Info over nieuw zorgpad		
	Acuratere doorverwijsinfo		
	Kortere steekkaarten		
	Hands-on training		
Hoe info ontvangen van Eetexpert	E-learning		67%
	Online info		49%
	LOK		49%
	Webinar		50%
	Fysieke bijscholing		27%
	Andere	Persoonlijk advies	
Accreditering nodig?	Ja		59%
	Nee, interesse		33%
	Nee, niet nodig		41%

11 Bibliografie

1. Berete F, Braekman E, Bruggeman H, Charafeddine R, Demarest S, Drieskens S, et al. ZESDE COVID-19-GEZONDHEIDSENQUÊTE. 2022.
2. Gezondheidszorg WW-S-GvdG. Wachten op psychische hulp. 2020.
3. Gisle L. GEESTELIJKE GEZONDHEID

Gezondheidsenquête 2018. 2018.
4. Lazare K, Mehak A, Telner D. Exploring the primary care experiences of adult patients with eating disorders: a qualitative analysis. Eating disorders. 2021;29(1):1-16.
5. Aalmen MH, Rosenvinge JH, Holund A, Pettersen G. General practitioners' experiences of patients with eating disorders. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2020.
6. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
7. Eetexpert V. Cijfers België: eetstoornissen 2024 [Available from: https://eetexpert.be/cijfers-belgie-eetstoornissen/#buttons-menu-top.
8. Hay P, Hart LM, Wade TD. Beyond screening in primary practice settings: Time to stop fiddling while Rome is burning. International Journal of Eating Disorders. 2022;55(9):1194-201.
9. Klein DA, Sylvester JE, Schvey NA. Eating Disorders in Primary Care: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2021;103(1):22-32.
10. Bryant E, Spielman K, Le A, Marks P, Touyz S, Maguire S, et al. Screening, assessment and diagnosis in the eating disorders: findings from a rapid review. Journal of Eating Disorders. 2022;10(1).
11. Malson H, Tischner I, Herzig H, Kitney D, Phillips C, Norweg S, et al. Key stakeholder perspectives on primary care for young people with an eating disorder: A qualitative study. Journal of Community & Applied Social Psychology. 2022;32(2):288-301.
12. Ridgeway L, Katzman D, McNicholas F. Behaviour, Belief and Impairment (BBI): a diagnostic procedure for eating disorders in primary care. Irish Journal of Medical Science. 2023;192(3):1447-52.
13. Kornstein SG. Epidemiology and recognition of binge-eating disorder in psychiatry and primary care. The Journal of clinical psychiatry. 2017;78(suppl 1):6543.
14. Eetexpert V. Ontstaansfactoren 2024 [Available from: https://eetexpert.be/stappenplan-risicoprofiel-eetproblemen-en-gewichtsproblemen-ontstaansfactoren/#buttons-menu-top.
15. Nightingale BA, Cassin SE. Disordered Eating Among Individuals with Excess Weight: a Review of Recent Research. Current Obesity Reports. 2019;8(2):112-27.
16. Wade TD. Recent Research on Bulimia Nervosa. Psychiatric Clinics of North America. 2019;42(1):21-+.
17. Nolan E, Bunting L, McCartan C, Davidson G, Grant A, Schubotz D, et al. Prevalence of probable eating disorders and associated risk factors: An analysis of the Northern Ireland Youth Wellbeing Survey using the SCOFF. British Journal of Clinical Psychology. 2023;62(1):180-95.
18. Kuschner ES, Morton HE, Maddox BB, de Marchena A, Anthony LG, Reaven J. The BUFFET program: Development of a cognitive behavioral treatment for selective eating in youth with autism spectrum disorder. Clinical child and family psychology review. 2017;20:403-21.
19. Ledford JR, Gast DL. Feeding problems in children with autism spectrum disorders: A review. Focus on autism and other developmental disabilities. 2006;21(3):153-66.
20. Schreck KA, Williams K, Smith AF. A comparison of eating behaviors between children with and without autism. Journal of autism and developmental disorders. 2004;34:433-8.
21. Ritholz M, Salvia M, Craigen KLE, Quatromoni P. What helps and what hinders primary care treatment for women with type 2 diabetes and binge eating disorder? A qualitative study. Diabetic Medicine. 2022;39(8).
22. Chevinsky JD, Wadden TA, Chao AM. Binge Eating Disorder in Patients with Type 2 Diabetes: Diagnostic and Management Challenges. Diabetes Metabolic Syndrome and Obesity-Targets and Therapy. 2020;13:1117-31.

23. Rienecke RD, Johnson C, Le Grange D, Manwaring J, Mehler PS, Duffy A, et al. Adverse childhood experiences among adults with eating disorders: comparison to a nationally representative sample and identification of trauma. Journal of Eating Disorders. 2022;10(1).
24. Grogan K, MacGarry D, Bramham J, Scriven M, Maher C, Fitzgerald A. Family-related non-abuse adverse life experiences occurring for adults diagnosed with eating disorders: a systematic review. Journal of Eating Disorders. 2020;8(1).
25. Plichta M, Jezewska-Zychowicz M. Orthorexic Tendency and Eating Disorders Symptoms in Polish Students: Examining Differences in Eating Behaviors. Nutrients. 2020;12(1).
26. Simas JPN, Macara A, Melo SIL. Eating disorders and associated factors in professional classical ballet dancers in Brazil. Mundo Da Saude. 2019;43(2):472-93.
27. Del Barrio AG, Guerrero FR, Gonzalez PB, Fernandez MP, Blanco LS, Mugica EL, et al. A retrospective investigation of the prodromal stages of eating disorders and use of health services in young patients the year prior to the diagnosis. Early Intervention in Psychiatry. 2022;16(2):162-7.
28. Pehlivan MJ, Miskovic-Wheatley J, Le A, Maloney D, Touyz S, Maguire S, et al. Models of care for eating disorders: findings from a rapid review. Journal of Eating Disorders. 2022;10(1).
29. Khalifa I, Goldman RD. Anorexia nervosa requiring admission in adolescents. Can Fam Physician. 2019;65(2):107-8.
30. Needham H, Ferguson E, Takemoto D, Idicula S. Emergency Management in Eating Disorders. Adolescent Psychiatry. 2019;9(2):135-41.
31. Lebow J, Mattke A, Narr C, Partain P, Breland R, O'Brien JRG, et al. Can adolescents with eating disorders be treated in primary care? A retrospective clinical cohort study. Journal of Eating Disorders. 2021;9(1).
32. Le Grange D, Pradel M, Pogos D, Yeo M, Hughes EK, Tompson A, et al. Family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: Outcomes of a stepped-care model. International Journal of Eating Disorders. 2021;54(11):1989-97.
33. Resmark G, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Zeeck A. Treatment of Anorexia Nervosa-New Evidence-Based Guidelines. Journal of Clinical Medicine. 2019;8(2).
34. Guerdjikova AI, Mori N, Casuto LS, McElroy SL. Binge Eating Disorder. Psychiatric Clinics of North America. 2017;40(2):255-+.
35. Keshen A, Kaplan AS, Masson P, Ivanova I, Simon B, Ward R, et al. Binge eating disorder Updated overview for primary care practitioners. Canadian Family Physician. 2022;68(6):416-21.
36. Feltner C, Peat C, Reddy S, Riley S, Berkman N, Middleton JC, et al. Screening for Eating Disorders in Adolescents and Adults Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. Jama-Journal of the American Medical Association. 2022;327(11):1068-82.
37. Llano J, Lin KW. Management of Binge-Eating Disorder in Adults. Am Fam Physician. 2017;95(5):324-6.
38. Guerdjikova AI, Mori N, Casuto LS, McElroy SL. Update on Binge Eating Disorder. Medical Clinics of North America. 2019;103(4):669-+.
39. Ralph AF, Brennan L, Byrne S, Caldwell B, Farmer J, Hart LM, et al. Management of eating disorders for people with higher weight: clinical practice guideline. Journal of Eating Disorders. 2022;10(1).
40. . !!! INVALID CITATION !!! (5, 25, 29).
41. Eetexpert. Stappenplan eetstoornissen voor de huisarts. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via Eetexpertbe)2017, update 2024.
42. Tse A, Xavier S, Trollope-Kumar K, Agarwal G, Lokker C. Challenges in eating disorder diagnosis and management among family physicians and trainees: a qualitative study. Journal of Eating Disorders. 2022;10(1).
43. Johns G, Taylor B, John A, Tan J. Current eating disorder healthcare services - the perspectives and experiences of individuals with eating disorders, their families and health professionals: systematic review and thematic synthesis. Bjpsych Open. 2019;5(4).

44. Richmond TK, Woolverton GA, Mammel K, Ornstein RM, Spalding A, Woods ER, et al. How do you define recovery? A qualitative study of patients with eating disorders, their parents, and clinicians. International Journal of Eating Disorders. 2020;53(8):1209-18.
45. Bardone-Cone AM, Hunt RA, Watson HJ. An Overview of Conceptualizations of Eating Disorder Recovery, Recent Findings, and Future Directions. Current Psychiatry Reports. 2018;20(9).
46. Miskovic-Wheatley J, Koreshe E, Kim M, Simeone R, Maguire S. The impact of the COVID-19 pandemic and associated public health response on people with eating disorder symptomatology: an Australian study. Journal of Eating Disorders. 2022;10(1).
47. Raventós B, Abellan A, Pistillo A, Reyes C, Burn E, Duarte-Salles T. Impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders diagnoses among adolescents and young adults in Catalonia: A population-based cohort study. International Journal of Eating Disorders. 2023;56(1):225-34.
48. Khot SC, Monge MC. COVID-19 and Adolescent Eating Disorders. Pediatric Annals. 2022;51(4):E150-E3.
49. Cooper M, Reilly EE, Siegel JA, Coniglio K, Sadeh-Sharvit S, Pisetsky EM, et al. Eating disorders during the COVID-19 pandemic and quarantine: an overview of risks and recommendations for treatment and early intervention. Eating disorders. 2022;30(1):54-76.
50. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2020;59(11):1218-39. e3.
51. Kalindjian N, Hirot F, Stona A-C, Huas C, Godart N. Early detection of eating disorders: a scoping review. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2021:1-48.
52. Vermassen A, Vanderlinden J, Pieters G. Eetstoornissen in de huisartsenpraktijk: diagnose en behandeling. Tijdschrift voor Geneeskunde. 2012;68:1035-49.
53. Sebaaly JC, Cox S, Hughes CM, Kennedy MLH, Garris SS. Use of fluoxetine in anorexia nervosa before and after weight restoration. Annals of Pharmacotherapy. 2013;47(9):1201-5.
54. Eetstoornissen MR. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut: http://www ggzrichtlijnen nl/index php. 2006.
55. Peat CM, Feltner C. Addressing eating disorders in primary care: Understanding screening recommendations and opportunities to improve care. International Journal of Eating Disorders. 2022;55(9):1202-7.
56. Binge Eating Scale (BES) 2025 [Available from: https://psychology-tools.com/test/binge-eating-scale.
57. Fairburn CG CZ, O'Connor M. Eating Disorder Examination. 2014;17.0:45.
58. Fairburn CG BS. Eating Disorder examination questionnaire (EDE-Q 6.0). 2008.
59. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. Bmj. 1999;319(7223):1467-8.
60. Cotton MA, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. Journal of general internal medicine. 2003;18(1):53-6.
61. Latner JD, Mond JM, Kelly MC, Haynes SN, Hay PJ. The Loss of Control Over Eating Scale: development and psychometric evaluation. Int J Eat Disord. 2014;47(6):647-59.
62. Yanovski SZ, Marcus MD, Wadden TA, Walsh BT. The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5: an updated screening instrument for binge eating disorder. Int J Eat Disord. 2015;48(3):259-61.
63. Eating Disorder Assessment 2019 [Available from: https://eda5.org/.
64. Maguen S, Hebenstreit C, Li Y, Dinh JV, Donalson R, Dalton S, et al. Screen for Disordered Eating: Improving the accuracy of eating disorder screening in primary care. Gen Hosp Psychiatry. 2018;50:20-5.
65. Herman BK, Deal LS, DiBenedetti DB, Nelson L, Fehnel SE, Brown TM. Development of the 7-Item Binge-Eating Disorder Screener (BEDS-7). Prim Care Companion CNS Disord. 2016;18(2).