KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Zorg voor jongeren met eet- en gewichtsproblemen
Implementatie van het stappenplan

Nguyen Thi Kim Hanh – KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Paul De Cort – KU Leuven

Co-promotoren: Mevr. An Vandeputte – vzw Eetexpert.be

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Inhoudstabel

Dankwoord 4

Abstract 5

Inleiding 6

Keuze van het onderwerp. 6

Onderzoeksvragen. 6

Methode. 7

Resultaten 9

Literatuurstudie. 9

1. Antropometrische indicatoren. 9
   - a. *Body Mass Index.* 9
   - b. *Tailleomtrek.* 10
   - c. *Aanbeveling in literatuur omtrent meetgegevens.* 10
2. Definitie. 11
   - a. *Voedings- en eetprobleem, voedings- en eetstoornis* 11
   - b. *Overgewicht en obesitas.* 14
3. Prevalentie eet- en gewichtsproblemen. 15
   - a. *Internationaal.* 15
   - b. *Nationale gegevens.* 16
   - c. *Regionale gegevens* 16
4. Oorzaak van eet- en gewichtsproblemen. 17
   - a. *Biologische factoren.* 17
   - b. *Psychologische factoren.* 17
   - c. *Sociale factoren.* 17
5. Risicofactoren voor het ontwikkelen van eet- en gewichtsproblemen. 18
   - a. *Risicofactoren voor het ontwikkelen van eetproblemen en –stoornissen.* 18
   - b. *Risicofactoren voor het ontwikkelen van overgewicht en obesitas.* 18
6. Vroegtijdige detectie van eet- en gewichtsproblemen. 19
   - a. *Belang van vroegtijdige detectie van eet- en gewichtsproblemen.* 19
   - b. *Mogelijke drempels bij het opsporen van eet- en gewichtsproblemen.* 20
   - c. *Vroegtijdige detectie in eerste lijn.* 20
7. Aanbevelingen in verband met vroegtijdige detectie en begeleiding in eerste lijn. 22
   - a. *Gemodificeerde 5A-principe.* 22
   - b. *Basisanamnese.* 22

c. De biometrie. 22
d. Informeren van ouders en kind. 23
e. Aanwezigheid van risicofactoren. 23
f. Specifieke screeningstool bij vermoeden van eetstoornis. 23
g. Verdere begeleiding bij aanwezigheid van eet- of gewichtsprobleem. 24
Evaluatie van het draaiboek. 25
1. Inleiding. 25
2. Definities. 25
a. Bepalen van gezond gewicht. 25
b. Storing in eetgedrag. 25
3. Anamnese. 26
a. Basisanamnese. 26
b. Verdere anamnese. 27
4. Klinisch onderzoek. 27
5. Somatische oorzaken. 27
6. Evaluatie aanwezigheid lichamelijke gevolgen. 28
7. Inschatten van ernst. 28
8. Opstellen behandelplan. 28
Praktijkonderzoek: interview huisartsen. 29
1. Inleiding. 29
2. Deel 1: Oriëntatie van het probleem en standpunt van de huisarts. 29
a. Standpunt in verband met opsporing van eet- en gewichtsproblemen. 30
b. Opsporing en begeleiding: vooroordelen en andere struikelblokken. 30
3. Deel 2: Registratie van de gegevens. 33
4. Deel 3: Bekendheid van het vzw Eetexpert.be en het stappenplan. 33
5. Interpretatie van de resultaten. 34
Praktijkonderzoek: bevragen van 6 – 12 jarigen en hun ouder(s). 35
1. Opstellen van de screeningstool. 35
2. Praktijkonderzoek. 35
3. Standpunt en beleving van de ouders. 36
4. Beleving van de artsen. 36

Discussie 37

Besluit 39

Bijlagen 41

Dankwoord

Graag wil ik eerst enkele mensen bedanken die mij hebben bijgestaan tijdens de opleiding en tijdens het schrijven van mijn masterproef.

Aan mijn promotor Prof. Dr. Paul De Cort, verbonden aan de KU Leuven, en co-promotor Mevr. An Vandeputte, verbonden aan vzw Eetexpert.be: bedankt om tijd te nemen om mij te begeleiden tijdens dit project. Ook tijdens drukke tijden en vakanties stonden jullie steeds klaar met raad en advies, zodat ik deze masterproef tot een goed einde kon brengen.

Verder zou ik graag mijn praktijkopleider, Dr. Els Deroose, bedanken voor de intense begeleiding tijdens het hele proces dat heeft geleid tot deze MaNaMa-thesis. Reeds bij het opstellen van het onderwerp, over het uitvoeren van het praktijkonderzoek, tot het nalezen van de literatuurstudie, … Je was er altijd om me verder te helpen. Ook mijn grote dank voor het delen van je kennis en ervaring tijdens mijn opleiding tot huisarts.

Vervolgens wil ik mijn beide stagecoördinatoren, Dr. Franky D'Argent en Dr. Marleen Hardy bedanken. Jullie waren steeds een luisterend oor en stonden klaar met wijze raad om me door de moeilijke periodes heen te helpen. Jullie betrokkenheid en persoonlijke advies hebben me gemaakt tot de huisarts die ik vandaag ben.

En tot slot mijn speciale dank aan mijn familie en vrienden. Bedankt aan mijn vrienden die steeds klaarstonden om me te helpen met vragen over de opleiding, bedankt voor de vele gesprekken over de grote en minder grote dingen in het leven. Dank aan mijn lieve zussen die zorgden voor een lach en ontspanning tijdens de lange dagen en voor rust als ik die nodig had. En bedankt aan mijn ouders voor jullie liefdevolle steun en oneindig begrip. Zonder jullie zou ik nooit staan waar ik nu sta, bedankt om ervoor te zorgen dat ik mijn dromen kan najagen.

Abstract

Context: Eet- en gewichtsproblemen kunnen reeds op jonge leeftijd voorkomen. De huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt en kan door een efficiënte aanpak toekomstige gezondheidsproblemen voorkomen. In de praktijk zijn er echter struikelblokken die een optimale begeleiding belemmeren.

Onderzoeksvraag: De thesis bevat vier vragen: Wat is de prevalentie van eet- en gewichtsproblemen bij kinderen van 6-12 jaar? Is het stappenplan "Zorg voor jongeren met eet- en gewichtsproblemen", ontwikkeld door vzw Eetexpert.be in 2008 up-to-date aan de recente, internationale richtlijnen? Welke zijn de struikelblokken om verdere begeleiding bij eet- en gewichtsproblemen te geven of te aanvaarden? Wat is de bekendheid van het stappenplan in de regio, is het in zijn huidige vorm een bruikbaar instrument om kinderen met eet- en gewichtsproblemen op te sporen?

Methode: Een literatuurstudie toont de omvang van de problematiek en de laatste richtlijnen omtrent opsporing en begeleiding. Aan de hand van deze resultaten wordt het draaiboek van vzw Eetexpert.be geëvalueerd en wordt een screeningstool ontwikkeld die als handleiding dient bij opsporen van eet- en gewichtsproblemen. Via een vragenlijst wordt het standpunt van de huisartsen ten opzichte van deze problemen bevraagd en wordt er gepeild naar de bekendheid van het stappenplan. Alle ouders die op consultatie komen met hun kind tussen de 6 en 12 jaar worden gevraagd om de screeningstool te overlopen. Bij vermoeden van aanwezigheid van een eet- of gewichtsprobleem wordt verdere begeleiding aangeboden.

Resultaten: De literatuurstudie toont dat verder onderzoek noodzakelijk is betreffende prevalentie van eet- en gewichtsproblemen en hun vroegtijdig opsporing en begeleiding. Van de eenentwintig gevraagde huisartsen hebben zeventien huisartsen de vragenlijst beantwoord. Hoewel ze eet- en gewichtsproblemen als belangrijk beschouwen, volgen ze het gewicht van de patiënten niet actief op. De verantwoordelijkheid ligt volgens hen bij de patiënt. De bekendheid van het draaiboek bij de huisartsen is zeer klein. De huisartsen zijn wel bereid om een stappenplan te volgen indien dit gemakkelijk te gebruiken is. Acht huisartsen stemden in om mee te werken aan het praktijkonderzoek bij 6- tot 12- jarigen. Tijdens dit praktijkonderzoek werden negenentwintig kinderen geïncludeerd, bij drie kinderen werd verdere begeleiding aangeraden. De ouders vinden eet- en gewichtsproblemen belangrijk en een jaarlijkse controle nuttig. De opgestelde screeningstool is voor de ouders een goede manier om dit te doen. Bij het peilen naar de beleving van de huisartsen na het praktijkonderzoek bleek nogmaals dat de struikelblokken uit de literatuur overeenkomen met de realiteit. Slechts door twee van de acht huisartsen werd de screeningstool toegepast, die ze een handig instrument vinden om het algemeen welzijn van de kinderen in te schatten.

Conclusie: Het doel van deze thesis is om van het draaiboek een meer bruikbaar instrument te maken en de problematiek rond eetgewoontes en gewicht gemakkelijker bespreekbaar. Zowel ouders als huisartsen zijn van mening dat eet- en gewichtsproblemen snel opgespoord moeten worden, toch werd de screeningstool, die aanvaardbaar is voor de ouders, weinig toegepast door de huisartsen. Inspanning om de bekendheid van vzw Eetexpert.be en om het algemeen besef rond eet- en gewichtsproblemen te verhogen, moet volgehouden worden. De artsen die de screeningstool wel hebben gebruikt, vonden het een bruikbaar instrument om deze problemen bespreekbaar te maken en blijven na het afronden van de studie de biometrie van de patiënten systematisch op te volgen.

Inleiding

Keuze van het onderwerp.

Eet- en gewichtsproblemen kunnen reeds op jonge leeftijd voorkomen. Zij vormen niet enkel een probleem voor de lichamelijke gezondheid, ook het algemeen welzijn van het kind lijdt eronder.[1,2,3,4] Door een tijdige en efficiënte aanpak, kunnen toekomstige gezondheidsproblemen voorkomen worden.[1,5] De huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt voor ouders die vermoeden dat hun kind een eet- of gewichtsprobleem heeft. In de praktijk zijn er echter verschillende struikelblokken zowel bij de arts als bij de ouders en bij het kind, die een optimale begeleiding belemmeren.[4,6,7]

Al tijdens mijn eerste weken als HAIO kwamen verschillende ouders bij mij op consultatie met de wens een algemeen bloedonderzoek uit te voeren bij hun zoon of dochter. Pas bij verdere anamnese kwamen de eigenlijke "concerns" ter sprake: ze hadden de indruk dat hun kind meer woog dan de klasgenootjes en via bloedanalyse wilden zij onder andere metabole aandoeningen uitsluiten, waarna ze met gerustgesteld hart de eetgewoontes van hun kind zouden kunnen aanpassen. Een beweegreden die niet spontaan ter sprake kwam, waardoor het me opviel dat patiënten het moeilijk hebben met het aanbrengen van eet- en gewichtsproblemen.

Een kijk in het elektronisch medisch dossier (= EMD) toonde mij dat er weinig tot geen gegevens beschikbaar waren over de evolutie van de lengte en het gewicht van de patiënten. Bij verdere anamnese vroeg ik naar eetgewoontes, beweging en lichamelijke activiteit, … Achteraf gezien volgde ik geen vast patroon bij het voeren van de anamnese. Ik ging daarom op zoek naar een recente richtlijn rondom het opsporen en begeleiden van mogelijke eet- en gewichtsproblemen.

Vzw Eetexpert.be is een kenniscentrum dat de opdracht kreeg van het Vlaamse Ministerie van Welzijn om het zorgaanbod in Vlaanderen voor kinderen tussen 3 en 12 jaar met een gewichtsproblemen in kaart te brengen en te verbeteren.[2] Op hun site vond ik het draaiboek "ZORG VOOR KINDEREN MET EET- EN GEWICHTSPROBLEMEN. Vroegdetectie en begeleiding in de HUISARTSENPRAKTIJK", versie oktober 2008. Dit draaiboek maakt deel uit van een meer uitgebreid project, dat kiest voor een multidisciplinaire aanpak. Het draaiboek leek mij een interessant vertrekpunt voor het maken van mijn MaNaMa-thesis.

Onderzoeksvragen.

Deze thesis omvat 4 grote onderzoeksvragen:

1. Wat is de prevalentie van eet- en gewichtsproblemen, bij kinderen van 6 tot 12 jaar, internationaal, in Vlaanderen en meer regionaal, in Waregem?
2. Is het stappenplan "Zorg voor jongeren met eet- en gewichtsproblemen", ontwikkeld door vzw Eetexpert.be in 2008, in zijn huidige vorm, up-to-date aan de meest recente, internationale richtlijnen?
3. Welke zijn de mogelijke struikelblokken bij huisarts, ouders en kind om verdere begeleiding in kader van eet- en gewichtsproblemen te geven of te aanvaarden?
4. Wat is de bekendheid van het stappenplan in de regio? Is het in zijn huidige vorm een bruikbaar instrument om kinderen met eet- en gewichtsproblemen op te sporen?

Methode.

Een eerste onderdeel van deze thesis bestaat uit een ***literatuurstudie***. Deze biedt een antwoord op onderzoeksvraag één, twee en drie. Op deze wijze probeer ik een kijk te krijgen op de omvang van de problematiek (prevalentie, belang van vroegtijdige opsporing en begeleiding), op de mogelijke struikelblokken volgens de literatuur en ga ik na of het stappenplan nog steeds actueel is (definitie, classificatiesysteem, vroegtijdige opsporing, begeleiding?). Een eerste zoekopdracht uitgevoerd in PubMed werd als volgt geformuleerd: ((((obesity[MeSH Terms]) OR overweight[MeSH Terms]) AND children[MeSH Terms]) AND prevalence[MeSH Terms]) AND ("belgian/dutch" OR "belgium"). Het resultaat was een lijst met 24 artikels. Op basis van de titel werden 14 artikels weerhouden, na het doornemen van de abstract werden 11 artikels beschouwd als geschikt voor deze thesis. Met de zoekopdracht ((((eating disorder[MeSH Terms]) AND children[MeSH Terms]) AND underweight[MeSH Terms]) AND prevalence[MeSH Terms]) uitgevoerd via PubMed, bekwam ik een lijst met 6 artikels waaruit er 3 artikels werden weerhouden. De zoekopdracht (((feeding and eating disorders of childhood[MeSH Terms])) AND prevalence[MeSH Terms]) geeft een lijst van 9 artikels weer, waarvan 1 artikel als geschikt beschouwd werd. Vervolgens voerde ik de volgende zoekopdracht in: “feeding and eating disorder of childhood” AND “”prevalence” met een lijst van 9 artikels als resultaat. Na het doornemen van de titels en abstracts werden 2 artikels weerhouden. Aanvullend werd nog gezocht via Limo met de volgende termen: “childhood”, “childhood eating and feeding disorder”, “classification”, “eating disorder”, “feeding disorder”, “obesity”, “overweight”, “prevalence”, “prevention and control”, “questionnaire”, “treatment”. Bij het lezen van de abstracts werden de volgende criteria toegepast: jaartal van het artikel (liefst na 2008 aangezien het draaiboek werd uitgegeven in het jaar 2008), doelgroep van de studie (6- tot 12-jarigen), doel van de studie/artikel, … Verder zijn er gegevens verzameld via de databasen van National Institute for Health and Care Excellence (= NICE), het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (= CEBAM) en de World Health Organisation (= WHO). Daarnaast is er ook gezocht naar internationale draaiboeken/richtlijnen (Nederland, Canada). Tenslotte is er contact opgenomen met het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (= CLB).

Een tweede onderdeel van de thesis is een ***praktijkonderzoek***, waarbij een antwoord wordt gezocht op de derde en vierde vraag. Dit gebeurt via een vragenlijst bestemd voor de huisartsen in Waregem (bijlage 2), om na te gaan of de struikelblokken vermeld in de literatuur, overeenkomen met de realiteit. Verder wordt gepeild naar de bekendheid en het gebruik van het stappenplan. Er wordt ook gevraagd wat er mogelijks kan veranderen om het stappenplan meer bekendheid te geven en er een meer bruikbare tool van te maken. De vragenlijst is opgedeeld in drie onderdelen. Het eerste onderdeel van de vragenlijst gaat over de oriëntatie van het probleem en het standpunt van de huisarts. Dit onderdeel bestaat uit dertien stellingen, met telkens vijf antwoordkeuzes (akkoord, eerder akkoord, neutraal, eerder niet akkoord, niet akkoord) en drie stellingen met telkens vijf of drie antwoordmogelijkheden. Bij sommige stellingen krijgt de huisarts de kans om zelf het antwoord te nuanceren of aan te vullen. Het tweede onderdeel van de vragenlijst bevraagt de registratie van de nodige gegevens. Deze bestaat uit drie ja-/neevragen met telkens de mogelijkheid om het antwoord te verfijnen. Het derde onderdeel van de vragenlijst gaat over de bekendheid van vzw Eetexpert.be en het draaiboek zelf en bevat drie ja-/neevragen. De vragenlijst werd bewust beperkt gehouden tot de regio Waregem, waar achtentwintig artsen werkzaam zijn, zeven ouder dan 65 jaar, die niet meer meedraaien in de wachtrol. Daarom werd er besloten deze artsen niet te includeren in het onderzoek. Van de overgebleven eenentwintig artsen deden uiteindelijk zeventien artsen mee aan

de enquête/interview. Tenslotte is er een query uitgevoerd in eigen praktijk, ter evaluatie van de registratie van de nodige gegevens bij het doelgroep. Hiervoor zijn de volgende criteria gebruikt: leeftijd tussen 6 en 12 jaar, waarvan de praktijk houder is van het globaal medisch dossier (= GMD) van het jaar 2013 of 2014.

In een derde onderdeel vragen we de deelnemende huisartsen om bij alle kinderen tussen 6 en 12 jaar die op consultatie komen (ongeacht de aanmeldingsklacht) de nodige meetgegevens te bepalen. Daarna wordt de toestemming gevraagd om samen met de ouders en het kind het (eventueel) aangepaste ***stappenplan*** te overlopen: aan de hand van een vragenlijst wordt nagegaan of er bij dit kind een probleem rond eetgewoonten of gewicht aanwezig is. Indien van toepassing, wordt verdere begeleiding aangeboden. Er wordt gepolst naar de beleving van de ouders en het kind na het overlopen van de vragenlijst. Op elk moment van het onderzoek kunnen de ouders beslissen om dit stop te zetten. Bij vroegtijdig onderbreken van het traject wordt nagevraagd naar de mogelijke redenen. Dit onderdeel zal ook uitgevoerd worden in eigen praktijk. Hiervoor wordt een bundeltje opgesteld voor de ouders, met onder andere een informed consent, een informatieformulier en een toestemmingsformulier (bijlage 3). Verder bestaat de screeningstool uit een gegevensformulier met de basisgegevens (geslacht, leeftijd, lengte, gewicht, body mass index (= BMI) en buikomtrek) en de aanmeldingsklacht. Daarna begint de basisanamnese met een onderdeel voor ouders (zes ja-/neevragen) en een onderdeel voor de kinderen (zes stellingen die ze moeten aanvullen met één woord). Nadien wordt er in bepaalde gevallen een vervolganamnese afgenomen (het Eating disorder Screen for Primary care) (bijlage 4). Ten slotte toets ik via een vragenlijst de beleving van de ouders na het afnemen van de anamnese (bijlage 5).

Een vierde onderdeel van dit onderzoek is de ***evaluatie*** van het (eventueel) aangepast stappenplan. Dit gebeurt via een retrospectieve bevraging van de deelnemende huisartsen (bruikbaarheid, tevredenheid, …) en een persoonlijke reflectie van de opgedane ervaring.

Het uiteindelijke doel van deze thesis is het stappenplan op te tillen naar een hoger niveau en zo een meer bruikbaar instrument te ontwikkelen. Op die manier hopen we de problematiek rond eetgewoontes en gewicht bij jongeren gemakkelijker bespreekbaar te maken en de begeleiding meer aanvaardbaar.

Resultaten.

Literatuurstudie.

1. Antropometrische indicatoren.

a. Body Mass Index.

De Body Mass Index (= BMI) geeft de verhouding tussen lengte en gewicht weer, waarbij het gewicht (in kilogram) in de teller staat terwijl het kwadraat van de lengte (in meter) in de noemer staat.[3,8,9] Het is de meest gebruikte indicator voor het inschatten van mogelijke gewichtsproblemen, aangezien lengte en gewicht gemakkelijk te controleren zijn tijdens een consultatie.[1,3] Ook bij kinderen en jongeren blijkt de BMI een goede maat om gewicht te evalueren. Er is een significante associatie met de lichaamsmassa aan vet, cardiovasculaire risicofactoren, het metabool syndroom, sociale en psychologische problemen, en de algemene quality of life (= QoL).[1,3,4,9,10]

Interpretatie.

Er zijn twee verschillende manieren om de BMI te interpreteren bij kinderen en jongeren. Bij de ***distributionele methode*** gebeurt dit op basis van percentielen en referentiewaarden.[1,10] De Centers for Disease Controle and Prevention van de Verenigde Staten (= CDC) ontwikkelde leeftijdsafhankelijke BMI-groeicurves, gebaseerd op gegevens van 1963 tot 1994. Deze curves zijn nationaal representatief.[1]

Bij de methode van Cole en collega's gebeurt dit ***op basis van de cut-off waarden op volwassen leeftijd***.[1,3,8] Deze methode zet de BMI-waardes uit op een evolutiecurve van het gewicht, op basis van leeftijd en geslacht.[3] Het International Obesity Task Force (= IOTF) extrapoleerde de drempels op 18-jarige leeftijd naar de jongere jaren. Dit gebeurde op basis van grootschalige, internationale studiegegevens.[1]

Opmerkingen vanuit de literatuur over gebruik van groeicurves.

Het gebruik van verschillende classificatiesystemen is niet optimaal voor verdere onderzoeken in verband met eet- en gewichtsproblemen, en kan gemakkelijk leiden tot misverstanden en misinterpretaties. Zo komen de cut- off waarde voor overgewicht bij CDC en de IOTF overeen met elkaar, maar de cut- off waarde voor obesitas bij het IOTF is voor elke leeftijd hoger dan deze in het CDC-systeem. Dit betekent dat de prevalentie van obesitas via de CDC hoger is dan deze in het IOTF-systeem. De Canadian Medical Association Journal (= CMAJ) raadt aan het IOTF-classificatiesysteem (= methode van Cole en collega's) te gebruiken, en waar mogelijk beiden.[1]

Vernieuwde groeicurves.

De Wereldgezondheidsorganisatie (= WHO) heeft in 2007 een vernieuwde groeicurve voor kinderen van basisschoolleeftijd uitgegeven, gebaseerd op de antropometrische gegevens van een kind met een normale ontwikkeling en onafhankelijk van de omgevingsfactoren.[1,11] Deze studie is gekend als de WHO Multicentre Growth Reference Study (= MGRS). De curve is ontwikkeld aan de hand van gegevens van kinderen uit verschillende landen en van verschillende etniciteit (Brazilië, Ghana, Indië, Noorwegen, Oman en de VSA), bijgehouden tussen 1997 en 2003.[11] Deze kinderen groeien op onder de beste omstandigheden, met onder andere een gezonde voeding en zonder rokers in de directe omgeving.[1,11] Deze internationale standaard is een betere weergave van de eigenlijke prevalentie van

overgewicht en obesitas. De curves zijn aanvankelijk ontwikkeld voor kinderen jonger dan 5 jaar en zijn in 2006 uitgegeven.[11] Er ontstond een leemte voor kinderen tussen de 5 en de 19 jaar. De oude groeicurves voor deze leeftijdscategorie hadden nadelen zoals enkel beschikbare referentiewaardes vanaf de leeftijd van 9 jaar. Met gegevens uit drie databases, de Health Examination Survey, Cycle II (6 – 11 jaar), de Health Examination Survey, Cycle III (12 – 17 jaar) en de Health and Nutrition Examination Survey, Cycle I (geboorte tot 74 jaar, met gebruik van de data van 1 – 24 jaar) beschikt de WHO over de gegevens van 11 410 jongens en 11 507 meisjes. De nieuwe uniforme, internationale groeicurve is gevormd met behulp van deze gegevens, de vernieuwde groeicurve voor kinderen onder de 5 jaar en de referentiewaarden voor volwassenen. Deze vernieuwde curve toont een vlotte overgang tussen de verschillende leeftijdscategorieën, met een mooie verderzetting van de cut- off waarden op 5- jarige leeftijd en de aanbevolen cut- off waarden op 19- jarige leeftijd.[12] Zo kunnen zorgverleners accurater de gezondheidstoestand en –toekomst van een patiënt voorspellen. Verder onderzoek is nog gewenst, vooral in verband met het toepassen van en de verdere integratie van deze nieuwe groeicurve.[1,11,12]

b. Tailleomtrek.

De tailleomtrek is de meest geschikte meetwaarde om de viscerale vetmassa bij volwassenen te voorspellen. Een grote tailleomtrek is geassocieerd met een verhoogd risico op chronische aandoeningen, vroegtijdig overlijden en hoge gezondheidszorgkosten.[1] Ook voor kinderen geeft de buikomtrek een goed beeld weer van het visceraal en subcutaan abdominaal vet en is er een associatie tussen de middelomtrek en het risico op hartaandoeningen, een nadelig lipidenprofiel, te hoge triglyceriden, een hogere insulineresistentie en hoge bloeddruk.[4,13] De Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg stelt in 2009 bij meer dan honderd 8-jarigen dat een toename van één centimeter buikomtrek een verdubbeling van het risico op overgewicht op 12-jarige leeftijd betekent.[13] Referentiedata voor middelomtrek zijn nationaal gebonden (beschikbaar voor onder andere VSA en Canada), maar ontbreken in de meeste landen. Daarnaast is er geen universeel gestandaardiseerde meetmethode.[1,4,13] Pigeot en collega's[8] poolt gegevens in verband met prevalentie en determinanten van overgewicht en obesitas op kinderleeftijd uit verschillende Europese landen. Vijf studies bepalen de tailleomtrek ter hoogte van de navel (Cyprus, Italië, Zweden), één studie uit Estland bepaalt de tailleomtrek tussen de onderste rib en de heupkam, de studie uit België bevat geen gegevens over de tailleomtrek.[8] De meeste metingen in studies gebeuren bij een staand kind, in uitgeademde toestand, tussen de onderzijde van de ribbenboog en de bovenzijde van het bekkenkam.[1,4,13] Verder onderzoek omtrent klinische toepassing is noodzakelijk, ter ontwikkeling van classificatiecriteria voor kinderen en jongeren.[1]

c. Aanbeveling in literatuur omtrent meetgegevens.

Controle van groei en ontwikkeling moet jaarlijks gebeuren.[1,4] De nationale groeicurve helpt bij deze evaluatie, al sluit een normale curve de aanwezigheid van een eetstoornis niet uit. Bepalen van de middelomtrek blijft belangrijk. Ondanks het ontbreken van referentiewaardes en een gestandaardiseerde meetmethode, is het een goede voorspeller van comorbiditeit bij overgewicht.[4,13]

2. Definitie.

a. Voedings- en eetprobleem, voedings- en eetstoornis.

Een voedingsprobleem is een probleem gerelateerd aan de opname en vertering van voedsel, dat spanning of bezorgdheid oproept bij het kind of de ouders. Een eetprobleem is een eetgedrag gerelateerd aan het niet willen, kunnen, durven of mogen eten/drinken en dat spanning of bezorgdheid bij de ouders of het kind oproept. Indien het voedings- of eetprobleem zo ernstig en constant is en een bedreiging vormt voor de gezondheid, de groei en de (psychosociale) ontwikkeling van het kind, is dit een voedings- of eetstoornis. Dit gaat al dan niet gepaard met gewichtsverlies of onvoldoende gewichtstoename.[1,4,9]

Body Mass Index.

Een afbuiging op de groeicurve van 0,25 standaard deviaties (= SD) binnen een jaar tijd bij kinderen vanaf 4 jaar duidt op een chronische ondervoeding.[4]

Enkele bedenkingen in de literatuur.

In de internationale literatuur is er geen eenduidige definitie terug te vinden voor voedingsproblemen en -stoornissen. Er is een zeer breed en onsamenhangend gebruik van terminologie en classificatie van voedings- en eetproblemen en –stoornissen bij kinderen en adolescenten.[1,4] Er ontbreken duidelijke criteria en afkapscores die voldoende rekening houden met leeftijds- en ontwikkelingsaspecten die een rol spelen bij de uiting van dergelijke problemen.[1,4,9,14] Een eetprobleem kan zich ontwikkelen voor of tijdens de basisschoolleeftijd (4 tot 12 jaar) en kan zich beperken tot deze leeftijd of verder blijven bestaan nadien. Bij voedings- en eetproblemen en voedings- en eetstoornissen zijn er raakpunten maar ook enkele verschillen tijdens de opsporing en de begeleiding.[4]

De International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (= ICD) en de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (= DSM) zijn relevant voor deze MaNaMa-thesis. Een ander vaak gebruikt classificatiesysteem, de Zero to Three's Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorder of Infancy and Early Childhood (= DC:0-3R), wordt niet verder besproken gezien het verschil in doelgroep betreffende leeftijdscategorie.[9] Voor kinderen van de basisschoolleeftijd bestaan de Great Ormond Street-criteria (= GOS-criteria), ontwikkeld in 2009 in het bekende kinderziekenhuis te Londen.[4,15]

De criteria in de vierde editie van de DSM (= DSM-IV) en de tiende editie van de ICD (= ICD-10) vertonen enkele mankementen. Bij de diagnosestelling door middel van deze classificatiesystemen behoren er nog te veel patiënten tot de restgroep "Niet anderszins gedefinieerd", is er te weinig mogelijkheid tot duidelijke communicatie tussen de verschillende zorgverleners en is er te weinig info over het klinisch beeld tijdens de overgang van kindertijd over puberteit naar de volwassen leeftijd. Het is beter om de verschillende voedings- en eetstoornissen in één groep onder te brengen, met diagnostische categorieën voor alle leeftijdsgroepen. De definitie van "Anorexia Nervosa" moet een bredere groep dekken door het schrappen van het criterium "amenorroe gedurende drie maanden", door elk significant ondergewicht op te nemen en door inclusie van "angst voor aankomen/preoccupatie met lichaamsgewicht of voeding en eten" als criterium. De "Binge Eating disorder" moet gezien worden als een specifieke eetstoornis en er moet een categorie komen voor patiënten die zowel kenmerken vertonen van "Anorexia Nervosa" als van "Bulimia Nervosa". De categorie "Subjectieve binge eating", waarbij de ouder of kind rapporteert te veel te eten in

vergelijking met leeftijdsgenoten maar dit objectief niet het geval is, behoort nu tot de eetstoornis "bulimia nervosa". Ten slotte komt er een nieuwe categorie "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" waarbij patiënten een beperkte hoeveelheid voedsel innemen, zonder de aanwezigheid van psychopathologie gerelateerd aan zelfbeeld. Het lichaamsgewicht op zich is niet van belang. Voor elke categorie geldt een uniforme minimale tijdsduur van vier weken.

In 2013 is de aangepaste DSM uitgekomen (= DSM-V), de elfde editie van de ICD wordt verwacht in 2015.[14]

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.

In de DSM behoort elke gezondheidstoestand waarbij de betrokkene er niet in slaagt om voldoende te eten, met een significant uitblijven van gewichtstoename of een significant gewichtsverlies, gedurende ten minste vier weken tot de categorie "Voedingsstoornissen". Het gedrag is niet het gevolg van een bijkomende gastro-intestinale ziekte of een somatische aandoening (bijvoorbeeld oesofagusreflux) en is niet toe te schrijven aan een psychische aandoening of aan een tekort aan beschikbaar voedsel.[9,16] De vroegere categorie "Eetstoornissen" (= Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa) behoren in de DSM-V samen met de andere voedingsproblemen tot één categorie **"Voedings- en eetstoornissen"**. Deze groep omvat de voedingsstoornissen PICA, Ruminatiestoornis, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder en de eetstoornissen Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, Other Specified Feeding and Eating Disorders en Unspecified Feeding and Eating Disorder.[16]

Voedingsstoornissen.

PICA is het nuttigen van niet-eetbare voorwerpen, gedurende minstens één maand, niet passend bij de ontwikkelingsleeftijd of cultuur waartoe het kind behoort.

Bij een **Ruminatiestoornis** regurgiteert het kind zijn voedsel herhaaldelijk en herkauwt het nadien, het komt ten minste één maand voor, zonder misselijkheid, kokhalzen of gastro-intestinale aandoeningen.

Avoidant/Restrictive food intake disorder (= ARFID) is een nieuwe diagnose. Belangrijkste kenmerk is dat de patiënt te weinig voeding binnenkrijgt, met een gewichtsverlies of onvoldoende gewichtstoename en voedingsdeficiëntie tot gevolg. Soms is het noodzakelijk te starten met enterale voeding of aanvullende voedingssupplementen. Het gaat gepaard met een verstoring van het psychosociaal functioneren, maar die niet perse hoeft te leiden tot een verstoord lichaamsbeeld. ARFID kan bijvoorbeeld voorkomen na een medische ingreep, na episode van hevig braken of bij hypersensitiviteit in mondgebied.[14,16]

Eetstoornissen.

Anorexia Nervosa is een eetstoornis waarbij de patiënt een significant laag gewicht heeft, niet omschreven met een specifiek getal. Kenmerkend bij deze stoornis is een verstoord lichaamsbeeld. Het komt ook voor als "angst voor gewichtstoename" en/of "persisterend gedrag om gewichtstoename te voorkomen". Een belangrijk verschil met de vierde editie van de DSM is het schrappen van het criterium amenorroe gedurende drie maanden en het toevoegen van een maat voor ernstbepaling. Door middel van een vier-puntenschaal, waarbij de Body Mass Index (= BMI) ≥ 17 gelijk staat aan een "lichte" ernstscore en een BMI <15 gelijk staat aan "extreem ernstig".

Bulimia Nervosa (= BN) is het hebben van eetbuien en inadequate gedragingen ten opzichte van voedsel, minstens één keer per week, gedurende drie maanden. Deze definitie is ruimer dan deze in de DSM-IV omdat de frequentie van eetbuien vastgelegd is op “slechts” één maal per week in plaats van twee maal per week. Deze aanpassing is er gekomen omdat patiënten met één of twee eetbuien per week op dezelfde manier reageren op therapie. Ook bij BN bestaat er een vier-puntenschaal om de ernst in te schatten waarbij één tot drie maal per week klachten vertonen gelijk staat aan een lichte vorm van BN en > veertien maal per week gelijks staat aan een extreme vorm van BN.

De erkenning van **Binge Eating Disorder** (= BED) als een officiële stoornis is één van de belangrijkste veranderingen in de nieuwe DSM. Patiënten lijden aan BED indien ze minstens drie van de volgende kenmerken vertonen: sneller eten dan normaal, eten tot je oncomfortabel verzadigd bent, een grote hoeveelheid voedsel eten zonder hongergevoel, alleen eten omdat er schaamtegevoel is in verband met de hoeveelheid genuttigd voedsel, zich schuldig voelen over eetgedrag. Na een BED-aanval is er een gevoel van distress. BED komt voor in afwezigheid van compensatoir gedrag zoals overgeven. Een vier-puntenschaal bepaalt de ernst aan de hand van frequentie van inadequate gedrag: één tot drie maal per week komt overeen met een lichte vorm van BED, meer dan veertien maal per week komt overeen met een extreem ernstige vorm van BED.

Other Specified Feeding and Eating Disorder (= OSFED) zijn atypische vormen van AN of BN, met een lage frequentie en/of beperkte duur, mengvormen van AN en BN, BED met een lage frequentie en/of beperkte duur, purging disorder en night eating syndrome.

De restgroep behoort tot de diagnose **Unspecified Feeding or Eating Disorder**.[14,16]

Great Ormond Street Hospital, Londen.

De GOS-criteria beperken zich niet enkel tot de typische eetstoornissen waarvan de algemene kenmerken een sterke preoccupatie met lichaamsomvang/-gewicht en een gestoord eetpatroon zijn. Door het toevoegen van atypische eetstoornissen sluiten de criteria kinderen met ernstige eetstoornissen niet uit. De GOS-criteria proberen op die manier rekening te houden met het hele spectrum van eetstoornissen en maken gebruik van exclusiecriteria.

Bij **Anorexia Nervosa** zijn de patiënten vastberaden om voedsel te vermijden. Ze hebben niet het gewicht dat bij hun leeftijd past of er is een vastgestelde vermindering in gewicht. Er is een overbezorgheid over gewicht en lichaamsvorm.

Bulimia Nervosa is getypeerd door terugkerende eetbuien en purgeren. Daarnaast is er een gebrek aan controle over eetgedrag en een overbezorgdheid over gewicht en lichaamsvorm.

Kenmerken van **selectief eten** zijn een beperkt gebruik van soorten voedsel over een periode van minstens twee jaar, geen bereidheid om nieuwe voeding te proberen, geen abnormale cognities betreffende gewicht en lichaamsvorm, geen angst om te braken of the stikken. Het gewicht kan laag, normaal of hoog zijn.

Bij **functionele dysfagie** is er voedselvermijding, angst om te slikken/braken/stikken zonder organische hersenletsel of aanwezigheid van psychose. Er is geen abnormale cognitie of ziekelijke preoccupatie betreffende gewicht of lichaamsvorm.

Bij een **algemeen weigeringssyndroom** is er een hardnekkig weigeren om te drinken, lopen, praten of voor zichzelf te zorgen in het algemeen. De patiënt verzet zich uitdrukkelijk tegen pogingen tot hulpverlening.

Patiënten met een **voedselvermijdingsstoornis gepaard met emotionele stoornis** hebben een gewichtsverlies veroorzaakt door voedselvermijding, die niet primair veroorzaakt wordt door een affectieve stoornis en zonder aanwezigheid van een organisch hersenletsel of psychose. Er is wel een stoornis in stemming, maar deze voldoet niet aan de criteria voor een primaire stemmingsstoornis. Er is geen abnormale cognitie of ziekelijke preoccupatie betreffende gewicht of lichaamsvorm.[15]

De Nederlandse richtlijnen.

De Nederlandse richtlijnen betreffende zorg voor kinderen met voedings- en eetproblemen onderscheidt vijf grote groepen eetstoornissen bij kinderen van basisschoolleeftijd op basis van de besproken criteria.

De **restrictieve eters** hebben een normaal, gevarieerd voedingspatroon, maar eten een te kleine hoeveelheid. Gewicht en lengte volgen steeds de onderste lijnen van de groeicurven. **Selectieve eters** zijn overmatig kieskeurig en eten een beperkt aantal producten. Er is geen afwijking in groei. Er kunnen wel negatieve effecten zijn op sociaal gebied en er is een kans op het ontwikkelen van voedingsdeficiënties. De **emotionele eters** eten uit spanning en ongemakkelijk gevoel. Tot deze groep behoren ook de kinderen die voedsel weigeren door interactieproblemen, na traumatische ervaring of als emotionele respons op somatische ziekte. Indien deze problemen langdurig bestaan, kan het een bedreiging vormen voor de gezondheid van het kind en voor de kwaliteit van de relatie met een kind. Kinderen met een beeld van de **klassieke eetstoornissen**, AN of BN zijn in tegenstelling tot de andere drie categorieën overmatig sterk gericht op hun voedingspatroon, gewicht en lichaamsbeeld. **Dwangmatige overeters** eten langdurig te veel en hebben overgewicht, maar zijn niet overmatig bezig met hun gewicht en lichaamsvorm of met het treffen van compenserende maatregelen.[4]

b. Overgewicht en obesitas.

De Dikke Van Dale definieert “overgewicht” als het hebben van een te groot lichaamsgewicht. Indien het overgewicht ernstig is, definieert de Dikke Van Dale het als “obesitas”.[17]

Overgewicht en obesitas komen meer voor bij mensen met psychische problematiek. Bij het opstellen van de nieuwe DSM-criteria zijn overgewicht en obesitas niet opgenomen in de DSM-V hoewel sommige obesitasfenotypen samenhangen of (gedeeltelijk) de oorzaak vinden in psychiatrische stoornissen.[16] De experten die meewerkten aan de opstelling van de DSM-V zijn van mening dat overgewicht en obesitas geen psychiatrische aandoeningen zijn op zich: ze zijn in hun volledigheid geen gevolg van een psychische dysfunctie.[9,16]

Domus Medica omschrijft obesitas als een teveel aan vetweefsel met schadelijke gevolgen voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid.[3] Om deze te bepalen vermelden zij de BMI en tailleomtrek. De antropometrische indicatoren zijn bij kinderen en jongeren steeds in verandering, wat het een grotere uitdaging maakt om een teveel aan vetmassa bij deze bevolkingsgroep te herkennen dan bij volwassenen. De veranderingen in lichaamssamenstelling zijn afhankelijk van leeftijd en geslacht. Dit speelt een belangrijke rol bij het bepalen van aanwezigheid van overgewicht of obesitas.[1,3,4,10]

Body Mass Index en tailleomtrek.

Bij het CSC-classificatiesysteem komen de 85e en de 95e percentiel van de BMI overeen met respectievelijk “overgewicht” en “obesitas”.[1]

Het IOTF-classificatiesysteem ziet een BMI op 18 jaar tussen de 25 kg/m² en de 30 kg/m² als het hebben van overgewicht en een BMI >30 kg/m² als het hebben van obesitas.[1,3] Het IOTF verkiest de termen “kans op overgewicht” en “overgewicht” in plaats van respectievelijk “overgewicht” en “obesitas”, maar deze termen komen niet voor in de literatuur en veroorzaken enkel nog meer spraakverwarring.[1]

3. Prevalentie eet- en gewichtsproblemen.

a. Internationaal.

Voedings- en eetproblemen.

De prevalentie van voedings- en eetproblemen bij kinderen van basisschoolleeftijd is moeilijk te bepalen gezien de verschillende uitingsvormen van het eetgedrag. Het is soms moeilijk de grens te trekken tussen normaal en afwijkend.[4]

In Nederland ging Smink[18] et al de prevalentie na van voedings- en eetstoornissen bij jongeren volgens de DSM-V-criteria. De studie loopt over verschillende jaren en omvat 2230 jongeren, te beginnen in 2001 op 11-jarige leeftijd, met een controle om de twee of drie jaar. Tijdens de tweede controle op 13-jarige leeftijd waren er 2149 jongeren aanwezig, tijdens de derde controle op 16-jarige leeftijd zo’n 1816 jongeren. De cohortestudie werd in 2010 afgerond met een vierde controle op 19-jarige leeftijd. De lifetime diagnose van eender welke DSM-V eetstoornis is 5.7% bij de meisjes en 1.2% bij de jongens. De meest frequent voorkomende eetstoornissen zijn AN en BED bij de meisjes, en BED bij de jongens. Bij AN behoort 43.8% bij de restricting subtype en 56.2% bij de binge/purge subtype.[18] De gemiddelde lifetimeprevalentie van BED is 1,9%.[14,16] Bij BED heeft 60% van de gevallen last van obesitas (BMI >30 kg/m²) op 19-jarige leeftijd. Bij deze vierde controle is bij 16.5% van de obese jongeren ooit de diagnose van BED gesteld geweest. Ongeveer 12.1% van alle eetstoornissen behoort tot de groep OSFED. Twee meisjes van de 1539 jongeren vertoonden een eetstoornis dat niet ingedeeld kan worden bij één van de categorieën en behoren dus tot de groep Unspecified feeding and eating disorder (3.4% van alle gevallen). De gemiddelde leeftijd voor onset is 15.1 jaar voor AN, 16.0 jaar voor BN en 13.9 jaar voor BED. Betreffende ernst van aandoening komen een “milde” tot “matige” vorm het meest frequent voor. AN heeft de hoogste detectie en rate van behandeling. BED, OSFED en unspecified feeding and eating disorder het laagste.[18] Met toenemen van leeftijd verschuift de man-vrouwratio geleidelijk naar 1:10 voor zowel AN als BN. BED komt bij jongens en meisjes even vaak voor.[4]

Overgewicht en obesitas.

Obesitas neemt epidemische proporties aan in zowel industrie- als ontwikkelingslanden, en treft zowel volwassenen als kinderen en jongeren.[1,10,19] Over een periode van twintig jaar heeft “obesitas” zowel “ondervoeding” als “infectieuze ziektes” ingehaald als meest belangrijke risicofactor voor gezondheidsproblemen en mortaliteit.[1] Het is het meest prevalente voedingsprobleem ter wereld.[1,19]

De prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren is in de VSA sinds 1980 verdrievoudigd, wat een snellere toename is dan bij volwassenen. De grootste stijging ziet men in de groep met BMI in de hoogste percentielen van de groeicurves. De gestegen prevalentie is reeds merkbaar bij kinderen van kleuterleeftijd.[5] Ook in Canada stijgt de prevalentie van overgewicht en obesitas. Zo'n 26% van de 2- tot 17-jarige Canadese jongeren kampt met overgewicht. De prevalentie van obesitas evolueerde in een periode van 15 jaar van 2% naar 10% bij de jongens, en van 2% naar 9% bij de meisjes.[1] In Engeland toont een studie uit 2011 aan dat drie op de tien 2- tot 15-jarigen kampen met overgewicht of obesitas. Bij de jongens hebben 17% obesitas, bij de meisjes is dit 16%. In schooljaar 2011-2012 lijden 23% van de kinderen in het eerste leerjaar en 34% van het zesde leerjaar aan overgewicht of obesitas. Ongeveer 9.5% van het eerste leerjaar en 19% van het zesde leerjaar heeft obesitas.[2]

De prevalentie van obesitas is sterk gelinkt aan socio-economische deprivatie en komt meer voor in stedelijke gebieden dan in landelijke gebieden. Ook in minderheidsgroepen, zoals Aziaten en mensen van negroïde ras in Westerse landen, komt obesitas meer voor.[1,2,5]

Wereldwijd schat de WHO de prevalentie bij kinderen onder de 5 jaar op 42 miljoen, waarvan 31 miljoen kleuters in een industrieland wonen.[19] Op basis van 450 studies uit 144 landen bedraagt de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen onder de 5 jaar in 2010 zo'n 6.7%, terwijl dit slecht 4.2% was in 1990. De WHO voorspelt een prevalentie van 9.1% in het jaar 2020. De prevalentie in het jaar 2010 is hoger in industrielanden (11.7%) dan in ontwikkelingslanden (6.1%). De grootste stijging in prevalentie echter vindt plaats in de ontwikkelingslanden.[5] In de Westerse wereld (West-Europa, VSA, Australië en Japan) tonen recente studies dat de toename in prevalentie sinds 2007 een plateau heeft bereikt, na een groei van ongeveer 1% per twee jaar.[2,5,10]

b. Nationale gegevens.

Voor België zijn er weinig nationale gegevens beschikbaar over de prevalentie van eet- en gewichtstoornissen. Een Limburgse studie schat de prevalentie van overgewicht in 2002 op 3 tot 4 jaar rond 15% en op 12 tot 13 jaar rond 33%. Voor obesitas is dit respectievelijk 6% en 19%. Een studie van het Observatoire de la Santé du Hainaut[3] bestudeert de gegevens van het medisch schooltoezicht van schooljaar 2000-2001 en ziet bij 26% van de kinderen een overgewicht en bij 8% obesitas. In hetzelfde onderzoek bedraagt de prevalentie voor overgewicht in het jaar 1997 "slechts" 21% en 5% voor obesitas. Deze gegevens bevestigen de snelle toename van het probleem.[3]

c. Regionale gegevens

In Waregem zijn twee Centrum voor Leerlingenbegeleiding (= CLB) actief: het Vrij Centrum voor Leerlingenbegeleiding (= VCLB) en het CLB GO voor gemeenschapsonderwijs. Zij volgen de kinderen op tijdens de basisschoolleeftijd en bepalen de biometrie (enkel gewicht en lengte) in het 1e, het 3e en het 5e leerjaar. De gegevens per leerling zijn terug te vinden in de persoonlijke dossiers, maar het CLB verwerkt deze gegevens niet. Zij kunnen niet antwoorden op de vraag wat de regionale prevalentie is van overgewicht en obesitas. Het CLB GO stelt de persoonlijke dossiers van de leerlingen ter beschikking indien het VCLB ook zijn gegevens beschikbaar stelt, dit wegens bescherming van de privacy van de leerlingen in het gemeenschapsonderwijs in Waregem. Het VCLB antwoordde negatief op de vraag.[20]

In eigen praktijk is er een query uitgevoerd. Uit dit onderzoek ontstond een lijst van 320 patiënten tussen de 6 en de 12 jaar met een GMD in 2013 of 2014. Enkel bij eenentwintig patiënten zijn

gecodeerde gegevens over gewicht en lengte terug te vinden, bij vijf patiënten enkel het gewicht en bij één patiënt enkel de lengte. Bij geen enkel patiënt zijn gegevens over tailleomtrek terug te vinden. Met deze gegevens is het niet mogelijk een representatieve prevalentie van overgewicht en obesitas in eigen praktijk te bepalen.

4. Oorzaak van eet- en gewichtsproblemen.

Kinderen en jongeren vertonen adequaat eetgedrag als ze een bepaalde samenstelling en bepaalde hoeveelheid voedsel nuttigen, die past bij hun behoefte, ontwikkelingsniveau en cultuur. Het leren eten is een ontwikkelingsproces dat best gebeurt in een ontspannen sfeer, met de gepaste interactie met de ouders, en hangt af van een samenspel tussen biologische, psychologische en omgevingsfactoren.[4] De precieze etiologie van eetstoornissen en gewichtsproblemen (zoals overgewicht en obesitas) is nog niet volledig gekend. Deze is niet strikt van biologische of niet-biologische aard, maar eerder multifactorieel. Het is als het ware ingebed in het complexe biologisch, psychologisch en sociaal ontwikkelingskader (leren eten).[1,4,9] Uitzonderingen zijn de genetische syndromen, endocriene aandoeningen en nevenwerkingen van farmaca (anti-epileptica, antidepressiva, corticoïden) die slechts bij de minderheid van de gevallen de oorzaak zijn en die verwijzing naar de tweede lijn vereisen.[3,4]

a. Biologische factoren.

Op iedere leeftijd spelen erfelijke factoren een rol in het ontwikkelen van eetgedrag. Niet enkel drinktempo en verzadigingsrespons zijn deels erfelijk, ook de relatie/respons ten opzichte van voeding en het plezier ervan. Voorkeur voor zoete smaken zijn aangeboren, terwijl bittere en zure smaken minder geliefd zijn. Jonge kinderen hebben de neiging om nieuwe voedingsproducten en smaken te weigeren. Herhaaldelijk aanbieden van deze producten is noodzakelijk. Het aanleren van verschillende smaken is belangrijk tijdens de eerste levensjaren ter bevordering van een brede smaakacceptatie.[4] Strikt biologisch genomen is overgewicht en obesitas te herleiden tot een langdurige positieve energiebalans, waarbij het lichaam het overschot aan calorieën opstapelt als vet.[1,3,9,10]

b. Psychologische factoren.

Tijdens het eerste levensjaar bouwen ouders/opvoeders en het kind een voedingsinteractie op met herkenbare ritmes en gewoontes.[1,3,4,9,10] Kinderen leren door ervaring. Indien een bepaald eetgedrag volgt op positieve prikkels zoals een leuke sfeer of lekkere geur, en ook positieve gevolgen heeft zoals een compliment of een lekkere smaak, zal hetzelfde eetgedrag zich herhalen in tegenstelling tot eetgedrag met onaangename ervaringen zoals kokhalzen, stress en spanning. Door positieve associatie zal het kind dezelfde producten opnieuw willen proeven en eten. Een goede onderlinge afstemming stimuleert het vertrouwen van het kind in zichzelf en zijn omgeving, wat een positief effect heeft op het latere eetgedrag.[4] Daarnaast leren kinderen ook door imitatie. Het leert door observatie van eetgedrag van anderen. Ouders spelen een essentiële rol, maar ook anderen hebben een effect op ontwikkeling van voedselvoorkeuren en eetgedrag zoals klasgenootjes of idolen. Met toenemende leeftijd neemt de invloed van leeftijdsgenoten op eetgedrag toe.[1,4,5,9,10]

c. Sociale factoren.

Hoe meer een familie samenzit om te eten, hoe gezonder het kind eet. Samen zitten om de maaltijd te nuttigen is geassocieerd met de kwaliteit van voeding. Zoals eerder vermeld, is een positieve sfeer

aan tafel een must.[4] De opvoedingsstijl van de ouders speelt een rol in het aanleren van adequaat eetgedrag. Bij een "autoritatieve" opvoedingsstijl bepalen de ouders het kader waarbinnen de kinderen een eigen verantwoordelijkheid krijgen. De ouders erkennen de mening van het kind, maar met bepaalde grenzen. Zo mogen de kinderen beslissingen maken over voedsel, de ouders bieden vaker kleine porties nieuw voedsel aan en blijven het kind stimuleren en complimenteren bij goed aangepast gedrag. Daarnaast bestaat er ook een autoritaire opvoedstijl, waarbij de ouders alle beslissingen nemen in plaats van de kinderen, en een toegevende opvoedingsstijl waarbij de kinderen de beslissingen overnemen van de ouders. Bij een autoritatieve opvoeding zullen de kinderen als adolescent meer groenten, fruit en zuivelproducten verbruiken. Bij een autoritaire opvoeding ontbreekt de besliskunde om de juiste beslissingen te nemen, terwijl kinderen in een toegevende opvoedingsstijl meer frisdrank en snoep consumeren.[1,4,5,9,10] Gezonde voedingsmiddelen moeten beschikbaar zijn in de omgeving van het kind, zodat het kennis kan maken met deze producten. Niet enkel thuis is dit van belang, maar ook op school. Daarnaast heeft ook de culturele context een belangrijke rol in het ontwikkelen van eetgedrag. Eten heeft naast een voedende functie ook een communicatieve waarde waardoor je je kan uiten op vlak van cultuur, religie, levensstijl, … Ten slotte is naast familie, school en culturele context ook de reclame een belangrijke factor. Al op jonge leeftijd (voorschoolse leeftijd) speelt de reclame in op kinderen en draagt zo bij tot de ontwikkeling van eetgedrag.[4]

5. Risicofactoren voor het ontwikkelen van eet- en gewichtsproblemen.

a. Risicofactoren voor het ontwikkelen van eetproblemen en –stoornissen.

De literatuur stelt een associatie vast tussen eetstoornissen en een medisch belaste voorgeschiedenis: eetstoornissen komen vaker voor bij prematuren, een voorgeschiedenis van toegenomen voedingsbehoefte of na langdurige sondevoeding. Ze komen ook frequenter voor bij kinderen met gedrags- of ontwikkelingsproblemen zoals autisme, hechtingsstoornis, angst- of stemmingsstoornissen. Voedingsovergangen, ziekteperiodes, belangrijke/ingrijpende levensgebeurtenissen of ontwikkelingssprongen, depressie en angst zijn kwetsbare momenten voor het ontstaan van eetstoornissen. Kinderen kunnen soms moeilijk hun emoties uiten en vertalen het in een verandering van eetgedrag. Eetgedrag is een goede barometer voor het algemene welzijn van en kind. Andere risicofactoren zijn affectieve labiliteit, emotionele distress, verstoorde eetpatronen bij ouders, preoccupatie van de ouders met het dieet van het kind en persoonlijkheidsstoornis bij de moeder. Deze ouders zijn minder gevoelig voor de voedings- en verzorgingssignalen die hun kind uitzendt. De literatuur vermeldt ook topsporters, balletdansers en modellen als groepen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van eetstoornissen.[4]

b. Risicofactoren voor het ontwikkelen van overgewicht en obesitas.

Kinderen met een hoog geboortegewicht, ouders met overgewicht of obesitas, een vroegtijdige adipeuze rebound (= verhoogde toename van gewicht die normaal tussen de 5 en 7 jaar plaatsvindt) vormen een hoger risico op het ontwikkelen van overgewicht en obesitas. Bij het ontwikkelen van overgewicht en obesitas spelen ook milieugebonden en socio-culturele factoren, en familiale en psychologische context een rol.[3] De snelle toename van prevalentie is het gevolg van verandering in omgevingsfactoren en van culturele factoren, waarbij kinderen eerder sedentair dan actief de dag doorbrengen.[1,3,10]

6. Vroegtijdige detectie van eet- en gewichtsproblemen.

a. Belang van vroegtijdige detectie van eet- en gewichtsproblemen.

Een verstoord eetgedrag bij kinderen jonger dan 10 jaar voorspelt niet perse een eetstoornis op latere leeftijd, maar de kans op een eetstoornis is wel groter dan bij een controlegroep. De basis van een verstoord eetgedrag vormt zich reeds in de eerste twee levensjaren. Bij het ontwikkelen van een eetstoornis is vooral de continuïteit van het verstoord gedrag doorslaggevend. Het is dus extra belangrijk om onaangepast eetgedrag vroegtijdig op te sporen en adequaat aan te pakken.[4]

De aanwezigheid van overgewicht en obesitas op kinderleeftijd leidt vaak tot behoud van overgewicht en obesitas op volwassen leeftijd.[1,2,5] Daarenboven neemt de ernst van overgewicht en obesitas toe naarmate de patiënt opgroeit. In de US National Longitudinal Study of Adolescent Health heeft 40% van de jongeren met een BMI >95^{e} percentiel, op 30-jarige leeftijd een BMI >40 kg/m². Bij jongeren met een normaal BMI bedraagt dit slechts <5%.[5] Ook de gewicht gerelateerde gezondheidsproblemen komen frequenter dan vroeger al voor op jonge leeftijd.[1] De kans dat overgewicht of obesitas verder blijft bestaan op volwassen leeftijd, varieert tussen de 20-50% vóór de puberteit en 50-70% na de puberteit. Obesitas bij kinderen is een belangrijke voorspellende factor voor obesitas en geassocieerde morbiditeit en mortaliteit op volwassen leeftijd.[3] Overgewicht en obesitas zijn een zware last voor de gezondheidszorg. De kosten in bijvoorbeeld Canada lopen op tot 2 miljard Canadese dollar per jaar. Dit is 2,4% van het totale bedrag van de gezondheidszorg in het jaar 1997.[1]

Ongezonde voeding en verstoord eetgedrag hebben een invloed op de **fysieke ontwikkeling** van het kind. Er is kans op groeiachterstand, gewichtsproblemen, darmproblemen, tandbederf, … Bij een persisterend eetprobleem zal eerst het gewicht afbuigen, daarna ook de lengte. Bij een normalisering van het eetpatroon zal er een inhaalbeweging plaatsvinden, maar het eerdere groeiniveau is moeilijk te bereiken. Daarnaast kunnen er voedingsdeficiënties ontstaan zoals een tekort aan zink of ijzer. Bij erg jonge kinderen kunnen eetproblemen, bijvoorbeeld eenzijdige voeding, de ontwikkeling van mondmotoriek beperken. De klassieke eetstoornissen zoals AN en BN kunnen zeer ernstige fysieke en psychische gevolgen hebben zoals ondergewicht, ondervoeding, hypothermie, obstipatie, vertraagde maaglediging, tandbederf door het herhaaldelijk overgeven of uitspuwen van voedsel, verstoord zout- en watermetabolisme, tachycardie, haaruitval, botontkalking en onvoldoende botopbouw, amenorroe, uitblijven van normale groei en uitblijven van seksuele rijping. Er kunnen zich ook levensbedreigende problemen voordoen zoals hartritmestoornissen, hartdecompensatie, hypoglycemie. Bij onregelmatig eetpatroon of eetbuien komen menstruatiestoornissen, misselijkheid, maagpijn, diarree en obesitas voor.[4] Obesitas is niet langer enkel een esthetisch probleem. Overgewicht en obesitas zijn belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2, arteriële hypertensie, verstoord lipidenprofiel met lage HDL, hoge LDL en hoge TG, cardiale aandoeningen zoals ventriculaire hypertrofie, cerebrovasculaire stroke, osteoarthritis en kwaadaardige processen.[1] Andere medische gevolgen van overgewicht en obesitas op korte en lange termijn zijn menstruatiestoornissen, vroegtijdige puberteit, pseudogynaecomastie en pseudohypogonadisme bij jongens, hirsutisme bij meisjes, centrale obesitas, acanthosis nigricans, striae, orthopedische gevolgen zoals axiale afwijkingen ter hoogte van onderste ledematen, kans op niet-alcoholische leversteatose, respiratoire aandoeningen zoals slaapapneu en neurologische gevolgen.[3]

De **psychische gevolgen** omvatten verhoogde kans op depressie, angstklachten, concentratie- en geheugenstoornissen, obsessief denken. De emotionele ontwikkeling verloopt niet van een leien dakje bij aanwezigheid van eetstoornissen. Er is een negatief zelfvertrouwen, negatief zelfbeeld, ontevredenheid over figuur.[1,3,4] Dit geldt meer voor meisjes dan voor jongens.[3]

Een studie onder 5200 Canadese studenten toont het effect aan van eetstoornissen op het **cognitief functioneren**. Met een adequaat dieet is er een grotere kans op goed presteren op school. Door fysieke en mentale verzwakking kunnen de kinderen en jongeren het soms niet meer opbrengen om actief mee te werken op school, kunnen ze soms moeilijk deelnemen aan het sociale leven, waardoor ze op termijn in een sociale isolatie terecht komen.[1,4]

b. Mogelijke drempels bij het opsporen van eet- en gewichtsproblemen.

Eetproblemen kunnen voorkomen bij kinderen en jongeren met een normaal BMI. Bij een eerste onderzoek zullen dergelijke problemen niet aan de oppervlakte komen. De hulpverlener heeft meer informatie nodig dan enkel het gewicht om de mogelijke aanwezigheid van een eetprobleem goed in te kunnen schatten.[3] Patiënten met beginnende eetproblemen komen vaak met atypische klachten op consultatie waardoor de huisarts niet meteen 'eetstoornis' opneemt in het diagnostische landschap.[7]

Vroegtijdige detectie van eet- en gewichtsproblemen is ook vaak moeilijk omdat de jongeren ontkennen dat er een probleem is. Die ontkenning is er soms ook bij de ouders. Gewicht blijft een gevoelig onderwerp bij patiënten. Patiënten met eet- en gewichtsproblemen, of hun ouders, zijn beschaamd, voelen zich angstig en schuldig en gestigmatiseerd door de anderen.[3,6] Patiënten met obesitas verkiezen de term "overgewicht" boven de term "obesitas" wegens de negatieve bijklank van het woord. De literatuur toont aan dat niet enkel patiënten deze vooroordelen hebben, maar ook artsen, diëtisten, verpleegkundigen en psychologen. De zorgverleners in de eerste lijn hebben nochtans een unieke plaats in het vroegtijdig opsporen en behandelen van gewichtsstoornissen. Zij vinden echter dat ze onvoldoende opgeleid zijn om deze hulp aan te bieden.[6] Bij eetstoornissen hebben de jongeren, hun ouders en soms ook de artsen allerlei redenen om de eenzijdige voeding, het dieet of de kieskeurigheid van de jongeren te rechtvaardigen, een eetstoornis komt niet meteen op als mogelijke oorzaak.[4]

Een belangrijk struikelpunt bij het begeleiden en behandelen van overgewicht en obesitas zijn de onrealistische verwachtingen van zowel patiënt als arts, waardoor de patiënt snel ontmoedigd is. Dit kan leiden tot een nieuwe toename van gewicht, ook het jojo-effect genoemd, wat een negatief effect heeft op de psychologie en een reden is tot volledig herval.[6] Deze onrealistische verwachtingen kunnen gekaderd worden in het algemeen gebrek aan kennis bij eerstelijnshulpverleners bij het begeleiden van eet- en gewichtsproblemen.[21] Daarnaast is tijdsgebrek een belangrijke reden tot onvoldoende controleren van BMI en tailleomtrek en onvoldoende begeleiding omdat de behandeling van eet- en gewichtsproblemen onder andere een gedragsverandering van de patiënt vereist hetgeen veel tijd en steun vergt.[4,6,21]

c. Vroegtijdige detectie in eerste lijn.

Wegens het medisch belang van eet- en gewichtsproblemen is het de taak van onder andere de huisarts om oog te hebben voor de mogelijke aanwezigheid van deze problemen. Hij heeft een unieke plaats in de hulpverlening en beschikt over een betere toegang tot de nodige info dan de andere eerstelijns hulpverleners.[4]

Screeningstools.

Er bestaan specifieke, gevalideerde screeningstools die bruikbaar zijn bij het vermoeden van een eetstoornis. De meeste screeningstools zijn ontwikkeld voor volwassenen, maar zijn ook toepasbaar bij kinderen en jongeren.[4]

De ***Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses*** (= Q-EDD) is een gevalideerd en betrouwbaar instrument ter opsporing van eetstoornissen. Het is een aangepaste vorm van de DSM-IV, die de patiënt zelf kan invullen bijvoorbeeld tijdens het wachten in de wachtzaal. Vergeleken met de DSM-IV-criteria afgenomen door de huisarts in de vorm van een interview heeft de Q-EDD een sensitiviteit van 97% en een specificiteit van 98%. Echter is de Q-EDD niet erg kind- of gebruiksvriendelijk aangezien de patiënt zo'n 50 vragen moet beantwoorden.[7]

Het acroniem ***SCOFF*** staat voor een vragenlijst bestaande uit vijf vragen: 1) ***Sick*** – voel je je soms ziek of oncomfortabel omdat je een te grote hoeveelheid eten hebt genuttigd? 2) ***Control*** – maak je je soms zorgen dat je de controle over je eetgedrag en hoeveelheid voedsel dat je eet, zal verliezen? 3) ***One stone*** – ben je de voorbije drie maanden meer dan 6 kg gewicht verloren? 4) ***Fat*** – vind je jezelf te dik terwijl anderen zeggen dat je dun bent? 5) ***Food*** – zou je zeggen dat voedsel je leven domineert? Telkens de patiënt "Ja" antwoordt, staat dit gelijk aan één punt. Vanaf twee punten is de kans op een klassieke eetstoornis zoals AN of BN verhoogt.[4,22] De SCOFF is gemakkelijk te onthouden, gemakkelijk af te nemen en dus efficiënt als handleiding bij screening. Het verschaft geen zekerheid naar diagnosestelling, maar het heeft een meerwaarde bij het screenen naar de aanwezigheid van een eetstoornis indien er een vermoeden is.[22]

Een derde bruikbare screeningstool is de ***Eating disorder Screen for Primary care*** (= ESP). Deze bestaat uit vier vragen: 1) Ben je tevreden over je eetgewoonten? 2) Eet je weleens in het geheim? 3) Heeft je gewicht invloed op hoe je je voelt? 4) Heb je nu last van een eetstoornis of heb je dat in het verleden ooit gehad? Indien de patiënt op twee vragen een afwijkend antwoord geeft, verhoogt dit de kans op aanwezigheid van eetstoornis.[4,7]

Een studie uit 2001[7] vergelijkt de SCOFF en de ESP qua sensitiviteit en specificiteit met als gouden standaard de Q-EDD door de Q-EDD af te nemen bij 129 studenten uit Londen en bij 104 willekeurige patiënten die bij de huisarts op consultatie kwamen (onafhankelijk van aanmeldingsklacht). De deelnemers vullen eerst de Q-EDD in, waarna bij de arts eerst de ESP en daarna de SCOFF bevraagd wordt. Aan de hand van de positieve en negatieve likelihood ratio (resp. LR+ en LR-) kan deze studie een onderscheid maken tussen de individuele vragen en hun meerwaarde aan het aantonen of uitsluiten van de aanwezigheid van een eetstoornis. Vragen met een hoge positieve likelihood (sterke aantoners) zijn "Ben je bezorgd dat je de controle zal verliezen over de hoeveelheid voedsel dat je eet?" (LR+ = 7), "Voel je je ziek wanneer je oncomfortabel veel hebt gegeten?" (LR+ = 6,3), "Heb je nu of vroeger een eetstoornis gehad?" (LR+ = 6,1) en "Eet je in het geheim?" (LR+ = 6,0). De vragen met de hoogste negatieve likelihood zijn "Heeft je gewicht een invloed op hoe je je voelt?" (LR- = 0,0) en "Ben je tevreden over je gewicht?" (LR- = 0,048). De studie maakt een drempelwaarde analyse waarbij twee afwijkende antwoorden de drempel is. Hierbij blijkt dat de SCOFF bij twee of meer afwijkende antwoorden een sensitiviteit van 78% heeft en een specificiteit van 88%. De ESP heeft een sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 71% bij twee of meer afwijkende antwoorden. Uit deze studie blijkt dat de SCOFF minder efficiënt is dan de ESP.[7]

In Nederland accepteren de ouders de vragen van de ESP beter dan deze van de SCOFF. Zij vinden het minder confronterend voor hen en voor hun kind.[4]

7. Aanbevelingen betreffende vroegtijdige detectie en begeleiding in eerste lijn.

a. Gemodificeerde 5A-principe.

Vallis et al.[6] vermeldt het gemodifieerde 5A-principe (ask, assess, advise, agree, assist), vaak gebruikt bij het begeleiden van rookstop, als een bruikbare handleiding bij het begeleiden van eet- en gewichtsproblemen. Het 5A-principe is aantrekkelijk, ingeburgerd in gedragstherapie en vergt slechts een minimale interventie. De huisarts kan het tijdens eender welke consultatie ter sprake brengen. Het 5A-principe verhoogt het bewustzijn over eetproblemen en overgewicht en obesitas, zonder de patiënt rechtstreeks "aan te vallen".

b. Basisanamnese.

Een basisanamnese vindt op regelmatige basis plaats, bijvoorbeeld jaarlijks, en peilt naar het welzijn van het kind, vrijetijdsbesteding, eetlust, lichamelijke klachten en eventueel gebruik van medicatie. Het bevragen van het welzijn van het kind gebeurt op sociaal-emotioneel vlak en lichamelijk vlak zoals lusteloosheid, moeheid en malaise.[4]

Allereerst vraagt de huisarts toestemming (= **Ask**) aan de patiënt om het eetgedrag of gewicht te bespreken. Voorbeeldvragen om toestemming te krijgen zijn "Maak je je zorgen over je gewicht/over het gewicht van je kind?" of "Is het goed als we even het gewicht verder bespreken?".Indien de ouders en kind of jongere hun toestemming hebben gegeven, kan de bespreking verder gaan op een niet veroordelende manier. Een verkennend gesprek over voedsel, motivatie en levensstijl, zonder vooroordelen geeft meer informatie over deze topics. Open vragen voorkomen dat de patiënt zich aangevallen voelt en geeft de patiënt de kans zijn of haar ideeën te bespreken.[6]

c. De biometrie.

Na de toestemming te vragen, krijgt de hulpverlener toegang (= **Assess**) tot de nodige gegevens zoals het meten van lengte, gewicht en tailleomtrek.[6] Een vroegtijdige detectie gebeurt aan de hand van jaarlijkse controle van groei en ontwikkeling. Het klinisch oog geeft meer informatie over de lichaamsbouw, het puberteitsstadium, de verdeling van vet over het lichaam.[4] De huisarts evalueert jaarlijks de biometrie door middel van de hoger besproken groeicurves. Naast het gewicht zelf is het verloop van de groeicurve belangrijk. Op zich sluit een normale groeicurve de aanwezigheid van een eetstoornis niet uit, maar het geeft een eerste idee van de ontwikkeling van het kind. Een afbuiging van de groeicurve van 0.25 SD over een periode van één jaar tijd is bij kinderen vanaf 4 jaar een signaal van chronische ondervoeding.[1,3,4,11] Naast gewicht en lengte meet de huisarts ook de middelomtrek, die ondanks het ontbreken van classificatiecriteria een goede voorspeller is voor het risico op comorbiditeit bij overgewicht.[1,4] De huisarts moet steeds rekening houden met de etniciteit van het kind.[4]

Een studie uit België[23], uitgevoerd aan de Universiteit van Gent (= Ugent), uit 2009 onderzoekt de waarde van zelf gerapporteerde gewichts- en lengtegegevens bij 982 jongeren tussen de 10 en de 18 jaar. Via een questionnaire krijgen de onderzoekers een beeld van hun gewicht, lengte, weeggewoonte en eetpatroon. Daarna bepalen de onderzoekers de BMI door zelf gewicht en lengte te controleren. Hieruit blijkt dat zowel meisjes als jongens hun gewicht onderschatten of

onderrapporteren. De meisjes overschatten hun lengte, terwijl de jongens hun lengte net onderschatten. Het zelf meten en rapporteren van gewicht en lengte geeft een overschatting van de prevalentie van ondergewicht en een onderschatting van de prevalentie van overgewicht en obesitas. Het is belangrijk dat de huisarts de biometrie eenmaal per jaar zelf bepaald, tijdens de consultatie en zich niet baseert op de gegevens gerapporteerd door de patiënten.[23]

d. Informeren van ouders en kind.

De huisarts luistert naar eventuele vragen van de ouders met betrekking tot voeding en eetgedrag en geeft algemene en individuele preventieve voorlichting en advies over gezonde voeding, voedingspatroon en leeftijdsadequaat eetgedrag (= **Advice**).[4,6,10] Er ontstaat als het ware een samenwerking tussen patiënt en zorgverlener, waarbij de zorgverlener de specifieke aspecten van het eet- of gewichtsprobleem identificeert bij deze specifieke patiënt. Hij stelt een verandering in gedrag voor: “Nu we een betere kijk hebben op de situatie, mag ik u een plan voorstellen om het probleem aan te pakken?”, hij doet kortom een voorstel om te beginnen met gewichtsmanagement.[6]

Regelmatigheid is belangrijk voor kinderen en jongeren. Hoe vaker het gezin samen zit voor de maaltijden, hoe gezonder het eetgedrag van het kind. De huisarts informeert de ouders over de rol van de omgeving, zowel ouders als leeftijdsgenoten en schoolomgeving zijn van belang. In de eerste levensjaren is de rol van de ouders groot, maar geleidelijk aan beslist het kind meer en meer zelf hoe en wat het gaat eten en drinken. Zoals eerder besproken, is een autoritatieve opvoeding beter voor het kind dan een autoritaire of toegevende opvoedstijl. Het is belangrijk correct gedrag van de ouders te ondersteunen (= empowerment). Letten op de lichaamsvorm en diëten volgen zijn gezond met het oog op preventie van overgewicht en obesitas, maar extreem gedrag is niet gezond. Een kind in de groei mag niet zomaar op dieet, het kan de groei vertragen. Het is beter om kinderen met overgewicht te informeren over volwaardige, gezonde voeding met voldoende energie, vitamines, mineralen en beperken van vette en zoete producten zoals snoep en snacks. De huisarts geeft ook advies in verband met vrije tijdsbesteding. Beweging is belangrijk en de tijd dat het kind doorbrengt voor de TV of op de computer/tablet moet beperkt worden. Naast het effect van bewegen zelf, toont de literatuur ook een verband aan tussen weinig lichaamsbeweging en het meer nuttigen van zoete eetwaren en een verhoogde gevoeligheid voor prikkels van buitenaf, zoals reclame. Het is dan ook van belang dat de ouders het kind aanleren kritisch te zijn voor reclame en het slankheidsideaal minder te idealiseren.[4]

e. Aanwezigheid van risicofactoren.

De huisarts kijkt na evaluatie van biometrie en basisanamnese de aanwezigheid van risicofactoren die eerder besproken zijn na. Er is een verhoogde kans op eetstoornis bij langdurige voedselweigering of slechte voedingsinname langer bestaand dan één maand, bij afwijkende biometrie, bij aanwezigheid van anticipatoir kokhalzen of pathologisch eetgedrag waarbij de ouders het kindje moeten stalken met eten, dwang uitoefenen of overmatige controle uitoefenen, emotioneel eten en mechanisch eten waarbij het kind eet op strikt bepaalde tijdstippen in plaats van wanneer het honger heeft.[4]

f. Specifieke screeningstool bij vermoeden van eetstoornis.

Bij een vermoeden van aanwezigheid van eetstoornis, vraagt de huisarts de toestemming aan de ouders om een verdere anamnese af te leggen, ter verdere evaluatie. Hiervoor kan de huisarts bij kinderen en jongeren best de ESP gebruiken zoals eerder besproken.

g. Verdere begeleiding bij aanwezigheid van eet- of gewichtsprobleem.

Voordat de huisarts overgaat naar de begeleiding van eet- of gewichtsproblemen, moet hij mogelijke somatische oorzaken uitsluiten.[4] Daarnaast is het belangrijk een expliciet akkoord af te sluiten met ouders en kind (= **Agree**). Want hoewel de arts de aanbevelingen geeft, is het aan de patiënt om de veranderingen uit te voeren. Soms moeten zowel huisarts als patiënt hun standpunt wat bijschaven om een common ground te bekomen, een akkoord waarbij de patiënt niet gedemotiveerd mag worden door onrealistische verwachtingen. Succes is subjectief en is anders voor elke patiënt, waardoor een persoonlijk plan, passend bij de patiënt noodzakelijk is.[6]

Structuur in eet- en drinkmomenten stabiliseert het eetgedrag van kinderen. Zeven eet- en drinkmomenten per dag zijn voldoende, het kind moet de kans krijgen honger te voelen. Een andere afspraak is bijvoorbeeld eten op een vaste plaats en best als een gezin samen aan tafel zitten. Dit bevordert de positieve sfeer rondom het eetgebeuren. Positieve feedback is een goed communicatiemiddel om het kind te stimuleren. Ook non-verbale communicatie is belangrijk.

De ouders blijven de leiding geven in het eetproces, maar met een autoritatieve opvoedstijl. Zij bepalen wat er in huis komt en waar de maaltijden doorgaan. Belangrijk bij dergelijke afspraken is dat de ouders op één lijn zitten. Er mag geen dwang of overmatige controle zijn over het eetgedrag van het kind. Straffen zijn te vermijden alsook het uithongeren van een kind of het behandelen van voedsel als beloning.[4]

Het doel bij overgewicht en obesitas is niet langer gewicht verliezen op zich. Door gebrek aan volledig wetenschappelijke onderbouw, door een grote kans op herval, door het risico op het toepassen van ongezonde manieren om te vermageren en door de emotionele consequenties van gewichtsschommelingen, is gewichtsverlies enkel het doel bij patiënten die gewicht gerelateerde gezondheidsproblemen hebben. Een gezond streefdoel is een te behouden verlies van 5-10% van het oorspronkelijk lichaamsgewicht. Overgewicht en obesitas is echter een chronisch probleem. Een beter streefdoel is het bekomen van gewichtsbehoud en het veranderen van gedrag waarbij een gezonde leefstijl met gezonde voeding, stressmanagement, regelmatige slaap- en eetroutine en fysieke activiteit een goede invloed heeft op gewicht gerelateerde gezondheidsproblemen.[6]

De huisarts stelt samen met ouders en jongere een plan op om het gedrag ten opzichte van voedsel te veranderen. Wat gaat er vooraf aan verstoord gedrag? Wat houdt het probleemgedrag juist in? Wat zijn de gevolgen hiervan? Dit gebeurt best door middel van pedagogische, gedragsmatige begeleiding met eventueel psychologische steun.[4] In elke behandeling zijn de “Effective behaviour modification principles” van toepassing. Hierbij stellen arts en patiënt specifieke, meetbare en realistische doelen op met een controle op gepaste tijdstip. Het gevoel van succes bij het bereiken van deze getrapte streefdoelen geeft het zelfvertrouwen van de patiënt een boost. De klemtoon bij het stellen van de doelen ligt eerder op verandering van leefstijl, op de mentale verbetering en de fysieke gezondheid, dan op het verlies in gewicht op zich. Een gedragsverandering zal uiteindelijk leiden tot gewichtsbehoud en –verlies.[4,6]

De zorgverlener blijft de patiënt motiveren en steunen doorheen het proces (= **Assist**), bijvoorbeeld bij het verhelpen van de sociale, medische, emotionele en economische barrières. De arts geeft vooral steun en advies bij problemen in verband met gewichtsmanagement, en stuurt de patiënt eventueel interdisciplinair door, maar de verandering zelf is in handen van de patiënt. De huisarts doet met andere woorden aan minimale interventie.[6]

Evaluatie van het draaiboek.

Bij de evaluatie van het draaiboek overloop ik kort wat de aanbevelingen zijn in het huidige draaiboek “Zorg voor jongeren met eet- en gewichtsproblemen”, uitgegeven door vzw Eetexpert.be in 2008. Daarna vergelijk ik deze aanbevelingen met de aanbevelingen zoals geformuleerd in de literatuurstudie.

1. Inleiding.

Het draaiboek vertrekt vanuit de visie dat een goede inschatting en begeleiding van eet- en gewichtsproblemen zich situeren tegen een achtergrond van het algemeen welzijn en welbevinden van het kind. Volgens het draaiboek zijn eet- en gewichtsproblemen een complex geheel, afhankelijk van een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren.

De huisarts is de ideale sleutelfiguur bij het inschatten en begeleiden van deze problemen gezien zijn positie in de eerstelijnszorg, zijn brede focus en de unieke vertrouwensrelatie met de patiënt. Hij is vaak het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen.

2. Definities.

a. Bepalen van gezond gewicht.

Een gezond gewicht is volgends ***het draaiboek*** een gewicht waarbij er geen gewicht gerelateerde gezondheidsproblemen te verwachten zijn. Om na te gaan of een patiënt een gezond gewicht heeft, raadt ook vzw Eetexpert.be aan de Vlaamse groeicurves te gebruiken, een vergelijking van de gemeten lengte met de verwachte gegevens naargelang de ontwikkelingsfase, rekening houdend met geslacht en leeftijd.

De literatuur vermeldt reeds de vernieuwde, universele groeicurves, maar maakt ook meteen de opmerking dat meer studies nodig zijn omtrent toepassing en verdere integratie van deze vernieuwde curves. Eenmaal studies de efficiëntie en betrouwbaarheid van deze groeicurves aangetoond hebben, kan vzw Eetexpert.be de afweging maken om de Vlaamse groeicurves te vervangen door deze vernieuwde universele groeicurves.

Het draaiboek neemt de tailleomtrek niet op in het standaard klinisch onderzoek terwijl de literatuur dit wel aanraadt. Hoewel er nog geen referentiewaarden bestaan voor deze parameter, geeft het toch een goed beeld weer van de vetverdeling.

b. Storing in eetgedrag.

Het draaiboek beschrijft de volgende stoornissen: kieskeurig eten (weigering, aversie, selectief eten), te veel eten (objectief overeten, objectieve eetbuien, subjectief overeten, subjectieve eetbuien), te frequent eten, te snel of te traag eten, te veel snoepen, storend tafelgedrag en andere (kauwen en spugen, slikangst, braakangst, regurgitatie, ruminatie). Een bijlage toont een overzicht met de verschillende diagnostische criteria voor specifieke voedings- en eetstoornissen, waarvoor vzw Eetexpert.be een beroep doet op de DSM-IV-criteria.

Zoals vermeld in ***de literatuurstudie*** is er sinds 2013 een vijfde editie van de DSM, waarin de categorieën "voedingsstoornissen" en "eetstoornissen" aangepast zijn. Naast de DSM zijn er nog andere classificatiesystemen maar om verwarring te voorkomen is het goed om één classificatiesysteem uit te kiezen, die het dichts staat bij de laatste inzichten in voedings- en eetproblemen. Gezien de elfde versie van de ICD pas verwacht wordt in 2015 is de DSM-V het meest recente classificatiesysteem dat beantwoordt aan de nieuwe criteria.

3. Anamnese.

De kinderen en jongeren presenteren zich met of zonder hun ouders, met een indirecte hulpvraag (consultatie voor een andere klacht), een directe hulpvraag (rechtstreekse vraag rondom eten of gewicht) of na een verwijzing van het CLB of een andere instantie. Er kunnen zich directe signalen vertonen (zorg om het soort voeding, hoeveelheid, manier, gewicht) en indirecte signalen (verstoord welbevinden, storend gedrag, …). Ongeacht de wijze van instroom is het volgens ***het draaiboek*** de taak van de huisarts om proactief te zijn in het detecteren, van mogelijke eet- en gewichtsstoornissen, om een vroegtijdige behandeling te kunnen aanbieden. Hij doet de exploratie van de hulpvraag, bevraagt het algemeen welbevinden en het eetgedrag van het kind en voert een klinisch onderzoek uit met het bepalen van gewicht en lengte van het kind. Dit moet volgens de richtlijnen minstens eenmaal per jaar gebeuren.

Volgens ***de literatuur*** heeft de huisarts nog steeds deze proactieve rol en wordt het belang van vroegtijdige detectie bevestigd. Enige opmerking is, zoals hierboven reeds vermeld, dat ook de tailleomtrek jaarlijks gecontroleerd moet worden.

a. Basisanamnese.

Een verstoord welbevinden is een risicofactor voor het ontstaan van eet- of gewichtsproblemen, maar kan ook het gevolg ervan zijn. Er is een correlatie tussen een verstoord welzijn en de aanwezigheid van overgewicht en obesitas.

Zoals ***de literatuur*** het aanbeveelt, zegt ***het draaiboek*** dat een exploratie in de breedte noodzakelijk is bij elk kind of jongere, ongeacht de aard van aanmelding. Zo krijgt de arts inzicht over het sociale en emotionele welzijn en welbevinden van het kind. Het geeft ook een beeld van de opvoedingsstijl van de ouders, van de thuissituatie en van de gezinssfeer. Verder toetst de huisarts naar het (on-)gezonde beweegpatroon van het kind. Deze exploratie gebeurt aan de hand van een vragenlijst, met vragen voor zowel ouders als voor het kind. De huisarts stelt de vragen op een neutrale manier, terwijl de vragenlijst zelf geen vooroordelen bevatten. Zo krijgen de patiënten en hun familie een veilig gevoel en kunnen ze zonder zich ongemakkelijk te voelen de vragen eerlijk beantwoorden. De vragen voor het kind betrekken het kind zelf in heel het proces, zoals ook de richtlijnen het aanbevelen. De vragenlijst bestaat uit vier delen en omvat het welbevinden, eten en voeding, spelen en slapen. Aan de hand van een tabel kan de huisarts de aanwezigheid van risicofactoren, van beschermende factoren betreffende kind, ouder, gezin, omgeving en van sociale factoren, voor het ontwikkelen van eet- of gewichtsproblemen bij deze specifieke patiënt inschatten.

b. Verdere anamnese.

Naar gelang het resultaat van de basisanamnese kan de huisarts overgaan op de vervolganamnese. ***Het draaiboek*** raadt aan om de kennis van de ouders over het thema na te gaan, de motivatie van de ouders en het kind om over het probleem te praten in te schatten, de weerstanden te ontdekken en zicht te krijgen op de opvoedingsstijl, de copingsvaardigheden en de draagkracht van de ouders. Bij het kind gaat de huisarts ook na of eten een emotionele betekenis heeft voor hem en of het troost kan zoeken bij een vertrouwensfiguur. Indien er een vermoeden is van eetstoornis (ongeacht het gewicht) schat de huisarts de impact en omvang in van het probleem en de mogelijke aanwezigheid van somatische risicofactoren.

Het 5A-principe wordt meer en meer toegepast buiten het kader van rookstop, ook bij begeleiding van eet- en gewichtsstoornissen zoals in ***de literatuurstudie*** beschreven. Wat besproken werd tot en met de basisanamnese in het draaiboek, kan beschouwd worden als een onderdeel van een jaarlijkse controle, met evaluatie van algemeen welzijn, biometrie, … Bij het inzetten van de verdere anamnese gaat men specifiek na of er kans is op aanwezigheid van eet- en gewichtsproblemen. Vanaf deze stap kan de huisarts het principe van de 5A's toepassen en beginnen met toestemming te vragen om verder te gaan met de begeleiding. De inhoud van de verdere anamnese zelf komt wel goed overeen met de literatuur. Bij de verdere anamnese maakt vzw Eetexpert.be echter geen gebruik van bestaande gevalideerde questionnaires zoals het SCOFF of de ESP. Deze zijn betrouwbare screeningstools die internationaal (Nederland) wel gebruikt worden bij kinderen. De ESP zou bij kinderen beter aanvaardbaar zijn. Er moet overwogen worden deze op te nemen in het draaiboek.

4. Klinisch onderzoek.

Conform aan de laatste richtlijnen zijn gewicht en lengte goede indicatoren om mogelijke gewichtsproblemen op te sporen. Met deze gegevens kan de huisarts de BMI bepalen en vergelijken met leeftijdsgenoten van hetzelfde geslacht via de Vlaamse groeicurves. Een BMI binnen de bovenste grijze zone verwijst naar overgewicht. Een BMI boven de bovenste grijze zone wijst op obesitas. Een BMI binnen de onderste grijze zone wijst op ondergewicht, onder de onderste grijze zone betekent ernstig ondergewicht. In het draaiboek merkt vzw Eetexpert.be op dat botstructuur en spiermassa een invloed hebben op het gewicht (en bijgevolg de BMI).

Er kan hier terug de ***opmerking*** gemaakt worden om de groeicurves op termijn eventueel te vervangen door de universele groeicurves van de WHO en dat ook een jaarlijkse controle van de tailleomtrek aanbevolen is.

5. Somatische oorzaken.

Naar gelang een afwijkende BMI raadt ***het draaiboek***, conform aan ***de literatuur,*** aan om het gewicht te toetsen aan de klinische indruk (botstructuur, spiermassa) en om gegevens over risicofactoren, somatische factoren en complicaties te verzamelen. De huisarts kijkt enkele somatische oorzaken van verstoorde eetlust en gewichtsverlies na, zoals aanbevolen in de richtlijnen. Mogelijke oorzaken zijn onder andere infecties, tumoren, diabetes mellitus, coeliakie, hyperthyroïdie, ziekte van Crohn, ziekte van Addisson, gastro-intestinale aandoeningen, … Bij overgewicht en obesitas zijn de somatische oorzaken terug te vinden in de endocrinologie (hypothyroïdie, hypercorticisme), die

steeds gepaard gaan met verminderde groei of andere onderliggende pathologie zoals Prader-Willie, Alströmsyndroom, …) en gekenmerkt zijn door zeldzame prevalentie, vroegtijdige onset en meestal mentale retardatie. De huisarts kan een bloedafname overwegen om mogelijke somatische oorzaken uit te sluiten. Hij bepaalt hierbij onder andere de elektrolytenbalans, lever- en nierfunctie, glucoseniveau, lipidenprofiel, eiwitten, groeihormoon, cortisol en schildklierfunctie. Eventueel kan hij ook een EKG en RX thorax aanvragen.

6. Evaluatie aanwezigheid lichamelijke gevolgen.

Bij een hogere graad van ernst kunnen reeds lichamelijke gevolgen aanwezig zijn. Bij ondergewicht gaat dit over zichtbare gevolgen zoals gewichtsverandering, blauwe handen, bleke huid, uitdroging van de huid, haaruitval, opgezwollen speekselklieren, slecht gebit, … maar ook onzichtbare gevolgen zoals menstruatiestoornissen, lage bloeddruk, trage pols, hartritmestoornissen, obstipatie, osteopenie en osteoporose. Lichamelijke gevolgen van overgewicht en obesitas komen voor op cardiovasculair niveau en metabolisch niveau, maar er is ook aantasting van het pulmonair systeem, het gastro-intestinaal stelsel, het skelet, het urogenitaal stelsels, het zenuwstelsel en de huid. Er is ook een verhoogde kans op neoplasie.

7. Inschatten van ernst.

Het draaiboek bepaalt op basis van de evaluatie welke verdere stappen moeten worden ondernomen. Indicaties voor opvolging en verdere behandeling zijn aanwezigheid van obesitas, overgewicht met gestoord welbevinden, ernstig ondergewicht, klinische tekens van complicaties, afwijkende voeding of eetgedrag waarbij opvoedingsadvies niet volstaat, opvallend dieetgedrag of voedselvermijding, aanwezigheid van twee risicofactoren (zoals hierboven beschreven). Via een beslisboom schat de huisarts de ernst van de problematiek in en deelt hij het probleem onder “Niet ernstig” waarbij enkel geruststelling en eenmalig advies wordt gegeven, onder “Twijfel” waarbij geruststelling en opvolging aanbevolen is, of onder “Ernstig” waarbij de risico’s opgevolgd moeten worden en een multidisciplinaire aanpak aangewezen is.

In ***de literatuurstudie*** komen meer specifieke afkappingswaarden voor, bijvoorbeeld de definitie van ernstige/chronische ondervoeding (= afbuiging op de groeicurve van 0,25 SD binnen een jaar tijd bij kinderen vanaf 4 jaar).

8. Opstellen behandelplan.

De basisregels van ***het draaiboek*** bij het opstellen van het behandelplan zijn voorlichting geven en de koppeling aan het algemeen welbevinden. De nadruk ligt op de getrapte multidisciplinaire behandeling, afhankelijk van leeftijd en ernst van het probleem. In een bijlage wordt meer informatie gegeven over het behouden van gewicht, gezonde voeding, lichaamsactiviteit, …

Zoals eerder vermeld volgt het draaiboek het 5A-principe, besproken in ***de literatuurstudie*** niet maar dezelfde principes worden toegepast in het opstellen van het behandelingsplan.

Praktijkonderzoek: interview huisartsen.

1. Inleiding.

Na de literatuurstudie stelde ik een enquête/vragenlijst op om de artsen uit regio Waregem te bevragen, terug te vinden in bijlage 2. Deze is opgesteld uit drie delen en bestaat uit meerkeuzevragen met gevarieerd aantal antwoordmogelijkheden en uit open vragen (vrij aan te vullen door de huisarts indien er nog mogelijke alternatieven bestaan als antwoord).

2. Deel 1: Oriëntatie van het probleem en standpunt van de huisarts.

In het eerste deel wordt het standpunt van de artsen in verband met eet- en gewichtsproblemen bevraagd: hoe kijken zij aan tegen het probleem, wat denken ze over screening, … Daarnaast worden de struikelblokken vermeld in de literatuur getoetst aan de realiteit. Uit de literatuur konden de volgende struikelblokken weerhouden worden: vooroordelen over eet- en gewichtsstoornissen (zoals schuld zoeken bij de patiënt, eetproblemen komen vooral voor bij mensen met afwijkende BMI, …), te weinig begeleiding wegens gevoel van gebrek aan opleiding en kennis, te weinig begeleiding wegens tijdsgebrek, te weinig registratie van de nodige gegevens, onrealistische verwachting bij de begeleiding waardoor patiënten afhaken, eenzijdige begeleiding zonder samenwerking met andere eerstehulpverleners, …

Fig. 1: Eet- en gewichtsproblemen moeten snel opgespoord worden

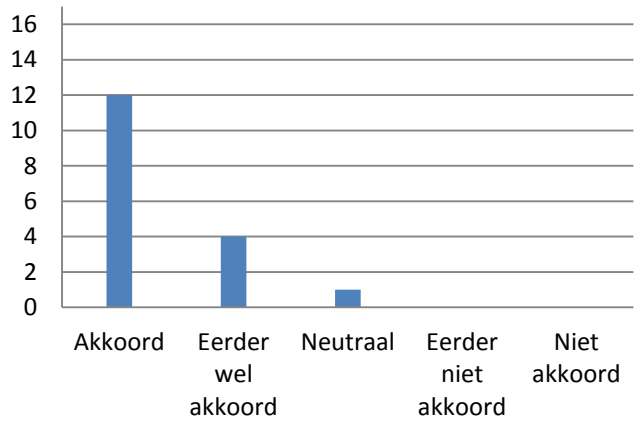
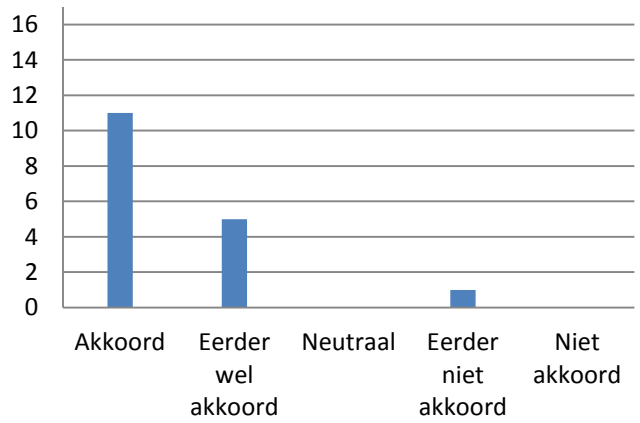


Fig. 2: Bij eet- en gewichtsproblemen is screening een goede opsporingsstrategie



Voor de dertien meerkeuzevragen (met vijf antwoordmogelijkheden: akkoord, eerder wel akkoord, neutraal, eerder niet akkoord, niet akkoord) interpreteer ik de resultaten aan de hand van een schaalvraaganalyse met bepalen van het gemiddelde (= gem.) en de standaardafwijking (= SD). De antwoorden krijgen een waarde van één punt tot vijf punten waarbij "niet akkoord" overeenkomt met één punt en "akkoord" met vijf punten. Het gemiddelde wordt berekend door het aantal punten per vraag per arts op te tellen (telkens één tot en met vijf) en te delen door het aantal artsen (= 17). De spreiding per vraag ten opzichte van het gemiddelde wordt berekend door de standaardafwijking. De volgende formule wordt gebruikt: het kwadraat van elke afwijking (antwoord – gemiddelde)

per vraag per arts wordt opgeteld en gedeeld door het aantal artsen (= 17). Wanneer hiervan de vierkantswortel wordt getrokken, bekomt men de standaardafwijking. Hoe kleiner standaardafwijking is, hoe kleiner de spreiding ten opzichte van het gemiddelde.

a. Standpunt in verband met opsporing van eet- en gewichtsproblemen.

De meeste artsen zijn akkoord dat eet- en gewichtsproblemen snel opgespoord moeten worden (gem. = 4,65 met SD = 0,59) (fig. 1) en dat screening hierbij een goede opsporingsstrategie is (gem. = 4,53 met SD = 0,78) (fig. 2). Allen vonden dat de huisarts hierbij een belangrijke rol speelt (gem. = 4,70 met SD = 0,46) (fig. 3). De huisartsen zijn het lichtjes eens dat de patiënten de huisarts als sleutelfiguur zien bij het begeleiden van eet- en gewichtsproblemen (gem. = 3,88 met SD = 0,83) (fig. 4). Een samenwerking met andere zorgverleners bij de begeleiding lijkt ook voor hen belangrijk (gem. = 4,70 met SD = 0,46) (fig. 5). Alle artsen vinden dat de gezinscontext van groot belang is bij het begeleiden van eet- en gewichtsproblemen (gem. = 5 met SD = 0).

b. Opsporing en begeleiding: voor-oordelen en andere struikelblokken.

De meeste bevraagde huisartsen vinden de gevoeligheid van het onderwerp een grote struikelblok bij de screening en durven geen screening toe te passen indien de aanmeldingsklacht geen verband heeft met eet- of gewichtsproblemen. Ook gemakzucht en weinig besef over belang van het onderwerp worden vermeld. De stelling dat er weinig gescreend wordt wegens tijdsnood geeft een verdeeld antwoord (gem. = 3,41 met SD = 1,33) (fig. 6), alsook het gebrek aan kennis over screening en begeleiding (gem. = 3,83 met SD = 1,24) (fig. 7).

Fig. 3: Huisartsen spelen een grote rol bij de screening van eet- en gewichtsproblemen

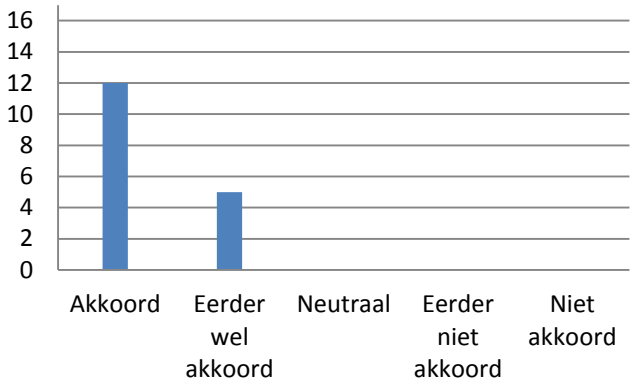


Fig. 4: Patiënten beschouwen het als de taak van de huisarts om hen hierin te begeleiden

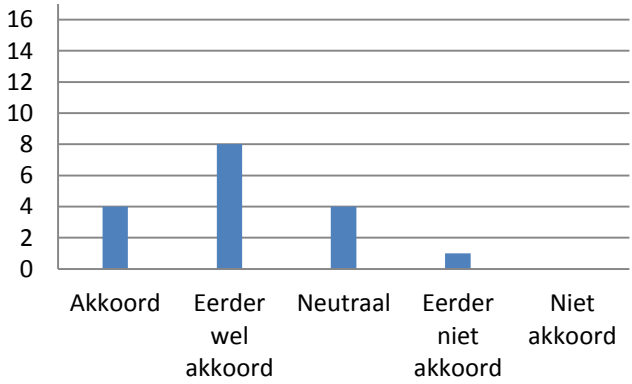


Fig. 5: Samenwerking met andere zorgverleners voor een goede begeleiding is een must

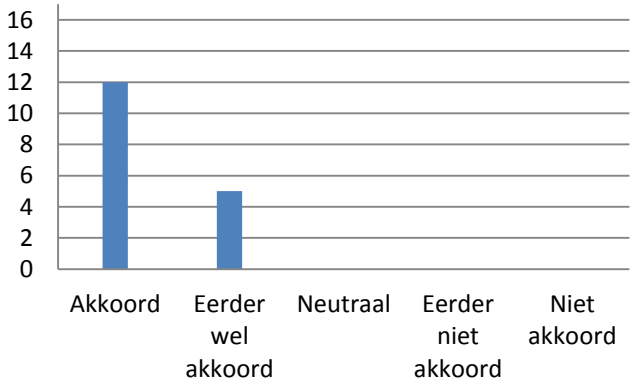


Fig. 6: Screening dor huisartsen gebeurt te weinig, wegens tijdgebrek

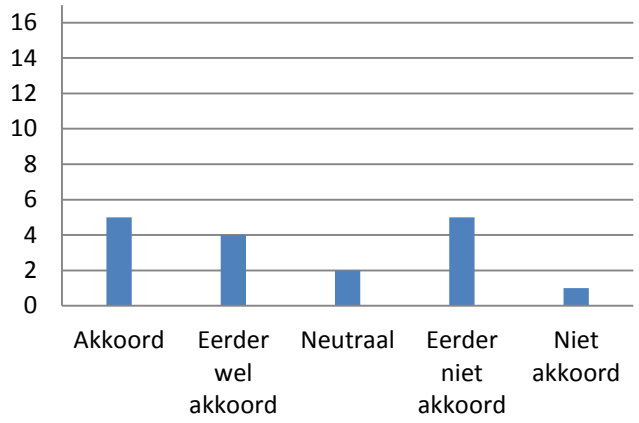


Fig. 7: Screening door de huisarts gebeurt te weinig, wegens gebrek aan kennis in verband met de verdere begeleiding

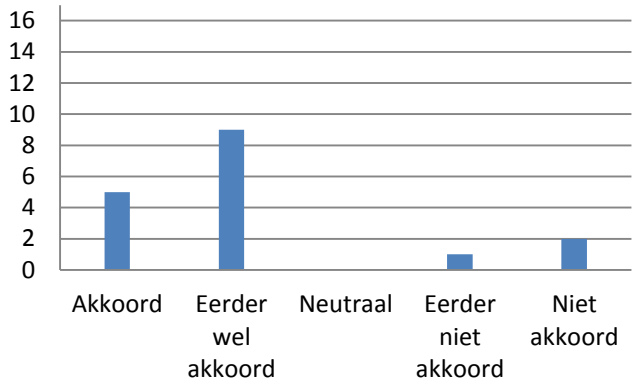


Fig. 8: De meeste jongeren met overgewicht hebben ook een eetprobleem

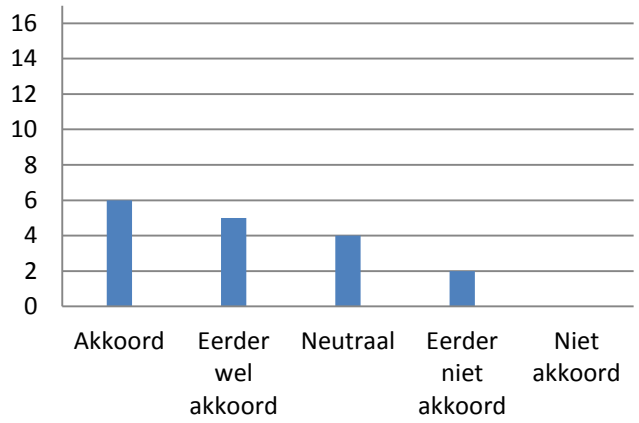
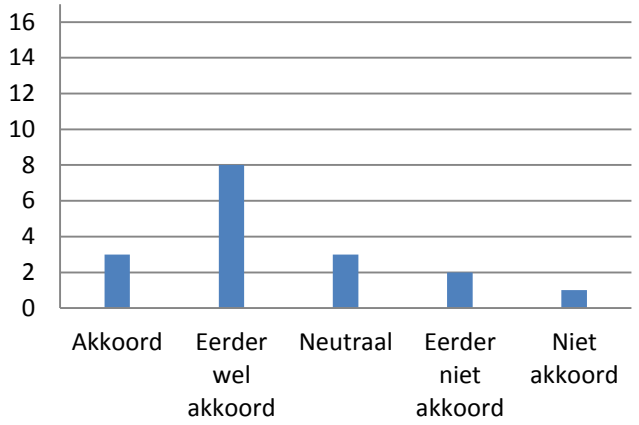


Fig. 9: De patiënt draagt de schuld van hun overgewicht/obesitas



Volgens 16 artsen hebben de meeste jongeren met eetproblemen overgewicht terwijl 1 arts van mening is dat je zowel bij ondergewicht, overgewicht en normaal gewicht evenveel aandacht moet besteden aan de mogelijkheid van aanwezigheid van een eetprobleem. Zes artsen gingen akkoord met de stelling dat de meeste jongeren met overgewicht een eetprobleem hebben, 5 gingen eerder wel akkoord, 4 hielden zich neutraal en 2 artsen waren eerder niet akkoord met deze stelling (gem. = 3,88 met SD = 1,02) (fig. 8). Drie artsen zijn akkoord dat de patiënt de schuld draagt voor overgewicht en obesitas, 8 artsen zijn eerder wel akkoord, 3 houden zich neutraal, 2 eerder niet akkoord en 1 arts ging niet akkoord met deze stelling (gem. = 3,59 met SD = 1,09) (fig. 9).

De oorzaak van eet- en gewichtsproblemen zijn volgens hun te zoeken in een bio-psycho-sociale context (gem. = 4,82 met SD = 0,38) (fig. 10). Toch gaan drie artsen akkoord en vier artsen eerder wel akkoord met de stelling dat overgewicht en obesitas louter een biologisch probleem is (gem. = 2,89 met SD = 1,41) (fig. 11). De meeste artsen vinden een multidisciplinaire samenwerking bij de begeleiding van overgewicht en obesitas belangrijk: twaalf artsen gingen akkoord met deze stelling, drie artsen eerder akkoord, één arts hield zich neutraal en één arts ging niet akkoord (gem. = 4,47 met SD = 1,04) (fig. 12) . Toch gaan zes artsen akkoord met de stelling dat door energie-inname te beperken het overgewichtsprobleem zichzelf zal oplossen (gem.= 2,82 met SD = 1,10) (fig. 13).

Fig. 10: Overgewicht en obesitas : veroorzaakt door samenspel biologische, psychologische en sociale factoren

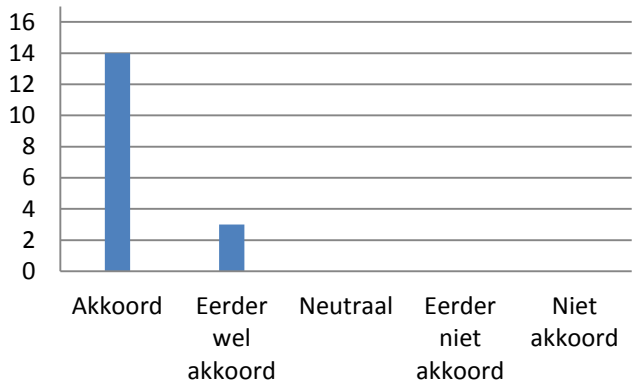


Fig. 11: Overgewicht en obesitas zijn louter biologische problemen (= langdurige positieve energiebalans)

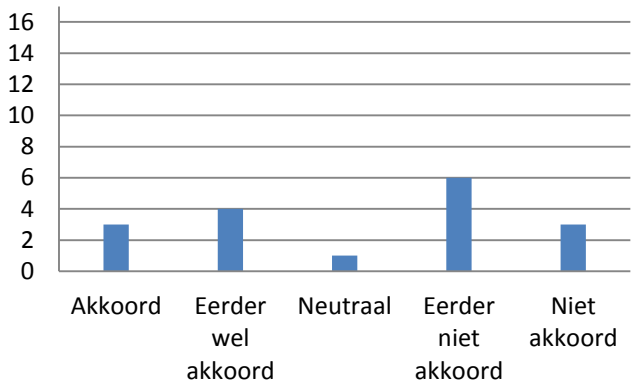


Fig. 12: Om overgewicht en obesitas aan te pakken, moet men multidisciplinair, opverschillende vlakken werken

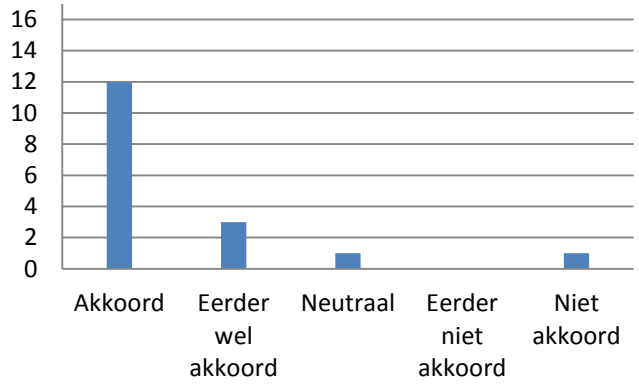
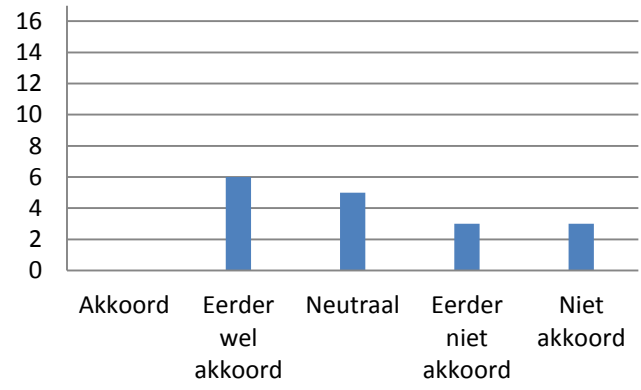


Fig. 13: Door energie inname in te perken, zal het overgewichtsprobleem zichzelf oplossen



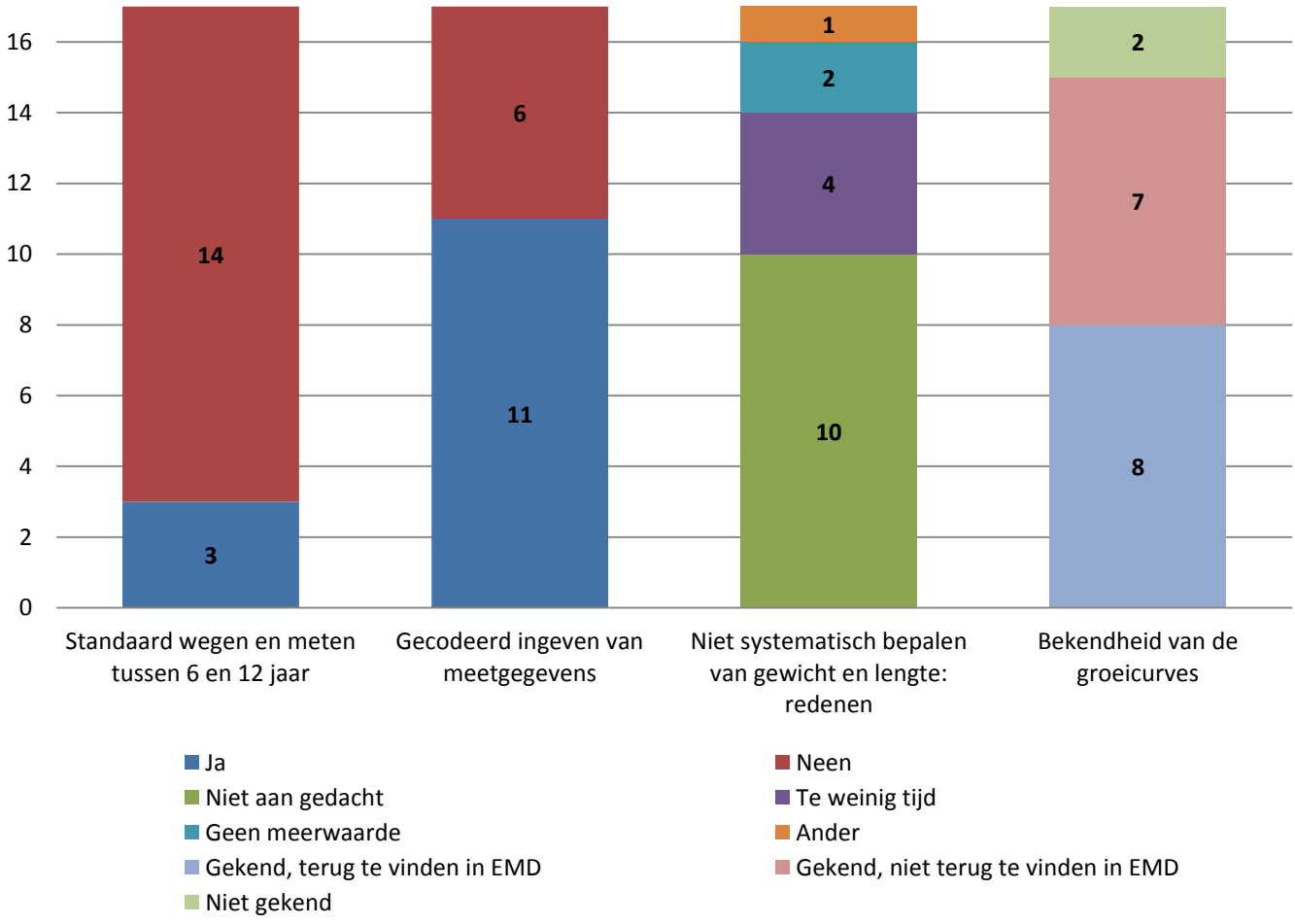
3. Deel 2: Registratie van de gegevens.

Slechts drie van de 17 ondervraagde artsen wegen en meten de kinderen tijdens het klinisch onderzoek. De anderen doen dit niet wegens tijdsgebrek (4 artsen), omdat ze er geen meerwaarde aan hechten (3 artsen) of omdat ze dit zien als de taak van het CLB (1 arts). De gegevens worden, indien gecontroleerd, bij 11 artsen gecodeerd in het EMD genoteerd. Twee artsen kennen de BMI-percentielen niet. Van de overige 15 kunnen acht artsen de percentielen terug vinden in hun EMD-programma. Bij afwijkende BMI gaan alle artsen verder met de begeleiding. De meesten doen dit op eigen houtje en af en toe wordt er samengewerkt met een diëtist (fig. 14).

4. Deel 3: Bekendheid van het vzw Eetexpert.be en het stappenplan.

Twee van de 17 artsen kennen vzw Eetexpert.be en het stappenplan, maar gebruiken het niet wegens te weinig kennis over het stappenplan zelf. De artsen zijn allen bereid een stappenplan te gebruiken indien deze bruikbaar en niet-tijdrovend is. Eén arts stelt voor om het stappenplan digitaal beschikbaar te stellen, en indien mogelijk te integreren in het EMD.

Fig. 14: Registratie van de gegevens



5. Interpretatie van de resultaten.

Hoewel eet- en gewichtsproblemen door alle huisartsen als belangrijk beschouwd worden en ze zichzelf zien als sleutelfiguur bij het opsporen en begeleiden hiervan, hebben de artsen niet de gewoonte deze problemen actief op te sporen. Volgens hen ligt de verantwoordelijkheid uiteindelijk toch bij de patiënten en hun ouders. Screening is volgens de meerderheid een geschikte methode om eet- en gewichtsproblemen op te sporen, maar slechts enkelen gaan de biometrie systematisch na.

Sommige struikelblokken vermeld in de literatuur stemmen overeen met de struikelbokken in de realiteit: de gevoeligheid van het onderwerp is bij de meeste artsen de grootste struikelblok om over eetgewoontes en gewicht te beginnen. De stelling dat de schuld voor overgewicht bij de patiënt zelf ligt, toont een verdeeldheid in mening. Deze vooroordeel zorgt ervoor dat de patiënt zich schaamt voor zijn gewicht/eetgedrag en is volgens de literatuur één van de grootste redenen dat de patiënten hun gewicht niet durven aan te halen op consultatie. Ook weinig algemeen besef en gemakzucht worden vernoemd als redenen voor het gebrek aan screening. De stelling dat er te weinig gescreend wordt wegens tijdsnood geeft een neutraal antwoord met een grote spreiding. Volgens de gevraagde artsen is gebrek aan kennis niet de hoofdreden voor onvoldoende screening, toch gaan zes artsen akkoord met de stelling dat enkel energie-inname voldoende is om overgewicht en obesitas aan te pakken en gaan vier artsen akkoord als er gesteld wordt dat overgewicht en obesitas louter een biologische oorzaak heeft.

De artsen in regio Waregem kennen vzw Eetexpert.be en het stappenplan totaal niet (slechts één arts kende het stappenplan vóór afname van de enquête, één andere heeft er kennis meegemaakt via deze MaNaMa-thesis). Een instrument om hen te begeleiden in opsporing en begeleiding vinden ze allen interessant, maar het moet wel handig en niet-tijdrovend zijn. Het stappenplan in zijn huidige vorm, te vinden op de website van vzw Eetexpert.be vinden ze te log, te onoverzichtelijk en te weinig praktisch om toe te passen. Door middel van een compacte screeningstool zal onderzocht worden of deze drempels (onhandige vorm van het stappenplan) omzeild kunnen worden.

Praktijkonderzoek: bevragen van 6 – 12 jarigen en hun ouder(s).

1. Opstellen van de screeningstool.

De literatuurstudie stelt dat de basisanamnese vooral gericht moet zijn op algemeen welzijn en functioneren. Er werd een screeningstool (bijlage 4) opgesteld die de arts kan gebruiken als handleiding bij het nagaan van het risico op probleem rond eetgewoonten of gewicht.

De vragenlijst uit het draaiboek van vzw Eetexpert.be blijkt een goede manier te zijn om een eerste peiling te doen naar het algemeen welbevinden. Hierbij wordt zowel de ouder als het kind zelf bevraagd en aan de hand van de info uit deze vragen, tegen een achtergrond van de kennis van de arts van de thuissituatie en de biometrie, kan de huisarts inschatten of er sprake zou kunnen zijn van aanwezigheid van eetstoornis. De vragenlijst bestaat uit zes ja-/neevragen voor de ouders en zes stellingen voor de kinderen die ze moeten aanvullen met één woord. Indien de arts dit nodig acht (bij vermoeden van aanwezigheid eetprobleem), wordt er overgegaan naar een gevalideerde screening naar eetproblemen of –stoornissen. Gezien de ESP bij kinderen de voorkeur geniet op het SCOFF, is er gekozen om de ESP op te nemen in de screeningstool. Met deze handige, compacte screeningstool wil ik nagaan of de deelnemende huisartsen zo de tijd en energie vinden om eet- en gewichtsproblemen actiever op te sporen.

De screeningstool bevat naast de vragenlijst met basisanamnese en ESP, ook een informed consent, een informatieformulier en een toestemmingsformulier voor de ouders.

Met dit praktijkonderzoek wordt onderzocht of de huisarts hiermee eet- en gewichtsproblemen meer bespreekbaar kon maken, of de screeningstool een handige manier is om het algemeen welzijn van de patiënten in te schatten, en of de struikelblokken zoals eerder vermeld hierdoor omzeild konden worden.

2. Praktijkonderzoek.

Tijdens een periode van twee maanden werd aan alle ouders die met 6- tot 12- jarige kinderen op consultatie komen, gevraagd of ze deel wilden nemen aan het praktijkonderzoek, ongeacht de aanmeldingsklacht. Van de zeventien bevraagde artsen, hebben acht artsen beslist mee te werken aan het praktijkonderzoek.

Over een periode twee maanden zagen we in eigen de praktijk (vier artsen) een totaal van achtennegentig kinderen tussen de 6 en de 12 jaar. Slechts twee van de vier artsen hebben zo systematisch mogelijk de studie vermeld bij kinderen tussen de 6 en de 12 jaar. Deze twee artsen zagen gedurende deze periode zevenenzestig kinderen. Bij eenendertig van de zevenenzestig kinderen (ratio van 46%) werden gewicht en lengte bepaald en gecodeerd ingegeven in het EMD. Er werden negenentwintig kinderen geïncludeerd (ratio van 93%), waarvan veertien meisjes en vijftien jongens. De aanmeldingsklacht bij de negenentwintig deelnemers waren allen niet gerelateerd aan eetgewoonten of gewicht. Na biometrie werden de BMI en groeicurve besproken met de ouders, waarna de basisanamnese werd afgenomen. Bij zeven deelnemers is er naast de basisanamnese verdergegaan met de ESP, waarna drie kinderen doorverwezen werden naar kinderpsycholoog/kinderdiëtist.

3. Standpunt en beleving van de ouders.

Na het afnemen van de anamnese werden het standpunt van de ouders ten opzichte van eet- en gewichtsproblemen en de opsporing hiervan (en de rol van de huisarts) bevraagd. Daarnaast werd er ook getoetst of de opgestelde screeningstool voor hen aanvaardbaar was. Dit gebeurde via een vragenlijst (bijlage 5), bestaande uit vijf stelling met telkens drie antwoordmogelijkheden (akkoord, neutraal, niet akkoord). De gegevens werden verwerkt zoals hierboven reeds vermeld: via een puntensysteem waarbij akkoord overeenkomt met drie punten en niet akkoord met één punt, wordt het gemiddelde antwoord berekend.

Hieruit blijkt dat 21 van de 29 ouders akkoord gaan dat het de taak is van de huisarts om gewicht en lengte van hun kinderen in de gaten te houden (5 neutraal, 3 niet akkoord, gemiddelde waarde = 2.62). De huisarts mag dit ter sprake brengen indien hij denkt aan een mogelijke eet- of gewichtsprobleem bij hun kinderen (28 akkoord, 1 neutraal, gemiddelde waarde = 2.93), en dit onafhankelijk van de aanmeldingsklacht (28 akkoord, 1 neutraal, gemiddelde waarde = 2.93). De vragen die gesteld werden ter controle van het algemeen welzijn van het kind zijn volgens alle ouders gepast (gemiddelde waarde = 3) en 28 van de 29 ouders vinden dat gewicht en lengte jaarlijks gecontroleerd moet worden bij de huisarts (gemiddelde waarde = 2.93) en geen enkele ouder zou het een probleem vinden indien de vragenlijst een maal per jaar overlopen zou worden.

Uit deze resultaten kunnen we besluiten dat ouders eetgewoonten en gewicht bij kinderen belangrijk vinden, deze vroegtijdig willen opsporen, en dat ze de huisarts zien als sleutelfiguur om hen hierbij te helpen. De huisarts heeft het mandaat om bij vermoeden van een eet- of gewichtsprobleem, dit ter sprake te brengen, onafhankelijk van de aanmeldingsklacht. De screeningstool is voor de ouders aanvaardbaar en leverden soms verrassende antwoorden op.

4. Beleving van de artsen.

Na de inclusieperiode werd terug contact opgenomen met de deelnemende huisartsen. In deze praktijken werden geen kinderen geïncludeerd. De artsen hebben bij het onderzoeken van een kind niet aan gedacht de studie aan te halen. Ook vonden zij tijdens drukke dagen de tijd niet om de vragenlijst te overlopen met de ouders en hun kind. Hieruit blijkt nogmaals dat tijdsgebrek en het lage algemene besef grote struikelblokken zijn. Ook in eigen praktijk is de uitkomstratio niet erg hoog. Na navraag werden dezelfde redenen aangehaald. Hoewel alle artsen bij het begin van de studie erg enthousiast waren over de screeningstool, hebben ze de kans niet genomen/kunnen nemen om deze uit te proberen.

De twee artsen die de screeningstool wel hebben uitgeprobeerd, waren van mening dat de vragenlijst een goede handleiding is bij het evalueren van het algemeen welzijn van het kind. Het dienst als een ingangspoort om over gewicht en eetgewoonten te beginnen en levert soms verrassende antwoorden op. Soms kregen de huisartsen de indruk dat de patiënten niet geheel eerlijk waren en voorbeeldantwoorden gaven. Door deze studie verhoogde bij deze twee artsen wel het algemene besef rondom belang van eetgedrag en gewicht: een zoekopdracht doorheen het EMD toont dat er meer kinderen werden gewogen dan deze die werden geïncludeerd, ook deze die niet deel konden nemen aan de studie (bijvoorbeeld doordat ze niet voldeden aan het leeftijdscriterium) werden toch gewogen en gemeten, en ook na de studie worden kinderen nog steeds zo systematisch mogelijk gewogen en gemeten.

Discussie

De ***literatuurstudie*** levert veel informatie op, maar slechts enkele studies zijn relevant voor deze MaNaMa-thesis. De nieuwe groeicurves zijn reeds opgesteld, maar zijn nog niet algemeen bekend, en verder onderzoek over gebruik en bruikbaarheid is noodzakelijk. De DSM-V is net uitgekomen, en het is nog geduldig wachten op de ICD-11, daardoor zijn er weinig studies die de nieuwe diagnosecriteria hanteren. De prevalentie schatten op basis van één studie geeft slechts een eenduidige kijk op de omvang van het probleem. Vele nieuwe inzichten over opsporing en begeleiding van eet- en gewichtsproblemen hebben nog verder onderzoek nodig, waardoor het moeilijk wordt om het draaiboek "Zorg voor jongeren met eet- en gewichtsproblemen" van vzw Eetexpert.be te actualiseren. De recente NICE-richtlijnen[10] en de Canadese richtlijnen[1] geven een volledig overzicht van een multidisciplinair aanpak van gewichtsproblemen bij jongeren en dienen als belangrijkste bronnen voor de evaluatie van het draaiboek. In een ideale setting worden de draaiboeken van vzw Eetexpert.be voor CLB, diëtist en psycholoog ook geactualiseerd.

Hoewel het opsporen en begeleiden van eet- en gewichtsproblemen best door een multidisciplinair team gebeuren, is deze MaNaMa-thesis geschreven door één persoon. De thesis is gebaseerd op de literatuurstudie, maar gezamenlijk beslissingen maken over de nodige ***veranderingen in het draaiboek*** in een multidisciplinair werkgroep, geeft een grotere meerwaarde dan een eenzijdige kijk op het onderwerp. Bij het evalueren van het draaiboek werd de nadruk gelegd op vroegtijdige opsporing en begeleiding. Voor het praktijkonderzoek zelf werd vooral gefocust op het vroegtijdig opsporen (= de screening). Het werd al snel duidelijk dat één van de struikelblokken bij screening het gebrek aan kennis over het screenen en begeleiden is. Hoewel de artsen tijdens de enquête een verdeeld antwoord gaven over deze stelling, gaven ze een redelijk conservatief antwoord op andere stellingen die de vooroordelen en kennis toetsten. Ook de bekendheid van vzw Eetexpert.be en hun draaiboeken is in de regio Waregem heel beperkt. Het draaiboek kan wel geëvalueerd en geactualiseerd worden, maar nog belangrijker is de bekendheid hiervan, zodat er effectief ook artsen gebruik maken van dit belangrijk werkinstrument.

Ook bij het opstellen van de ***screeningstool*** is een multidisciplinair teamoverleg aangeraden. De basisanamnese in de screeningstool is overgenomen uit het draaiboek, dat overeenkwam met de meest recente, internationale richtlijnen: evalueren van het algemeen welbevinden van het kind. De basisanamnese is een niet gevalideerde vragenlijst. Hoewel het de arts een indruk geeft van het welzijn van het kind, blijft de interpretatie grotendeels afhangen van de arts zelf. Bij het overlopen van de basisanamnese met de ouders en de kinderen, hadden de artsen soms de indruk dat zij "voorbeeldantwoorden" gaven om een beeld te geven dat voldoet aan de ideale verwachtingen. Ook het aanvullen met één woord was soms moeilijk voor het kind. Met het struikelblok in verband met schaamte in het achterhoofd, is het mogelijk alternatief de vragenlijst te laten invullen in de wachtzaal, zonder aanwezigheid van de huisarts, zodat de ouders en de kinderen zich niet geremd hoeven te voelen. Op die manier hebben ze ook meer tijd om hun antwoorden te formuleren. De screeningstool blijkt voor de ouders en voor de actief deelnemende artsen, een eerste stap te zijn bij het vergemakkelijken van de opsporing van eet- en gewichtsproblemen, maar het algemeen besef onder de huisartsen moet nog verder verhoogd worden.

Bij het afronden van het ***praktijkonderzoek*** bleek dat er slecht 29 kinderen geïncludeerd werden in de studie, wat een erg lage opbrengst is. Bij het ondervragen van de huisartsen werd bewust gekozen om enkel de artsen in regio Waregem te betrekken in de studie zodat er gemakkelijk feedback gegeven kan worden. Achteraf gezien was het verstandiger het bereik te vergroten, zodat er meer kinderen geïncludeerd konden worden. Ook een langere studieperiode zou een grotere opbrengst betekend hebben. De deelnemende huisartsen die de screeningstool niet hebben kunnen toepassen, haalden de volgende redenen aan: geen tijd, niet aan gedacht, de aanmeldingsklacht had niets te maken met gewicht of eetgewoontes, … Deze redenen werden ook aangehaald in de literatuur als struikelblokken voor vroegtijdige opsporing en begeleiding van eet- en gewichtsproblemen. Hoewel de artsen in de enquête een verdeeld antwoord gaven, bleek in tijdens het praktijkonderzoek dat deze struikelblokken reëel zijn en een vroegtijdige opsporing belemmeren. De vragenlijst werd overlopen in het kader van de studie, waardoor het soms kunstmatig afgezonderd werd van de “normale” consultatie. In de realiteit kan de arts, volgens het 5A-principe, gegradeerd het klinisch onderzoek uitvoeren en de anamnese afnemen. Hierdoor zou ook de benodigde tijd verspreid worden over verschillende consultaties, waardoor het geen effect heeft op de tijdsbesteding tijdens één consultatie.

Besluit

De **prevalentie van eetproblemen** bij kinderen van basisschoolleeftijd is moeilijk te bepalen gezien de verschillende uitingsvormen van eetgedrag.[4] Eén studie uit Nederland ging de prevalentie na van voedings- en eetstoornissen bij jongeren volgens de DSM-V criteria: de lifetime diagnose van eender welke DSM-V eetstoornis 5.7% bedraagt bij de meisjes en 1.2% bij de jongens.[18] De gemiddelde lifetimeprevalentie van BED is 1.9%.[14,16] Ongeveer 12.1% van alle eetstoornissen behoort tot de groep OSFED. Zo'n 3.4% behoort tot groep Unspecified feeding and eating disorder. Betreffende ernst van aandoening komen een "milde" tot "matige" vorm het meest frequent voor.[4] Meer onderzoek is nodig om de juiste prevalentie van eetstoornissen volgens de vernieuwde, vijfde editie van de DSM-criteria te bepalen. De **prevalentie van overgewicht en obesitas** neemt wereldwijd toe en neemt epidemische proporties aan.[1,10,19] Over een periode van twintig jaar heeft "obesitas" zowel "ondervoeding" als "infectieuze ziektes" ingehaald als meest belangrijke risicofactor voor gezondheidsproblemen en mortaliteit.[1] Het is het meest prevalente voedingsprobleem ter wereld.[1,19] In Canada kampt 26% van de 2- tot 17-jarigen met overgewicht.[1] In Engeland toont een studie uit 2011 aan dat drie op de tien 2- tot 15-jarigen kampen met overgewicht of obesitas. Zo'n 17% van de jongens en 16% van de meisjes hebben obesitas. In 2011-2012 lijden 23% van de kinderen in het eerste leerjaar en 34% van het zesde leerjaar aan overgewicht of obesitas. Ongeveer 9.5% van het eerste leerjaar en 19% van het zesde leerjaar heeft obesitas.[2] Wereldwijd schat de WHO de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen onder de 5 jaar op 6.7%, terwijl dit slecht 4.2% was in 1990. De WHO voorspelt een prevalentie van 9.1% in het jaar 2020.[5] Een Limburgse studie schat de prevalentie van overgewicht in 2002 op 3 tot 4 jaar rond 15% en op 12 tot 13 jaar rond 33%. Voor obesitas is dit respectievelijk 6% en 19%. Een studie van het Observatoire de la Santé du Hainaut[3] ziet in 2000-200 bij 26% van de kinderen een overgewicht en bij 8% obesitas.[3] In Waregem volgt het CLB de kinderen op tijdens de basisschoolleeftijd. Het CLB GO stelt de persoonlijke dossiers van de leerlingen ter beschikking indien het VCLB ook zijn gegevens beschikbaar stelt, dit wegens bescherming van de privacy. Het VCLB antwoordde negatief op de vraag.[20] In eigen praktijk is er een query uitgevoerd. Enkel bij eenentwintig van de 320 patiënten tussen 6 en 12 jaar met GMD zijn gecodeerde gegevens over gewicht en lengte terug te vinden, bij vijf patiënten enkel het gewicht en bij één patiënt enkel de lengte. Bij geen enkel patiënt zijn gegevens over tailleomtrek terug te vinden. Met deze gegevens is het niet mogelijk de prevalentie van overgewicht en obesitas in eigen praktijk te schatten.

Het **draaiboek in zijn huidige vorm** heeft een kleine update nodig betreffende de inhoud. Hoewel de meeste vernieuwingen nog verder onderzoek nodig heeft, kan er reeds overwogen worden deze op te nemen in het draaiboek. Dit gaat onder andere over de vernieuwde groeicurves, de tailleomtrek bij het standaard klinisch onderzoek, de vijfde editie van de DSM voor de classificatie van voedings- en eetstoornissen en het 5A-principe bij de begeleiding van eet- en gewichtsstoornissen waarbij ook gebruik gemaakt kan worden van gevalideerde questionnaires zoals het SCOFF of de ESP.

Uit de literatuur blijken de volgende **struikelblokken** te bestaan **bij vroegtijdige opsporing** van eet- en gewichtsproblemen: vooroordelen over eet- en gewichtsstoornissen (zoals schuld zoeken bij de patiënt, eetproblemen komen vooral voor bij mensen met afwijkende BMI, …), te weinig begeleiding wegens gevoel van gebrek aan opleiding en kennis, te weinig begeleiding wegens tijdsgebrek, te weinig registratie van de nodige gegevens (zoals ook gebleken uit de query in eigen praktijk),

onrealistische verwachting bij de begeleiding waardoor patiënten afhaken, eenzijdige begeleiding zonder samenwerking met andere eerstehulpverleners, … Via een enquête wordt het standpunt van 17 **artsen** uit regio Waregem bevraagt om na te gaan of de struikelblokken vermeld in de literatuur overeenstemmen met de realiteit: de gevoeligheid van het onderwerp is bij de meeste artsen de grootste struikelblok om over eetgewoontes en gewicht te beginnen. Zo toont de stelling dat de schuld voor overgewicht bij de patiënt zelf ligt dat de meningen hierover verdeeld zijn. Deze vooroordeel zorgt ervoor dat de patiënt zich schaamt voor zijn gewicht en gedrag en is één van de grootste redenen dat de patiënten hun gewicht niet durven aan te halen op consultatie. Ook weinig algemeen besef en gemakzucht worden vernoemd als redenen voor het te weinig screenen. De stelling dat er te weinig gescreend wordt wegens tijdsnood geeft een neutraal antwoord met een grote spreiding. Volgens de gevraagde artsen is gebrek aan kennis niet de hoofdreden voor onvoldoende screening, toch gaan zes artsen akkoord met de stelling dat enkel energie-inname voldoende is om overgewicht en obesitas aan te pakken en gaan vier artsen akkoord als er gesteld wordt dat overgewicht en obesitas louter een biologische oorzaak heeft. Via een vragenlijst voor de **ouders** blijkt dat zij opvolging van eetgewoonten en gewicht bij kinderen belangrijk vinden, en dat ze de huisarts zien als sleutelfiguur om hen hierbij te helpen. De huisarts heeft het mandaat om deze onderwerpen aan te brengen, ongeacht de aanmeldingsklacht.

De bekendheid van het stappenplan van vzw Eetexpert.be is in regio Waregem bijna niet bestaand (slechts twee arts kenden vzw Eetexpert.be vóór afname van de enquête). Na het voorstellen van het draaiboek waren alle artsen van menig dat het draaiboek te onoverzichtelijk en te weinig praktisch om te hanteren tijdens de consultatie.

Een instrument dat de drempel om over eetgewoontes en gewicht te praten verlaagt, en dat als handleiding dient in de opsporing, vinden ze allen interessant, maar het moet wel handig en niet-tijdrovend zijn. Na het actualiseren van het draaiboek werd een korte, overzichtelijke vragenlijst (= screeningstool) opgesteld. Het dienst als een ingangspoort om over gewicht en eetgewoonten te beginnen, en bestaat uit het registreren van de biometrie, de basisanamnese ter evaluatie van het algemeen welzijn van het kind en de ESP, uit te voeren bij vermoeden van eetstoornis. Bij afwijkende resultaten is een doorverwijzing naar diëtist/psycholoog/tweedelijnshulp aanbevolen. Er stemden acht huisartsen in om de screeningstool uit te proberen. Slechts twee huisartsen hebben de screeningstool getest. De redenen voor deze lage opkomst zijn diezelfde struikelblokken zoals eerder bevraagd. Hoewel alle artsen bij het begin van de studie erg enthousiast waren over de screeningstool, hebben ze de kans niet genomen/kunnen nemen om deze uit te proberen. De twee artsen die de screeningstool wel hebben uitgeprobeerd, zijn hier tevreden over, hoewel kleine veranderingen het gebruik nog verder kunnen optimaliseren. De ouders waarbij de screeningstool werd toegepast vonden die aanvaardbaar en hebben er geen bezwaar op om die jaarlijks te herhalen. Het algemene besef rond het belang van vroegtijdige opsporing zijn bij deze twee artsen verhoogd, wat te zien is in de blijvende inspanning om kinderen systematisch te wegen en te meten, en te peilen naar de eetgewoontes bij het ontdekken van afwijking van de biometrie.

Bijlagen

BIJLAGE 1: REFERENTIES

1. Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IR, Sharma AM, Ur E. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. CMAJ 2007, 176(8): 1-117
2. Eetexpert.be. Zorg voor kinderen met eet- en gewichtsproblemen: Draaiboek voor huisartsen. Brussel: Vlaamse Gemeesnchap, Ministerie van Welzijn, Kenniscentrum voor eet- en gewichtsproblemen;2008 [geraadpleegd op 30 oktober 2013]. Verkrijgbaar via www.draaiboeken.eetexpert.be/huisarts
3. Niesten L, Bruwier G. Obesitas bij kinderen. Huisarts Nu 2008, 37(4): 189-204
4. Lanting CI, Heerdink-Obenhuijsen N, Schuit-van Raamsdonk HLL, Hofman-van den Hoogen EMM, Leeuwenburg-Grijseels EH, Broerse A, et al. Voeding en eetgedrag. NCJ 2013:1-126
5. Lakshman R, Elks CE, Ong KK. Childhood Obesity. Circulation 2012, 126: 1770-1779
6. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Modified 5 As. Can Fam Physician 2013, 59: 27-31
7. Cotton AM, Ball C, Robinson P. Four Simple Questions Can Help Screen for Eating Disorders. JGIM 2003, 18: 53-56
8. Pigeot I, Barba G, Chadjigeorgiou C, de Henauw S, Kourides Y, Lissner L, et al. Prevalence and determinants of childhood overweight and obesity in European countries: pooles analysis of the existing surveys within the IDEFICS Consortium. IJO 2009, 33:1103-1110
9. Willems S, van de Merwe D, Van West D, Janssens A. Prevalentie van eetproblemen bij jonge kinderen: systematische literatuuroverzicht. Tijdschr. Voor Geneeskunde 2013, 69(23): 11281137
10. Nice.org.uk. Managing overweight and obesity among children and young people: lifestyle weight management services. London: The National Institute for Health and Care Excellence;2013 [geraadpleegd op 01/11/2013]. Verkrijgbaar via www.nice.org.uk/guidance/ph47
11. de Onis M, Garza C, Victora CG, Onyango AW, Frongillo EA, Marto,es J. The WHO Multicentre Growth Reference Study: planning, study design, and methodology. Foor Nutr Bull 2004, 25(1): S15-S26
12. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida , Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization (Geneva) 2007, 85(9): 660-667
13. Van Hoeck K. De aanpak van eet- en gewichtsproblemen in de CLB: Theorie gewichtsproblemen. Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. 2009, 1-7
14. Uher R, Rutter M. Classification of feeding an eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. World Psychiatry 2012, 11: 80-92
15. Dewitte I. Benoot J. Hoe onderscheiden we eet- en voedingsproblemen van eet- en voedingsstoornissen bij kinderen? Psychopraxis 2008, 10(1):16-22
16. Hoek HW, Van Elburg AA. Voedings- en eetstoornissen in de DSM)5. Tijdschrift voor Psychiatrie 2014, 56(3): 187-191
17. Den Boon CA, Geeraerts D, editors. Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse taal. 14e editie. Antwerpen: Van Dale Lexicografie b.v.; 2005
18. Smink FRE, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and Severity of DSM-5 Eating Disorders in a Community Cohort of Adolescents. Eat Disord 2014, 47: 610-619
19. WHO. Population-based Childhood obesity prevention. 2012 ISBN 978 92 4 150478 2
20. Centrum voor Leerlingenbegeleiding Gemeenschapsonderwijs Deinze-Eeklo – Ten Hedestraat 1, 8790 Waregem. Vrij Centrum voor Leerlingenbegeleiding Weimeersen – Zuiderlaan 42, 8790 Waregem
21. Klein JD, Sesselber TS, Johnson MS, O'Connor KG, Cook S, Coon M, et al. Adaption of Body Mass Index Guidelines for Screening and Counseling In Pediatric Practice. Pediatrics 2010, 125:265-272
22. Morgan JF, Reid F, Lacy JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ 1999, 319: 1467-1468
23. De Vriendt T, Huybrechts I, Ottevaere C, Van Trimpont I, De Henauw S. Validity of Self-Reported Weight and Height of Adolescents, Its Impact on Classification into BMI-Categories and the Association with Weight Behaviour. Int. J. Environ. Res. Public Healt 2009, 6:2696-2711

BIJLAGE 2: ENQUÊTE HUISARTSEN

1. Oriëntatie van probleem en standpunt van de huisarts.

- Eet- en gewichtsproblemen moeten snel opgespoord worden:
  Akkoord Eerder wel Neutraal Eerder niet Niet akkoord

- Bij deze problemen is screening een goede opsporingsstrategie:
  Akkoord Eerder wel Neutraal Eerder niet Niet akkoord

- Huisartsen spelen hierbij een belangrijke rol:
  Akkoord Eerder wel Neutraal Eerder niet Niet akkoord

- Patiënten beschouwen het de taak van de huisarts om hen hierin te begeleiden:
  Akkoord Eerder wel Neutraal Eerder niet Niet akkoord

- Een samenwerking met andere zorgverleners voor een goede begeleiding is een must:
  Akkoord Eerder wel Neutraal Eerder niet Niet akkoord

- Toch zien we dat screening door huisartsen te weinig gebeurt:
  - Weinig tijd hiervoor:
    Akkoord Eerder wel Neutraal Eerder niet Niet akkoord
  - Weinig kennis voor verdere begeleiding:
    Akkoord Eerder wel Neutraal Eerder niet Niet akkoord
  - Andere redenen?

- In hoeverre denkt u dat de gezinscontext meespeelt bij het benaderen van kinderen met eetstoornissen?
  Veel Eerder veel Neutraal Eerder weinig Weinig

- De meeste jongeren met eetproblemen hebben volgens u:
  Ondergewicht Overgewicht Normaal gewicht

- Overgewicht en obesitas zijn gevoelige onderwerpen voor de patiënt. Zij vinden dat zij de schuld dragen voor hun overgewicht. Gaat u hiermee akkoord?
  Akkoord Eerder wel Neutraal Eerder niet Niet akkoord

- Overgewicht en obesitas is louter een biologisch probleem waarbij er een langdurige positieve energiebalans is.
  Akkoord Eerder wel Neutraal Eerder niet Niet akkoord

- Overgewicht en obesitas wordt veroorzaakt door een samenspel van biologische, psychologische, sociale factoren.
  Akkoord Eerder wel Neutraal Eerder niet Niet akkoord

- Door de energie inname in te perken, zal het overgewichtsprobleem zichzelf oplossen.
  Akkoord Eerder wel Neutraal Eerder niet Niet akkoord

- De meeste jongeren met overgewicht hebben ook een eetprobleem
  Akkoord Eerder wel Neutraal Eerder niet Niet akkoord

- Om overgewicht en obesitas aan te pakken, moet men multidisciplinair, op verschillende vlakken werken.
  Akkoord Eerder wel Neutraal Eerder niet Niet akkoord

- In hoeverre denkt u dat de gezinscontext meespeelt bij het benaderen van kinderen met overgewicht?
  Veel Eerder veel Neutraal Eerder weinig Weinig

2. Registratie van de nodige gegevens.

- Standaard wegen en meten van kinderen 6 – 12 jaar.
  - Ja
    - Gecodeerd geregistreerd.
    - Niet gecodeerd geregistreerd.
  - Neen: waarom?
    - Te weinig tijd.
    - Geen meerwaarde.
    - Niet aan gedacht – niet in standaard klinisch onderzoek opgenomen.
    - Andere:…
- BMI-indeling – percentielen: gekend?
  - Ja
    - Gemakkelijk terug te vinden in elektronisch medisch dossier?
    - Niet terug te vinden in elektronisch medisch dossier?
    - Geen idee.
  - Neen

- Bij afwijkende waarden: verdere begeleiding aangeboden?
  - Ja
    - Hoe?
    - Samengewerkt met andere zorgverleners?
      - Ja
      - Neen: waarom?
        - Geen idee naar waarnaartoe.
        - Geen goede samenwerking in het verleden.
        - Patiënten kunnen het niet betalen.
        - Ander: …
  - Neen
    - Waarom niet?
    - Eigen kennis over deze problematiek te beperkt.
    - Ander: …

3. Oriëntatie kennis vzw Eetexpert.be en het stappenplan 'Zorg voor jongeren met eet- en gewichtsproblemen'.

- Kent u vzw Eetexpert.be
  - Ja
  - Neen
- Stappenplan vzw Eetexpert.be: gekend?
  - Ja
    - Wordt gebruikt.
    - Wordt niet gebruikt: waarom?
  - Neen
    - Ander strategie?
    - Welke?
- Bereid om stappenplan te gebruiken?
  - Ja
  - Neen:
    - waarom?
    - Wat zou er moeten veranderen zodat gebruik overwogen wordt?

BIJLAGE 3 : PRAKTIJKONDERZOEK - informed consent en toestemmingsformulier

Informatie voor de ouders

<u>Zorg voor jongeren met eet- en gewichtsproblemen: verdere implementatie van het stappenplan</u>

Beste ouder,

Uw huisarts neemt deel aan een studie die eet- en gewichtsproblemen bij kinderen meer bespreekbaar wilt maken. Wanneer u bij uw huisarts langskomt, is het mogelijk dat hij/zij uw medewerking vraagt en voorstelt een kleine vragenlijst te overlopen, samen met uw kind.

Om alles vlot te laten overlopen, geven wij u graag een woordje uitleg op voorhand.

Wat is het doel van dit onderzoek?

1. Eet- en gewichtsproblemen bij kinderen bespreekbaarder maken, ook al zijn er geen vermoedens van deze problemen bij het kind.
2. Uw huisarts helpen bij het begeleiden van eet- en gewichtsproblemen bij kinderen.

Welke kinderen kunnen er deelnemen?

Kinderen tussen de 6 en 12 jaar, die op consultatie komen bij de huisarts om gelijk welke reden, mogen deelnemen aan dit onderzoek.

Moet uw kind deelnemen?

Er werd gevraagd aan de huisarts om na te gaan bij ELK kind tussen de 6 – 12 jaar of hij/zij de vragenlijst mag afnemen. Het is dus niet zo dat enkel kinderen met eet- en gewichtsproblemen gevraagd worden om deel te nemen. Uiteraard bent u volledig vrij om te beslissen of u en uw kind al dan niet deelneemt aan dit onderzoek.

Wat zal er gebeuren / wat wordt er verwacht van mij en mijn kind?

Uw huisarts zal uw kind zoals gewoonlijk onderzoeken en behandelen. Daarnaast zal het gewicht en de lengte en buikomtrek van uw kind nagekeken worden. Daarna overlopen jullie samen een korte vragenlijst. Indien het van toepassing is, zal u verdere begeleiding aangeboden worden.

Uiteraard bent u ook hier volledig vrij om het onderzoek stop te zetten.

Blijft deze deelname vertrouwelijk?

Alle informatie zal vertrouwelijk behandeld worden. De gegevens worden gecodeerd verwerkt, waardoor de gegevens van uw kind niet te achterhalen zijn.

Toestemmingsformulier ouders

<u>Zorg voor jongeren met eet- en gewichtsproblemen: verdere implementatie van het stappenplan</u>

Ik bevestig dat Dr…….. (naam informerende arts in blokletters) mij heeft geïnformeerd heeft over de aard van dit onderzoek.

Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en heb meegekregen op papier.

De deelname van mijn kind is volledig vrijwillig en ik weet dat ik mijn kind op elk moment van het proces uit het onderzoek kan halen, zonder nadelige gevolgen.

Ik begrijp dat de persoonlijke en klinische gegevens van mijn kind tijdens dit onderzoek worden verzameld. De gegevens zullen op een gecodeerde manier verwerkt worden door de onderzoekers. Ik ga akkoord dat deze gegevens beschikbaar zullen gesteld worden aan de onderzoeker.

Ik weet dat de persoonlijke levenssfeer van mijn kind gerespecteerd zal worden. Elke onjuiste gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname van mijn kind aan het onderzoek.

In te vullen door ouder, persoonlijk te dateren en te ondertekenen:

Naam kind: ……

Geboortedatum kind: ……/……/……. Geslacht van het kind: M / V

Rijksregisternummer kind: ……

Tel/GSM ouder: ……

E-mail van de ouder: ……

Datum: ……/……/……. Handtekening ouder:

In te vullen door de arts betreffende geïnformeerde toestemming van de ouder:

Ik heb de bedoelingen van dit klinisch onderzoek, zoals beschreven in het formulier 'Informatie voor de ouders', volledig doorgenomen en uitgelegd aan de bovengenoemde ouder.

Datum: ……/……/……. Handtekening arts + stempel:

Dit onderzoek werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek, dit wil niet zeggen dat dit u verplicht mee te doen aan de studie.

BIJLAGE 4: PRAKTIJKONDERZOEK - screeningstool

Vroegtijdige detectie a.d.h.v. basisananmese en klinisch onderzoek

<u>Zorg voor jongeren met eet- en gewichtsproblemen: verdere implementatie van het stappenplan</u>

Basisgegevens.

Geslacht = meisje / jongen Leeftijd: …. Jaar

Lengte = ……cm Gewicht = ……kg BMI = …….

Buikomvang = …….. cm

Aanmelding.

□ Directe hulpvraag van de ouders/patiënt omtrent eten/gewicht: ……

□ Klacht of probleem mogelijk gekoppeld aan eten/gewicht: ……

□ Naar aanleiding van ander probleem: ……

Basisanamnese.

1. **Vragen voor de ouders:**

WELBEVINDEN:	Voelt uw kind zich lekker in zijn vel?	+	-
	Gaat hij graag naar school?	+	-
VOEDING:	Maakt u zich zorgen over de voeding/eetgedrag van uw kind?	-	+
	Is uw kind veel bezig met het uiterlijk/gewicht?	-	+
SPELEN:	Wat doet uw kind in zijn vrije tijd (veel lichaamsbeweging)?	+	-
SLAPEN:	Maakt u zich zorgen over de nachtrust van uw kind?	-	+

2. **Vragen voor het kind:**

Op school voel ik me …

Thuis voel ik me …

Ik vind mezelf…

Eten vind ik …

In mijn vrije tijd …

Slapen vind ik …

Bij vermoeden van problemen en/of bij afwijkende biometrie.

ESP = EATING DISORDER SCREEN FOR PRIMARY CARE

Ben je tevreden over je eetgewoonten?	-	+
Eet je weleens in het geheim?	+	-
Heeft je gewicht invloed op hoe je je voelt?	+	-
Heb je nu last van een eetstoornis of heb je dat in het verleden ooit gehad?	+	-

Antwoord in eerste kolom = 1 punt. Een score van 2/5 of hoger betekent dat de kans op eetstoornis 25 – 40% bedraagt. Verdere exploratie is aangewezen.

BIJLAGE 5: VRAGENLIJST – beleving van de ouders

Ik vind het de taak van de huisarts om lengte en gewicht van mijn kind op te volgen.

AKKOORD NEUTRAAL NIET AKKOORD

Ik vind het de taak van de huisarts om mogelijke eet- en gewichtsproblemen ter sprake te brengen.

AKKOORD NEUTRAAL NIET AKKOORD

Ik vind dat de huisarts het recht heeft de mogelijke eet- en gewichtsproblemen te evalueren, ongeacht de aanmeldingsklacht.

AKKOORD NEUTRAAL NIET AKKOORD

Ik vind de vragen die de huisarts net gesteld heeft, gepast om te stellen.

AKKOORD NEUTRAAL NIET AKKOORD

Ik vind het NIET erg indien de huisarts deze vragenlijst elk jaar opnieuw zou stellen.

AKKOORD NEUTRAAL NIET AKKOORD

BIJLAGE 6 : GOEDGEKEURDE PROTOCOL

Eet- en gewichtsproblemen kunnen al op jonge leeftijd voorkomen. Zij vormen niet enkel een probleem voor de gezondheid, ook het algemeen welzijn van het kind kan lijden onder deze problematiek. Door dit tijdig en effectief aan te pakken, kunnen toekomstige gezondheidsproblemen voorkomen worden. Maar in de praktijk ziet men dat verschillende struikelblokken bij zowel de (huis)arts als de ouders en het kind, ervoor zorgen dat een optimale begeleiding ontbreekt.

Deze thesis omvat 4 grote onderzoeksvragen:

1. Wat is de prevalentie van eet- en gewichtsproblematiek van 6 – 12 jarigen, in Vlaanderen en meer regionaal, in Waregem?
2. Is het stappenplan "Zorg voor jongeren met eet- en gewichtsproblemen", ontwikkeld door vzw Eetexpert.be, in zijn huidige vorm, up-to-date aan de meest recente en internationale richtlijnen?
3. Welke zijn de mogelijke struikelblokken bij huisarts, ouders, kind om verdere begeleiding in kader van eet- en gewichtsproblematiek te geven / te aanvaarden?
4. Wat is de bekendheid van het stappenplan in de regio?
   Is het in zijn huidige vorm een bruikbaar instrument om kinderen met eet- en gewichtsproblemen op te sporen?

Een eerste onderdeel van deze thesis bestaat uit een literatuurstudie. Deze biedt antwoord aan onderzoeksvraag één, twee en drie. Op deze wijze proberen we een kijk te hebben op de omvang van deze problematiek, de mogelijke struikelblokken volgens de literatuur en wordt nagegaan of het stappenplan nog steeds actueel is.

Een tweede onderdeel van de thesis is een praktijkonderzoek, waarbij een antwoord wordt gezocht op de derde en vierde vraag. Dit gebeurt via een vragenlijst bestemd voor de artsen, om na te gaan of de struikelblokken vermeld in de literatuur, overeenkomen met de realiteit. Verder wordt gepeild naar de bekendheid en het gebruik van het stappenplan. Er wordt ook gevraag wat er mogelijks kan veranderen om het stappenplan meer bekendheid te geven en er een meer bruikbare tool van te maken.

In een derde onderdeel vragen we de deelnemende huisartsen alle kinderen tussen 6 en 12 jaar die op consultatie komen (om welke reden dan ook) te wegen en te meten. Daarna wordt de toestemming gevraagd om samen met de ouders en het kind het (eventueel) aangepaste stappenplan te overlopen: aan de hand van een vragenlijst nagaan of er bij dit kind een probleem rond eetgewoonten of gewicht aanwezig is. Indien van toepassing, wordt verdere begeleiding aangeboden. Er wordt gepolst naar de beleving van de ouders en het kind na het overlopen van de vragenlijst. Op elk moment van het onderzoek kunnen de ouders beslissen om dit stop te zetten. Bij vroegtijdig onderbreken van het traject wordt gevraagd naar de mogelijke redenen. Dit onderdeel zal ook uitgevoerd worden in eigen praktijk.

Een vierde onderdeel van dit onderzoek is de evaluatie van het (eventueel) aangepaste stappenplan. Dit gebeurt via een retrospectieve bevraging van de deelnemende huisartsen (bruikbaarheid, tevredenheid, …) en een persoonlijke reflectie van de opgedane ervaring.

Het uiteindelijke doel van deze thesis is het stappenplan op te tillen naar een hoger niveau en zo een meer bruikbaar instrument te ontwikkelen. Op die manier hopen we de problematiek rond eetgewoonten en gewicht bij jongeren gemakkelijker bespreekbaar te maken en de begeleiding meer aanvaardbaar.

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Professor Bert Aertgeerts
Diensthoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde
Academisch centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok 1 bus 7001
3000 Leuven

ONS KENMERK ML10561
LEUVEN, 20 mei 2014

MANAMA HUISARTSGENEESKUNDE ZORG VOOR JONGEREN MET EET- EN GEWICHTSPROBLEMEN: VERDERE IMPLEMENTATIE VAN HET STAPPENPLAN

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven heeft vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 16 mei 2014.

De Commissie is van oordeel dat de voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. In het kader van de gesprekken met Prof. Schotsmans (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek) aangaande dergelijke studies geeft de Commissie dan ook een gunstig advies over dit onderzoeksproject.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Aandachtspunten: (indien van toepassing)

Indien er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie in ons centrum pas aangevat worden wanneer dit Clinical Trial Agreement goedgekeurd en ondertekend werd door de gedelegeerd bestuurder van UZ Leuven.

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.

SECRETARIAAT:
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

Studies met geneesmiddelen mogen slechts aanvangen op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaren heeft kenbaar gemaakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art.13 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.
Voor bepaalde studies met medische hulpmiddelen gelden eveneens wettelijke termijnen (zie KB van 17/3/2009).
Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar de website van het FAGG www.fagg-afmps.be.

Gelieve ook rekening te houden met de regelgeving van het ziekenhuis betreffende weefselbeheer.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient U er over te waken dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door U waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan de commissie medische ethiek moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Indien de studie niet binnen het jaar beëindigd is, vereist de ICH-GCP dat een jaarlijks vorderingsrapport aan de commissie wordt bezorgd.

Tenslotte verzoeken wij U ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken (met opgave van eventuele reden). Gelieve het (al dan niet vroegtijdig) stopzetten van een studie binnen de door de wet vastgelegde termijnen mee te delen en een Clinical Study Report aan de Commissie te bezorgen.

Met collegiale groeten,

Prof. Dr. Walter VAN DEN BOGAERT
Voorzitter Commissie Medische Ethiek
UZ K.U.LEUVEN

Prof. dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KU Leuven

Cc CTC Clinical Trial Center

Cc Promotor
Prof. dr. P. De Cort

Student
Dr. Nguyen Thi Kim Hanh

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw

SECRETARIAAT:
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

BIJLAGE 7: GUNSTIG ADVIES ETHISCHE COMMISSIE