



KU LEUVEN



UNIVERSITEIT GENT



UNIVERSITEIT ANTWERPEN



VU BRUSSEL

INTERUNIVERSITAIRE GGS-OPLEIDING JEUGDGEZONDHEIDSZORG

**Leerlingen met eetstoornissen: knelpunten rond de aanpak binnen
het CLB- en schoolmilieu**

Dr. De Schamphelleire Leen

**Promotor: Prof. Dr. Van Royen P.
Copromotoren: Prof. Dr. Vandereycken W.
Licentiate psychologie Vandeputte A.**

**Verhandeling voorgedragen tot
het behalen van de graad van
Gediplomeerde in de Gespecialiseerde
Studies in de Jeugdgezondheidszorg**

Mei 2005

VOORWOORD	3
SAMENVATTING.....	4
1. INLEIDING EN MOTIVATIE.....	5
1.1. Probleemstelling.....	5
1.2. Wat zijn eetstoornissen	7
1.2.1. Anorexia nervosa	8
1.2.2. Boulimia nervosa	8
1.2.3. Eetbuistoornis (Binge Eating Disorder of BED)	9
1.3. Primaire preventieprogramma's in de school en beperkingen	10
1.4. Onderzoeksvragen: Focus op secundaire preventie; samenwerking school – CLB .	11
2. VELDSTUDIE.....	12
2.1. Materiaal en methodes.....	12
2.1.1. Kwalitatieve methodologie	12
2.1.2. Steekproef.....	12
2.1.3. Onderzoeks- en analysemethodes	12
2.2. Resultaten	13
2.2.1. Beschrijving van 22 knelpunten/aandachtspunten	13
2.2.2. Positieve elementen binnen het CLB- en schoolmilieu	21
2.2.3. Selectie van de vijf belangrijkste knelpunten (na rangschikking van de 22 knelpunten)	24
2.2.4. Beantwoording van vijf geselecteerde knelpunten via een nominale groepsmethode...	25
2.3. Discussie en conclusies	32
3. LITERATUUR.....	36
3.1. Situering van de literatuur	36
3.2. Methodologie van het literatuuronderzoek	36
3.3. Leerlingenbegeleiding en de aanpak van eetstoornissen op school.....	38
3.3.1. Historiek van leerlingenbegeleiding	38
3.3.2. Huidige status.....	39
3.3.3. Bijscholing over de aanpak van eetstoornissen in de school.....	39
3.4. Ontkenning bij de leerling van het excessief lijngedrag	40
3.5. Focus op risicoleerlingen	41
3.6. Screeningsonderzoek naar beginnende eetstoornissen	42
3.7. Vroege herkenning door leerkrachten en leerlingen	43

3.8.	Vroege herkenning door schoolartsen	44
3.9.	Motiveren voor behandeling	45
3.10.	Bijscholing over de aanpak van eetstoornissen binnen het CLB team	46
3.11.	Adequate verwijzadressen	47
3.12.	Besluit literatuurstudie	48
4.	BESLUIT EN AANBEVELINGEN.....	49
4.1.	Algemeen besluit	49
4.2.	Aanbevelingen.....	50
4.2.1	Naar de school	50
4.2.2	Naar het CLB.....	51
4.2.3	Naar het beleid.....	52
5.	REFERENTIES	53
6.	BIJLAGEN.....	55

1	Semi-gestructureerd interview bij vijf CLB medewerkers en vijf personen van de cel leerlingenbegeleiding
2	Begeleidend schrijven bij het interview
3	Beschrijving van de 22 knelpunten rond leerlingen met eetstoornissen door kwalitatieve analyse van tien interviews
4	Begeleidend schrijven bij rangschikking van de 22 knelpunten rond de aanpak van eetstoornissen.
5	Aanschrijven van acht experten (1)
6	Aanschrijven van acht experten (2)
7	Resultaat van de oplossingen voor de vijf knelpunten (beoordeeld door acht experten)
Afzonderlijke bijlage	Inhoudelijke beschrijving van tien interviews bij vijf CLB medewerkers en vijf personen van de cel leerlingenbegeleiding

Voorwoord

Mijn oprechte dank gaat uit naar volgende personen, dankzij wiens enthousiasme en ondersteuning ik dit eindwerk heb kunnen afwerken.

In de eerste plaats wil ik mijn copromotoren Prof. Dr. Walter Vandereycken en lic. An Vandeputte bedanken voor de kostbare tijd die ze voor me vrijmaakten en de leerrijke commentaar die ik ontving. Het vele onderzoek dat jullie reeds verrichtten over de problematiek eetstoornissen heeft een grote bijdrage geleverd bij het tot stand komen van dit eindwerk. Bedankt voor jullie gedrevenheid.

Prof. Dr. Paul Van Royen wil ik van harte bedanken voor de wetenschappelijke bijdrage op het gebied van structuur en methodologie van dit eindwerk. Hij trad ook op als moderator tijdens de expertenbijeenkomst te Leuven waarvoor ik hem zeer dankbaar ben.

Ik wil de directies en de personen van de cel leerlingenbegeleiding bedanken voor de medewerking tijdens het afnemen van de interviews en de interessante bedenkingen bij de knelpuntenanalyse.

Ook bedank ik Dr. Chris Stuvén, Dr. Elisabeth Van Alsenoy, Dr. Katelijne Van Hoeck, Dr. Annick Van Hoof (CLB-artsen) en mevrouw Lieve De Brabander (CLB-verpleegkundige) voor de leerrijke interviews die ik bij hen mocht afnemen.

Heel erkentelijk ben ik Prof. Dr. Walter Vandereycken (faculteit psychologie K.U. Leuven en Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen Tienen), lic. An Vandeputte (psychologe Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen Tienen), Dr. Laurence Claes (psychologe K.U. Leuven), Prof. Dr. Caroline Braet (psychologe U.Z. Gent), Dr. Greta Noordenbos (psychologe Universiteit Leiden), Dr. Annick Simons (psychiater Paola kinderziekenhuis Antwerpen) Dr. Maggie Temmerman (CLB-arts Dendermonde) en Dr. Gert Cogghe (CLB-arts Veurne) voor de deskundige bijdrage als expert bij de beantwoording van knelpunten.

In het bijzonder wil ik Dr. Greta Noordenbos bedanken voor de uitgebreide informatie die ze me gaf over de problematiek van eetstoornissen in Nederland.

Tot slot wil ik Jan Geraets, mijn CLB-verpleegkundige, bedanken voor zijn grote bereidheid me steeds te helpen met de lay-out van het eindwerk.

Als allerlaatste bedank ik mijn vriend Laurens voor zijn grote steun en zijn eindeloos geduld bij de organisatie van het computerwerk.

Samenvatting

Eetstoornissen bij leerlingen van het secundair onderwijs kunnen belangrijke gezondheidsproblemen tot gevolg hebben. Uit onderzoek naar de prognose van eetstoornissen blijkt dat een korte ziekte duur voor de aanvang van de behandeling prognostisch betere resultaten oplevert. In dit eindwerk gaan we na welke knelpunten een tijdige detectie en een goede opvang van jongeren met een eetprobleem in de school en het CLB beletten. We focussen ons op secundaire preventie en in het bijzonder op de samenwerking tussen school en CLB.

In het eerste deel wordt verslag uitgebracht van een eigen veldonderzoek waarbij een knelpunteninventarisatie wordt opgemaakt door bevraging van CLB medewerkers en personen van de cel leerlingenbegeleiding. Bijkomend trachten experts voorstellen te formuleren als antwoord op de knelpuntenanalyse met als doel de samenwerking tussen school en CLB te optimaliseren.

In het tweede deel werd in de literatuur gezocht naar overeenkomsten en antwoorden op knelpunten uit het veldonderzoek. Ook wordt de link met de situatie in Nederland gelegd. De rode draad doorheen de knelpuntenanalyse is het ontbreken van een sterke brugfunctie tussen school en CLB. Het CLB kan leerlingenbegeleiders sterk maken in het herkennen van 'risico'-leerlingen. Een belangrijke stap tijdens dit proces is het organiseren van vaste overlegmomenten tussen de cel leerlingenbegeleiding en de CLB medewerkers waarbij naast de bespreking van leerlingen ook plaats is voor themaoverleg.

De cel leerlingenbegeleiding is niet in elke school voldoende uitgebouwd waardoor eetstoornissen en andere psychosociale problemen onvoldoende worden gedetecteerd. Vanuit de overheid zijn structurele oplossingen nodig om een vaste cel leerlingenbegeleiding uit te bouwen.

Uit de literatuur blijkt dat er een ruim nascholingsaanbod bestaat voor graadcoördinatoren en personen van de cel leerlingenbegeleiding. Het CLB zou de school advies kunnen geven in verband met het organiseren van studiedagen en workshops in de school zelf.

De Vlaamse overheid heeft tussen 2000 en 2004 een groot Onderzoeks- en vormingsproject opgezet om de vroegtijdige herkenning van eetstoornissen te verbeteren. In een vervolgproject werd aandacht gegeven aan de vorming van CLB medewerkers.

De detectie van leerlingen met een eetstoornis in de hoogste graad van het secundair onderwijs blijft een knelpunt. Het CLB zou een beter selectiesysteem kunnen uitwerken met de focus op 'risico'-leerlingen. Tijdens de veldstudie vraagt de CLB arts met nadruk aan de overheid om een percentage voor artsen vrij te houden voor individuele begeleiding van leerlingen en om niet alle beschikbare tijd in te vullen met consulten. De experts daarentegen leggen bij dit knelpunt eerder de nadruk op teamwork met onderlinge taakverdeling.

In de literatuurstudie werden vele antwoorden en oplossingen gevonden op knelpunten uit de veldstudie. Deze moeten op een gepaste manier aan de verschillende doelgroepen worden doorgegeven.

Tegenstrijdige antwoorden op knelpunten dienen verder onderzocht te worden.

1. Inleiding en motivatie

1.1. Probleemstelling

Tijdens de algemene consulten als CLB arts stelde ik vast dat jongeren zeer begaan zijn met hun uiterlijk en dat vooral jonge meisjes er naar streven om een mooi en slank lichaam te hebben om aan het verwachtingsbeeld van de maatschappij te voldoen. Jongeren zijn zeer geïnteresseerd op welke percentielscore van de groeicurven hun lengte en gewicht zich situeren. Daarbij viel me de discrepantie op tussen het normaal gewicht voor lengte en leeftijd en het “persoonlijk ideaal gewicht” dat ze voor ogen hadden. Het hoeft ons dan ook niet te verwonderen dat eetstoornissen in toenemende mate blijken voor te komen bij jongeren tussen 10 en 18 jaar.

Tijdens deze individuele gesprekken met leerlingen stuitte ik op enkele vragen en problemen :

- Hoe benader ik de leerling het best opdat ik ze niet zou afschrikken en het vertrouwen kan groeien?
- Bestaan er vragenlijsten of werkinstrumenten voor CLB medewerkers om tot een snellere detectie van de eetstoornis te komen?
- Bestaan er lijsten met verwijzadressen van hulpverleners die specifiek rond eetstoornissen werken?
- Hoe komt het dat de eerste signalen van leerlingen “die zich niet goed in hun vel voelen” niet gedetecteerd worden in de school?

Ik trachtte een antwoord op bovengenoemde vragen te zoeken via internet en stuitte op de zeer interessante website van An Vandeputte, licentiate psychologie KU Leuven : www.eetstoornis.be.

Ik contacteerde Lic. An Vandeputte met de vraag of er opleidingsdagen of workshops voor artsen werden georganiseerd, of er gestandaardiseerde vragenlijsten voor adolescenten bestonden en of zij me kon helpen een project rond eetstoornissen op te starten in een secundaire school. Ze pleitte ervoor om in de school met de leerkrachtengroep te werken omdat ze ontzettend belangrijk zijn als modelfiguren voor leerlingen en het daarenboven belangrijk is dat ze op dezelfde golfhoogte zitten. Ik vernam dat er recent een draaiboek was uitgewerkt voor tijdige herkenning van eet- en gewichtsproblemen in het centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB). Dit draaiboek kadert in het project ‘Professionalisering van preventie en behandeling bij jongeren met eetstoornissen’ (Een onderzoeks- en vormingsproject van de K.U. Leuven, o.l.v. Prof. Dr. W. Vandereycken en Lic. A. Vandeputte, met steun van de Vlaamse Gemeenschap). Er werd me gevraagd als pilootarts mee te werken om het proefdraaiboek te evalueren en de werkinstrumenten te toetsen in het veld. Zo beschikte ik over een zeer interessant naslagwerk en bijkomend zeer praktische werkinstrumenten om de leerlingen die ik selectief volgde verder te begeleiden. In februari 2004 vond een samenkomst met de artsen van de piloot CLB's plaats in Tienen en nadien werd het draaiboek provinciaal voorgesteld aan CLB medewerkers.

Vaak wordt er door directies gevraagd om iets te doen rond de problematiek van eetstoornissen. Meestal wordt dan gezocht naar een ervaringsdeskundige die komt vertellen over de gevolgen van eetstoornissen. Uit onderzoek blijkt dit niet altijd de beoogde resultaten te geven, soms worden zelfs negatieve effecten

gezien (1). Teveel nadruk op de 'stoornis' kan juist teweeg brengen dat meer leerlingen ermee gaan experimenteren. Velen blijken ook gevoelig te zijn voor de extra aandacht die er dan op school ontstaat en niet zelden krijgen ze doorheen het verhaal over de eetstoornis inspiratie over hoe er mee te experimenteren. Daarom wordt er in het draaiboek voor gepleit om in elke preventieve actie de nadruk te leggen op het belang van een positief zelfbeeld en 'gezond' gedrag. Eetstoornissen kunnen wel even toegelicht worden, maar de nadruk wordt dan gelegd op gezonde copingstrategieën. Herkenning en begeleiding van eetstoornissen zal vaak vanuit de school starten. Goede kennis van de signalen en risicofactoren, respectvol contact met de jongeren en hun ouders, samen met de multidisciplinaire ondersteuning van het CLB-schoolbegeleidingsteam, vormen hierbij de belangrijkste hoekstenen (2).

Om aan dit laatste tegemoet te komen gaf ik in mei 2004 een presentatie voor directie, leerkrachten en personen van de cel leerlingenbegeleiding van het koninklijk atheneum Mortsel met de als doel deze groep te informeren over deze materie. Daarbij viel op dat leerkrachten over een redelijke kennis van eetstoornissen beschikken maar zich in de eerste plaats minder bevoegd voelen om een eerste verkennend gesprek te voeren met een leerling met deze problematiek.

Ook uit het eindwerk van Dr. Gert Cogghe en Dr. Maggie Temmerman blijkt dat leerkrachten al bij al goed op de hoogte zijn over het thema eetstoornissen. Wel blijkt dat leerkrachten veel te vlug willen gaan en niet stilstaan bij de moeilijkheid van een eerste gesprek. Vaak wordt er onvoorbereid een eerste gesprek gevoerd. Het verzamelen van informatie komt niet naar voren als eerste stap. Er wordt te weinig overlegd met het CLB. Het is een belangrijke taak van het CLB om zich ook op dit terrein te profileren naar leerkrachten waardoor de drempel lager wordt om de CLB schoolverantwoordelijke aan te spreken (3). Volgens de leerkrachten van beide scholen is het een taak van het CLB om hen te ondersteunen als ze geconfronteerd worden met een vermoeden van een jongere met een eetstoornis (>80%). In de praktijk wordt er duidelijk minder op het CLB gerekend. De helft van de leerkrachten neemt geen contact op met de CLB schoolverantwoordelijke als ze geconfronteerd worden met een jongere met een eetstoornis. Dit is verbazingwekkend. Volgens Dr. Gert Cogghe is de enige verklaring voor deze tegenstrijdige resultaten dat er veel goede wil is bij de leerkrachten, maar dat de drempel naar het CLB blijkbaar te groot is.

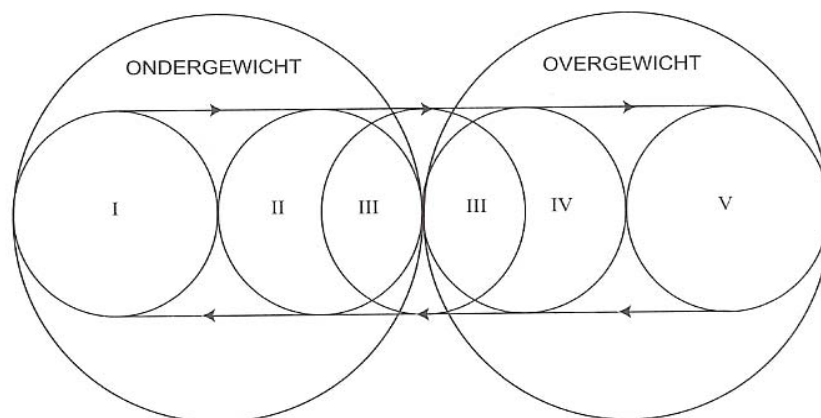
Leerkrachten komen niet spontaan naar het CLB. Het is de taak van de CLB schoolverantwoordelijke om zich tussen de leerkrachten te profileren als een laagdrempelig aanspreekpunt voor allerlei problemen (niet enkel leerproblemen, maar ook psychosociale problemen) (3, 4). Beide eindwerken houden een oproep in om leerkrachten te bevragen omdat we ze als partner niet over het hoofd mogen zien en met hen samen in de boot moeten stappen. Daarom leek het me nuttig om antwoorden op knelpunten rond de aanpak van eetstoornissen te zoeken met als doel de samenwerking tussen school en CLB te optimaliseren.

1.2. Wat zijn eetstoornissen

Er werd beroep gedaan op de DSM-IV 'Diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde' opgemaakt door de Amerikaanse vereniging voor psychiatrie (1996) (5). Vervolgens werden het 'Handboek Eetstoornissen' en het 'Draaiboek Eetstoornissen' geraadpleegd (1, 2).

In principe kan gesproken worden van een eetstoornis bij jongeren wanneer zij in gedachten en gedrag voortdurend bezig zijn met wat ze eten, met hun eigen gewicht of lichamelijk voorkomen. Het afwijkend eetgedrag is wel het meest opvallende kenmerk (hoewel niet steeds observeerbaar), maar mag geen gevolg zijn van een lichamelijke aandoening of een psychose.

De typische eetstoornissen zijn anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis (zie tabel 1). Als men niet voldoet aan alle diagnostische kenmerken van de beschreven eetstoornis is er sprake van een atypische eetstoornis. Eén persoon kan in de loop van de tijd evolueren van het ene naar een ander type eetstoornis, maar de basisproblematiek blijft dezelfde ook al veranderen de uiterlijke kenmerken. Eetstoornissen moeten dan ook als een samenhangend geheel worden beschouwd: we spreken daarom van een spectrum van eetstoornissen, waarin ook obesitas een plaats heeft (zie figuur) (Hay en Fairburn 1998) (2).



Figuur 1.1 Het continuüm van eetstoornissen: van extreem mager tot zwaarlijvig

- I = anorexia nervosa, beperkende type
- II = anorexia nervosa, eetbuien-purgerende type
- III = boulimia nervosa
- IV = eetbuistoornis
- V = overeten/overgewichtstoornis

Bron: W. Vandereycken, *Handboek Eetstoornissen* (2002)

1.2.1. Anorexia nervosa

De naam anorexia nervosa is misleidend. Anorexia betekent letterlijk 'gebrek aan eetlust', wat als symptoom bij talrijke lichamelijke en psychische stoornissen (bijv. depressie) kan voorkomen. In werkelijkheid hebben deze jongeren geen gebrek aan eetlust, maar proberen ze doelbewust hun eetlust en hongergevoel te onderdrukken. Het is in essentie geen kwestie van 'niet kunnen' maar van 'niet willen eten'. Anorexia zou beter 'magerzucht' genoemd worden, want de patiënten hebben een onweerstaanbare drang om af te slanken. Ze zijn er als het ware aan verslaafd en gaan ermee door, zelfs als zij al sterk zijn vermagerd.

Alles wat te maken heeft met eten, gewicht en lichaamsvorm wordt een obsessie: denken, voelen en handelen worden beheerst en bepaald door een niet-ophoudend verlangen mager te zijn. Centraal staat daarbij de beangstigende beleving dat men veel te dik is of dit zal worden (gewichtsfobie), ook al is het lichaamsgewicht ver beneden het normaal te verwachten peil. Er is dus sprake van een sterk vertekend lichaamsbeeld. Het is zelfs zo dat naarmate het gewicht lager wordt de jongere steeds banger wordt om aan te komen.

Er bestaan twee subtypes:

- Het 'beperkende' (restrictieve) type: zij vermageren door hun voedselinname sterk te beperken of selectief caloriearm voedsel in te nemen; vaak gaat dit gepaard met overmatige lichamelijke activiteit (veel sporten, joggen, fitnessstraining, buikspieroefeningen). Ze zijn niet geregeld bezig met eetbuien of purgerende maatregelen (zelf opgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysmas).
- Het 'gemengde' type (eetbuien-purgerende type): naast episoden van voedselbeperking zullen deze jongeren ook gebruik maken van zelfopgewekt braken, laxeermiddelen en zelfs diuretica om te vermageren; deze middelen tot gewichtsverlaging treden vaker op naarmate zij tussendoor ook last hebben van eetbuien (boulimia) (1, 2, 5).

1.2.2. Boulimia nervosa

De kern van boulimia nervosa zou men kunnen omschrijven als een compromis tussen een oncontroleerbare eetdrang en de overheersende wens om slank te blijven. Tijdens de eetbui worden grote hoeveelheden eten 'naar binnen gewerkt' en hebben de patiënten het gevoel dat ze de controle over hun eetgedrag kwijt zijn. Ze kunnen niet meer stoppen met eten. Meestal gaat het om voedsel (zoet en vet) dat ze zich buiten de eetbuien niet toestaan. Het aantal en de duur van een eetbui variëren sterk. Vaak gaat het snel, onrustig en schrokkelig.

Eetbuien kunnen van tevoren gepland zijn. Zo kunnen deze jongeren gedurende de dag nauwelijks iets eten (een soort anorectische reactie) om zich 's avonds over te geven aan een eetbui. Dit gebeurt bijna steeds als ze alleen zijn; een eetbui is dus een verborgen probleem, dat men zo lang en goed mogelijk geheim wil houden.

Vele eetbuien treden op in reactie op emotionele situaties: neerslachtigheid, eenzaamheid, boosheid. Een eetbui kan ook ontstaan wanneer men het gevoel heeft 'over de schreef' te zijn gegaan, omdat men iets meer gegeten heeft dan men zichzelf had toegestaan. Men voelt zich dan 'gefaald' en daarop 'laat men zich gaan'.

Na de eetbui voelt men zich misselijk, onbehaaglijk en krijgt men schuldgevoelens. De angst om in gewicht toe te nemen is sterk zodat de meesten zich zo snel mogelijk van het opgenomen voedsel willen ontdoen door te braken, laxeren, vasten, sporten, enz; dit noemen we de compensatiereacties.

Net als de anorexiapatiënten zijn boulimiapatiënten dus geobsedeerd door voedsel, gewicht en lichaamsomvang. De meeste jongeren met boulimia nervosa vertonen wel gewichtsschommelingen, maar binnen normale grenzen. Zakt het gewicht toch steeds meer dan slaat de diagnose om in anorexia nervosa van het gemengde type; lukt het compensatiegedrag onvoldoende dan zal het gewicht juist stijgen en kan overgewicht ontstaan; in dat geval kan er een overlapping bestaan met de eetbuistoornis (zie 1.2.3). Wat hun gewicht ook is, in hun beleving zijn ze in ieder geval te dik en ze proberen dan ook voortdurend slanker te worden of op gewicht te blijven (2).

De DSM-IV classificatie beschrijft opnieuw twee subtypes:

- Het 'purgerende' type: de huidige episode wordt vooral gekenmerkt door zelf opgewekt braken of het misbruik van laxantia of diuretica.
- Het 'niet-purgerende' type: de huidige episode gaat gepaard met andere compensatoire gedragingen zoals vasten of overmatige lichaamsbeweging, maar wordt niet gekenmerkt door geregeld zelf opgewekt braken of misbruik van laxantia of diuretica (1, 2, 5).

1.2.3. Eetbuistoornis (Binge Eating Disorder of BED)

Er is tenslotte een derde groep eetstoornissen die een overlapping vertoont met boulimia nervosa. Zij hebben alle kenmerken van de boulimie wat de eetbuien betreft, maar passen niet de gewichtscorrigerende compensatiereacties toe (of houden dit niet vol) zodat hun gewicht onvermijdelijk gaat stijgen. De eetbuien komen gemiddeld tenminste twee dagen per week gedurende zes maanden voor. Als het dan gaat om een combinatie van eetbuien en overgewicht (gaande tot obesitas) kunnen we spreken van een overeten-overgewichtstoornis (zie figuur 1.1). Deze patiënten zouden wel slanker willen zijn, maar hebben het opgegeven of houden hun lijnpogingen niet lang vol (1, 2, 5).

1.3. Primaire preventieprogramma's in de school en beperkingen

Er bestaan in de literatuur zeer veel artikels over primaire preventie van eetstoornissen bij adolescenten. Wanneer men in Pubmed volgende keywords gebruikt : 'adolescents' and 'eating disorders' and 'school-based prevention programs' vindt men een uitgebreide literatuurlijst. Want eetstoornissen zijn één van de meest voorkomende gezondheidsproblemen bij jonge vrouwen in de Westerse landen. Eetstoornissen gaan gepaard met een significante aantasting van de gezondheid en de interpersoonlijke relaties, hebben een hoge kans op herval en vertonen een verhoogd risico op mortaliteit. Hoewel verschillende benaderingen van preventieprogramma's in de school mogelijk zijn, worden allesomvattende schoolprogramma's aangeraden. Belangrijke componenten van deze programma's zijn: staftraining, interventies in de klas, integratie van relevante materie in het bestaande curriculum, werken met hoog risicostudenten in kleine groepjes, mogelijkheden tot het benutten van gezonde maaltijden, adequate verwijsmogelijkheden en aangepaste lessen lichamelijke opvoeding (6, 7, 8).

De randomised controlled trials vormen het grote probleem bij de opzet van primaire preventiestudies. De methode is mooi in theorie doch de praktische uitvoering is moeilijk en van lange duur. In het review artikel van Riccardo Dalle Grave wordt het effect van verschillende primaire preventieprogramma's in scholen (RCT's) onderzocht omdat eetstoornissen meestal een aanvang nemen op deze leeftijd en men in de school 'hoog risico-individueen' kan bereiken (9). Uit sommige onderzoeken blijkt dat kennisdoelen wel bereikt worden maar dat attitudes en zeker gedrag veranderen uiterst moeilijk is via deze programma's. Volgens een onderzoek van Carter waren de resultaten zelfs negatief (10). Aangezien er geen controlegroep aanwezig was, kreeg dit laatste onderzoek veel kritiek. Resultaten bekomen uit randomised controlled trials tonen aan dat preventieprogramma's in de school geen schadelijke effecten hebben op de attitudes en het gedrag van leerlingen. 'Doelgroep'-preventieprogramma's met de focus op welbepaalde subpopulaties met een hoger risico op het ontwikkelen van een eetstoornis, tonen veelbelovende resultaten. Het nadeel van deze methode is stigmatisatie van de betrokken leerlingen.

Ook preventieprogramma's waar een interactieve benadering centraal staat met het oog op verandering van ongezond gedrag hebben positieve effecten. Universele preventieprogramma's waarbij alle individuen in een welbepaalde populatie worden betrokken (vb. alle leerlingen van de 3^e graad van het secundair onderwijs), zijn teleurstellend in hun mogelijkheid om ongezond gedrag te veranderen. Deze laatste vaststelling mag onderzoekers niet ontmoedigen om verder onderzoek te doen over deze universele programma's. We kunnen nog betere resultaten bekomen door een verdere studie en definiëring van de risicofactoren die geassocieerd zijn met eetstoornissen en die vatbaar zijn voor verandering. Veelbelovende resultaten afkomstig van nieuw onderzoek naar risicofactoren kunnen een nieuwe generatie universele preventieprogramma's ontwikkelen zonder de methodologische beperkingen die we zien in de huidige literatuur en met een reële effectiviteit in het verminderen van de prevalentie van eetstoornissen (9).

1.4. Onderzoeksvragen: Focus op secundaire preventie; samenwerking school – CLB

Bij secundaire preventie tracht men de eetstoornis zo vroeg mogelijk te signaleren om vroegtijdig hulp te kunnen bieden. Deze signalen kunnen tot uiting komen op school (turnleerkrachten, refterverantwoordelijken, medeleerlingen, e.a. kunnen signalen opvangen) of tijdens het algemeen consult op het CLB. Door de eetstoornis vroegtijdig te herkennen voorkomt men dat de ziekte grotere proporties aanneemt. Uit onderzoeken naar de prognose van eetstoornissen blijkt dat een korte ziekteduur voor de aanvang van de behandeling prognostisch betere resultaten oplevert (11). Samenwerking tussen de leerkrachten en het CLB is hier zeker aangewezen (12).

Mijn eindwerk focust zich op secundaire preventie en in het bijzonder op de samenwerking tussen school en CLB.

Volgende onderzoeksvragen worden gesteld:

- **Welke knelpunten beletten de tijdige detectie van jongeren met een eetprobleem in de school en het CLB?**
- **Hoe kan de samenwerking tussen de school en het CLB geoptimaliseerd worden?**
- **Welke knelpunten beletten een goede opvang van leerlingen met een eetprobleem in school en CLB?**
- **Is er nood aan bijscholing bij personen van de cel leerlingenbegeleiding en CLB-medewerkers?**
- **Waarom komen jongeren vaak niet bij de gepaste hulpverlener terecht?**
- **Op welke wijze kan een gerichte doorverwijzing en een adequate behandeling plaatsvinden?**
- **Heeft het CLB een taak bij de follow-up van deze “kwetsbare leerlingen” ?**

In het eerste deel wordt verslag uitgebracht van een eigen veldonderzoek waarbij een knelpunteninventarisatie wordt opgemaakt door bevraging van CLB medewerkers en personen van de cel leerlingenbegeleiding. Bijkomend wordt door experts getracht voorstellen te formuleren als antwoord op de knelpuntenanalyse met als doel de samenwerking tussen school en CLB te optimaliseren.

In het tweede deel werd in de literatuur gezocht naar overeenkomsten en antwoorden op knelpunten uit het veldonderzoek. Ook werd de link met de situatie in Nederland gelegd.

De aangeboden literatuur wordt als een hulpmiddel aangereikt aan hen die zich verder willen verdiepen in de materie die in de veldstudie werd behandeld.

2. Veldstudie

2.1. Materiaal en methodes

2.1.1. Kwalitatieve methodologie

Bij de voorstelling van het Draaiboek Eetstoornissen door Prof. Dr. W. Vandereycken, lic. An Vandeputte en Dr. Chris Stuyven aan directie, personen van de cel leerlingenbegeleiding en geïnteresseerde leerkrachten van het Koninklijk Atheneum Morsel, werd gestuit op belangrijke knelpunten die de implementatie van dit Draaiboek konden bemoeilijken. Ook in de literatuur is er sprake van knelpunten tot implementatie. Daarom werden deze knelpunten verder geëxploreerd, beschreven en beantwoord, via een inductief proces van kwalitatief onderzoek (13).

2.1.2. Steekproef

De bedoeling was knelpunten in de aanpak van eetstoornissen te beschrijven, bekomen door analyse van tien casussen in combinatie met interviews. Vijf personen van de cel leerlingenbegeleiding en vijf CLB medewerkers werden telefonisch gecontacteerd met de vraag of ze zich een casus konden herinneren over een leerling met een eetstoornis waarbij de samenwerking school -CLB belicht werd. Een begeleidend schrijven werd overhandigd voor het interview met informatie over de onderliggende probleemstelling en onderzoeksvraag (bijlage 2). Om een doelgerichte steekproef te bekomen met de nadruk op variatie, werden vijf personen van de cel leerlingenbegeleiding geselecteerd uit de drie verschillende netten (het Vrije net, het Gemeenschapsonderwijs en het Stedelijk onderwijs). Daarnaast werden CLB medewerkers uit verschillende provincies (Antwerpen, Gent, Brussel en Limburg) geselecteerd om regionale verschillen in aanpak en verwijsmogelijkheden te nivelleren (13).

2.1.3. Onderzoeks- en analysemethodes

Ik opteerde voor de afname van een semi-gestructureerd interview waarbij eerst gevraagd werd een casus te vertellen over een leerling met een eetstoornis en hierbij de knelpunten te benoemen (14). Nadien werd gevraagd of ze in het verleden al geconfronteerd werden met enkele knelpunten die werden bekomen uit het vooronderzoek in de literatuur (3, 4, 12). Bijkomend werd gevraagd welke mogelijke oplossingen voor deze knelpunten werden gezien omdat de beantwoording van knelpunten door mensen die in het veld werken essentieel is met het oog op verdere implementatie (bijlage 1). De interviews werden opgenomen op een audiotape en werden nadien door mezelf uitgeschreven. Nadien volgde een systematische analyse van de tien interviews waarbij uiteindelijk 22 knelpunten of aandachtspunten werden beschreven na het constant vergelijken en analyseren van de knelpunten (bijlage 3). De mogelijke oplossingen voor de verschillende knelpunten werden ook geanalyseerd en gekoppeld aan het welbepaalde knelpunt. In een tweede deel van het veldonderzoek werden de beschreven knelpunten voorgelegd aan acht experten. De expertengroep bestond uit twee psychiaters, twee CLB artsen en vier psychologen, allen met een ruime

ervaring op het domein eetstoornissen. Om de beantwoording en discussie door de experts haalbaar te maken, werd eerst een selectie van vijf aandachtspunten gemaakt. Daartoe stuurde ik opnieuw een mail naar de tien personen bij wie een interview werd afgenomen met de vraag de 22 knelpunten te rangschikken en nummeren in volgorde van belangrijkheid. Hierbij werd gevraagd 'over de muren van de school versus CLB' te kijken en mekaars problemen te scoren volgens hun persoonlijke mening (bijlage 4). Er werd telefonisch nagevraagd of hierbij problemen werden ondervonden omdat dit een moeilijke karwij bleek te zijn. Uit deze nummering werd een nieuwe volgorde van knelpunten bekomen waarbij de vijf hoogst gescoorde knelpunten aan de experts werden voorgelegd. De acht experts werden telefonisch gecontacteerd met de vraag of ze deze knelpunten wilden beantwoorden of in ieder geval mogelijke oplossingen formuleren. Er volgde een begeleidend schrijven met uitnodiging voor een bijeenkomst in Leuven (bijlage 5 en 6). Aan de experts die niet aanwezig konden zijn werd gevraagd de analyse per mail door te sturen.

Op 21/3/05 vond de expertenbijeenkomst plaats waarbij de methode van de nominale groep werd toegepast (15). Dit betreft een gestructureerde meeting waarin gebruikt wordt gemaakt van een geordende procedure om kwalitatieve informatie te bekomen van targetgroepen. De eerste stap bestaat erin dat elke deelnemer individueel en zonder discussie, zijn eigen ideeën rond een bepaalde topic neerschrijft (een lijst maakt). In dit geval werd gevraagd één prioritaire oplossing voor het geformuleerde knelpunt te geven vanuit de reeds aangereikte oplossing(en) of vanuit de eigen ervaring. Daarna presenteert elk zijn belangrijkste idee van zijn lijst. Dit proces wordt herhaald totdat de hele lijst overlopen is. Intussen worden de gepresenteerde ideeën op een bord geschreven zodat iedereen deze lijst kan zien.

Vervolgens vindt er een gestructureerde discussie plaats over de ideeën op deze lijst. Deze worden geëvalueerd en zonedig verhelderd. Na deze discussie beoordeelt elke deelnemer afzonderlijk de ideeën (rangorde maken of scoren). Op basis hiervan wordt tot slot de mening van de groep gemeten. Zo'n groep bestaat uit 8 tot 10 mensen die dus samenwerken in een zeer gestructureerde setting met een getrainde moderator. Deze laatste functie werd waargenomen door Professor Dr. P. Van Royen (16).

2.2. Resultaten

2.2.1. Beschrijving van 22 knelpunten/aandachtspunten

2.2.1.1. Aandachtspunten binnen de schoolcontext

Zie knelpunt 1, 2, 3, 4, 6, 18 (bijlage 3).

- De cel leerlingenbegeleiding is niet in elke school voldoende uitgebouwd waardoor eetstoornissen laattijdig of zelfs niet ontdekt worden. Wanneer de cel leerlingenbegeleiding geen duidelijke structuur binnen de school kent, is deze school niet klaar de eerste lijnswerking op zich te nemen zoals beschreven in het CLB decreet. Er bestaat vanuit de overheid geen wettekst noch concrete richtlijnen betreffende de invulling van deze interne cel. Hier stuiten we duidelijk op een structureel probleem. Als mogelijke oplossing zou de overheid een zekere verplichting aan de school kunnen opleggen om een transparante cel leerlingenbegeleiding uit te bouwen. Natuurlijk zijn daarbij de financiële middelen nodig

om leerkrachten enkele uren vrij te stellen voor deze functie. Daarnaast zou het CLB team samen met de directie en de cel leerlingenbegeleiding concrete afspraken kunnen maken rond de transparantie van deze cel zodat leerlingen alsook CLB medewerkers een duidelijk aanspreekpunt in de school hebben.

- De scholen in het ASO waar de prevalentie van eetstoornissen hoger ligt, krijgen onvoldoende ondersteuning vanuit de overheid (en als gevolg ook vanuit het CLB) in vergelijking met scholen van het TSO en BSO. Een schooldirectrice schetste de situatie als volgt: “ De problemen in het ASO zijn vaak complexer waardoor het probleem meer tijd en doortastendheid vraagt. Maar de personen van de cel leerlingenbegeleiding beschikken over onvoldoende tijd om grondig eerste gesprekken te voeren met leerlingen. Bij een ASO leerling dient men eerst de vele ‘schillen van de ajuin af te pellen’ vooraleer je tot de kern van de zaak komt. Van overheidswege wordt met deze factor te weinig rekening gehouden. Een ASO school wordt door de overheid bekeken alsof het een onderwijsvorm is die probleemloos kan werken. Echter voor de problematiek van eetstoornissen is dit niet het geval.” Citaat van een leerlingenbegeleider: “ We zitten op het secretariaat met een vast takenpakket dat telkens wordt onderbroken wanneer leerlingen zich aanmelden met een probleem. Er wordt zoveel meer menselijkheid gevraagd maar eigenlijk heb je daar te weinig tijd voor. En het blijft wel belangrijk dat wij, personen van het secretariaat, in de cel zetelen daar wij de leerling op een andere manier kennen en daarenboven andere dingen opmerken dan de vakleerkrachten.” Als mogelijke oplossing werd meer omkadering vanuit de overheid voor ASO scholen voorgesteld, via GOK-uren (Gelijke Onderwijs Kansen) alsook via ondersteuning vanuit het CLB.
- Leerkrachten en personen van de interne cel leerlingenbegeleiding beschikken vaak over onvoldoende kennis om eetstoornissen te detecteren. Vooral de “typische” en “zichtbare” kenmerken worden vermeld. De informatie wordt meestal gehaald uit populaire bronnen maar de herkenning van eetstoornissen blijft moeilijk. Anorexia nervosa wordt meestal wel herkend maar de herkenning van boulimie en binge eating ligt veel moeilijker. Volgende oplossingen werden aangereikt. Het CLB team zou naar aanleiding van bijvoorbeeld een personeelsvergadering of een overleg leerkrachten kunnen informeren over de problematiek van eetstoornissen. Zodoende zouden een aantal handvaten kunnen aangereikt worden naar vroegtijdige herkenning van eetproblemen en naar de algemene herkenning van risicoleerlingen (leerlingen die zich niet goed in hun vel voelen). De school zou ook een externe spreker kunnen uitnodigen in de school, waarbij het CLB de school hierin kan ondersteunen.
- Het terug opvangen en bijwerken van de leerling met een eetstoornis na een periode van afwezigheid is een zeer grote zorg. Sommige leerkrachten zijn zeer geëngageerd terwijl anderen met dergelijke eetproblemen moeilijker omkunnen of moeite hebben een eetprobleem als dusdanig te erkennen. Op zich is dit geen echt knelpunt maar eerder een zorg om dit op elkaar afgestemd te houden.

2.2.1.2 Aandachtspunten binnen de CLB context

Zie knelpunt 10, 13, 20, 22 (bijlage 3).

- De CLB medewerker beschikt over onvoldoende kennis om de omvang van de eetstoornis juist in te schatten. De nood aan intervisie voor artsen is groter dan het verwerven van theoretische kennis. Aangereikte oplossing door een CLB arts: “ Deze bijscholing moet interactief zijn en niet louter onder collegevorm want de meeste artsen en verpleegkundigen beschikken over voldoende kennis. We prefereren bijscholing onder vorm van concrete casussen of rollenspelen waardoor het probleem op een interactieve manier wordt besproken. De navorming moet praktisch zijn waarbij de klemtoon ligt op het inoefenen van technieken.”
- De CLB arts beschikt over onvoldoende tijd om leerlingen selectief op te volgen. Het accent van de CLB arts ligt op de algemene en gerichte consulten. De CLB arts vraagt meer tijd om leerlingen selectief terug te zien na het consult en het probleem dieper te bespreken. Citaat van een CLB arts: “ We worden vooral ingeschakeld voor systematische consulten en dat heeft zeker zijn goede kanten maar eigenlijk is onze toewijzing van het aantal leerlingen buiten proportie. Er is zoveel te doen; je hebt de algemene consulten, je wilt de teamwerking wat uitbouwen, je wilt vraaggestuurd werken. Als je dit alles wilt opnemen, ben je snel overvraagd.”

Aangereikte oplossingen door CLB medewerkers:

“ Wanneer we een goede aanpak van eetstoornissen en obesitas willen garanderen, moeten wij meer vraaggestuurd kunnen werken en moet de leerlingenbelasting wat verminderen want de toewijzing van het aantal leerlingen ligt buiten proportie.

“ Men zou een percentage voor de artsen kunnen vrijhouden voor individuele begeleiding en niet alle beschikbare tijd volplannen met consulten.”

Een aantal leerlingen met overgewicht/obesitas hebben een onderliggend boulimie probleem. De herkenning van een leerling met boulimie is zeer moeilijk, zelfs voor CLB artsen. Citaat van een CLB arts: “ We moeten als arts tijdens het medisch consult opletten voor de manier waarop we leerlingen op de weegschaal zetten en zeer voorzichtig zijn op welke wijze we met deze jongeren omgaan. Als arts vind ik het zeer moeilijk daar op een goede manier mee om te gaan.”

Citaat van een CLB verpleegkundige: “ Ik volg verschillende leerlingen die bij mij komen voor begeleiding van obesitas. Ik ga nooit een dieet voorschrijven maar wel de principes van gezonde voeding uitleggen. Maar als het gewicht snel daalt, hou je maar vast dat het geen anorexia wordt.”

Aangereikte oplossing door een CLB arts: “ Als CLB arts vind ik het belangrijker te vragen hoe zij zich daarbij voelen dan dat ik met een aantal gezondheidsargumenten afkom. We moeten proberen ze aan de praat te krijgen om te weten of er een onderliggend probleem aanwezig is.”

- Een volgend knelpunt zit verweven in het CLB decreet. Volgens het CLB decreet beslist de leerling vanaf de leeftijd van 14 jaar of de ouders mogen ingelicht worden. Soms vraagt het zeer veel tijd en inspanning van een CLB medewerker de leerling te overtuigen de ouders bij het probleem te betrekken. Aangereikte oplossingen: “ Men kan de leerling stimuleren om het probleem zelf aan de ouders te vertellen en zodoende zelf die openheid naar thuis toe te maken. Maar het vraagt veel tijd en inspanningen om het vertrouwen van de leerling te winnen.” “ Het is belangrijk om alle stappen samen met de leerling te zetten. Maar indien we voelen dat de toestand cruciaal wordt, gaan we toch aan de ouders onze bezorgdheid uiten, maar dan gaat het over een kind in nood waar de meldingsplicht geldt.”

2.2.1.3 Aandachtspunten met betrekking tot samenwerking school – CLB

Zie knelpunt 5, 8, 9, 19 (bijlage 3).

- Leerkrachten en personen van de cel leerlingenbegeleiding voelen zich ongewapend om een eerste gesprek met de leerling te voeren. Velen onder hen hebben geen opleiding gekregen tot leerlingenbegeleider en voelen zich niet bevoegd om met de leerling over de eetstoornis te praten. Citaat van een CLB arts:
 “ Het probleem situeert zich voornamelijk in het voeren van het eerste gesprek met de leerling. Deze factor is zeer schoolgebonden. Dikwijls durft men zelf de leerling niet aanspreken uit schrik verkeerde vragen te stellen en verwacht men dat de arts in eerste instantie met de leerling praat. Maar dan stelt zich een overbruggingsprobleem omdat je een gesprek voert met een leerling terwijl er geen hulpvraag van de leerling zelf is. Wanneer de leerling in de cel wordt besproken zonder medeweten van de leerling zitten wij met een aanmeldingsprobleem.
 De aangereikte oplossingen houden twee mogelijkheden in. De personen van de cel leerlingenbegeleiding zouden zelf bijscholing kunnen volgen over algemene gesprekstechnieken om drempeloverschrijdend naar leerlingen te kunnen toestappen. De tweede mogelijkheid houdt een belangrijke rol in voor het CLB. Citaat van een CLB arts:
 “ Wij kunnen als CLB zelf de school hieromtrent informeren. Wij moeten van hen geen specialisten maken in eetstoornissen of hen over alle mogelijke adolescentenpathologie informeren maar we moeten hen de algemene signalen van een leerling die zich niet goed in zijn vel voelt leren kennen. We kunnen hun tips geven op welke wijze men een eerste gesprek kan voeren omdat dit handvaten zijn voor allerlei problematieken.
- Soms gebeurt het dat leerkrachten of graadcoördinatoren zelf de begeleiding in handen willen nemen en het probleem niet tijdig signaleren aan het CLB. Citaat van een CLB arts:
 “ Soms gaan leerkrachten in de school hun boekje te buiten en begeleiden ze leerlingen met problemen waar ze niet thuis in zijn. Dan worden wij in tweede instantie erbij geroepen wat minder greep op het probleem geeft.” Hier ligt opnieuw een belangrijke taak voor het CLB team. Citaat van

een CLB arts: “ Ik denk dat het goed is om leerkrachten die de taak van vertrouwenspersoon op zich nemen te informeren en bijkomend een aantal tips te geven om daarmee positief om te gaan. Iemand van ons team zou eenmaal per trimester of tweemaal per schooljaar kunnen samen zitten met leerkrachten om te vragen wat er allemaal komt binnenwaaien. Zo zou men kunnen nagaan of mensen niet te ver gaan in een aantal dingen en ze op tijd helpen het probleem door te geven.”

- Soms verloopt de doorverwijzing naar het CLB moeizaam of mis. Citaat van een CLB arts: “ Bij de opvang van deze leerlingen mogen we niet te vlug willen gaan maar moeten we eerst het vertrouwen winnen en dat is voor mij een knelpunt. De leerling moet weten wie je bent, hoe je tegenover hen staat en je moet de leerling het gevoel geven dat je hen respecteert. Dat bereik je niet in één gesprek. We hebben echt te weinig tijd om gesprekken te voeren en dat is een groot knelpunt.” Citaat van een CLB verpleegkundige: “ Het is zo belangrijk als CLB medewerker dat je regelmatig in de school komt zodat je het vertrouwen hebt van de leerling én de school, maar anderzijds is er de werkdruk. En als je niet regelmatig op school komt, vergeet het maar dat leerlingen bij jou komen”. Aangereikte oplossingen:
“De CLB arts zou over meer tijd moeten beschikken om een vertrouwensband met de leerling op te bouwen. Anderzijds moet de band met een school ook opgebouwd worden. Dat vertrouwen moet je winnen, het is niet omdat je een CLB bent dat je het vertrouwen zomaar krijgt”.
- Anorexia of boulimie wordt zelden ontdekt naar aanleiding van een medisch onderzoek. Dit komt enerzijds door tijdsgebrek en anderzijds door het feit dat het laatste algemene consult reeds plaatsvindt in het derde jaar van het secundair onderwijs. Leerlingen met eetstoornissen zitten meestal in de derde graad. Citaat van een CLB arts: “ In het secundair onderwijs zie je als arts de leerling veel te weinig, we moeten onze aanpak naar adolescenten toe veranderen in het CLB.” Twee mogelijke oplossingen werden aangereikt:
“ Er kan best op regelmatige tijd een gestructureerd overlegmoment plaatsvinden tussen de CLB arts en de graadcoördinatoren waardoor risicoleerlingen (leerlingen die zich niet goed in hun vel voelen) kunnen gesignaleerd worden. Op deze manier wordt de vraaggestuurde werking meer uitgebouwd. Dit werkt drempelverlagend waardoor de samenwerking wordt verbeterd.”
“ Men zou een bijkomend algemeen consult in het vijfde jaar van het secundair onderwijs kunnen invoeren. Maar zoals de dingen nu liggen kan men er niet zomaar een extra consult bijvoegen; daar moet iets anders voor wegvallen.”

2.2.1.4 Problemen van ontkenning

Zie knelpunt 7, 15 (bijlage 3).

- In de school worden de signalen wel opgevangen doch de leerling ontkent het probleem. De ontkenning bij het kind zelf treedt meer op bij een leerling met anorexia en stelt zich minder bij een leerling met overgewicht. Aangereikte oplossing:
“ Dat is zeker een knelpunt maar het is ons als arts niet vreemd dat een patiënt een probleem ontkent. In het draaiboek staat een aanpak beschreven en ook een aantal methodieken om dat toch ter sprake te brengen. Je moet de leerling de tijd geven om tot een inzicht te komen. Je moet het vertrouwen van de leerling winnen en hiervoor de tijd nemen. Maar we hebben echt te weinig tijd om gesprekken te voeren en dat blijft een groot knelpunt. Als de ontkenning zover loopt dat er gevaar dreigt, moet je wel verdere stappen ondernemen.”
- Ontkenning treedt niet enkel op bij de leerling maar ook bij de ouders. Vaak minimaliseren de ouders het probleem, waardoor de medewerking niet mogelijk is. Het komt ook voor dat een leerling sterk vermagerd is maar dat de ouders te kennen geven dat het probleem onder controle is en opgevolgd wordt. In dit geval is het voor de school zeer moeilijk om aan de alarmbel te trekken want bij een leerling jonger dan 14 jaar moet men volgens het CLB decreet eerst toestemming tot begeleiding aan de ouders vragen. Citaat van een schooldirectrice: “ De ouders zijn op gesprek gekomen maar wilden het probleem niet aannemen en stonden er zelfs heel vijandig tegenover. Ik denk dat er nog andere problemen thuis waren gezien de zelfverminking maar ik ben dit zelf nooit te weten gekomen. Ik vermoed dat dit in een doofpotje moest geduwd worden.” Voor dit knelpunt werd geen oplossing aangereikt.

2.2.1.5. Problemen met betrekking tot doorverwijzing naar externe hulpverleners

Zie knelpunt 11, 12 (bijlage 3).

- De doorverwijzing naar een gepaste hulpverlener loopt mis daar CLB medewerkers niet beschikken over recent aangepaste adressenlijsten van hulpverleners die specifiek werken rond eetstoornissen. Sommigen werken enkel rond het gewicht zonder het probleem breder te kaderen waardoor de therapie vroegtijdig wordt afgebroken met mogelijke herval tot gevolg.
Aangereikte oplossingen:
“ Het zou goed zijn over een sociale kaart te beschikken met adressenlijsten van hulpverleners die gespecialiseerd zijn in het werken rond eetstoornissen en waarbij naast algemene begeleiding van het kind ook gezinsbegeleiding kan plaatsvinden. Ook moeten we rekening houden met het financiële luik van de verwijzing.
“ Adressen van diëtisten die op een kindvriendelijke manier obesitas aanpakken en het probleem ruimer bekijken dan enkel de focus op voeding zijn ook zeer essentieel.

- De doorverwijzing naar een gepaste hulpverlener loopt mis daar de wachttijden te lang zijn. Citaat van een CLB arts: “ Bij alle verwijzingen naar diensten geestelijke gezondheidszorg stuiten we op het probleem van wachtlijsten. Er stelt zich een probleem wanneer leerlingen het kapitaal niet hebben om in begeleiding te gaan want de diensten waarmee wij samenwerken zijn ofwel volzet ofwel moet je voldoende kapitaalkrachtig zijn om in begeleiding bij een privé-therapeut te gaan.” Aangereikte oplossing door een CLB arts: “ Men zou het CLB verder kunnen uitbouwen zodat we als buffer kunnen optreden in die wachttijd. Maar dat vraagt een bijkomende opleiding van CLB medewerkers omdat de crisisopvang kwalitatief goed moet zijn.”

2.2.1.6. Aandachtspunten met betrekking tot follow-up van de leerling na verwijzing

Zie knelpunt 13, 14, 16 (bijlage 3).

- De follow-up van deze kwetsbare leerlingen loopt mis omdat de communicatie tussen de CLB arts en de hulpverlener/specialist onvoldoende is. Citaat van een CLB arts: “ De opvolging is een probleem. Het meisje werd opgenomen door andere omstandigheden (suïcidepoging) en ik kreeg hiervan geen verslag. Nu stond de leerling dit schooljaar plots voor mijn neus. Moest ik een verslag gekregen hebben, had ik hierop kunnen anticiperen.” Aangereikte oplossingen door CLB artsen: “ Een verslag naar de CLB arts vanuit het CGG of vanuit de (opname)dienst van het ziekenhuis is essentieel om te kunnen afleiden of de begeleiding nog loopt en om een goede opvang te verzekeren.” “ Het is belangrijk dat we een oogje in het zeil houden met de nodige discretie. Het is essentieel wanneer de leerling via het CLB verwezen is, dat de hulpverlener feedback geeft over de wijze waarop we de leerling best aanpakken en op welke zaken we specifiek moeten letten. Deze feedback kan ook via de ouders gebeuren maar de informatie moet zeker het CLB bereiken om de kwetsbare leerlingen goed te kunnen opvolgen.
- De follow-up van de leerling wordt stopgezet omdat de leerling van school verandert. Dit werd in de eerste plaats vastgesteld bij leerlingen met anorexia nervosa die opgenomen werden en waarvoor in de school veel inspanningen werden geleverd om de leerling zo goed mogelijk te blijven omringen en de opvang in de school zo optimaal mogelijk te maken. Toch werd de directie met de ondankbare ervaring geconfronteerd dat de leerling nadien naar een andere school ging. De directie vermoedt dat dit te maken heeft met het imago, de leeftijd en de terugkom die te confronterend is.

- De follow-up van deze kwetsbare leerlingen loopt mis omdat de CLB arts over onvoldoende tijd beschikt om leerlingen selectief op te volgen. Ook hier stuiten we opnieuw op het knelpunt van tijdsgebrek bij de CLB arts.

Aangereikte oplossingen door CLB artsen:

“ In overleg met de leerling kan afgesproken worden wie de leerling opvolgt. De leerling moet zich er ook goed bij voelen, dus de opvolging kan gebeuren door een leerlingenbegeleider in de school maar dat kan evengoed de maatschappelijk werker van het CLB zijn.”

“ Een mogelijke oplossing is een percentage voor de artsen vrijhouden voor individuele begeleiding en niet alle tijd volplannen met consulten.”

2.2.1.7 Algemene knelpunten met betrekking tot de huidige maatschappij

Zie knelpunt 17, 21 (bijlage 3).

- Het laatste jaar zijn de uren Lichamelijke Opvoeding op school verminderd. Dit ervaart de leerkracht LO als een groot knelpunt. “ Als leerkracht LO voel ik me goed geplaatst de leerlingen mee op de volgen en hen een gezonde levensstijl bij te brengen. Ik weeg en meet de leerlingen en de BMI wordt samen bekeken. De overheid voert campagnes zoals “Vinnig Vlaanderen” maar anderzijds worden de uren Lichamelijke Opvoeding ingeperkt. Met dergelijke campagnes bereik je de mensen die reeds bewust met gezondheid bezig zijn. De enige plaats waar je het brede publiek kan bereiken is de school. Op deze leeftijd kunnen we hen nog de gezonde attitude tot bewegen bijbrengen. Aangereikte oplossing door de leerkracht LO die nauw betrokken is bij de cel leerlingenbegeleiding:

“ Het aantal uren Lichamelijke Opvoeding moet verhoogd worden. LO is veel meer dan enkel een uur bewegen maar gaat over het bijbrengen van een gezonde levensstijl.”

- Een bijkomend probleem dat de herkenning van eetstoornissen bemoeilijkt is het feit dat de voedingsgewoonten in de huidige maatschappij niet optimaal zijn. Citaat van een leerlingenbegeleider:

“ Ik vind dat er zoveel kinderen 's morgens niet ontbijten, dat de eetgewoonten zo slecht zijn dat je het gevoel hebt dat het probleem in de maatschappij zit. Het probleem is zo algemeen en de maatschappij laat dit eetgedrag toe. Persoonlijk ben ik tegen de automaten op school; ze eten koekjes en drinken cola en dan weet je totaal niet of ze eigenlijk goed eten. Dat bemoeilijkt de herkenning van problemen, specifiek naar eetstoornissen toe.”

Aangereikte oplossingen door een interne leerlingenbegeleider:

“ Ik zit zelf als opvoedster in het IKZ (integrale kwaliteitszorg), dat is een organisatie binnen een school die het reilen en zeilen in de school wil verbeteren. Het IKZ houdt zich bezig met de interne zaken van een school en is vertegenwoordigd door de directie, de leerkrachten, het opvoedend

personeel en de econoom. Hierin pleit ik samen met een andere leerkracht voor automaten met fruit, fruitdranken en water, dus zaken die niet schadelijk zijn voor de gezondheid, zoals die in sommige basisscholen reeds bestaan. Het is de taak van de school daar iets aan te doen.

Het zou ook interessant zijn moest een leerlingbegeleider samen met een CLB medewerker bijscholing kunnen volgen rond het opstarten van een "project gezonde voeding op school".

Aangereikte oplossing door een CLB verpleegkundige:

" We zijn van plan rond de tafel te gaan zitten met het CLB, directie, keuken, leerlingenraad en het oudercomité, dus een afvaardiging van de verschillende betrokkenen, om af te spreken wat we kunnen doen rond eetstoornissen en gezonde voeding. Eigenlijk om te voorkomen dat er in de toekomst nog zoveel gevallen van anorexia voorkomen. We zouden vakoverschrijdend kennis over gezonde voeding willen bijbrengen. Het is zo belangrijk dat er in de lagere school zoveel wordt gedaan rond gezonde voeding, iedereen kent de voedingsdriehoek en weet dat ze fruit moeten eten. Echter eens de leerlingen in het middelbaar komen, stopt de informatieoverdracht. We zouden dat willen doortrekken om jaarlijks het onderwerp voeding te benaderen door de leerkrachten. Dat hoeft niet altijd in een les biologie te zijn, dat kan evengoed in een Engelse les zijn. Bijvoorbeeld laat ze eens in een andere taal een recept vertellen en laat ze verwijzen naar de voedingsdriehoek, dus liefst vakoverschrijdend."

2.2.2. Positieve elementen binnen het CLB- en schoolmilieu

De interne cel leerlingenbegeleiding is in sommige scholen wel goed uitgebouwd waardoor de interne communicatie zeer goed verloopt.

De directrice van een bepaalde school had een zeer duidelijke visie op leerlingenbegeleiding ontwikkeld en de cel leerlingenbegeleiding stond dan ook zeer goed op punt. "Bij probleemleerlingen in het algemeen volgen wij een welbepaald stramien. Het signaal komt binnen via één of ander kanaal. Dat wordt teruggespeeld naar de leerling die hierover wordt bevraagd. Afhankelijk van wat zich voordoet en wie beschikbaar is, wordt het eerste gesprek opgenomen door een persoon van het secretariaat, een graadcoördinator of mezelf als directrice. Met medeweten van de leerling worden de ouders gecontacteerd en wordt het CLB ingeschakeld. Nadien kan in overleg gezocht worden naar externe diensten." Ook de mensen van het secretariaat die zetelden in de cel leerlingenbegeleiding gaven te kennen dat hun taak hierin duidelijk omschreven was. "Sinds een zestal jaren is de cel leerlingenbegeleiding hier opgestart. Hierin zetelen drie graadcoördinatoren die enkele uren zijn vrijgesteld. Wij, de twee personen van het secretariaat maken daar ook deel van uit. De ene persoon verzorgt de telefoonpermanentie en doet het onthaal van de leerlingen en ouders. De andere persoon volgt de afwezigheden op. Voor de leerlingenbegeleiding zijn wij niet vrijgesteld, dit behoort tot ons takenpakket. Indien een leerling zich aanmeldt met een probleem pikken wij daar onmiddellijk op in en voeren het eerste gesprek in de ziekenkamer. Je moet weten wat het probleem inhoudt wanneer je dit meldt aan het CLB. Vanuit het leerlingensecretariaat worden de ouders verwittigd dat wij de schoolarts zullen contacteren. Nadien wordt

het probleem besproken in de cel leerlingenbegeleiding. Nu werken we volgens een vast stappenplan maar dit stramien is maar tot stand kunnen komen door te leren uit onze fouten. Vroeger contacteerden we eerst de schoolarts en werden de ouders nadien verwittigd maar dit leidde tot kritieken vanwege de ouders.”

Ook de samenwerking met het CLB wordt door vele scholen als positief ervaren.

De doorverwijzing naar het CLB verloopt meestal zeer goed.

Citaat van een schooldirectrice:

“Wekelijks hebben wij een overleg van minstens twee uren met de cel leerlingenbegeleiding. Hierin zetelen twee personen van het secretariaat, drie graadcoördinatoren, de CLB schoolverantwoordelijke en ikzelf als directie. Bij meer acute gevallen contacteer ik rechtstreeks de CLB arts die steeds naar de school komt.”

Citaat van een CLB arts:

“Natuurlijk komt die positieve samenwerking niet vanzelf tot stand, er is motivatie en inzet nodig om de band met een school op te bouwen. Je moet daar zelf als CLB team goed aan werken om de band met een school op te bouwen. In het CLB hebben we voor elke school een ankerfiguur die de vragen opvangt en doorspeelt naar het team. Het is daarbij zeer belangrijk om als team regelmatig in de school aanwezig te zijn en dit geldt ook voor de CLB arts. De school moet weten op wie ze beroep kunnen doen voor welbepaalde zaken. Voor de secundaire scholen tracht ik dat als arts op te lossen door regelmatig contact op te nemen met de graadcoördinatoren. De cel leerlingenbegeleiding bestaat soms uit een zeer grote groep waardoor je als arts geremd bent om vrijuit te praten en niet weet wat ze met de informatie gaan doen. Met de graadcoördinatoren kan je gemakkelijker tot een vertrouwelijk contact komen. Ik ga als schoolarts steeds zelf naar de school om een gesprek te voeren met de leerling. Ik probeer het gesprek te laten plaatsvinden tijdens de pauze om stigmatisatie te vermijden. Het gesprek met ouders en leerling vindt wel plaats in het CLB.”

Het draaiboek “Tijdige herkenning van eet- en gewichtsproblemen in het centrum voor leerlingenbegeleiding” wordt zeer positief beoordeeld door de CLB artsen.

Citaat van CLB artsen:

“In de tijd van de casus bestond het draaiboek nog niet, het was nog in ontwikkeling. Had ik het draaiboek toen gehad, zou ik meer houvast gehad hebben.”

“Ik ga het Draaiboek zeker gebruiken want ik vind de instrumenten die erin zitten zeker zinvol bijvoorbeeld om tot een eerste gesprek met een leerling over te gaan. Het geeft houvast en structuur en het vermijdt paniek omdat het handvaten geeft om het probleem aan te pakken. De grenzen en de mogelijkheden worden duidelijker.”

Het enthousiasme van de leerkracht Lichamelijke Opvoeding draagt ook bij tot het aanleren van een gezonde levensstijl.

Citaat van de leerkracht Lichamelijke Opvoeding:

“Als leerkracht LO heb ik een goed zicht op leerlingen en zie ik hen in sportkledij. Lichamelijke Opvoeding is voor mij meer dan het uurtje bewegen, het gaat over het bijbrengen van een gezonde levensstijl. Ik probeer het vak LO ruimer te kaderen door andere facetten te belichten zoals: buiten sporten is gezond, als je dorst heb drink dan in de school gerust van de kraan in plaats van naar frisdrank te grijpen, je bent mooi zoals je bent zonder schmink, kies gezonde voeding zoals fruit en groenten, denk na over rookstop. Ik probeer hen bewust te maken van gezonde attitudes. Zelf weeg en meet ik de leerlingen en dan bekijken we samen de BMI aan de hand van de draaischijf. Dan wordt er over gezonde voeding gepraat en wordt de combinatie met sporten waaronder ook wandelen en fietsen benadrukt. Duidelijk onder- of overgewicht wordt gemeld aan de cel leerlingenbegeleiding.”

2.2.3. Selectie van de vijf belangrijkste knelpunten (na rangschikking van de 22 knelpunten)

Onderstaande tabel kwam tot stand door rangschikking en nummering in volgorde van belangrijkheid van de 22 bovengenoemde knelpunten, door vijf CLB medewerkers en vijf personen van de cel leerlingenbegeleiding waarbij een interview werd afgenomen. Hierbij werd gevraagd “over de muren van de school versus CLB te kijken” en evengoed mekaars problemen te scoren (bijlage 4).

Oorspronkelijke volgorde van de knelpunten	Dr. CS	Dr. EVA	Dr. KVH	PMW LDB	Dr. AVH	Mevr. ADN	Mevr. MVA	Mevr. V	Mevr. C	Mevr. D	Selectie knelpunten door score op plaats 1, 2 en 3
1	19	11	3	20	18	12	12	22	14	3	
2	11	12	10	7	7	19	5	6	22	15	
3	12	1	6	5	19	5	4	14	21	13	
4	13	10	4	17	3	11	7	10	2	4	
5	14	14	1	16	1	18	6	2	4	2	2x1+2x2
6	7	13	13	18	20	4	2	1	1	5	2x1+1x2
7	9	2	22	6	17	17	3	8	16	1	1x1+1x2+1x3
8	8	19	2	11	6	2	13	12	15	19	
9	6	16	7	8	4	3	8	9	5	6	
10	10	3	21	19	14	10	18	18	20	21	
11	1	4	20	4	13	20	14	13	6	14	
12	4	17	11	3	21	7	15	11	11	9	
13	3	15	5	2	2	13	10	3	7	8	2x2+2x3
14	18	18	8	13	5	8	17	4	9	20	
15	17	9	19	9	22	6	9	16	3	10	
16	22	22	12	22	12	16	19	7	18	12	
17	21	20	18	14	11	22	20	20	8	11	
18	20	5	17	21	10	21	11	21	10	22	
19	2	6	9	1	8	14	1	5	17	7	2x1+1x2
20	5	21	16	12	16	15	22	19	12	17	
21	15	8	15	15	15	1	16	15	13	18	
22	16	7	14	10	9	9	21	17	19	16	

Bij de interpretatie van de gegevens in de tabel valt op dat de rangschikking van knelpunten zeer persoonlijk is en dat een knelpunt dat door een CLB medewerker zeer hoog wordt gescoord, door een leerlingenbegeleider een lage prioriteit kan krijgen.

Knelpunten 5, 6, 7, 13 en 19 werden door mij geselecteerd omdat deze de hoogste prioriteit toegewezen kregen (meest frequent plaats 1, 2 en 3).

2.2.4. Beantwoording van vijf geselecteerde knelpunten via een nominale groepsmethode

In dit tweede deel van het veldonderzoek werden de vijf geselecteerde knelpunten voorgelegd aan acht experts. De methode van de nominale groep werd toegepast waarbij gebruik werd gemaakt van een geordende procedure om kwalitatieve informatie te bekomen van targetgroepen (zie onderzoeks- en analysemethodes). Er werd gevraagd één prioritaire oplossing voor het geformuleerde knelpunt te geven vanuit de reeds aangereikte oplossingen of vanuit de eigen ervaring. Tijdens de expertenbijeenkomst werden de prioritaire oplossingen voorgesteld. Nadien vond er een gestructureerde discussie plaats over de voorgestelde ideeën. Na deze discussie maakten de vier aanwezige experts afzonderlijk een rangorde van de voorstellen. Op basis hiervan werd de mening van de groep gemeten. Hieronder volgen de resultaten.

Voor de gedetailleerde beschrijving van de vijf knelpunten en het volledige resultaat van de geformuleerde oplossingen door de experts (bijlage 7).

Knelpunt 5: Leerkrachten en personen van de interne cel leerlingenbegeleiding voelen zich onvoldoende gewapend om een eerste gesprek met de leerling te voeren. Velen onder hen hebben geen opleiding gekregen tot leerlingenbegeleider en voelen zich niet bevoegd om met de leerling over de eetstoornis te praten.

Opsomming van de belangrijkste oplossingen:

1. Informatie geven naar de school

“ Wij kunnen als CLB de school hieromtrent informeren. We moeten van hen geen specialisten maken in eetstoornissen of hen over alle mogelijke adolescentenpathologie informeren maar we moeten hen de algemene signalen van een leerling die zich niet goed voelt leren kennen. We kunnen hun tips geven op welke wijze men een eerste gesprek met een leerling kan voeren omdat dit handvaten zijn voor allerlei problematieken. Algemene praktische uitleg voor graadcoördinatoren, zorgcoördinatoren, klastitularissen, leerlingenbegeleiders is een belangrijke CLB taak.”

2. De school heeft een signaalfunctie en geen begeleidingsfunctie

“ Ik denk dat de school hierin voornamelijk een signaalfunctie heeft, en objectieve bevindingen aan de schoolarts kan doorgeven, die de schoolarts kan gebruiken in een gesprek om de jongere te motiveren voor hulpverlening. Bij anorexia nervosa is het snel opstarten van behandeling bepalend voor de prognose, hierom moeten ook snel de ouders worden ingelicht over het vermoeden van het bestaan van een eetstoornis zodat hulp kan opgestart worden.”

3. Coachen van individuele leerkrachten

“ Een vaste coaching door een CLB medewerker kan zorgen voor (herhaalde) bijscholing en opvang bij specifieke problemen. Het is volgens mij niet de bedoeling dat leerkrachten zomaar gesprekken voeren over eetstoornissen met leerlingen. Een eerste gesprek is ontzettend moeilijk (en vraagt ook wat voorbereidingstijd) en is niet altijd een taak voor de leerlingenbegeleiders. Als het duidelijk wordt dat er een leerling een eetprobleem heeft (signalen worden opgevangen door school), moet er individueel

gekeken worden wie er het best geplaatst is om het eerste gesprek te voeren. Als de keuze op een leerkracht of leerlingenbegeleider valt, is het belangrijk dat de CLB medewerker deze persoon coacht. Deze persoon mag zeker niet het gevoel hebben dat hij alleen staat.”

4. Een deskundige vertrouwensleerkracht op school

“ Wel is het wenselijk en haalbaar dat elke school minstens 1 deskundige en goed getrainde (vertrouwens) leerkracht heeft die een dergelijk gesprek kan voeren. Niet elke leerkracht zal voor deze functie geschikt zijn. Mogelijk gaat bij eetstoornissen de voorkeur uit naar een vrouwelijke docent. Het zal vooral een leerkracht moeten zijn die toegankelijk en inlevend is, die kennis heeft van eetstoornissen en de bijbehorende problematiek van schaamte en ontkenning. Zij of hij moet in staat zijn om op een niet beschuldigende manier het eerste gesprek te voeren, en tevens een vertrouwensrelatie op te bouwen voor enkele opvolggesprekken. Wanneer op een school een leerkracht het vermoeden heeft dat een leerling een eetstoornis heeft, kan deze de deskundige vertrouwensleerkracht vragen om de eerste gesprekken te voeren.”

5. De begeleiding wordt door het CLB opgenomen

“ Eetstoornissen vraagt een gespecialiseerde aanpak. Leerlingenbegeleiders moeten weliswaar gevormd worden maar, het CLB moet in de eerste plaats hier een belangrijke rol spelen en zo vlug mogelijk na detectie op een professionele wijze de student begeleiden. Leerkrachten moeten geen begeleidingen op zich nemen. Het is al heel wat als ze signalen leren kennen, en leren opvangen. “

Knelpunt 6: Personen van de interne cel leerlingenbegeleiding beschikken over onvoldoende tijd om grondig eerste gesprekken met de leerling te voeren. “ We zitten met een takenpakket dat telkens wordt onderbroken wanneer leerlingen zich aanmelden met een probleem. Eigenlijk hebben we te weinig tijd om gesprekken te voeren met de leerling. En het blijft wel belangrijk dat personen van het secretariaat in de cel zetelen daar wij de leerling op een andere manier kennen dan de leerkrachten en andere dingen opmerken dan zij.”

Opsomming van de belangrijkste oplossingen:

1. Meer uren voorzien voor personen van het leerlingensecretariaat

“ De overheid zou meer uren kunnen geven aan personen van het leerlingensecretariaat om de eerste gesprekken met de leerling meer haalbaar te maken.”

2. Leerkrachten vaste uren geven voor deze functie

“ Een structurele oplossing (mede door overheid opgelegd) is nodig met toebedeling van vaste uren voor deze functie waaronder ook voor de leerkrachten.”

3. Meer structureel denken: is dit een taak voor het leerlingensecretariaat?

“ Ik ben er van overtuigd dat mensen van het secretariaat over veel info m.b.t. de leerling beschikken, maar ik vraag me af of secretaressen de bevoegde en geschikte personen zijn om een eerste gesprek te voeren. Vraag is of er niet meer structureel moet gedacht worden. Is het wel goed dat dit naar het secretariaat toegeschoven wordt ? Is dit voor de jongere veilig ? Is het draagvlak daar voldoende groot ?

Mijns inziens ligt de opdracht van een secretariaat wat anders... Net als in de geneeskunde geldt hier: "Primum est non nocere", oftewel geen schade toe te brengen door een goedbedoelde interventie."

4. Een kritische taakevaluatie is noodzakelijk

"Ik denk dat een kritische taakevaluatie ook nodig is op scholen, maar dit geldt ook voor CLB's. Al te vaak wordt het argument 'we hebben te weinig tijd', 'onze opdracht is te zwaar' gebruikt. Het klopt dat er weinig ruimte is, maar volgens mij gaat er veel kostbare tijd verloren door weinig nuttige taken. Het economisch omgaan met de weinige uren is ook een uitdaging voor veel scholen en voor veel CLB's."

Knelpunt 7: In de school worden de signalen wel opgevangen doch de leerling ontkent het probleem. De ontkenning bij het kind zelf treedt meer op bij de leerling met anorexia nervosa en stelt zich minder bij een leerling met overgewicht. Doorverwijzing is dan ook zeer moeilijk als de leerling het eetprobleem blijft ontkennen.

Opsomming van de belangrijkste oplossingen:

1. Informatie geven aan het schoolteam

"Wat betreft de problematiek van de ontkenning is het erg belangrijk dat deze gezien wordt als een onderdeel van de eetstoornis, en dus niet als verwijt aan de leerling wordt voorgelegd."

2. De leerling tijd geven om tot een inzicht te komen

"Dat is zeker een mogelijk knelpunt maar het is ons als arts niet vreemd dat een patiënt een probleem ontkent. In het draaiboek staat daarvoor een aanpak beschreven en ook een aantal methodieken om dat toch ter sprake te brengen. Je moet de leerling tijd geven om tot een inzicht te komen. Ik vind dat op zich geen knelpunt, dat is gewoon de realiteit. Dat kan je niet met een truc oplossen, dat is de eigenheid van het probleem. Ik denk dat je in de eerste plaats de leerling zeker niet mag loslaten en dat je de leerling moet kunnen motiveren waarom je zelf verkiest haar/hem terug wilt zien. Als de ontkenning zover loopt dat er gevaar dreigt, moet je wel verdere stappen ondernemen."

3. Stapsgewijs werken met motivatie

"Motivatie ontwikkelt zich in verschillende stappen (Procheska & DiClemente). Te snel gaan houdt het gevaar in dat je de leerling kwijt geraakt, maar te lang wachten levert eveneens problemen op. Motiveren en afgrenzen (minimum grens waarop verdere stappen genomen zullen worden, zelfs tegen de wil van de leerling in) lijkt me het meest respectvol en eerlijk. Dit lijkt me geen taak voor het secretariaat maar voor een multidisciplinair team (CLB?)."

4. Regelmatige follow-up van de leerling door leerkrachten en de CLB arts (complementair)

"Regelmatige opvolging is belangrijk en hoeft niet steeds veel tijd te nemen. Mijns inziens past het mooi in de vraaggestuurde werking om ofwel leerkrachten hierin te ondersteunen, of zelf enkele gesprekken hierover te voeren als CLB (multidisciplinaire werking, het hoeft niet steeds allemaal toegeschoven te worden aan de arts!) Sommige schoolartsen gaven ook aan dat het veel voldoening geeft om met enkele leerlingen iets verder te gaan zolang je zelf maar genoeg gesteund blijft."

5. Ondersteuning door de CLB psycholoog

"Ondersteuning bieden aan de leerkracht kan gebeuren door een vaste interne kracht of door een CLB medewerker."

Knelpunt 13: De follow-up van deze kwetsbare leerlingen loopt mis omdat de CLB arts over onvoldoende tijd beschikt om leerlingen selectief op te volgen. Het accent van de CLB arts ligt op de algemene en gerichte consulten. De CLB arts vraagt meer tijd om leerlingen selectief terug te zien na het consult en het probleem dieper te bespreken.

Opsomming van de belangrijkste oplossingen:

1. Meer vraaggestuurd werken

“ In het kader van detectie is vraaggestuurde werking verder nodig en loont de geïnvesteerde extra tijd (naast CLB-arts ook andere medewerkers inschakelen). Voor begeleiding met meer tijdsinvestering moet eerst overlegd worden (ook met leerling zelf) wie hiervoor het beste in aanmerking komt.”

2. Teamwork met taakverdeling

“ Teamwork lijkt me een belangrijk gegeven. Of het nu een arts of een bevoegde CLB-er is die de concrete begeleiding doet, maakt niet zoveel uit, als men maar op mekaar kan terugvallen indien er problemen zijn. De medische verantwoordelijkheid ligt natuurlijk wel bij een arts, aangezien andere disciplines die verantwoordelijkheid niet mogen/kunnen nemen.”

3. Leerlingenbelasting verminderen met vrijstelling van artsen

“ Als je dit goed wilt doen zoals een goede aanpak van eetstoornissen en obesitas, moeten wij meer vraaggestuurd kunnen werken en moet de leerlingenbelasting wat verminderen want de toewijzing van het aantal leerlingen ligt buiten proportie.”

4. Training en opleiding voor CLB arts/team

“ Een goede opvang door het CLB kan uiteraard alleen als er voldoende personeel beschikbaar is, maar ook als dit personeel voldoende opleiding en training gekregen heeft in de problematiek die zich aanbiedt. Hierbij lijkt ook intervisie op regelmatige tijdstippen met professionelen uit de geestelijke gezondheidszorg een must, om te bespreken wie en wat door het CLB geholpen kan worden of wanneer een doorverwijzing nodig is.”

5. School kan taken opnemen mits opleiding

“ In principe komt mijn voorstel er op neer dat deskundige CLB artsen een training geven aan vertrouwensleerkrachten. Deze cursus komt ook op schrift te staan, met telefoonnummers en mailadres. Indien gewenst vragen andere leerkrachten aan de vertrouwensleerkracht om de eerste gesprekken (altijd meer dan 1 gesprek!!) te voeren en bij twijfel kan deze de CLB arts consulteren, of de leerling doorverwijzen voor nader medisch onderzoek, of doorverwijzen naar deskundige hulp.”

Knelpunt 19: Anorexia of boulimie wordt zelden ontdekt naar aanleiding van een medisch onderzoek. Dit komt enerzijds door het tijdsgebrek en anderzijds door het feit dat de leerling slechts om de twee jaar door de schoolarts wordt gezien. Het is een zeer spijtige zaak dat het laatste algemene consult reeds plaatsvindt in het derde jaar van het secundair onderwijs. Eetstoornissen manifesteren zich vooral in de hogere graden van het secundair onderwijs. We moeten onze aanpak naar adolescenten toe veranderen in het CLB. Verder moet er een meer

algemeen beleid komen op de school om preventief te werken rond de hoge prevalentie van eetstoornissen in de school.

Opsomming van de belangrijkste oplossingen:

1. Uitwerken van een beter selectiesysteem met oog op diverse problematiek: 'risico'- leerling

“ Een structurele oplossing is nodig want dit geldt voor diverse problematiek. Een extra consult voor iedereen is te tijdsintensief; hier dient een beter selectiesysteem uitgewerkt te worden ('risico'-leerling, opnieuw met oog op diverse problematiek).

Ik kies voor deze oplossing omdat ze meer flexibiliteit inhoudt waardoor het CLB beter kan inspelen op de noden van de regio en waardoor geen zinloze tijd moet geïnvesteerd worden in 85% van de jongeren waarbij het wél goed gaat.”

2. Invoeren van een extra consult in het 5^e jaar secundair

“ Men zou een bijkomend algemeen consult in het vijfde jaar van het secundair onderwijs kunnen invoeren. De oorsprong van een eetstoornis ligt vroeg in de ontwikkeling maar ze uiten zich meestal in de hogere graden. Ik zie geen andere oplossing dan een extra consult bijvoorbeeld in het vijfde secundair. Maar zoals de dingen nu liggen kan men er niet zomaar een extra consult bijvoegen. Daar moet iets anders voor wegvallen.”

3. Overlegmomenten inbouwen met graadcoördinatoren

“ Er kan best op regelmatige tijd een gestructureerd overlegmoment plaatsvinden met de CLB arts en de graadcoördinatoren waardoor problemen gesignaleerd kunnen worden. Op deze manier wordt de vraaggestuurde werking meer uitgebouwd. Dit werkt drempelverlagend waardoor de samenwerking wordt verbeterd. Het af en toe mee volgen van een cel leerlingenbegeleiding kan de samenwerking tussen leerlingenbegeleiders en CLB arts verbeteren.”

4. Ontwikkelen van een algemeen beleid op gebied van gezonde voeding in de school

“ Het is erg belangrijk dat scholen een algemeen beleid ontwikkelen op het terrein van gezonde voeding, preventie van eetstoornissen en obesitas. Het CLB zou goede voorlichtingsbrochures hierover kunnen maken. In Nederland zijn reeds goede voorlichtingsbrochures ontwikkeld die ook in België gebruikt kunnen worden. Daarnaast zouden informatieve gastlessen gegeven kunnen worden door ervaringsdeskundige gastdocenten. Ook hiermee is in Nederland reeds goede ervaring opgedaan. Daarnaast zouden vertrouwensleerkrachten naar behoefte CLB artsen moeten kunnen consulteren op elk moment waarop dat nodig is.”

5. Regelmatig overleg binnen het CLB team

“ Te vaak is de medische en de psychologische discipline nog naast elkaar aan het werk. Momenten van stilstaan en signaleren kan de CLB werking ten goede komen.”

Opstellen van de rangorde van de voorstellen en meten van de mening van de groep:

Knelpunt 5:

	Keuze 1	Keuze 2	Keuze 3
Expert 1	2	3	1
Expert 2	2	1	3
Expert 3	2	5	3
Expert 4	2	5	1

Belangrijkste mening van de groep:

De school heeft een signaalfunctie en geen begeleidingsfunctie

Knelpunt 6:

Unanieme mening van de groep:

Er moet gewerkt worden aan een structurele oplossing zodat de functie van leerlingenbegeleider op het eerste echelon gewaardeerd wordt. Dit kan enkel door deze functie officieel te maken. Stel leerkrachten vrij voor deze functie en geef de personen van de cel leerlingenbegeleiding vaste uren en vaste plaatsen.

Knelpunt 7:

	Keuze 1	Keuze 2	Keuze 3
Expert 1	4	5	1
Expert 2	1	3	4
Expert 3	2	1	3
Expert 4	1	4	3

Belangrijkste mening van de groep:

Informatie geven aan het schoolteam

Knelpunt 13:

	Keuze 1	Keuze 2	Keuze 3
Expert 1	2	5	4
Expert 2	2	5	1
Expert 3	5	3	2
Expert 4	1	2	4

Belangrijkste mening van de groep:

Nadruk op teamwork binnen het CLB met onderlinge taakverdeling.

De school kan taken opnemen mits opleiding.

Knelpunt 19:

	Keuze 1	Keuze 2	Keuze 3
Expert 1	1	3	4
Expert 2	1	5	3
Expert 3	2	1	5
Expert 4	1	5	4

Belangrijkste mening van de groep:

Uitwerken van een beter selectiesysteem met oog op diverse problematiek: 'risico'-leerling

Regelmatig overleg binnen het CLB team

2.3 Discussie en conclusies

Tijdens de veldstudie stuiten we in de eerste plaats op **een structureel probleem**. De cel leerlingenbegeleiding is niet in elke school voldoende uitgebouwd waardoor eetstoornissen en andere psychosociale problemen onvoldoende worden gedetecteerd. Wanneer de cel leerlingenbegeleiding geen duidelijke vaste structuur kent, is de school niet klaar de eerste lijnswerking op zich te nemen zoals beschreven in het CLB decreet. Er moet gewerkt worden aan een structurele oplossing zodat de functie van leerlingenbegeleider op het eerste echelon gewaardeerd wordt. Dit kan enkel door deze functie officieel te maken. Stel leerkrachten vrij voor deze functie en geef de personen van de cel leerlingenbegeleiding vaste uren en vaste plaatsen. Daarbij is het belangrijk dat personen van het secretariaat, die ziekteattesten bijhouden en toezicht houden in de refter, ook in deze cel zetelen daar ze de leerling op een andere manier kennen en andere zaken opmerken dan de vakleerkrachten. Dit is een belangrijk aandachtspunt naar de overheid omdat van daaruit een structurele oplossing en financiële middelen nodig zijn om een vaste cel leerlingenbegeleiding uit te bouwen. Ook de scholen in het ASO waar de prevalentie van eetstoornissen hoger ligt, vragen meer omkadering vanuit de overheid. Een ASO school wordt door de overheid bekeken alsof het een onderwijsvorm is die probleemloos kan werken. Zeker voor de problematiek van eetstoornissen is dit niet het geval. Daarnaast zou het CLB team samen met de directie en de cel leerlingenbegeleiding concrete afspraken kunnen maken rond de transparantie van deze cel zodat leerlingen alsook CLB medewerkers een duidelijk aanspreekpunt binnen de school hebben.

Leerkrachten en personen van de cel leerlingenbegeleiding voelen zich **ongewapend om een eerste gesprek met de leerling te voeren**. Het enthousiasme is duidelijk aanwezig maar velen onder hen hebben geen opleiding tot leerlingenbegeleider gekregen en voelen zich niet bevoegd om met de leerling over de eetstoornis te praten. Dan stelt zich een overbruggingsprobleem omdat de CLB medewerker een eerste gesprek voert zonder een duidelijke hulpvraag vanuit de leerling zelf. De rode draad door de knelpunten heen is het ontbreken van een sterke brugfunctie tussen school en CLB. Hierbij heeft de school een signaalfunctie en geen begeleidingsfunctie. Eetstoornissen vraagt een gespecialiseerde aanpak. Leerlingenbegeleiders moeten weliswaar gevormd worden maar het CLB moet hier in de eerste plaats een belangrijke rol spelen en zo vlug mogelijk na detectie op een professionele wijze de studente begeleiden. Leerkrachten moeten geen begeleidingen op zich nemen, het is reeds belangrijk als ze signalen leren kennen en opvangen. Het CLB kan leerlingenbegeleiders informatie geven op welke wijze men een eerste gesprek met een leerling kan voeren omdat dit handvaten zijn voor allerlei problematieken. We moeten van hen geen specialist maken in eetstoornissen of hen over alle mogelijke adolescentenpathologie informeren. We moeten hen in de eerste plaats sterk maken in het herkennen van de algemene signalen van een leerling die zich niet goed in zijn vel voelt. Het is belangrijk om deze informatie op schrift te stellen zodat de leerlingenbegeleider deze informatie desgewenst nog eens kan doorlezen alvorens het eerste gesprek met een leerling te houden. Dit soort gesprekken zijn niet eetstoornisspecifiek. Een vaste coaching door een CLB medewerker kan zorgen voor opvang bij specifieke problemen. Praktisch kan men

vaste overlegmomenten afspreken tussen de cel leerlingenbegeleiding en de CLB schoolverantwoordelijke waarbij naast de bespreking van leerlingen ook plaats is voor themaoverleg. Het is een belangrijke taak van het CLB om zich ook op dit terrein te profileren naar leerkrachten waardoor de drempel lager wordt om de CLB schoolverantwoordelijke aan te spreken. Het CLB moet dus meer subsidiair werken waarbij het geven van algemene praktische uitleg voor graadcoördinatoren, zorgcoördinatoren, klastitularissen en leerlingenbegeleiders een belangrijke taak is.

De follow-up van deze kwetsbare leerlingen loopt dikwijls mis omdat **de CLB arts over onvoldoende tijd beschikt** om leerlingen selectief op te volgen. Het accent van de CLB arts ligt op de algemene en gerichte consulten. De leerlingenbelasting zou moeten verminderen want de toewijzing van het aantal leerlingen ligt buiten proportie. De CLB arts vraagt meer tijd om leerlingen selectief terug te zien na het consult en het probleem dieper te bespreken. Concreet vraagt de CLB arts in het veldonderzoek dat een percentage voor de artsen zou vrijgehouden worden voor individuele begeleiding en dat men niet alle tijd volplant met consulten. De belangrijkste oplossing aangegeven door de experts is nadruk op teamwork met onderlinge taakverdeling. Of het nu een arts of een bevoegde CLB-er is die de concrete begeleiding doet maakt niet zoveel uit, als men maar op mekaar kan terugvallen indien er problemen zijn. De medische verantwoordelijkheid ligt natuurlijk wel bij een arts, aangezien andere disciplines die verantwoordelijkheid niet mogen of kunnen nemen. In het kader van detectie is vraaggestuurde werking verder nodig en loont de geïnvesteerde extra tijd. Ook de school kan taken opnemen mits opleiding. Deskundige CLB artsen kunnen een training geven aan vertrouwensleerkrachten en personen van de cel leerlingenbegeleiding. Deze cursus komt ook op schrift te staan met de contactgegevens en mailadres. Bij twijfel kan deze de CLB arts contacteren of de leerling doorverwijzen voor nader medisch onderzoek. Een goede opvang door het CLB kan uiteraard alleen als er voldoende personeel beschikbaar is maar ook als dit personeel voldoende opleiding en training gekregen heeft in de problematiek die zich aanbiedt. Hierbij lijkt ook intervisie op regelmatige tijdstippen met professionelen uit de geestelijke gezondheidszorg een must, om te bespreken wie en wat door het CLB geholpen kan worden en wanneer doorverwijzing nodig is.

Anorexia of boulimie wordt zelden ontdekt naar aanleiding van een medisch onderzoek. Dit komt enerzijds door het tijdsgebrek en anderzijds door het feit dat de leerling slechts om de twee jaar door de schoolarts wordt gezien. De CLB arts vindt het een zeer spijtige zaak dat het laatste algemene consult reeds plaatsvindt in het derde jaar van het secundair onderwijs. De aanpak naar adolescenten toe moet veranderen in het CLB. Verder vindt de CLB arts dat er een meer algemeen beleid op de school moet komen om preventief te werken rond de hoge prevalentie van eetstoornissen. De belangrijkste mening van de groep experts is het uitwerken van een beter selectiesysteem met het oog op diverse problematiek. Hier staat de 'risico'-leerling, de leerling die zich niet goed in haar/zijn vel voelt, centraal. Een extra consult voor iedereen is te tijdsintensief. Deze oplossing houdt meer flexibiliteit in waardoor het CLB beter kan inspelen op de noden van de regio en waardoor geen zinloze tijd moet geïnvesteerd worden in 85% van de jongeren waarbij het wel goed gaat. Er kan best op regelmatige tijd een gestructureerd overlegmoment plaatsvinden met de CLB arts zelf en de graadcoördinatoren waardoor problemen gesignaleerd kunnen

worden. Op deze manier wordt de vraaggestuurde werking meer uitgebouwd. Dit werkt drempelverlagend waardoor de samenwerking wordt verbeterd en de band tussen school en CLB arts wordt opgebouwd. Regelmatig overleg binnen het CLB team blijft essentieel want te vaak is de medische en psychologische discipline nog naast elkaar aan het werk.

Het gebeurt dat de signalen in de school wel worden opgevangen maar dat **de leerling het probleem ontkent**. Doorverwijzing is dan ook zeer moeilijk als de leerling het probleem blijft ontkennen. Het CLB kan informatie geven aan het schoolteam waarbij uitgelegd wordt dat ontkenning een deel van de eetstoornis is en niet als verwijt aan de leerling mag voorgelegd worden. Men moet de leerling tijd geven om tot een inzicht te komen. In het draaiboek staat een aanpak beschreven en ook een aantal methodieken om dit ter sprake te brengen. Regelmatige follow-up van de leerling door de CLB arts of leerkrachten is belangrijk en hoeft niet steeds veel tijd in te nemen. Het past mooi in de vraaggestuurde werking om leerkrachten hierin te ondersteunen.

Soms zijn knelpunten verweven in **het CLB decreet**. Bij een leerling jonger dan 14 jaar moet volgens het CLB decreet eerst toestemming tot begeleiding aan de ouders gevraagd worden. Vaak minimaliseren ouders het probleem waardoor medewerking niet mogelijk is. Ontkenning treedt dus niet enkel op bij de leerling maar ook bij de ouders. Anderzijds beslist de leerling volgens het CLB decreet vanaf de leeftijd van 14 jaar of de ouders mogen ingelicht worden. Soms vraagt het zeer veel tijd en inspanning van de CLB medewerker de leerling te overtuigen de ouders bij het probleem te betrekken.

De doorverwijzing naar een gepaste hulpverlener kan mislopen daar CLB medewerkers niet beschikken over recent aangepaste adressenlijsten van hulpverleners die specifiek werken rond eetstoornissen. Het zou goed zijn over een sociale kaart te beschikken met adressen van hulpverleners die gespecialiseerd zijn in het werken rond eetstoornissen. De doorverwijzing kan ook mislopen omdat de wachttijden te lang zijn. Bij alle verwijzingen naar diensten geestelijke gezondheidszorg stuiten we op het probleem van wachttijden. Men zou het CLB verder kunnen uitbouwen zodat we als buffer kunnen optreden in die wachttijd. Maar dat vraagt een bijkomende opleiding van CLB medewerkers omdat de crisisopvang kwalitatief goed moet zijn.

Ook de follow-up van deze kwetsbare leerlingen kan mislopen omdat de communicatie tussen de CLB arts en de hulpverlener of specialist onvoldoende is. Het is essentieel wanneer de leerling via het CLB verwezen is, dat de hulpverlener feedback geeft over de wijze waarop de CLB medewerkers de leerling best aanpakken en op welke zaken er specifiek moet gelet worden.

Tot slot zijn er ook knelpunten met betrekking tot **de huidige maatschappij**. Vele kinderen ontbijten niet en maken gebruik van de drank -en snoepautomaten op school wat de inschatting van het eetgedrag bemoeilijkt specifiek naar eetstoornissen toe. Het CLB zou de school kunnen ondersteunen een visie te ontwikkelen rond gezonde voeding. Dit kan volgende zaken inhouden: het vervangen van snoepautomaten

door fruitautomaten, het bijbrengen van vakoverschrijdende kennis rond gezonde voeding, het belichten van de voedingsdriehoek. In de basisschool wordt zoveel gewerkt rond gezonde voeding maar eens de leerlingen in het secundair onderwijs komen, stopt de informatieoverdracht. Ook de leerkracht Lichamelijke Opvoeding zou hierbij kunnen betrokken worden daar deze laatste de vermindering van de uren LO als een groot knelpunt ervaart. De overheid voert campagnes zoals “Vinnig Vlaanderen” maar met deze campagnes bereik je de mensen die reeds bewust met gezondheid bezig zijn. De enige plaats waar je het brede publiek kan bereiken is de school. Aan de overheid wordt gevraagd het aantal uren lichamelijke opvoeding te verhogen omdat hierdoor een gezonde levensstijl wordt bijgebracht.

Beperkingen van het veldonderzoek

Bij kwalitatief onderzoek selecteert men de deelnemers niet at random. De steekproef is een doelgerichte en theoretische afspiegeling van de bestudeerde populatie, met het oog op het bekomen van maximale gegevens met voldoende verscheidenheid. Om dit te realiseren, selecteerde ik vijf personen van de cel leerlingenbegeleiding uit de drie verschillende netten (het Vrije net, het Gemeenschapsonderwijs en het Stedelijk onderwijs). Bovendien werden CLB medewerkers uit verschillende provincies (Antwerpen, Gent, Brussel en Limburg) geselecteerd om voldoende aandacht te kunnen geven aan mogelijke regionale verschillen in aanpak en verwijsmogelijkheden.

De analyse van de interviews gebeurde systematisch door een proces van constant vergelijken. De neutraliteit van de onderzoeker behoort tot de algemene principes van kwalitatief onderzoek. Nochtans kan het Hawthorne effect nooit volledig uitgesloten worden. Hiermee wordt de impact van de onderzoeker op de onderzoekspersonen (geïnterviewden) bedoeld in die zin dat resultaten van het interview kunnen worden beïnvloed (17).

De vijf hoogst gescoorde knelpunten werden aan acht experts voorgelegd. Deze laatsten stuurden de analyse per mail door. Zodoende werden per knelpunt acht prioritaire oplossingen bekomen. Op de expertenbijeenkomst konden slechts vier van de acht experts aanwezig zijn. Toch werd de mening van de vier afwezigen in de analyse betrokken doordat de aanwezigen de volledige beantwoording van de acht experts schriftelijk konden doornemen. Professor Dr. P. Van Royen maakte per knelpunt een groepering van antwoorden en deze groepering werd op een bord genoteerd waardoor een integratie van alle antwoorden werd bekomen. Het scoren zelf gebeurde enkel door de vier aanwezige experts.

3. Literatuur

3.1. Situering van de literatuur

Er werd literatuur gezocht over het probleem eetstoornissen bij adolescenten en de detectie, aanpak en begeleiding ervan op school. Tevens werd gezocht naar de knelpunten die zich daarbij stellen en de redenen of oplossingen die daarbij aansluiten. Binnen het kader van deze literatuurstudie, kunnen de knelpunten uit de veldstudie verder worden bekeken.

3.2. Methodologie van het literatuuronderzoek

In Pubmed vond ik een aantal zeer goede artikels in verband met primaire preventie via volgende keywords: 'primary prevention' en 'eating disorders' en 'school'.

Limits: de zoektocht werd beperkt tot Engelstalige artikels met de focus op 'adolescent: 13-18j'

Via deze zoekstrategie werden vijf artikels gevonden. Via 'related articles' werden bijkomende artikels geselecteerd waarbij de focus lag op primaire preventieprogramma's in de school en beperkingen. In totaal werden vijf artikels weerhouden in de referentielijst.

In de inleiding vindt een bespreking plaats van deze primaire preventieprogramma's.

In Pubmed vond ik daarentegen zeer weinig artikels in verband met secundaire preventie.

Volgende keywords werden gebruikt: 'secondary prevention' en 'eating disorder' en 'school'.

Limits: de zoektocht werd beperkt tot Engelstalige artikels met de focus op 'adolescent: 13-18j'

Via deze zoekstrategie werden vier artikels gevonden. Via 'related articles' werd nog één bijkomend artikel geselecteerd. In totaal werden vijf artikels weerhouden in de referentielijst.

Tevens werd gezocht naar de redenen of oplossingen voor de knelpunten die zich stellen in de veldstudie. Per cluster van knelpunten uit de veldstudie werd in de Nederlandstalige literatuur gezocht naar mogelijke oorzaken of oplossingen.

Situering van de literatuur per cluster van knelpunten:

Aandachtspunten binnen de schoolcontext:

Via de psychopedagogisch consulenten van de Permanente Ondersteuningscel van het Gemeenschapsonderwijs (POC) kreeg ik informatie over nascholingscursussen voor leerkrachten alsook interessante boeken over de cel leerlingenbegeleiding en leerlingenbegeleiding in het algemeen. Ook de omzendbrieven en de decreten werden geraadpleegd via de website

<http://www.ond.vlaanderen.be/edulex>.

Het artikel 'Teachers: the forgotten influence on the success of prevention programs' van Smolak werd gebruikt alsook de lessenmap 'Jeugd en Eetstoornissen' (Noordenbos G, Sieders R).

Aandachtspunten binnen de CLB context:

Via de website www.eetstoornis.be, de website van lic. An Vandeputte, werd het eindrapport (01-02-2002) van het Onderzoeks- en vormingsproject van de K.U.Leuven met steun van het ministerie van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen in verband met de professionalisering van preventie en behandeling van jongeren met eetstoornissen geraadpleegd.

Het Draaiboek 'Tijdige herkenning van eet- en gewichtsproblemen in het CLB (centrum voor leerlingenbegeleiding)' dat kaderde in het vervolgproject 'Professionalisering van preventie en behandeling bij jongeren met eetstoornissen' werd geraadpleegd. Dit werd geschreven door Prof. Dr. Walter Vandereycken, lic. An Vandeputte en Dr. Chris Stuyven (2). Het 'Handboek Eetstoornissen' (Vandereycken W, Noordenbos G) werd doorgenomen.

Literatuur en informatie over intervisie voor CLB artsen werd opgevraagd via de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging Jeugdgezondheidszorg.

Prof. Dr. W. Vandereycken bracht me in contact met Dr. G. Noordenbos, psychologe in Nederland en medeauteur van het 'Handboek eetstoornissen' (W. Vandereycken en G. Noordenbos). Ik kreeg inzage in de publicatie in voorbereiding 'Preventie van eetstoornissen' (publicatiedatum: juni 2005).

De decreten werden geraadpleegd via de website <http://www.ond.vlaanderen.be/edulex>.

Aandachtspunten met betrekking tot samenwerking school-CLB: De website van lic. An Vandeputte www.eetstoornis.be alsook de website van de raad van het Gemeenschapsonderwijs www.rago.be werden geraadpleegd. Volgende boeken werden geraadpleegd 'Van eetlast naar eetlust' (Moyson N, Roofthoof E). Er werd ook informatie gehaald uit het TNO-rapport Preventie en Gezondheid.

Problemen van ontkenning: De boeken 'Eetstoornissen, preventie en therapie' (Noordenbos G) en 'Preventie van eetstoornissen' (Vandereycken W, Noordenbos G) werden geraadpleegd.

Problemen met betrekking tot doorverwijzing naar externe hulpverleners:

Hiervoor werd het deelproject 5 en 6 'Tijdige herkenning van eet- en gewichtsproblemen' (Vandereycken W, Vandeputte A) doorgenomen.

Aandachtspunten met betrekking tot follow-up van de leerling na verwijzing:

Dit zijn knelpunten die door de ondervraagden tijdens de veldstudie aangereikt werden, maar waarover geen literatuur beschikbaar is.

Algemene knelpunten met betrekking tot de huidige maatschappij:

Deze knelpunten werden aangereikt tijdens de veldstudie maar horen eerder bij de primaire preventie.

Andere websites die geraadpleegd werden in de zoektocht naar relevante informatie, zijn o.a.,

www.sabn.nl, www.anbn.be, www.bulimia-nervosa.com, www.eetstoornis.info, www.ziezozelfhulp.nl

3.3. Leerlingenbegeleiding en de aanpak van eetstoornissen op school

3.3.1 Historiek van leerlingenbegeleiding

Leerlingenbegeleiding is ontstaan in de jaren '70, in antwoord op de grote onderwijsvernieuwingen waarmee de Westerse landen het hoofd trachtten te bieden aan de razendsnelle economische en maatschappelijke ontwikkelingen. Het bleek al snel dat niet alle leerlingen probleemloos meedraaiden in de nieuwe onderwijsstructuren. Voor hen werd extra ondersteuning opgezet. Leerlingenbegeleiding is dus ontstaan vanuit een probleemgeoriënteerd model. In de beginjaren werd leerlingenbegeleiding gezien als een domein van specialisten, veelal PMS-medewerkers, en was ze gericht op individuen (18).

In de jaren '80 groeide het besef dat het probleemgeoriënteerde model niet adequaat was. Er gingen steeds meer stemmen op om naar een preventieve aanpak te gaan, eerder dan 'EHBO' te verstrekken. Naast een individuele aanpak komt er nu ook een aanpak van de groep. De deskundigheid die daarvoor nodig is, wordt het domein van 'Leefsleutelleraren' die op klasniveau werken en 'Graadcoördinatoren' die de directie steunen bij het ontwikkelen van een preventiebeleid op schoolniveau (19).

Sinds de jaren '90 doet zich een derde ontwikkeling voor: de eerste verantwoordelijkheid voor leerlingenbegeleiding komt nu in handen van de 'gewone' leraar. Daarnaast blijven de preventiespecialisten op klasniveau en op schoolniveau hun werk doen, evenals de deskundigen die leerlingen met bijzonder ingewikkelde of ernstige problemen opvangen. Men gaat er echter van uit dat elke leraar over basale begeleidingsvaardigheden moet beschikken en dat in principe elke leraar een leerlingenbegeleider kan en zou moeten zijn. Met de invoering van vakoverschrijdende eindtermen en het belang van leerlingenbegeleiding bij de doorlichting, toont ook het departement onderwijs waar de prioriteiten liggen. De meest recente evolutie in de leerlingenbegeleiding toont een toenemende aandacht voor leerlingenparticipatie. Hoewel ze niet 'professioneel deskundig' zijn, zijn ze het best geplaatst om signalen op te vangen van medeleerlingen die problemen hebben (20, 21).

Het decreet CLB, goedgekeurd op 1 december 1998, gaat in tegenstelling tot wat de naam laat vermoeden niet uitsluitend over de rol van de CLB's. In dit decreet wordt tegelijkertijd gewezen op de taak van de school en de ouders als eerste zorgdragers en verantwoordelijken voor de ontwikkeling van leerlingen. In de tekst van het CLB-decreet wordt daarom ook verwezen naar verantwoordelijkheden, rechten en plichten van de school op het vlak van leerlingenbegeleiding. School en CLB maken in onderling overleg afspraken over de samenwerking en wederzijdse inbreng. Ze steunen daarbij op het beleidsplan of beleidscontract dat het CLB met de inrichtende macht afsloot (22).

3.3.2 Huidige status

Met het nieuwe decreet krijgt het CLB de nadrukkelijke taak om zich op de tweede lijn te profileren. De CLB's krijgen bovendien een functie als draaischijf tussen de school en de bredere jeugdzorg en jeugdwerking (hulpverlening en preventie). Op die manier stimuleren ze de ondersteunende samenwerkingsverbanden op de eerste en tweede lijn of verwijzen ze leerlingen door naar specialisten op de derde lijn. Het CLB heeft bijkomend de taak de navorming af te stemmen op de behoeften van de school (22). In de praktijk stelt men vast dat vele scholen nog niet klaar zijn om deze eerste lijnswerking op zich te nemen. De visie op vorming van leerlingen verschilt sterk van school tot school. Tijdens verder opzoekingswerk bleek dat er geen formele richtlijnen vanuit de overheid bestaan betreffende de inhoudelijke structuur van een cel leerlingenbegeleiding. Dit in tegenstelling tot het basisonderwijs waar het takenpakket van de zorgcoördinator wel vastligt.

Het opstarten van een cel leerlingenbegeleiding is een proces dat een duidelijke visie, tijd en engagement vraagt. Er zijn enkele basisvoorwaarden opdat een cel leerlingenbegeleiding werkelijk kan uitgroeien tot een ondersteunend kader voor leerlingen. De schoolorganisatie moet in de eerste plaats inzien dat deze cel nuttig is en een positief schoolklimaat bevordert. Vervolgens is het belangrijk dat er een schoolklimaat heerst waar aandacht is voor psychosociale problemen. Indien deze twee basisvoorwaarden aanwezig zijn, kan deze cel een zeer sterk vangnet worden dat vroegtijdige detectie van kwetsbare leerlingen mogelijk maakt.

3.3.3 Bijscholing over de aanpak van eetstoornissen in de school

Via de website van lic. An Vandeputte www.eetstoornis.be kan de directie van een school of het CLB advies vragen in verband met het organiseren van studiedagen en workshops in de scholen zelf. Tijdens een pedagogische studiedag worden leerkrachten geïnformeerd over eerste signalen van leerlingen met een eetprobleem en de mogelijke aanpak. Hier ligt het accent meer op de overdracht van informatie. Workshops daarentegen zijn vormingsinitiatieven waarbij het accent ligt op het inoefenen van vaardigheden en veel minder op de overdracht van kennis; bijvoorbeeld 'Hoe benader ik een leerling met eetstoornissen als leerkracht'. Er kunnen zelfs enkele lessen of zelfs een dag uitgewerkt worden voor leerlingen. Hierbij leren leerlingen op een gezondheidsbevorderende wijze kritisch nadenken over eetproblemen en de achterliggende factoren.

Er bestaat ook een meer algemeen nascholingsaanbod voor graadcoördinatoren en personen van de cel leerlingenbegeleiding vanuit de Raad van het Gemeenschapsonderwijs en de ondersteunende Koepel van het Vrij Onderwijs. Volgende cursussen worden bijvoorbeeld door het Centrum voor Nascholing van het Gemeenschapsonderwijs georganiseerd:

'Communicatie met leerlingen' en 'Aanpak van gedragsproblemen' (23).

3.4. Ontkenning bij de leerling van het excessief lijngedrag

Excessieve lijners hebben aanvankelijk niet de intentie hier heel lang mee door te gaan, maar merken pas gaandeweg dat ze er niet meer mee kunnen stoppen. Een lichamelijke reden is de gewenning aan het lijngedrag. Wanneer men na een tijd van excessief lijnen meer gaat eten, geeft dit al snel het gevoel een volle maag te hebben en een dikke buik te krijgen. Door het gebruik van laxemiddelen is de darmwerking vertraagd geraakt, waardoor ze zich lange tijd vol blijven voelen en om die reden weer laxemiddelen nemen. Een belangrijke psychische reden is dat het excessieve lijngedrag door de betrokkene vaak wordt ervaren als een 'oplossing' in plaats van als een probleem. Het excessieve lijnen en snel vermageren geeft aanvankelijk een kick, een gevoel van zelfvertrouwen en zelfwaardering. 'Zie je wel dit kan ik goed, dit kan ik beter, hier ben ik goed in, nu voel ik me geweldig', zijn de begeleidende gevoelens in het begin van het excessieve lijngedrag (24). Een belangrijk 'winst'-punt is ook dat excessief lijnen een sterk gevoel van controle en structuur geeft. Dit biedt psychisch houvast. Bovendien biedt het lijngedrag een duidelijke structuur aan de dagindeling: 'Vóór 9u mag ik niet eten, pas na 11u mag ik iets eten; ik mag alleen lunchen tussen 12.30 en 12.45; het avondmaal mag niet eerder beginnen dan 18.30 en na 19.00 mag ik niets meer eten, etc.' Deze sterke controle en structuur past goed bij de reeds aanwezige perfectionistische instelling.

Een andere psychische reden voor het moeilijk stoppen met lijnen is dat excessief hongeren en afvallen leidt tot verdooving van emoties. Aangezien veel eetstoornispatiënten vaak moeite hebben met het uiten van emoties, wordt dit verdovende effect van uithongeren vaak ervaren als 'oplossing' voor eerdere emotionele problemen. Degenen die eetbuien krijgen en na afloop braken, ervaren dit vaak als een uiting van emoties en spanning. Door de lichamelijke gewenning aan het extreme lijngedrag en door de positieve psychische gevoelens van zelfvertrouwen, controle, structuur en emotionele verdooving die dit oplevert, zullen ze hun eetstoornis niet als probleem ervaren maar juist als 'oplossing' en hun lijngedrag vaak lange tijd voor anderen ontkennen en verborgen houden. Pas later zal blijken dat dit slechts een pseudo-oplossing was als ze met allerlei ongewenste en negatieve gevolgen geconfronteerd worden.

Terwijl mensen met anorexia nervosa na verloop van tijd zichtbaar afvallen en daardoor gemakkelijker door de omgeving te herkennen zijn, kunnen mensen met boulimia nervosa hun eetprobleem heel lang voor de buitenwereld verborgen houden, doordat ze vaak een normaal gewicht houden. Ook gevoelens van angst en schaamte weerhouden hen ervan om hun eetstoornis te onderkennen en met klachten hieromtrent naar de huisarts te gaan (25).

3.5. Focus op risicoleerlingen

Zoals hoger beschreven is de studie van risicofactoren voor eetstoornissen van fundamenteel belang voor het ontwikkelen van effectieve preventieprogramma's (zie 1.3. Primaire preventieprogramma's in de school en beperkingen). 'Doelgroep'-preventieprogramma's met de focus op welbepaalde subpopulaties met een hoger risico op het ontwikkelen van een eetstoornis, tonen veelbelovende resultaten (9).

Uit een Nederlands onderzoek van Noordenbos, Meijerink en Lindler-Roza bleken ouders en met name moeders belangrijk te zijn voor de onderkenning van de eetstoornis bij hun dochter. In dit onderzoek werd aan 120 jonge eetstoornispatiënten gevraagd hoe ze hadden ontdekt een eetstoornis te hebben. Uit de resultaten (zie Tabel 1) blijkt dat moeders het vaakst genoemd werden als personen die bijdroegen aan het ontdekken van de eetstoornis, gevolgd door een vriendin, de huisarts, een leerkracht en de vader. In mindere mate speelden leerlingen, schoolartsen en gastdocenten een rol (26).

Tabel 1: Rangorde van personen die bijdroegen aan de ontdekking/ onderkenning van de eetstoornis en het zoeken van hulp

Bijdrage aan ontdekking	Aantal N=121	%	Bijdrage tot hulp zoeken	Aantal N=107	%
1. Gesprek met moeder	31	26%	1. Gesprek met moeder	40	37%
2. Gesprek met vriendin	25	21%	2. Gesprek met huisarts	27	25%
3. Gesprek met huisarts	24	20%	3. Gesprek met vriendin	23	21%
4. Gesprek met leerkracht	17	14%	4. Gesprek met vader	19	18%
5. Gesprek met vader	13	11%	5. Vertrouwensleerkracht	13	12%
6. Gesprek met leerling	10	8%	6. Gesprek met leerkracht	11	10%
7. Lessen op school	5	4%	7. Gesprek met leerling	6	6%
8. Gesprek met schoolarts	3	2%	8. Lessen op school	2	4%
9. Gesprek met gastdocent	1	1%	9. Gesprek met schoolarts	2	4%
10. Vertrouwensleerkracht	0	0%	10. Gesprek met gastdocent	0	0%

De belangrijkste psychische risicofactoren zijn: een restrictief dieet, ontevredenheid over zichzelf en over het eigen lichaam, verstoorde percepties van het eigen lichaam, perfectionisme, laag zelfbeeld, afhankelijkheid van de goedkeuring van anderen, een subjectief gevoel van falen, impulsiviteit, agressief gedrag, een sterk verantwoordelijkheidsgevoel (25).

Uit het TNO-rapport Preventie en Gezondheid blijkt ook dat ongezond en extreem lijnen vooral geassocieerd zijn met de attitudes van meisjes ten aanzien van lijnen en slank zijn en sociale invloed. Dit onderzoek is gericht op het identificeren van risicofactoren van excessief lijnen (27). De extreem lijnende meisjes hebben een lagere eigen effectiviteit om de aandrang om te lijnen te weerstaan. Meisjes die extreem lijnen roken bovendien significant vaker en hebben een lager zelfvertrouwen (28).

3.6. Screeningsonderzoek naar beginnende eetstoornissen

Om na te gaan of vroegtijdige signalering van beginnende eetstoornissen mogelijk is zijn diverse screeningsonderzoeken gedaan (Schoemaker). De meeste onderzoeken zijn uitgevoerd bij leerlingen in het voortgezet of secundair onderwijs. Het typische screeningsonderzoek kent twee fasen. In de eerste fase worden alle leerlingen van een school gevraagd een screeningsinstrument (vaak de Eating Attitudes Test, EAT, of de Eating Disorder Inventory, EDI) in te vullen waarin naar kenmerken van het eet- en het lijngedrag wordt gevraagd. In de tweede fase worden degenen die hoog scoorden op het screeningsinstrument uitgenodigd voor een interview over hun eet- en lijngedrag (29,30).

Hoek en Van Hoeken wijzen op een aantal methodologische problemen die verbonden zijn aan het tweefasen onderzoek (31). Zo is het noodzakelijk een vragenlijst te gebruiken die voldoende betrouwbaar en valide is. Het ontkennen van de eetproblematiek zorgt er bovendien voor dat vele patiënten door de mazen van het net glijpen. Het screeningsinstrument moet ook over de nodige gevoeligheid (sensitiviteit en specificiteit) beschikken om een betrouwbare predictie toe te laten. De mate van sensitiviteit wijst op het percentage correct geïdentificeerde gevallen voor een bepaalde diagnostische groep (testresultaat positief en stoornis ook effectief aanwezig). De mate van specificiteit betreft een weergave van het percentage correct geïdentificeerde gevallen die niet tot een bepaalde diagnostische groep behoren (testresultaat negatief en diagnose afwezig). Door de relatief lage prevalentie van eetstoornissen kan zelfs bij een goede sensitiviteit en specificiteit van het instrument de positieve voorspellende waarde van de screening laag blijven.

Schoemaker toonde aan dat met screeningsonderzoek een groot deel van de risicogroep bereikt kan worden, maar dat geen van de risicofactoren in het gangbare screeningsinstrument daadwerkelijk een eetstoornis voorspelde.

Verder deden zich verschillende problemen voor bij het invullen van de vragenlijsten. Met name degenen waarvan werd vermoed dat ze mogelijk een eetstoornis hadden, bleken die dag niet op school te komen, waarschijnlijk uit angst of schaamte dat hun eetstoornis ontdekt zou worden. Anderen die de vragenlijsten wel hadden ingevuld, gaven vaak geen eerlijke antwoorden. Ook kwam het voor dat juist degenen die hoog scoorden op de risicofactoren, weigerden om aan de interviewfase mee te doen, omdat ze dit bedreigend vonden. Hierdoor werd vroegtijdige onderkenning dus erg belemmerd. De paar leerlingen die wel gemotiveerd waren voor een interview, waren vaak al in behandeling voor hun eetstoornis, zodat screening geen vervroeging van de behandeling opleverde.

Verder constateerde Schoemaker dat vroege diagnose van eetstoornissen nog niet garandeerde dat de betrokkene ook vroegtijdig behandeld werd, vanwege ontbrekende motivatie bij de patiënten en lange wachtlijsten bij de hulpverleners (29). Screening van risicofactoren en vroege kenmerken van eetstoornissen is met de bestaande instrumenten dus weinig effectief gebleken om secundaire preventie te realiseren (25).

3.7. Vroege herkenning door leerkrachten en leerlingen

Omdat de meeste leerlingen die een eetstoornis ontwikkelen nog op school zitten, vormen leerkrachten en klasgenoten een belangrijke groep die in aanmerking komt voor vroegtijdige herkenning. Uit het reeds vermelde onderzoek van Noordenbos, Meijerink en Lindler-Roza bleek dat leerkrachten bij 14% en medeleerlingen bij 8% van de jonge eetstoornispatiënten een belangrijke rol hadden gespeeld in de vroegtijdige onderkenning van de eetstoornis en voor respectievelijk 12% en 6% de aanleiding vormden om hulp te zoeken (zie tabel 1)(26). Maar verder is er nauwelijks onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van leerkrachten en klasgenoten om een eetstoornis in een vroeg stadium te herkennen bij een leerling.

Het artikel 'Teachers: the forgotten influence on the success of prevention programs' van Smolak e.a. was het enige artikel waar men stilstond bij de belangrijke rol van leerkrachten (32). Uit dit artikel blijkt dat leerkrachten in de eerste plaats nood hebben aan beknopte folders waarin de herkenning van de eerste alarmsignalen en de hulpverlening door leerkrachten worden beschreven. Ook de aanwezigheid op de school van een 'deskundige vertrouwensleerkracht eetstoornissen', waarbij ze terecht kunnen met vragen, vinden leerkrachten een goed idee.

In diverse landen zijn lessenmappen over eetstoornissen ontwikkeld waarin leerkrachten informatie krijgen over de kenmerken van eetstoornissen. In Nederland en Vlaanderen wordt gebruik gemaakt van de lessenmap 'Jeugd en Eetstoornissen' (Noordenbos & Sieders), met informatie over de kenmerken van eetstoornissen (33). Een onderzoek naar het gebruik van het lespakket 'Jeugd en Eetstoornissen' wordt uitgebreid beschreven in het TNO-rapport 'Risicofactoren van excessief lijnen door meisjes, 2004' (27). De belangrijkste commentaar van de leerkrachten is dat het lespakket te veel informatie bevat en onoverzichtelijk is. Ter verbetering van het pakket geven docenten vooral aan dat het lespakket minder moeilijk en korter moet zijn. De suggesties die zij noemen kunnen een aanzet vormen voor een verbeterde opzet van het programma.

Tevens zijn er handleidingen ontwikkeld voor leerkrachten waarin ze adviezen krijgen over hoe ze het vermoeden van een eetstoornis bij een leerling aan de orde kunnen stellen (Spanjers, Vandeputte) (34, 12). Of dergelijke handleiding leerkrachten in staat stelt om (beginnende) eetstoornissen te onderkennen is echter nog niet onderzocht.

Vaak voorkomende valkuilen voor leerkrachten zijn: een door de leerling opgelegde geheimhouding naar de ouders, een te sterke betrokkenheid van de leerkracht en een te beperkt draagvlak van de leerkracht. Vanuit de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) acht men de jongere vanaf 14 jaar in staat zelf te beslissen. Als een jongere erop staat dat haar ouders niet ingelicht worden, kan zij zelf een begeleiding aanvatten. In de praktijk probeert men nochtans zoveel mogelijk de verschillende betrokken partijen bij de begeleiding te betrekken. Uiteraard speelt ook de huisarts hierbij een belangrijke rol.

In Nederland speelt de schoolgezondheidsdienst (de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GGD) een belangrijke rol. Volgens de Nederlandse wetgeving (WGBO) mag men slechts tot behandeling bij kinderen tussen 12 en 16 jaar overgaan na toestemming van de ouders of een voogd, evenals die van de patiënt zelf, tenzij weigering ernstige nadelen voor de patiënt oplevert. Een minderjarige die de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt wordt wettelijk bekwaam geacht tot het aangaan van een behandelingsovereenkomst (25).

3.8. Vroege herkenning door schoolartsen

Hoewel schoolartsen in principe een belangrijke functie zouden kunnen hebben in het vroegtijdig opsporen van eetstoornissen, door het regelmatig onderzoek van leerlingen, blijkt dit in Nederland nog nauwelijks onderzocht te zijn. Het eerder vermelde onderzoek van Noordenbos, Meijerink en Lindler-Roza toont aan dat een groep van 120 eetstoornispatiënten in Nederland de schoolarts niet of nauwelijks noemde als persoon die de eetstoornis heeft onderkend (2%) of heeft bijgedragen aan het vinden van hulp (4%) (zie tabel 1). In Vlaanderen daarentegen heeft de overheid tussen 2000 en 2004 een groot project opgezet om de vroege herkenning van eetstoornissen te verbeteren (35). In een eerste enquête (Vandereycken & Vandeputte) blijkt dat bij ongeveer 16% van de meisjes uit het derde middelbaar onderwijs die de CLB-arts jaarlijks ziet voor een algemeen medisch onderzoek een objectief gewichtsprobleem wordt vastgesteld (9% overgewicht, 7% ondergewicht) (36). Overgewicht wordt in de regel door de leerlingen als problematisch ervaren, bij ondergewicht is dit slechts zelden. Overgewicht wordt door de CLB-arts in 60% van de gevallen toegeschreven aan overeten. Ondergewicht wordt in 36% van de gevallen toegeschreven aan anorexia nervosa. De diagnose 'boulimie' wordt minder vaak gesteld (0.7%). Een eetstoornis wordt praktisch uitsluitend gediagnosticeerd via het 'medisch onderzoek'. De CLB-arts ziet met andere woorden zelden een leerling met een eetstoornis na specifieke doorverwijzing door de school of door een andere CLB-medewerker. De diagnose gebeurt op basis van verschillende factoren: gewicht (28%), klinische indruk (22%), gedragskenmerken zoals eetgedrag en sporten (21%). Persoonlijkheidskenmerken en het uitblijven van de menstruaties zijn in mindere mate bepalend (14 en 15%). Het CLB begeleidt zelf gemiddeld 22% van de meisjes met een eetstoornis (CLB-arts 15%, andere CLB-medewerker 7%) wanneer de eetstoornis als niet te ernstig wordt beschouwd (beperkte gewichtsafwijking, weinig psychiatrische moeilijkheden). Soms spelen echter ook andere redenen een rol (leerling wil nog geen doorverwijzing, financiële redenen, bezwaren van ouders, wachtlijsten). Problemen die de CLB-arts ervaart in de begeleiding zijn het gebrek aan tijd, opleiding en ervaring, en ook de moeilijkheden om de privacy niet te schenden bij het verder opvolgen van deze leerlingen. Het merendeel (78%) van de cliënten met een eetstoornis wordt doorverwezen (meer dan de helft hiervan naar de huisarts). In tweede instantie ook naar de psychiater, diëtist, CGG en psycholoog).

Het rapport concludeert dat het CLB over een uitzonderlijk filtersysteem beschikt voor detectie van eetproblemen: het herhaald algemeen medisch onderzoek van leerlingen (35). Grootschalige screening is hierdoor mogelijk, zeker als met eenvoudige instrumenten wordt gewerkt en de gegevens gemakkelijk toegankelijk zijn. Zo kan er met een goede registratie van lichaamsgewicht en groei (evolutie van BMI-gegevens) een risicogroep worden opgespoord en opgevolgd. Op basis van de enquête blijkt dat door gebrek aan kennis en ervaring de CLB-arts moeilijkheden ervaart inzake diagnose en verdere begeleiding: informatie inzake diagnosestelling, hulp van korte gestructureerde screeningslijst, verduidelijking van de rol die men kan spelen vanuit het CLB inzake multidisciplinaire begeleiding en motivering voor verwijzing, meer informatie over doorverwijsmogelijkheden. Nu worden 'eenvoudige' eet- en gewichtsproblemen in het CLB verder opgevolgd en wordt het merendeel van de meer gecompliceerde eetstoornissen doorverwezen naar de huisarts. Het CLB is verplicht om naar de huisarts door te verwijzen, ook al weet die vaak geen raad met deze problematiek. Gezien de gebrekkige kennis en anderzijds de grote interesse van de betrokkenen werd in een vervolgproject aandacht gegeven aan de vorming van CLB-medewerkers. Ook werd er een draaiboek uitgewerkt met

richtlijnen voor de screening en begeleiding van mogelijke eetstoornissen bij leerlingen. De specifieke rol van het multidisciplinaire CLB-team staat hierin centraal (2) (rapport te raadplegen via website www.eetstoornis.be).

3.9. Motiveren voor behandeling

Als de diagnose eenmaal gesteld is betekent dit nog niet dat de eetstoornispatiënt ook voldoende probleembesef of een hulpvraag heeft. Vaak is dit helemaal niet het geval of is de houding erg ambivalent. Het is daarom van groot belang om de patiënt met anorexia of boulimia nervosa eerst te motiveren voor behandeling (37). Daarbij wordt vaak uitgegaan van de vijf fasen in de ontwikkeling van motivatie die beschreven zijn door Prochaska en DiClemente (38).

Precontemplatiefase: in deze voorbeschouwende fase hebben de patiënten nog geen interesse voor verandering en ontkennen zij nog de eetproblematiek

Contemplatiefase: in de beschouwende fase zijn ze bereid hun eetprobleem te onderzoeken en de gevolgen van verandering na te gaan; ze staan echter nog ambivalent tegenover verandering.

Preparatiefase: tijdens de voorbereidende fase zijn ze bereid tot verandering en hebben zij behoefte aan hulp, maar kunnen nog moeilijk bepalen wat te doen.

Actiefase: in deze fase gaan ze met de nodige steun en aanmoediging over tot actie.

Handhavingfase: in deze fase worden veranderingen geconsolideerd en zijn ze bezig met terugvalpreventie.

Motivatietechnieken kunnen zich richten op de gehele eetstoornis (globale aanpak) als op verschillende lichamelijke, psychische en sociale aspecten hiervan. Een belangrijke voorwaarde voor motiveringsgesprekken is een psychotherapeutische basishouding met een diepgaande empathie. Belangrijk zijn vaardigheden als open vragen stellen, actief luisteren, samenvatten, doorvragen, verbaal en non-verbaal tonen van begrip. Daarnaast is het (mondeling of schriftelijk) geven van voorlichting over de eetstoornis van groot belang, met als doel het ziektebesef te vergroten en de consequenties van de stoornis onder ogen te zien, evenals de mogelijkheden van herstel. Een nuttige strategie is het vragen naar de voor- en nadelen van de eetstoornis, zodat een goede afweging gemaakt kan worden van de kosten en de baten. Uiteraard is het belangrijk om gezonde en effectieve alternatieven te zoeken voor de voordelen van de eetstoornis voor de patiënt, zoals het gevoel van controle en structuur, het verdoven van emoties (bij anorexia nervosa) of het ontladen van spanningen en emoties (bij boulimia nervosa). Tenslotte is het ook belangrijk om een realistisch beeld te geven van de inhoud en de doelen van de behandeling, die vaak in kleine stapjes plaats zal vinden, waarbij zowel aan het eetgedrag en de lichaamsbeleving wordt gewerkt, als aan de psychische doelen, zoals het verkrijgen van meer zelfvertrouwen, het beter leren uiten van gevoelens, assertiever worden e.d. De patiënt dient een realistische verwachting te ontwikkelen en rekening te houden met tijdelijke stagnatie of terugval, waarbij afspraken gemaakt kunnen worden hoe deze overwonnen kunnen worden (25).

In principe kunnen schoolartsen een belangrijke functie hebben in het motiveren van patiënten om hulp te zoeken. In het Draaiboek Eetstoornissen van Prof. Dr. W. Vandereycken en A. Vandeputte is een volledig hoofdstuk gewijd aan de begeleiding van de jongere met een eetprobleem. De verschillende fasen, vanaf de leerling die het probleem ontkent tot de leerling die hulp wenst, worden uitgebreid beschreven. Ook worden handvaten aangereikt om de leerling doorheen deze verschillende fasen te begeleiden (2).

3.10. Bijscholing over de aanpak van eetstoornissen binnen het CLB team

Gezien de centrale rol van het CLB bij de preventie en behandeling van eetstoornissen werd in het project 'Professionalisering van preventie en behandeling bij jongeren met eetstoornissen' (Onderzoeks- en vormingsproject van de K.U. Leuven, o.l.v. Prof. Dr. W. Vandereycken en Lic. A. Vandeputte, met steun van de Vlaamse gemeenschap) ook voorzien in een gerichte bijscholing van CLB-medewerkers. De resultaten van de zorginventarisatie dienden daarbij als uitgangspunt voor dit project rond deskundigheidsbevordering (35).

Uit de bevraging gedurende de provinciaal themagerichte intervisiesessie bleek dat CLB-artsen veel nood hebben aan meer info rond diagnostiek en herkenning van eetproblemen tijdens de algemene en gerichte consulten. Ze hebben nood aan een leidraad rond motivering, en vinden het vaak moeilijk om met de sociale context van de leerling te werken. Verder willen ze meer zicht krijgen op wat ze preventief kunnen doen en wat gezonde eetgewoonten zijn bij leerlingen. In samenwerking met een groep CLB medewerkers werd een opleidingspakket uitgewerkt dat aan de specifieke noden tegemoet komt.

Door hen werd geopteerd voor een algemene studiedag, waaraan elke geïnteresseerde CLB-medewerker kon deelnemen (een aparte dag voor elk net). Op het programma stonden volgende thema's :

- Een eetstoornis of een voorbijgaande dieetgril? Kenmerken en oorzaken
- Herkennen van de belangrijkste signalen: multidisciplinaire diagnostiek bij jongeren.
- Van ontkenning tot verwijzing: motiveren, informeren, en zorgen voor begeleiding.
- Preventie op school: mogelijkheden en beperktheden.
- Ambulante behandeling van eetstoornissen: basisingrediënten en voorwaarden.

Deze studiedagen werden gevolgd door twee praktijkgerichte dagen (per regio, netoverschrijdend): Preventie en ongezonde eetgewoonten

- Versterken van identiteit en positief zelfbeeld
- Detectie tijdens het routineonderzoek
- Werken met de omgeving
- Motivering van de leerling met eetproblemen

In totaal namen 300 medewerkers deel aan de studiedagen en 150 aan de praktijkgerichte workshops. Uit de evaluatie bleek dat men het geheel als goed tot uitstekend beoordeelde. Het netoverschrijdend karakter van de workshops werd erg gewaardeerd door de deelnemers die onderling veel uitwisselden.

Ook het tot stand komen van het Draaiboek 'Tijdige herkenning van eet- en gewichtsproblemen in het centrum voor leerlingenbegeleiding' kaderde in het bovengenoemde Onderzoeks- en vormingsproject. Het draaiboek kan gebruikt worden als leidraad bij de vraaggestuurde CLB-werking van de leeftijdsgroep 10-25 jaar en als instrument tijdens de medisch consulten van het vijfde leerjaar van het basisonderwijs en het eerste en derde jaar van het secundair onderwijs. Het bevat algemene informatie over eet- en gewichtsproblemen bij jongeren, praktische richtlijnen voor de begeleiding van jongeren door CLB medewerkers alsook zeer concrete werkinstrumenten (2).

In het voorjaar 2004 werd dit draaiboek voorgesteld tijdens vijf studiedagen (per regio, netoverschrijdend).

De Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging Jeugdgezondheidszorg organiseerde intervisiedagen voor artsen over ' De aanpak van eet- en gewichtsproblemen'. In een collegiale sfeer konden CLB-artsen leren van elkaars ervaringen om inzicht te krijgen in hun mogelijkheden en hun deskundigheid te bevorderen.

Onder begeleiding van een expert maakte de groep een analyse van casussen om tot adviezen te komen voor de concrete praktijk. Deze intervisie werd provinciaal georganiseerd tijdens het voorjaar 2005 (39).

3.11. Adequate verwijzadressen

In Vlaanderen werd een zorginventarisatie uitgevoerd in opdracht van de overheid (Vandereycken en Vandeputte). Gespecialiseerde centra voor de behandeling van eetstoornissen en voor de behandeling van obesitas bij jongeren zijn ondervraagd over de herkomst, verwijzkanalen, voor- en nazorg van hun patiënten. Ook representatieve patiëntenverenigingen zijn ondervraagd over de geografische spreiding van de hulpverlening. De resultaten hiervan werden besproken in de zorgstuurgroepen eetstoornissen en obesitas. De hiaten werden hierbij aangevuld.

Een adressenbestand werd aangelegd. In samenwerking met de dienst geografie van de Katholieke Universiteit Leuven werden zorgregiokaarten aangemaakt, rekening houdend met de bevolkingsdichtheid per regio (september 2003).

De bespreking van de resultaten gebeurde in de stuurgroep van 25 september 2003 met vastleggen van het 'zorgarm' gebied in Vlaanderen (Brussel) en het 'zorgrijk' gebied (Leuven).

De aanwijzing van de mogelijke piloot-CGG's in 'zorgarme' gebieden en in 'zorgrijke' gebieden is gebeurd in december 2003.

In 2004 werd er aan de CGG's uit de 'zorgarme' regio vervolgens training op maat gegeven. In het najaar 2004 werd er provinciaal een trainingspakket gegeven voor alle geïnteresseerde CGG's uit de veertien zorgregio's in Vlaanderen.

Deze lijst van CGG-ers werd ingevoegd in het bestaande adressenbestand waardoor verwijzing niet alleen dient te gebeuren naar gespecialiseerde privé-therapeuten maar ook binnen de gesubsidieerde hulpverlening gemakkelijk verwezen kan worden (40).

3.12. Besluit literatuurstudie

Met het nieuwe CLB-decreet wordt de school op de eerste lijn geplaatst terwijl het CLB de nadrukkelijke taak krijgt zich op de tweede lijn te profileren. In de tekst van het CLB-decreet wordt daarom ook verwezen naar verantwoordelijkheden, rechten en plichten van de school op het vlak van leerlingenbegeleiding. Tijdens verder onderzoekwerk bleek dat er vanuit de overheid geen wettelijke richtlijnen bestaan betreffende de inhoudelijke structuur van een cel leerlingenbegeleiding. Dit leidt tot structurele problemen. Dit probleem kent men niet in het basisonderwijs, waar het takenpakket van de zorgcoördinator wel wettelijk bepaald is.

Er bestaat een ruim nascholingsaanbod voor graadcoördinatoren en personen van de cel leerlingenbegeleiding, georganiseerd door de Raden en Koepels van het onderwijs. Via de website van An Vandeputte www.eetstoornis.be kan de directie van een school of het CLB advies vragen in verband met het organiseren van studiedagen en workshops in de scholen zelf.

Ontkenning bij de leerling van de eetstoornis is inherent aan het proces. In het begin wordt de eetstoornis niet als een probleem maar juist als een oplossing ervaren.

Het TNO-rapport Preventie en Gezondheid is gericht op het identificeren van risicofactoren van excessief lijnen. De studie van risicofactoren voor eetstoornissen met de focus op risicoleerlingen is van fundamenteel belang voor het ontwikkelen van effectieve primaire en secundaire preventieprogramma's. Screeningsonderzoek naar beginnende eetstoornissen bij leerlingen is met de bestaande instrumenten weinig effectief gebleken om secundaire preventie te realiseren.

Omdat de meeste meisjes die een eetstoornis ontwikkelen nog op school zitten, vormen leerkrachten en klasgenoten een belangrijke groep die in aanmerking komt voor vroegtijdige herkenning. Maar tijdens het literatuuronderzoek bleek dat er nauwelijks onderzoek werd gedaan naar de mogelijkheden van leerkrachten en klasgenoten om een eetstoornis in een vroeg stadium te herkennen.

De Vlaamse overheid heeft tussen 2000 en 2004 een groot project opgezet om de vroege herkenning van eetstoornissen te verbeteren. Hieruit bleek dat bij ongeveer 16% van de meisjes uit het derde jaar van het secundair onderwijs die de CLB-arts jaarlijks zag voor een algemeen medisch onderzoek, een objectief gewichtsprobleem werd vastgesteld. Gezien de gebrekkige kennis en anderzijds de grote interesse van de betrokkenen werd in een vervolgproject aandacht gegeven aan de vorming van CLB-medewerkers. Ook het tot stand komen van het Draaiboek 'Tijdige herkenning van eet- en gewichtsproblemen in het CLB' kaderde in dit Onderzoeks- en vormingsproject. Ook de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging Jeugdgezondheidszorg organiseerde in het voorjaar 2005 interessante intervisiedagen voor CLB-artsen. In Vlaanderen werd een zorginventarisatie uitgevoerd in opdracht van de overheid met het oog op adequate verwijsadressen. Via de preventie-organisatie www.eetstoornis.be is een lijst van gespecialiseerde hulpverleners en klinieken in Vlaanderen te verkrijgen.

4. Besluit en aanbevelingen

4.1. Algemeen besluit

In de literatuur vond ik zeer vele antwoorden op knelpunten uit de veldstudie. Volgens mijn persoonlijke mening staan we nu voor de grote uitdaging om de ruime schat aan oplossingen en antwoorden op de knelpunten op de gepaste wijze aan de verschillende doelgroepen door te geven. Volgende stappen zijn noodzakelijk om de tijdige detectie van jongeren met een eetprobleem te verbeteren en om de samenwerking tussen de school en het CLB te optimaliseren:

De cel leerlingenbegeleiding is niet in elke school voldoende uitgebouwd waardoor eetstoornissen en andere psychosociale problemen onvoldoende worden gedetecteerd. Wanneer de cel leerlingenbegeleiding geen duidelijke vaste structuur kent, is de school niet klaar de eerste lijnswerking op zich te nemen zoals beschreven in het CLB-decreet. Tijdens het literatuuronderzoek bleek dat er vanuit de overheid geen wettelijke richtlijnen bestaan betreffende de inhoudelijke structuur van deze cel. Vanuit de overheid zijn structurele oplossingen nodig om een vaste cel leerlingenbegeleiding uit te bouwen.

De rode draad doorheen de knelpuntenanalyse is het ontbreken van een sterke brugfunctie tussen school en CLB. Het CLB kan leerlingenbegeleiders informatie geven op welke wijze men een eerste gesprek kan voeren met een leerling omdat dit handvaten zijn voor allerlei problematieken. Het is een belangrijke taak van het CLB om zich ook op dit domein te profileren naar leerkrachten waardoor de drempel lager wordt de CLB schoolverantwoordelijke aan te spreken. Uit de literatuur blijkt dat er reeds een ruim nascholingsaanbod bestaat voor graadcoördinatoren en personen van de cel leerlingenbegeleiding, georganiseerd door de Raden en Koepels van het onderwijs. De directie van een school of het CLB zou ook via de website van lic. An Vandeputte www.eetstoornis.be advies kunnen vragen in verband met het organiseren van studiedagen en workshops in de scholen zelf.

Een goede opvang door het CLB is uiteraard slechts mogelijk wanneer het personeel voldoende opleiding en training gekregen heeft. De Vlaamse overheid heeft tussen 2000 en 2004 een groot Onderzoeks- en vormingsproject opgezet om de vroegtijdige herkenning van eetstoornissen te verbeteren. In een vervolgproject werd aandacht gegeven aan de vorming van CLB-medewerkers. Het tot stand komen van het Draaiboek 'Tijdige herkenning van eet- en gewichtsproblemen in het CLB' kaderde in dit project. Ook de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging Jeugdgezondheidszorg organiseert interessante intervisiedagen voor CLB-artsen.

De detectie van leerlingen met een eetstoornis in de hoogste graad van het secundair onderwijs blijft een knelpunt. Het CLB zou een beter selectiesysteem kunnen uitwerken met de focus op 'risico'-leerlingen. Het TNO-rapport Preventie en Gezondheid is gericht op het identificeren van risicofactoren van excessief lijnen. De verdere studie van risicofactoren voor eetstoornissen met de focus op risicoleerlingen is van fundamenteel belang voor het ontwikkelen van effectieve primaire en secundaire preventieprogramma's.

4.2. Aanbevelingen

4.2.1 Naar de school

Wat me persoonlijk sterk opviel gedurende de veldstudie van de thesis was het enorm verschil in de uitbouw van de cel leerlingenbegeleiding tussen de verschillende secundaire scholen. De visie op vorming van leerlingen verschilt sterk van school tot school. Tijdens verder opzoekingswerk bleek dat er geen formele richtlijnen vanuit de overheid bestaan betreffende de inhoudelijke structuur van een cel leerlingenbegeleiding. Dit in tegenstelling tot het basisonderwijs waar het takenpakket van de zorgcoördinator wel vastligt. Het opstarten van een cel leerlingenbegeleiding is een proces dat een duidelijke visie, tijd en engagement vraagt. Er zijn enkele basisvoorwaarden noodzakelijk in de school zelf opdat een cel leerlingenbegeleiding werkelijk kan uitgroeien tot een ondersteunend kader voor leerlingen. De schoolorganisatie moet in de eerste plaats inzien dat deze cel nuttig is en een positief schoolklimaat bevordert. Vervolgens is het belangrijk dat er een schoolklimaat heerst waar aandacht is voor psychosociale problemen. Indien deze twee basisvoorwaarden aanwezig zijn, kan deze cel een zeer sterk vangnet worden dat vroegtijdige detectie van kwetsbare leerlingen mogelijk maakt. Het zetten van bovengenoemde stappen vormt een belangrijke maar positieve uitdaging voor scholen.

Het probleem eetstoornissen vraagt een gespecialiseerde aanpak. Hierbij heeft de school in eerste instantie een signaalfunctie en geen begeleidingsfunctie. Om leerlingenbegeleiders en graadcoördinatoren te vormen, bestaat er een algemeen nascholingsaanbod vanuit de Ondersteunende Raad en Koepel van de verschillende onderwijswetten. De directie van een school kan ook via www.eetstoornis.be advies vragen in verband met het organiseren van pedagogische studiedagen en workshops in de school zelf. Zo kan de overdracht van informatie alsook het inoefenen van vaardigheden versterkt worden. De school zou meer beroep kunnen doen op het CLB om deze contacten te leggen. Deze bijscholingen zouden de tijdige detectie van leerlingen met een eetprobleem kunnen verbeteren.

Ook de school kan eventueel bepaalde taken opnemen mits opleiding. Deskundige CLB artsen zouden een training kunnen geven aan vertrouwensleerkrachten en personen van de cel leerlingenbegeleiding. Ook kan er best op regelmatige tijdstippen een gestructureerd overlegmoment plaatsvinden tussen de graadcoördinatoren en de CLB arts waardoor problemen gesignaleerd kunnen worden. Dit werkt drempelverlagend waardoor de samenwerking wordt verbeterd en de band tussen school en CLB arts wordt opgebouwd.

Het is ook belangrijk dat scholen een algemeen beleid ontwikkelen op het terrein van gezonde voeding, preventie van eetstoornissen en obesitas. De school kan ondersteuning aan het CLB vragen om een visie te ontwikkelen rond gezonde voeding en het opstarten van projecten in de school.

4.2.2 Naar het CLB

Met het nieuwe CLB-decreet krijgt het CLB de nadrukkelijke taak om zich op de tweede lijn te profileren. De CLB's krijgen bovendien een functie als draaischijf tussen school en de bredere jeugdzorg en jeugdwerking. Het CLB heeft bijkomend de taak de navorming af te stemmen op de behoeften van de school. Maar wat viel me persoonlijk zeer sterk op gedurende de veldstudie? Vele scholen zijn nog niet klaar zijn om deze eerste lijnswerking op zich te nemen. Daarom blijft het een zeer belangrijke stap voor het CLB om de school te blijven ondersteunen om deze eerste lijnswerking verder uit te bouwen. Het CLB moet dus meer subsidiair werken waarbij het geven van algemene praktische uitleg voor graadcoördinatoren, zorgcoördinatoren, klastitularissen en leerlingenbegeleiders een belangrijke taak is. Welke essentiële stappen kan het CLB nog zetten om de school verder te ondersteunen:

Het CLB team zou samen met de directie en de cel leerlingenbegeleiding concrete afspraken kunnen maken rond de transparantie van deze cel zodat leerlingen alsook CLB medewerkers een duidelijk aanspreekpunt binnen de school hebben.

De rode draad doorheen de knelpunten is het ontbreken van een sterke brugfunctie tussen school en CLB. Hierbij heeft de school een signaalfunctie en geen begeleidingsfunctie. Het CLB kan leerlingenbegeleiders informatie geven op welke wijze men een eerste gesprek kan voeren met een leerling omdat dit handvaten zijn voor allerlei problematieken. We moeten hen in de eerste plaats sterk maken in het herkennen van leerlingen die zich niet goed in hun vel voelen. Een vaste coaching door een CLB medewerker kan zorgen voor opvang bij specifieke problemen. Praktisch kan men vaste overlegmomenten afspreken tussen de cel leerlingenbegeleiding en de CLB schoolverantwoordelijke waarbij naast de bespreking van leerlingen ook plaats is voor themaoverleg. Het is een belangrijke taak van het CLB om zich ook op dit domein te profileren naar leerkrachten toe waardoor de drempel lager wordt om de CLB schoolverantwoordelijke aan te spreken.

Een goede opvang door het CLB kan uiteraard alleen als er voldoende personeel beschikbaar is maar ook als dit personeel voldoende opleiding en training gekregen heeft. Hierbij lijkt intervisie met professionelen uit de geestelijke gezondheidszorg een must. De Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging Jeugdgezondheidszorg organiseerde recent intervisiedagen voor CLB-artsen over de aanpak van eet- en gewichtsproblemen om hun deskundigheid te bevorderen. Daarnaast vormt het Draaiboek Eetstoornissen een zeer dankbaar document. Het bevat naast algemene informatie ook praktische richtlijnen voor de begeleiding van jongeren door CLB medewerkers. De concrete werkinstrumenten bieden zeer goede handvaten tijdens het begeleidingsproces. De detectie van leerlingen met een eetstoornis in de hoogste graad van het secundair onderwijs blijft zeker een knelpunt. Het CLB zou een beter selectiesysteem kunnen uitwerken met de focus op 'risico'-leerlingen.

4.2.3 Naar het beleid

De overheid, met name de Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, heeft reeds een grote bijdrage geleverd om de problematiek van Eetstoornissen bij jongeren te onderzoeken en te ondersteunen door financiering van het Onderzoeks -en vormingsproject van de K.U. Leuven:

“Professionalisering van preventie en behandeling van jongeren met eetstoornissen”.

Toch stuitte we tijdens de veldstudie op enkele belangrijke structurele problemen. Tijdens de veldstudie vormden zich belangrijke voorstellen naar de overheid toe. Toch stelde ik tijdens de veldstudie ook belangrijke verschillen vast tussen de mening van de CLB artsen enerzijds en de opinie van de experts anderzijds.

Tegenstrijdige antwoorden op knelpunten dienen verder bestudeerd en onderzocht te worden:

De cel leerlingenbegeleiding is niet in elke school voldoende uitgebouwd waardoor eetstoornissen en andere psychosociale problemen onvoldoende worden gedetecteerd. Wanneer de cel leerlingenbegeleiding geen duidelijke vaste structuur kent, is de school niet klaar de eerste lijnswerking op zich te nemen zoals beschreven in het CLB decreet. Er moet gewerkt worden aan een structurele oplossing zodat de functie van leerlingenbegeleider gewaardeerd wordt. Dit kan enkel door deze functie officieel te maken. Vanuit de overheid zijn structurele oplossingen en financiële middelen nodig zijn om een vaste cel leerlingenbegeleiding uit te bouwen. Ook de scholen in het ASO waar de prevalentie van eetstoornissen hoger ligt, vragen meer omkadering vanuit de overheid. Een ASO school wordt door de overheid bekeken alsof het een onderwijsvorm is die probleemloos kan werken. Zeker voor de problematiek van eetstoornissen is dit niet het geval.

De CLB arts vraagt aan de overheid dat een percentage voor artsen zou vrijgehouden worden voor individuele begeleiding en dat niet alle beschikbare tijd wordt ingevuld met consulten. Zo krijgt de CLB arts meer tijd om leerlingen selectief terug te zien en het probleem dieper te bespreken. De experts daarentegen leggen bij dit knelpunt eerder de nadruk op teamwork met onderlinge taakverdeling.

De CLB arts vindt het een zeer spijtige zaak dat het laatste algemene consult reeds plaatsvindt in het derde jaar van het secundair onderwijs. Ze stellen een bijkomend consult in het vijfde jaar van het secundair onderwijs voor. De belangrijkste mening van de groep experts daarentegen is het uitwerken van een beter selectiesysteem met het oog op diverse problematiek.

De leerkracht Lichamelijke Opvoeding, die nauw betrokken is bij de cel leerlingenbegeleiding, ervaart de vermindering van de uren LO als een groot knelpunt. De overheid voert campagnes zoals “ Vinnig Vlaanderen “ maar met deze campagnes bereik je mensen die reeds bewust met gezondheid bezig zijn. De enige plaats waar je het brede publiek kan bereiken is de school. Aan de overheid wordt gevraagd het aantal uren Lichamelijke Opvoeding te verhogen omdat hierdoor een gezonde levensstijl wordt bijgebracht.

5. Referenties

1	Vandereycken W, Noordenbos G. Handboek eetstoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 2002.
2	Vandereycken W & Vandeputte A (Red.)(2004). Draaiboek eetstoornissen.Tijdige herkenning van eet- en gewichtsproblemen in het centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB). Katholieke Universiteit Leuven (rapport te raadplegen via website www.eetstoornis.be).
3	Cogghe G. Kennis van de leerkracht ten opzichte van eetstoornissen in het secundair onderwijs. 2003.
4	Temmerman M. Kennis en attitude van de leerkracht ten opzichte van eetstoornissen in de lagere school. 2003.
5	American Psychiatric Association, DSM-IV patiëntenzorg. Diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1996.
6	Neumark-Sztainer D. School-based programs for preventing eating disturbances. J Sch Health. 1996;66(2): 64-71.
7	Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. Centers for Disease Control and Prevention. MNWR Recomm Rep. 1996;45(RR-9):1-41.
8	O'Dea J, Malony D. Preventing eating and body image problems in children and adolescents using the Health Promoting School Framework. J Sch Health. 2000;70(1): 18-21.
9	Ricardo Dalle Grave. School-Based Prevention Programs for Eating Disorders. Achievements and Opportunities. Dis Manage Health outcomes 2003;11(9): 579-593.
10	Carter JC, Stewart DA, Dunn VJ, Fairburn CG. Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? International Journal of Eating Disorders 1997;22:167-172.
11	Steinhausen H.C, Eating disorders. In: Steinhausen H.C, Verhulst F.C. Risks and outcomes in developmental psychopathology. Oxford:Oxford University Press;1999;210-230.
12	Vandeputte A. Herkenning en begeleiding van leerlingen met eetstoornissen. In: Moyson N, Roofthoof E. Van eetlast naar eetlust, eetproblemen van babyleeftijd tot volwassenheid. Leuven:Acco, 2002:151-173.
13	Buntinx F., Boffin N., Degryse J., Vander Stichele R., Van Royen P. Omgaan met medische documentatie en informatie. Eerste druk. Leuven: Acco, 1998.
14	Van Royen P. Cursus 'Opleiding tot huisarts onderzoeker': kwalitatief onderzoek. 2003.
15	Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ 1995;311:42-5.
16	Zielhuis G.A., Heydendael P.H.J.M., Maltha J.C., van Riel P.L.C.M. Handleiding medisch-wetenschappelijk onderzoek. Derde druk. Elsevier Gezondheidszorg, 2002.
17	Pope C, Van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. Qual Saf Care 2002;11:148-152.
18	Bosman L, Detrez Ch, Gombeir D. Een leerkrachtige concretisering van het concept geïntegreerde jongerenbegeleiding. Handboek Leerlingenbegeleiding. 2000; Afl.31.
19	De Groot R. Aspecten van leerlingenbegeleiding. Leuven:Garant, 1994.
20	Ponte P. Over grenzen. Een nieuwe manier van werken aan leerlingenbegeleiding. Leuven:Garant, 1997.
21	Jacob L e.a..De Cel Leerlingenbegeleiding. Leuven: Garant, 1996.

22	http://www.ond.vlaanderen.be/edulex . CLB decreet, december 1998.
23	www.rago.be/nascholing . Centrum voor Nascholing Gemeenschapsonderwijs. Teamgerichte nascholingen.
24	Noordenbos G. Eetstoornissen, Preventie en Therapie. Lochem: De Tijdstroom, 1991.
25	Vandereycken W., Noordenbos G. Preventie van eetstoornissen. Mechelen: Kluwer, 2005. (Publicatie in voorbereiding).
26	Noordenbos G, Meijerink FGJ., Lindler-Roza J. Hiërarchie van risicofactoren voor eetstoornissen. Universiteit Leiden. (Publicatie in voorbereiding).
27	Crone M R, Harnald P, Paulussen T G W M, Bruil J, Öry F G. Risicofactoren van excessief lijnen door meisjes. TNO-rapport. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, september 2004.
28	Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. Lancet 2003;361:407-16.
29	Schoemaker C. Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment outcome literature. International Journal of Eating Disorders 1997;21:1-15.
30	Schoemaker C. The principles of screening for eating disorders. In: Vandereycken W, Noordenbos G (Eds). The prevention of eating disorders. London: Athlone Press, 1998:187-213.
31	Hoek H W, Hoeken D. Epidemiologie. In: Vandereycken W, Noordenbos G (Red.). Handboek eetstoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 2002:31-38.
32	Smolak L, Harris B, Levine M P. Teachers: The Forgotten Influence on the Success of Prevention Programs. Eating Disorders 2001;9:261-265.
33	Noordenbos G, Sieders R. Jeugd en eetstoornissen. Leiden: Zorn Uitgeverij, 1996.
34	Spanjers E. Werkboek voor gastdocenten; Handleiding voor het geven van gastlessen over eetstoornissen. Zutphen: Ziezo, 2002.
35	Onderzoeks- en vormingsproject van de K.U. Leuven met steun van de Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen. Professionalisering van preventie en behandeling van jongeren met eetstoornissen. Eindrapport 01-02-2002. Coördinatie: Prof. dr. W. Vandereycken. Contactpersoon: An Vandeputte.
36	Noordenbos G. Preventie. In: Vandereycken W, Noordenbos G, red. Handboek Eetstoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 2002: 332-338.
37	Spaans J, Bloks H. Motivering tot verandering. In: Vandereycken W, Noordenbos G (red). Handboek Eetstoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 2002: 115-143
38	Prochaska J.O, DiClemente C.C. The transtheoretical model of change. In: Norcross J.C., Goldfried M.R., editors. Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books, 1992: 300-334.
39	http://www.vwvj.be Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging jeugdgezondheidszorg: Navorming
40	Vandereycken W & Vandeputte A (Red.)(2004). Tijdige herkenning van eet- en gewichtsproblemen. Katholieke Universiteit Leuven (rapport te raadplegen via website www.eetstoornis.be).

6. Bijlagen

Bijlage 1: Semi-gestructureerd interview bij vijf CLB medewerkers en vijf personen van de cel Leerlingenbegeleiding

- 1) Kan u een casus over een leerling met Eetstoornissen vertellen: anorexia nervosa – boulimia nervosa– eetbuistoornis?
 - Hoe werken jullie nu? (Hoe gaan jullie ermee om?)
 - Hebt u reeds met het Draaiboek Eetstoornissen gewerkt? (Welke werkwijze hebt u zelf al toegepast)?
 - Welke aspecten ziet u die goed lopen?
 - Welke aspecten ziet u die moeilijk lopen?
 - Hoe is de samenwerking tussen school – CLB? (Hoe ervaart u de samenwerking met het CLB?)
 - Welke persoon uit de school werkt daar nu rond of via welke persoon in de school krijgt u de eerste aanmelding? (Tot welke persoon in het CLB richt u zich bij de eerste vermoedens?)

- 2) Kan u de knelpunten nogmaals benoemen?
Welke mogelijke oplossing(en) ziet u voor deze knelpunten ?

- 3) Volgende knelpunten werden bekomen door een vooronderzoek in de literatuur. Werd u hiermee geconfronteerd en welke mogelijke oplossing(en) ziet u voor deze knelpunten?
 - Geen of laattijdige herkenning in de school
 - a. Leerkrachten beschikken over onvoldoende kennis om eetstoornissen te detecteren
 - b. Leerkrachten voelen zich onvoldoende gewapend om een eerste gesprek te voeren
 - In de school worden de signalen wel opgevangen doch de leerling ontkent het probleem
 - De leerkracht wil zelf de hulpverlening/begeleiding in handen nemen dmv gesprekken en verwijst niet tijdig door
 - Doorverwijzing naar het CLB verloopt moeizaam of loopt mis
 - Eerste opvang in het CLB verloopt moeizaam of loopt mis:
 - a. De leerling komt niet op afspraak en wordt zodoende uit het oog verloren
 - b. De CLB medewerker beschikt over onvoldoende kennis om de omvang van de eetstoornis juist in te schatten
 - c. Leerling haakt af bij herhaalgereprekken
 - De doorverwijzing naar een gepaste hulpverlener loopt mis:
 - a. CLB medewerkers beschikken niet over recente aangepaste adressenlijsten van hulpverleners die specifiek werken rond eetstoornissen
 - b. De leerling haakt af
 - De follow-up van deze “ kwetsbare “ leerlingen loopt mis:

- a. Worden deze leerlingen nog opgevolgd door het CLB nadat ze voor therapie zijn doorverwezen?
- b. In welke mate wordt er nagegaan of de leerling geen “herval” vertoont? Is dit de taak van de leerlingenbegeleider of van de CLB medewerker?

Bijlage 2: Begeleidend schrijven bij het interview

“Geachte collega,

Ik contacteerde u telefonisch met de vraag of u bereid was mee te werken aan mijn thesis over leerlingen met eetstoornissen binnen het CLB- en schoolmilieu. U stemde toe om aan de hand van een interview een casus voor te stellen waarvoor ik u nogmaals hartelijk dank.

Graag zou ik u met deze brief meer informatie willen geven over de onderliggende probleemstelling, de onderzoeksvraag en de onderzoeksmethode van de thesis.

Titel: “Leerlingen met eetstoornissen: knelpunten rond de aanpak binnen het CLB- en schoolmilieu”.

Probleemstelling: Eetstoornissen bij adolescenten komen regelmatig voor en zijn daarom een belangrijk probleem in de Jeugdgezondheidszorg. Dit werd ook bevestigd in de vorige eindwerken van Dr. Cogghe en Dr. Temmerman. In het Draaiboek “Tijdige herkenning van eet- en gewichtsproblemen in het centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB)”, dat kadert in een onderzoeks- en vormingsproject van de K.U. Leuven, o.l.v. Prof. Dr. W. Vandereycken en Lic. A. Vandeputte, worden richtlijnen gegeven betreffende de herkenning en begeleiding van jongeren met eet- en gewichtsproblemen. Doch in de praktijk stellen we vast dat het eetprobleem bij vele jongeren niet gedetecteerd wordt, dat de samenwerking tussen school en CLB niet op punt staat en dat jongeren vaak niet bij de gepaste hulpverlener terechtkomen. Welke knelpunten beletten een tijdige detectie, een goede opvang in school en CLB, een gerichte doorverwijzing en een adequate behandeling? Heeft het CLB een taak bij de follow-up van deze “kwetsbare” leerlingen? Door middel van een knelpunteninventarisatie worden antwoorden op deze vragen geformuleerd.

Onderzoeksvraag: “Inventarisatie van de belangrijkste knelpunten in de aanpak van eetstoornissen bij leerlingen van het secundair onderwijs: herkenning, samenwerking school-CLB, adequate verwijzing”.

Onderzoeksmethode:

Via een semi-gestructureerd interview worden 10 casussen voorgesteld:

5 casussen voorgesteld door CLB-medewerkers.

5 casussen voorgesteld door personen van de cel leerlingenbegeleiding van verschillende scholen.

Beschrijving van de knelpunten:

De casussen worden aan een kwalitatieve analyse onderworpen.

Antwoorden op knelpunten:

De knelpunten worden voorgelegd aan 5 experts. De knelpuntenanalyse wordt via een nominale groepsmethode (= een kwalitatieve onderzoeksmethode) beantwoord.

Beperkte literatuurstudie:

Knelpunten-inventarisatie via Pubmed en medline .

Formuleren van voorstellen en besluiten

Promotor : Prof. Dr. Paul Van Royen

Co-promotor : Prof. Dr. Walter Vandereycken en Lic. An Vandeputte

Ik zal niet nalaten u de resultaten van de thesis mee te delen want zonder uw bereidwillige medewerking kon dit onderzoek niet plaatsvinden.

Met vriendelijke groeten,

....”

Bijlage 3: Beschrijving van 22 knelpunten rond leerlingen met eetstoornissen door kwalitatieve analyse van tien interviews

1. Geen of laattijdige herkenning in de school door een onvoldoende uitgebouwde cel leerlingenbegeleiding. Hierdoor zijn niet alle scholen klaar de eerste lijnswerking op zich te nemen zoals beschreven in het CLB decreet.

Er bestaat vanuit de overheid geen wettekst noch concrete richtlijnen betreffende de invulling van de interne cel leerlingenbegeleiding.

De GOK (Gelijke Onderwijs Kansen)- uren gaan in de eerste plaats naar de concentratiescholen. Per school beslist de directie op welke wijze het urenpakket verdeeld wordt. Een school zonder GOK uren kan BPT uren (Bijzondere Pedagogisch Taken) aanwenden voor de cel leerlingenbegeleiding maar is hiertoe niet verplicht. Dit geeft zeer grote onderlinge verschillen in de uitbouw en werking van de cel leerlingenbegeleiding. Citaat van een CLB arts:

“ Na een algemeen consult is het zeer moeilijk te weten tot wie ik me kan richten. Ik zou naar de klastitularis kunnen gaan want er is geen groene leerkracht in de school die daarvoor aanspreekbaar is. De cel leerlingenbegeleiding is zeer onduidelijk, het is echt een ongekende structuur binnen de school.”

Aangereikte oplossing(en):

- Het zou goed zijn moesten we als CLB team met de directie en de cel leerlingenbegeleiding afspraken maken rond de transparantie van deze cel opdat het voor leerlingen duidelijker wordt tot welke persoon

ze zich kunnen richten. Ook voor ons, CLB medewerkers, zou het goed zijn een duidelijk aanspreekpunt in de school te hebben.

- De overheid zou een zekere verplichting aan de school kunnen opleggen om een transparante cel leerlingenbegeleiding uit te bouwen. Natuurlijk zijn daarbij de financiële middelen nodig om leerkrachten enkele uren vrij te stellen voor deze functie.

2. De scholen in het ASO waar de prevalentie van eetstoornissen hoger ligt krijgen onvoldoende ondersteuning van het CLB in vergelijking met de scholen van het TSO en BSO. Nochtans zijn de problemen in het ASO vaak complexer waardoor het probleem meer tijd en doortastendheid vraagt. Een directrice van een school schetste de situatie als volgt: “ Ik neem aan dat er veel problemen voorkomen in het TSO en BSO maar deze laatste leerlingen zijn meer rechtuit waardoor je sneller te weten komt wat er aan de hand is. Bij een ASO leerling dient men eerst de vele schillen van de ajuin af te pellen vooraleer je tot de kern van de zaak komt. Van overheidswege wordt deze factor te weinig in rekening gebracht. Een ASO school wordt altijd bekeken alsof het een onderwijsvorm betreft die probleemloos kan werken. Zeker voor deze problematiek van eetstoornissen is dit niet het geval.”

Aangereikte oplossing(en):

- Meer omkadering (vanuit het CLB, via GOK uren) vanuit de overheid, ook voor ASO scholen.

3. De leerlingen van het ASO zijn vaak “zeer slim en geslepen” wanneer je probeert door te dringen in hun complexe problematiek. Ontkenning speelt zeker een rol maar deze leerlingen beschikken daarenboven over een enorme camouflagevaardigheid om het probleem te verbergen. De begeleiding door het CLB van leerlingen in de hogere graden is vaak ontoereikend .

Aangereikte oplossing(en):

- In de eerste graad van het ASO is de begeleiding door een maatschappelijk werker wel toereikend. Voor de begeleiding van leerlingen in de tweede en derde graad wordt deze functie best ingevuld door een psycholoog. Leerlingen in een ASO zijn vaak te slim of te geslepen en pakken de begeleiders (maatschappelijk werkers) in wat tot een conflictsituatie kan leiden en dit met alle respect voor het werk dat ze doen.

4. Leerkrachten en personen van de interne cel leerlingenbegeleiding beschikken vaak over onvoldoende kennis om eetstoornissen te detecteren. Vooral de “typische“ en “zichtbare” kenmerken worden vermeld. De informatie wordt meestal gehaald uit “populaire” bronnen maar de

herkenning van eetstoornissen blijft moeilijk. Anorexia nervosa wordt meestal wel herkend maar de herkenning van boulimie en van de eetbuistoornis ligt veel moeilijker.

Aangereikte oplossing(en):

- Het CLB team zou naar aanleiding van een personeelsvergadering leerkrachten daaromtrent kunnen informeren in de school zelf. Men zou duidelijk kunnen maken dat eetstoornissen een problematiek is die vaak voorkomt. Als leerkracht staan jullie er met de neus op, we kunnen jullie een aantal handvaten geven naar herkenning van eetstoornissen en naar herkenning in het algemeen toe.
- Vorig schooljaar werd door een CLB arts aan ons, de leerlingenbegeleiders en geïnteresseerde leerkrachten, een presentatie gegeven rond vroegtijdige herkenning van eetproblemen in de school. Een leerkracht is toch constant bezig met leerlingen en jonge mensen en het is toch belangrijk, voor zichzelf, dat ze op de hoogte zijn welke problemen er leven in de maatschappij en wat dat allemaal inhoudt. De voorstelling was niet omslachtig en duurde ook niet te lang.
- Een school had op een bepaald moment van het schooljaar twintig gevallen van anorexia in de school, wat opvallend veel is. De school heeft daar zelf veel moeite voor gedaan en een spreker van het UZG uitgenodigd om te praten over eetstoornissen zodanig dat de leerkrachten allemaal op de hoogte waren van de eerste signalen. De school heeft deze stappen ondernomen samen met het CLB.

5. Leerkrachten en personen van de interne cel leerlingenbegeleiding voelen zich onvoldoende gewapend om een eerste gesprek met de leerling te voeren.

Velen onder hen hebben geen opleiding gekregen tot leerlingenbegeleider en voelen zich niet bevoegd om met de leerling over de eetstoornis te praten.

Citaat van een persoon uit de interne cel leerlingenbegeleiding:

“ Het zou geen kwaad kunnen moesten we bijscholing krijgen in de eerste plaats rond gesprekstechnieken want we zijn voor deze taak niet opgeleid. Wij voelen vooral een nood opleiding te krijgen over de aanpak van het probleem want we kunnen zelf kennis vergaren door erover te lezen.”

Citaat van een CLB arts:

“ Het probleem situeert zich voornamelijk in het voeren van het eerste gesprek met de leerling. Deze factor is zeer schoolgebonden. Dikwijls durft men zelf de leerling niet aanspreken uit schrik verkeerde vragen te stellen en verwacht men van ons dat we in eerste instantie met de leerling praten. Maar dan stelt zich een overbruggingsprobleem omdat je een gesprek voert met een leerling terwijl er geen hulpvraag vanuit de leerling zelf is. Wanneer de leerling in de cel wordt besproken zonder medeweten van de leerling zitten wij met een aanmeldingsprobleem. Het zou

goed zijn moest de graadcoördinator toch op het probleem durven ingaan. In deze school wordt te snel naar het CLB doorverwezen zodat wij de dingen soms niet kunnen opvolgen.”

Aangereikte oplossing(en):

- Bijscholing voor personen van de cel leerlingenbegeleiding over algemene gesprekstechnieken om beter gesprekken met leerlingen en ouders te kunnen voeren. Deze vorming gebeurt best via rollenspelen om drempeloverschrijdend naar leerlingen te kunnen toestappen. Dit kan bijvoorbeeld gegeven worden naar aanleiding van een pedagogische studiedag.
- Ik heb als leerlingenbegeleider een cursus gevolgd “Leerlingen helpen om zelf hun problemen op te lossen” die georganiseerd werd door het Centrum voor Nascholing. Onze opdracht bestond erin de techniek van vraagstelling zodanig toe te passen dat de leerling tot het gevoel komt dat hij het probleem zelf kan oplossen. De cursus bestond uit vier opleidingsdagen waarin het accent lag op rollenspelen.
- Wij kunnen als CLB zelf de school hieromtrent informeren. We moeten van hen geen specialisten maken in eetstoornissen of hen over alle mogelijke adolescentenpathologie informeren maar we moeten hen de algemene signalen van een leerling die zich niet goed voelt leren kennen. We kunnen hun tips geven op welke wijze men een eerste gesprek met een leerling kan voeren omdat dit handvaten zijn voor allerlei problematieken.

6. Personen van de interne cel leerlingenbegeleiding beschikken over onvoldoende tijd om grondig eerste gesprekken met de leerling te voeren.

“We zitten met een takenpakket dat telkens wordt onderbroken wanneer leerlingen zich aanmelden met een probleem. Eigenlijk hebben we te weinig tijd om gesprekken te voeren met de leerling. Bij aanmelding van een leerling met een probleem moet een andere persoon de taken overnemen. Er wordt zoveel meer menselijkheid gevraagd maar eigenlijk heb je daar te weinig tijd voor. Ik vermoed dat het er niet zal op verbeteren daar onze uren nog verminderd worden. En het blijft wel belangrijk dat personen van het secretariaat in de cel zetelen daar wij de leerling op een andere manier kennen dan de leerkrachten en andere dingen opmerken dan zij.”

Aangereikte oplossing(en):

- De overheid zou meer uren kunnen geven aan personen van het leerlingensecretariaat om de eerste gesprekken met de leerling meer haalbaar te maken.

7. In de school worden de signalen wel opgevangen doch de leerling ontkent het probleem. De ontkenning bij het kind zelf treedt meer op bij de leerling met anorexia nervosa en stelt zich minder bij een leerling met overgewicht. Doorverwijzing is dan ook zeer moeilijk als de leerling het eetprobleem blijft ontkennen.

Aangereikte oplossing(en):

- Dat is zeker een mogelijk knelpunt maar het is ons als arts niet vreemd dat een patiënt een probleem ontkent. In het draaiboek staat daarvoor een aanpak beschreven en ook een aantal methodieken om dat toch ter sprake te brengen. Je moet de leerling tijd geven om tot een inzicht te komen. Ik vind dat op zich geen knelpunt, dat is gewoon de realiteit. Dat kan je niet met een truc oplossen, dat is de eigenheid van het probleem. Ik denk dat je in de eerste plaats de leerling zeker niet mag loslaten en dat je de leerling moet kunnen motiveren waarom je zelf verkiest haar/hem terug wilt zien. Als de ontkenning zover loopt dat er gevaar dreigt, moet je wel verdere stappen ondernemen.
- De mensen van het secretariaat die deel uitmaken van de cel leerlingenbegeleiding kunnen best gesprekken blijven voeren met de leerling. Deze mensen hebben ook de kans de leerlingen te observeren in de refter wat een goede aanleiding is om de voedingsgewoonten te bevragen.
- Het vertrouwen van de leerling winnen en hiervoor de tijd nemen. Bij de opvang van deze leerlingen mogen we niet te vlug willen gaan. De leerling moet weten wie je bent, hoe je tegenover hen staat en je moet de leerling het gevoel geven dat je hen respecteert. Dat bereik je niet in één gesprek. Maar we hebben echt te weinig tijd om gesprekken te voeren en dat blijft een groot knelpunt.

8. De leerkrachten of graadcoördinatoren willen zelf de hulpverlening/begeleiding in handen nemen door middel van gesprekken en signaleren het probleem niet tijdig door. Een CLB arts deed hierover de volgende uitspraak:

“ De graadcoördinatoren en de mensen van de cel leerlingenbegeleiding doen zeer nuttig werk zeker naar detectie toe. Maar soms gaan ze hun boekje te buiten en begeleiden ze leerlingen met problemen waar ze niet thuis in zijn. Dan worden wij in tweede instantie erbij geroepen wat minder greep op het probleem geeft. Er is dan tegenkanting van de ouders of de leerling omdat het in eerste instantie is misgelopen.”

Aangereikte oplossing(en):

- Sensibiliseren van de leerkrachten is een mogelijke oplossing. Hen leren dat ze enkel dingen aankaarten waar ze iets van af kennen en niet in het wilde weg gaan begeleiden. Deze vaardigheid kan door iemand van het CLB worden bijgebracht.

- het is zeer belangrijk dat leerkrachten de eigen grenzen kennen en weten dat ze met een vermoeden van een probleem bij het CLB terechtkunnen. Hiervoor is het belangrijk dat er een goede band tussen school en CLB wordt opgebouwd.
- Maar als het “te ver zou gaan” en het om die reden zou foutlopen, dan moet je het voorval nadien overleggen met de leerkracht en het probleem terugkoppelen. Als iemand zo betrokken is dan heeft die persoon, in overleg met de leerling, wel recht op enige feedback en dat kan dan bijgestuurd worden. Ik denk dat het beter is om de leerkrachten die de taak van vertrouwenspersoon op zich nemen te informeren en bijkomend een aantal tips te geven om daarmee om te gaan. Iemand van ons team zou eenmaal per trimester of tweemaal per schooljaar kunnen samen zitten om te vragen wat er allemaal bij hen komt binnen waaien. Zo zou men kunnen nagaan of mensen niet te ver gaan in een aantal dingen en ze op tijd te helpen om dat door te geven. Als je op tijd overlegt kan je dat toch een beetje voorkomen of op tijd stoppen.

9. De doorverwijzing naar het CLB verloopt moeizaam of loopt mis.

Citaat van een CLB arts:

“ Bij de opvang van deze leerlingen mogen we niet te vlug willen gaan maar moeten we eerst het vertrouwen winnen en dat is voor mij een knelpunt. De leerling moet weten wie je bent , hoe je tegenover hen staat en je moet de leerling het gevoel geven dat je hen respecteert. Dat bereik je niet in één gesprek. We hebben echt te weinig tijd om gesprekken te voeren en dat is een groot knelpunt. Het is ook zeer belangrijk dat de school weet dat ze een beroep op het CLB kunnen doen bij vermoeden van een probleem.”

Citaat van een leerlingenbegeleider:

“De bereikbaarheid van het CLB is soms een knelpunt omdat de meeste personen in de vestiging halftime werken, en ikzelf ook deeltijds werk. We hebben al verscheidene keren ondervonden dat we niet direct bij de juiste persoon terechtkunnen. Voor mij is dat soms een beetje vervelend omdat ik er de dag nadien misschien niet ben en als er iets acuut gebeurt, vind je dat ergens spijtig dat je het voorval met de leerling moet lossen. Nu moet ik dit doorgeven aan een collega terwijl ik zelf het gesprek met de leerling heb gevoerd en weet wat eronder zit of voel of het diep zit.”

Aangereikte oplossing(en):

- De CLB arts zou over meer tijd moeten beschikken om een vertrouwensband met de leerling te kunnen opbouwen.
- De band met een school moet opgebouwd worden. Dat vertrouwen moet je winnen, het is niet omdat je een CLB bent dat je dat vertrouwen zo krijgt.

- Indien er toch telkens iemand van het CLB bereikbaar is, als er samenwerking is en de problemen binnen het CLB worden doorgegeven, zijn we zo goed als mogelijk bezig.
- Ik probeer vanaf het begin mijn e-mail adres te geven aan leerlingen omdat dat voor hen een minder bedreigend communicatiekanaal is. Ik geef hun een kaartje mee met mijn e-mail adres en telefoonnummer van de dienst en zeg hen dat ze altijd mogen mailen wanneer er iets is. Dat is nu een nieuw kanaal dat ik ontdekt heb en ik voel dat leerlingen dat meer en meer beginnen doen. Want leerlingen gaan geen brief steken in de CLB brievenbus.

10. De CLB medewerker beschikt over onvoldoende kennis om de omvang van de eetstoornis juist in te schatten. De nood aan intervisie voor artsen is groter dan het verwerven van theoretische kennis.

Aangereikte oplossing(en):

- Deze bijscholing moet interactief zijn en niet louter onder collegevorm want de meeste artsen en verpleegkundigen beschikken over voldoende kennis. Bijscholing onder vorm van concrete casussen of rollenspelen waardoor het probleem op een interactieve manier wordt besproken. De navorming moet praktisch zijn waarbij de klemtoon ligt op het inoefenen van technieken.

11. De doorverwijzing naar een gepaste hulpverlener loopt mis daar CLB medewerkers niet beschikken over recent aangepaste adressenlijsten van hulpverleners die specifiek werken rond eetstoornissen. Sommigen werken enkel rond het gewicht zonder het probleem breder te kaderen waardoor de therapie te vroegtijdig wordt afgebroken met mogelijke hervat tot gevolg.

Aangereikte oplossing(en):

- Het zou goed zijn over een sociale kaart te beschikken met adressenlijsten van hulpverleners die gespecialiseerd zijn in het werken rond eetstoornissen en waarbij naast algemene begeleiding van het kind ook gezinsbegeleiding kan plaatsvinden. Ook moeten we rekening houden met het financiële luik van de verwijzing.
- Adressen van diëtisten die op een kindvriendelijke manier obesitas aanpakken en het probleem ruimer bekijken dan enkel de focus op voeding, zijn ook zeer essentieel.

12. De doorverwijzing naar een gepaste hulpverlener loopt mis daar de wachttijden te lang zijn. “ Bij alle verwijzingen naar diensten geestelijke gezondheidszorg stuiten we op het probleem van wachtlijsten.”

“ Er stelt zich een probleem wanneer leerlingen het kapitaal niet hebben om in begeleiding te gaan want de diensten waarmee wij samenwerken zijn ofwel volzet ofwel moet je voldoende kapitaalkrachtig zijn om in begeleiding bij een privé-therapeut te kunnen gaan.”

Aangereikte oplossing(en):

- Men zou het CLB verder kunnen uitbouwen zodat we als een buffer kunnen optreden in die wachttijd. Maar dat vraagt een bijkomende opleiding van CLB medewerkers omdat de crisisopvang kwalitatief goed moet zijn.

13. De follow-up van deze kwetsbare leerlingen loopt mis omdat de CLB arts over onvoldoende tijd beschikt om leerlingen selectief op te volgen. Het accent van de CLB arts ligt op de algemene en gerichte consulten. De CLB arts vraagt meer tijd om leerlingen selectief terug te zien na het consult en het probleem dieper te bespreken. Citaat van een CLB arts:

“ De CLB arts heeft onvoldoende tijd om de leerling selectief terug te zien voor gesprekken. In bepaalde periodes zoals in de examenperiodes hebben we iets meer speling. Maar in het tweede trimester kan ik onmogelijk leerlingen begeleiden.”

“ De follow-up van de leerlingen is ook een knelpunt. We worden vooral ingeschakeld voor systematische consulten en dat heeft zeker zijn goede kanten. Maar eigenlijk is de toewijzing van het aantal leerlingen buiten proportie. Er is zoveel te doen; je hebt de algemene consulten, je wilt de teamwerking wat uitbouwen, je wilt vraaggestuurd werken. Als je dit alles wilt opnemen, ben je snel overvraagd.”

“ Het is zo belangrijk als CLB medewerker dat je regelmatig in de school komt, dat je het vertrouwen hebt van de leerling, maar anderzijds is er de werkdruk. Als je niet regelmatig op school komt, vergeet het maar dat leerlingen bij jou komen.”

Aangereikte oplossing(en):

- Een percentage voor de artsen vrijhouden voor individuele begeleiding en niet alle tijd volplannen met consulten, is een oplossing. Men zou over een halve dag per week moeten beschikken om leerlingen op te volgen. Men zou een arts méér kunnen aannemen en de artsen een deel vrijstellen voor selectieve gesprekken met leerlingen.

- Als je dit goed wilt doen bijvoorbeeld een goede aanpak van eetstoornissen en obesitas, moeten wij meer vraaggestuurd kunnen werken en moet de leerlingenbelasting wat verminderen want de toewijzing van het aantal leerlingen ligt buiten proportie.
- In overleg met de leerling kan afgesproken worden wie de leerling opvolgt. De leerling moet zich er ook goed bij voelen, dus de opvolging kan gebeuren door een leerlingbegeleider in de school maar dat kan evengoed de maatschappelijk werker van het CLB zijn.

14. De follow-up van deze kwetsbare leerlingen loopt mis omdat de communicatie tussen de CLB arts en de hulpverlening/specialist onvoldoende is. Citaat van een CLB arts:

“De opvolging is een probleem. Het meisje werd opgenomen door andere omstandigheden (suïcidepoging) en ik kreeg hiervan geen verslag.

Nu stond de leerling dit schooljaar plots voor mijn neus en indien ik een verslag zou gekregen hebben had ik hierop meer kunnen anticiperen.”

Aangereikte oplossing(en):

- Een verslag naar de CLB arts vanuit het CGG en vanuit de (opname)dienst van het ziekenhuis is essentieel om te kunnen afleiden of de begeleiding nog loopt en een goede opvolging te verzekeren.
- Het is belangrijk dat we een oogje in het zeil houden met de nodige discretie. Het is essentieel als de leerling via het CLB verwezen is dat de hulpverlener feedback geeft over de wijze waarop we de leerling best aanpakken en op welke zaken we specifiek moeten letten. Deze feedback kan ook via de ouders gebeuren maar de informatie moet zeker het CLB bereiken om de kwetsbare leerling goed te kunnen volgen.

15. De doorverwijzing naar een gepaste hulpverlener loopt mis daar de ouders vaak niet meewerken. Bij een leerling jonger dan 14 jaar moet men volgens het CLB decreet eerst toestemming tot begeleiding aan de ouders vragen.

Vaak minimaliseren de ouders het probleem (vb. in geval van overgewicht en obesitas schrijven ze het overgewicht toe aan “metabole” factoren). Ook ontkenning van het probleem treedt vaak op bij de ouders waardoor de medewerking niet mogelijk is. Het komt ook voor dat een leerling sterk vermagerd is maar dat de ouders te kennen geven dat het probleem onder controle is en opgevolgd wordt. In dit geval is het voor de school zeer moeilijk om aan de alarmbel te trekken. “ De ouders zijn op gesprek gekomen maar wilden het probleem niet aannemen en stonden er zelfs heel vijandig tegenover. Ik denk dat er nog andere problemen thuis waren, gezien de zelfverminking maar ik ben dit zelf nooit te weten gekomen. Ik vermoed dat dit in een doofpotje moest geduwd worden.”

Aangereikte oplossing(en):

Geen

16. De follow-up van de leerling wordt stopgezet daar de leerling van school verandert. Dit werd in de eerste plaats vastgesteld bij leerlingen met anorexia nervosa die opgenomen werden en waarvoor in de school veel inspanningen werden geleverd om ze zo goed mogelijk te blijven omringen en ook de opvang in de school zo optimaal mogelijk te maken. Toch werd de directie met de ondankbare ervaring geconfronteerd dat de leerling nadien naar een andere school ging. De directie vermoedt dat dit te maken heeft met het imago, de leeftijd en de terugkom die te confronterend is.

Aangereikte oplossing(en):

Geen

17. Het laatste jaar zijn de uren Lichamelijke Opvoeding op school verminderd. Dit ervaart de leerkracht LO als een groot knelpunt. “Als leerkracht LO voel ik me goed geplaatst de leerlingen mee op te volgen en hen een gezonde levensstijl bij te brengen. Ik weeg en meet de leerlingen en de BMI wordt samen bekeken. De overheid voert campagnes zoals “ Vinnig Vlaanderen” maar anderzijds worden de uren LO ingeperkt. Met deze campagnes bereik je de mensen die reeds bewust met gezondheid bezig zijn. De enige plaats waar je het brede publiek kan bereiken is de school. Op deze leeftijd kunnen we hun nog de gezonde attitude tot bewegen bijbrengen.

Aangereikte oplossing(en):

- Verhoging van het aantal uren Lichamelijke Opvoeding. LO is veel meer dan enkel een uur bewegen maar gaat over het bijbrengen van een gezonde levensstijl.

18. Het terug opvangen en bijwerken van de leerling na een periode van afwezigheid is een zeer grote zorg. Sommige leerkrachten zijn zeer geëngageerd terwijl anderen met dergelijke eetproblemen moeilijker omkunnen. Veel hangt af van het engagement van de leerkrachten en het onderwijzend corps gaat daar zeer verschillend mee om. Sommige leerkrachten vinden het moeilijk een eetprobleem als dusdanig te erkennen. Op zich is dit geen echt knelpunt maar eerder een zorg om dit op elkaar afgestemd te krijgen.

Aangereikte oplossing(en):

Geen

19. Anorexia of boulimie wordt zelden ontdekt naar aanleiding van een medisch onderzoek. Dit komt enerzijds door het tijdsgebrek en anderzijds door het feit dat de leerling slechts om de twee jaar door de schoolarts wordt gezien.

Citaten van CLB artsen:

“ Het is een zeer spijtige zaak dat het laatste algemene consult reeds plaatsvindt in het derde jaar van het secundair onderwijs. We moeten onze aanpak naar adolescenten toe veranderen in het CLB.”

“ In het secundair onderwijs zie je als arts de leerling veel te weinig. Er vinden slechts twee algemene consulten plaats en dat is te weinig naar eetstoornissen toe maar ook naar andere problemen.”

Citaat van een CLB verpleegkundige:

“ We zijn vorige week nog samengekomen met de mensen van de cel leerlingenbegeleiding omdat we iets preventief wilden doen rond de hoge prevalentie van eetstoornissen in die school. De vraag van de school was om alsjeblief de leerlingen van het vijfde jaar terug te onderzoeken want de leerlingen met eetproblemen zaten bijna allemaal in de derde graad.

Toen moesten we antwoorden dat wij in de derde graad geen onderzoek mochten doen. Toen was er de vraag of we dan gedurende één lesuur informatie konden geven. We hebben dat bekeken maar eigenlijk vinden we het niet zinvol om slechts één uur informatie te geven. Er moet meer een algemeen beleid komen op de school en daar zijn we nu mee bezig.”

Aangereikte oplossing(en):

- Er kan best op regelmatige tijdstippen een gestructureerd overlegmoment plaatsvinden met de CLB arts en de graadcoördinatoren waardoor problemen gesignaleerd kunnen worden. Op deze manier wordt de vraaggestuurde werking meer uitgebouwd. Dit werkt drempelverlagend waardoor de samenwerking wordt verbeterd.
- Men zou een bijkomend algemeen consult in het vijfde jaar van het secundair onderwijs kunnen invoeren. De oorsprong van een eetstoornis ligt vroeg in de ontwikkeling maar ze uit zich meestal in de hogere graden. Ik zie geen andere oplossing dan een extra consult bijvoorbeeld in het vijfde secundair. Maar zoals de dingen nu liggen kan men er niet zomaar een extra consult bijvoegen. Daar moet iets anders voor wegvallen.

20. Het beeld anorexia nervosa is voldoende gekend. Maar een aantal leerlingen met overgewicht/obesitas hebben een onderliggend boulimie probleem. De herkenning van een leerling met boulimie is veel moeilijker.

“ We moeten als arts tijdens het medisch consult opletten voor de manier waarop we leerlingen op de weegschaal zetten en zeer voorzichtig zijn op welke wijze we met deze jongeren omgaan. Als arts vind ik het zeer moeilijk daar op een goede manier mee op te gaan.”

“ Ik volg verschillende leerlingen die bij mij komen voor begeleiding van obesitas. Ik ga nooit een dieet voorschrijven maar wel de principes van gezonde voeding uitleggen. Maar als het gewicht zeer snel daalt, hou maar vast dat het geen anorexia wordt.”

Aangereikte oplossing(en):

- Als CLB arts vind ik het belangrijker te vragen hoe zij zich daar bij voelen dan dat ik met een aantal gezondheidsargumenten afkom. We moeten proberen ze aan de praat te krijgen om te weten of er een onderliggend probleem aanwezig is.”

21. Een bijkomend probleem dat de herkenning van eetstoornissen bemoeilijkt is het feit dat de voedingsgewoonten in de huidige maatschappij niet optimaal zijn.

Citaat van een leerlingenbegeleider:

“Ik vind dat er zoveel kinderen 's morgens niet ontbijten, dat de eetgewoonten zo slecht zijn bij veel leerlingen dat je feitelijk het gevoel hebt dat het probleem in de maatschappij zit. Het probleem is zo algemeen en de maatschappij laat dit eetgedrag toe. Persoonlijk ben ik tegen die automaten op school, ze eten koekjes en drinken cola waarin ze hun suiker en energie vinden en dan weet je totaal niet of ze eigenlijk goed eten. Dat bemoeilijkt de herkenning van problemen specifiek naar eetstoornissen toe.

Aangereikte oplossing(en)

- Ik zit zelf als opvoedster in het IKZ (integrale kwaliteitszorg), dat is een organisatie binnen een school die het reilen en zeilen in de school wil verbeteren. Het IKZ houdt zich bezig met de interne zaken van een school en is vertegenwoordigd door de directie, de leerkrachten, het opvoedend personeel en de econoom. Hierin pleit ik samen met een andere leerkracht voor automaten met fruit, fruitdranken en water, dus zaken die niet schadelijk zijn voor de gezondheid, zoals die in sommige basisscholen reeds bestaan. Het is de taak van de school daar iets aan te doen.
- Het zou ook interessant zijn moest een leerlingbegeleider samen met een CLB medewerker bijscholing kunnen volgen rond het opstarten van een "project gezonde voeding op school".
- Wij zijn van plan rond de tafel te gaan zitten met het CLB, directie, keuken, leerlingenraad en het oudercomité, dus een afvaardiging van de verschillende betrokkenen, om af te spreken wat we kunnen doen rond eetstoornissen en gezonde voeding. Eigenlijk om te voorkomen dat er in de toekomst nog

zoveel gevallen van anorexia voorkomen. We zouden vakoverschrijdend kennis over gezonde voeding willen bijbrengen. Het is zo jammer dat er in de lagere school zoveel wordt gedaan rond gezonde voeding, iedereen kent de voedingsdriehoek en weet dat ze fruit moeten eten. Eens de leerlingen in het middelbaar komen, stopt de informatieoverdracht. We zouden dat willen doortrekken om jaarlijks het onderwerp voeding te benaderen door de leerkrachten. Dat hoeft niet altijd in een les biologie te zijn, dat kan evengoed in een Engelse les zijn. Bijvoorbeeld laat ze eens in een andere taal een recept vertellen en laat ze verwijzen naar de voedingsdriehoek, dus liefst vakoverschrijdend.

22. Volgens het CLB-decreet beslist de leerling vanaf de leeftijd van 14 jaar of de ouders mogen gecontacteerd worden. Soms vraagt het zeer veel tijd en inspanning van een CLB medewerker de leerling te overtuigen dat de ouders beter bij het probleem worden betrokken.

Citaat van een CLB verpleegkundige:

“ Mijn collega psycholoog heeft ondertussen de moeder gesproken om het probleem toch aan te brengen. Maar we zitten altijd met een probleem als de leerling 14 jaar of ouder is. De leerling was hiervan op de hoogte maar voor hetzelfde geld kon zij weigeren dat wij haar ouders inlichtten en dit knelpunt heeft bij mij altijd gewrongen. De psycholoog heeft er wel werk mee gehad, het was niet zo evident om haar toestemming te krijgen om de moeder te mogen spreken. Het meisje wou in ieder geval dat de vader er buiten werd gelaten.”

Aangereikte oplossing(en):

- Men kan de leerling stimuleren om het probleem zelf aan de ouders te vertellen en zelf die openheid naar thuis toe te maken. Maar het vraagt veel tijd en inspanningen om het vertrouwen van de leerling te winnen.
- Het is belangrijk om alle stappen samen met de leerling te zetten. Indien we voelen dat de toestand cruciaal wordt, gaan we toch aan de ouders onze bezorgdheid uiten, maar dan gaat het over een kind in nood waar de meldingsplicht geldt.

Bijlage 4: Begeleidend schrijven bij rangschikking van 22 knelpunten rond de aanpak van eetstoornissen

*“ Beste mensen van de interne cel leerlingenbegeleiding,
Beste CLB collega's,
Beste directie,*

Enkele weken terug nam ik bij elk van jullie een interview af over leerlingen met eetstoornissen binnen het CLB- en schoolmilieu, in het kader van mijn opleiding tot arts in de Jeugdgezondheidszorg. Met veel

interesse heb ik de interviews kwalitatief geanalyseerd en in totaal 22 knelpunten rond de aanpak van eetstoornissen in het secundair onderwijs beschreven. Deze kan u vinden in bijlage. Daarbij heb ik ook de mogelijke oplossingen zoals door jullie geformuleerd bijgevoegd omdat jullie in het veld werken en het best geplaatst zijn om te beoordelen welke oplossingen haalbaar zijn. De bedoeling is dat de 5 belangrijkste knelpunten en mogelijke oplossingen worden voorgelegd aan 8 experts waarna deze via een nominale groepsmethode (= een kwalitatieve onderzoeksmethode) worden verwerkt.

Daarom wou ik u vragen of u elk afzonderlijk de 22 knelpunten wilt rangschikken en nummeren in volgorde van belangrijkheid. Hierbij mag u gerust "over de muren van de school versus CLB" kijken en evengoed mekaars problemen scoren volgens uw persoonlijke mening.

Zou het mogelijk zijn dat u mij het resultaat doorstuurt voor 1 maart aub ?

Ik beseft dat één week kort is om deze extra taak op te lossen. Daarom zal ik hieronder zelf een kleine opsomming maken zodat u enkel een nummering moet maken en de mail terugzenden.

Ik dank u hartelijk voor uw medewerking en ga u deze week telefonisch contacteren met de vraag of u hierbij geen moeilijkheden ondervindt.

Met vriendelijke groeten,

...."

Bijlage 5: Aanschrijven van acht experts (1)

“ Geachte,

Enkele weken terug contacteerde ik u telefonisch met de vraag of u bereid was mee te werken aan mijn eindwerk over leerlingen met eetstoornissen binnen het CLB- en schoolmilieu. U stemde toe om als expert mee te werken waarvoor ik u nogmaals hartelijk dank!

Graag zou ik u wat meer informatie willen geven over de onderliggende probleemstelling, de onderzoeksvraag en de onderzoeksmethode van het eindwerk.

Ook zou ik u willen informeren op welke wijze u als expert kan meewerken.

Titel : “ *Leerlingen met eetstoornissen: knelpunten rond de aanpak binnen het CLB- en schoolmilieu*”.

Probleemstelling : *Eetstoornissen bij adolescenten komen regelmatig voor en zijn daarom een belangrijk probleem in de Jeugdgezondheidszorg. Dit werd ook bevestigd in vorige eindwerken van Dr. Cogghe en Dr. Temmerman. In het Draaiboek “Tijdige herkenning van eet- en gewichtsproblemen in het centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB)”, dat kadert in een onderzoeks- en vormingsproject van de K.U. Leuven, o.l.v. Prof. Dr. W. Vandereycken en Lic. A. Vandeputte ,worden richtlijnen gegeven betreffende de herkenning en begeleiding van jongeren met eet- en gewichtsproblemen. Doch in de praktijk stellen we vast dat het eetprobleem bij vele jongeren niet gedetecteerd wordt, dat de samenwerking tussen school en CLB niet op punt staat en dat jongeren vaak niet bij de gepaste hulpverlener terecht komen. Welke knelpunten beletten een tijdige detectie, een goede opvang in school en CLB, een gerichte doorverwijzing en een adequate behandeling? Heeft het CLB een taak bij de follow-up van deze “kwetsbare” leerlingen?*

Door middel van een knelpunteninventarisatie worden antwoorden op deze vragen geformuleerd.

Onderzoeksvraag : “ *Inventarisatie van de belangrijkste knelpunten in de aanpak van eetstoornissen bij leerlingen van het secundair onderwijs: herkenning, samenwerking school-CLB, adequate verwijzing*”.

Onderzoeksmethode :

Via een semi-gestructureerd interview worden 10 casussen voorgesteld:

5 casussen voorgesteld door CLB-medewerkers.

5 casussen voorgesteld door personen van de cel leerlingenbegeleiding van verschillende scholen.

Beschrijving van de knelpunten:

De casussen worden aan een kwalitatieve analyse onderworpen.

Antwoorden op knelpunten:

De knelpunten worden voorgelegd aan experts:

Professor Dr. Walter Vandereycken; psychiater Gebroeders Alexianen Tienen en KU Leuven

Lic. An Vandeputte; psychologe Leuven en Tienen

Dr. Gert Cogghe; CLB-arts Veurne

Dr. Maggie Temmerman; CLB-arts Dendermonde

Dr. Laurence Claes; Doctor psychologie KU Leuven

Professor Dr. Caroline Braet; Doctor psychologie UZ Gent

Dr. Greta Noordenbos; Doctor psychologie Leiden, Nederland

Dr. Annick Simons; psychiater Paola ziekenhuis, Antwerpen

De knelpuntenanalyse wordt via een nominale groepsmethode (= een kwalitatieve onderzoeksmethode) beantwoord.

Beperkte literatuurstudie:

Knelpunten-inventarisatie via Pubmed en medline .

Formuleren van voorstellen en besluiten

Promotor : Prof. Dr. Paul Van Royen

Co-promotor : Prof. Dr. Vandereycken en Lic. An Vandeputte

Zoals u kan lezen worden de knelpunten verkregen via de analyse van 10 casussen.

Er wordt jullie gevraagd hierop mogelijke oplossingen te formuleren.

Er wordt een bijeenkomst (worklunch) gepland met de experten in Leuven (voorkeursdatum maandag 21 maart 2005 13u-14.30u).

Natuurlijk heb ik er alle begrip voor dat u niet aanwezig kan zijn op de samenkomst. Aan de experten die niet aanwezig kunnen zijn wordt gevraagd hun analyse per mail door te sturen. Door de aanwezigen wordt in consensus per knelpunt een rangorde opgemaakt van de aangereikte oplossingen (met andere woorden welke is de meest haalbare en meest effectieve oplossing).

Zou u mij kunnen melden op welke wijze u wenst mee te werken als expert (aanwezig op de worklunch of beantwoording via mail)?

Met vriendelijke groeten en nogmaals hartelijk dank!

.....”

Bijlage 6: Aanschrijven van 8 experts (2)

“ Beste collega,

Enkele weken terug contacteerde ik u telefonisch met de vraag of u bereid was mee te werken aan mijn eindwerk over leerlingen met eetstoornissen binnen het CLB- en schoolmilieu. U stemde toe om als expert mee te werken waarvoor ik u nogmaals hartelijk dank.

Ik nam tien interviews af over leerlingen met eetstoornissen bij vijf CLB medewerkers en vijf personen van de cel leerlingenbegeleiding. De interviews werden geanalyseerd volgens een kwalitatieve methode en in totaal werden 22 knelpunten rond de aanpak van eetstoornissen in het secundair onderwijs beschreven

(zie bijlage 2; louter informatief). Tijdens de interviews werd bijkomend gevraagd of ze mogelijke oplossingen voor de knelpunten konden aanreiken. De aangereikte oplossingen door deze tien personen uit het veld staan telkens vermeld onder het betreffende knelpunt.

Nadien werd aan bovenstaande tien personen gevraagd de 22 knelpunten te rangschikken en nummeren in volgorde van belangrijkheid.

Hieruit ontstond een nieuwe rangschikking van de knelpunten waarbij de vijf belangrijkste knelpunten aan u worden voorgelegd (zie bijlage 1).

Hier volgt de vraag die ik aan de acht experts stel:

Geef één prioritaire oplossing voor het geformuleerde knelpunt vanuit de reeds aangereikte oplossing(en) of vanuit de eigen ervaring.

Zou u mij de vijf prioritaire oplossingen (maximaal 1 oplossing per knelpunt) kunnen terugsturen voor 17 maart aub?

Op maandag 21 maart zal over deze vijf knelpunten een discussie plaatsvinden in de faculteit psychologie te Leuven (staflocaal 03.60, afdeling psychodiagnostiek, 13u-14.30u, worklunch), volgens het principe van de nominale groepsmethode.

Professor Dr. Paul Van Royen (UA) zal hierbij als moderator optreden.

Nogmaals hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten,

....”

**Bijlage 7: Resultaat van de oplossingen voor de vijf knelpunten
(beoordeeld door acht experts)**

Antwoord 1: Professor Dr. Walter Vandereycken

Antwoord 2: Lic. An Vandeputte, psychologe KUL

Antwoord 3: Dr. Laurence Claes, psychologe KUL

Antwoord 4: Dr. Maggie Temmerman, CLB arts Dendermonde

Antwoord 5: Dr. Gert Cogghe, CLB arts Veurne

Antwoord 6: Professor Dr. Caroline Braet, psychologe UZG

Antwoord 7: Dr. Annik Simons, psychiater Paola kinderziekenhuis Antwerpen

Antwoord 8: Dr. Greta Noordenbos, psychologe Universiteit Leiden, Nederland

Knelpunt 5:

Leerkrachten en personen van de interne cel leerlingenbegeleiding voelen zich onvoldoende gewapend om een eerste gesprek met de leerling te voeren.

Velen onder hen hebben geen opleiding gekregen tot leerlingenbegeleider en voelen zich niet bevoegd om met de leerling over de eetstoornis te praten.

Citaat van een persoon uit de interne cel leerlingenbegeleiding.

“ Het zou geen kwaad kunnen moesten we bijscholing krijgen in de eerste plaats rond gesprekstechnieken want we zijn voor deze taak niet opgeleid. Wij voelen vooral een nood opleiding te krijgen over de aanpak van het probleem want we kunnen zelf kennis vergaren door erover te lezen.”

Citaat van een CLB arts:

“ Het probleem situeert zich voornamelijk in het voeren van het eerste gesprek met de leerling. Deze factor is zeer schoolgebonden. Dikwijls durft men zelf de leerling niet aanspreken uit schrik verkeerde vragen te stellen en verwacht men van ons dat we in eerste instantie met de leerling praten. Maar dan stelt zich een overbruggingsprobleem omdat je een gesprek voert met een leerling terwijl er geen hulpvraag vanuit de leerling zelf is. Wanneer de leerling in de cel wordt besproken zonder medeweten van de leerling zitten wij met een aanmeldingsprobleem. Het zou goed zijn moest de graadcoördinator toch op het probleem durven ingaan. In deze school wordt te snel naar het CLB doorverwezen zodat wij de dingen soms niet kunnen opvolgen.”

Aangereikte oplossingen door experts:

1. Een vaste coaching door een CLB medewerker kan zorgen voor (herhaalde) bijscholing en opvang bij specifieke problemen.

2. Ik herken me het best in de derde uitspraak. Op school moeten geen diagnoses gesteld worden. Leerkrachten moeten geen begeleidingen op zich nemen. Het is al heel wat als ze signalen leren kennen, en leren opvangen. Daarna is het belangrijk om als groep te reflecteren en eventueel te motiveren tot verdere hulp van buitenaf : wie dit aanspreken en motiveren best doet, hangt af van school tot school : enkele leerkrachten, gesteund door directie en het team van het CLB. . Het is belangrijk dat men zich niet te hard richt op het probleem, dan wel op het geblokkeerd zijn van de jongere in zijn droom, het zich niet goed voelen in zijn vel... Dit soort gesprekken zijn niet eetstoornisspecifiek.
 Het lijkt me goed steeds uit te gaan bij wie de jongere zich wat veilig voelt. Voor sommige jongeren is het juist veel veiliger als dit niet vanuit de school, maar vanuit het CLB gebeurt. Eetstoornissen worden bijna nooit direct als hulpvraag gebracht. In die zin komen leerlingenbegeleider en CLB medewerker beide op een terrein waar ze meestal geen directe medewerking krijgen. Concrete en duidelijke info en veel geduld is nodig eer er voldoende vertrouwen is. In die zin vraag ik me af of dit soort werk kan afgeschoven worden op een secretariaat.

3. Een eerste vraag die ik me bij het lezen van deze paragraaf stel, is wie er in de cel leerlingenbegeleiding zetelt? Afhankelijk wie er in deze cel zetelt, kunnen de doelstellingen anders zijn. Leerkrachten en mensen van het secretariaat zijn NIET bevoegd om diagnoses te stellen maar kunnen wel vertrouwenspersonen zijn van leerlingen. Leerkrachten en/of mensen van het secretariaat (die bevoegd zijn voor EHBO) een opleiding geven om onwel bevinden bij studenten te detecteren en te bespreken (en tot aanpak te motiveren?) is misschien geen slecht idee (maar zeker niet de aanpak van de eetstoornis -> dat vereist gespecialiseerde kennis, denk ik). Dus ik vind alternatief B een goed idee.

4. Wij kunnen als CLB zelf de school hieromtrent informeren. We moeten van hen geen specialisten maken in eetstoornissen of hen over alle mogelijke adolescentenpathologie informeren maar we moeten hen de algemene signalen van een leerling die zich niet goed voelt leren kennen. We kunnen hun tips geven op welke wijze men een eerste gesprek met een leerling kan voeren omdat dit handvaten zijn voor allerlei problematieken.

5. Eigenlijk vind ik het logisch dat leerkrachten of personen van de cel leerlingenbegeleiding zich onvoldoende gewapend vinden voor een eerste gesprek, aangezien dit ook ontzettend moeilijk en delicaat is. Hoe kunnen we dit oplossen?
 Het blijft belangrijk dat het CLB de school informeert over eetstoornissen. Als de leerkrachten of de personen van de cel leerlingenbegeleiding de 'beginnende' signalen van eetstoornissen (of signalen van een leerling die zich niet goed voelt) leren herkennen, hebben we al een belangrijke stap gezet. (Belangrijk : leerlingenbegeleiders denken vaak dat ze de meeste signalen wel reeds kennen, maar vaak is hun beeld over de problematiek ES wat eng). Algemene praktische uitleg voor

graadcoördinatoren, zorgcoördinatoren, klastitularissen, leerlingenbegeleiders e.a. is volgens mij een belangrijke CLB taak.

Het is volgens mij niet de bedoeling dat leerkrachten zomaar gesprekken voeren over eetstoornissen met leerlingen. Een eerste gesprek is ontzettend moeilijk (en vraagt ook wat voorbereidingstijd) en is niet altijd een taak voor de leerlingenbegeleiders. Als het duidelijk wordt dat er een leerling een eetprobleem heeft (signalen worden opgevangen door school), moet er individueel gekeken worden wie er het best geplaatst is om het eerste gesprek te voeren. Als de keuze op een leerkracht of leerlingenbegeleider valt, is het belangrijk dat de CLB medewerker deze persoon coacht. Deze persoon mag zeker niet het gevoel hebben dat hij alleen staat .

Besluit: CLB moet meer subsidiair werken (algemene uitleg over het herkennen van eetstoornissen blijft belangrijk en individuele coaching van leerkrachten, graadcoördinatoren, leerlingenbegeleiders,... mag niet ontbreken).

Het is zeker niet de bedoeling dat de leerkrachten 'specialisten' worden op dit domein.

6. Wij kunnen als CLB zelf de school hieromtrent informeren. We moeten van hen geen specialisten maken in eetstoornissen of hen over alle mogelijke adolescentenpathologie informeren maar we moeten hen de algemene signalen van een leerling die zich niet goed voelt leren kennen. We kunnen hun tips geven op welke wijze men een eerste gesprek met een leerling kan voeren omdat dit handvaten zijn voor allerlei problematieken. Ik vind deze oplossing de beste. Eetstoornissen vraagt een gespecialiseerde aanpak. Leerlingenbegeleiders moeten weliswaar gevormd worden maar het CLB moet in de eerste plaats hier een belangrijke rol spelen en zo vlug mogelijk na detectie op een professionele wijze de studente begeleiden.
7. Handvaten over hoe gesprekken aangaan met jongeren is zeker een must voor iedereen die met jongeren werkt. Anorexia nervosa is echter een zeer complexe problematiek. Ik denk dat de school hierin voornamelijk een signaalfunctie heeft, en objectieve bevindingen aan de schoolarts kan doorgeven, die de schoolarts kan gebruiken in een gesprek om de jongere te motiveren voor hulpverlening. Bij anorexia nervosa is het snel opstarten van behandeling bepalend voor de prognose, hierom moeten ook snel de ouders worden ingelicht over het vermoeden van het bestaan van een eetstoornis zodat hulp kan opgestart worden.
8. Het lijkt me onhaalbaar om alle leerkrachten gedurende verschillende dagdelen bij te scholen, via rollenspellen, daarvoor hebben zij te weinig tijd. M.i. is dit ook niet nodig.
Wel is het wenselijk en haalbaar dat elke school minstens 1 deskundige en goed getrainde (vertrouwens) leerkracht heeft die een dergelijk gesprek kan voeren. Niet elke leerkracht zal voor deze functie geschikt zijn. Mogelijk gaat bij eetstoornissen de voorkeur uit naar een vrouwelijke docent. Het zal vooral een leerkracht moeten zijn die toegankelijk en inlevend is, die kennis heeft van eetstoornissen en de bijbehorende problematiek van schaamte en ontkenning. Zij of hij moet in staat

zijn om op een niet beschuldigende manier het eerste gesprek te voeren, en tevens een vertrouwensrelatie op te bouwen voor enkele vervolggesprekken. Wanneer op een school een leerkracht het vermoeden heeft dat een leerling een eetstoornis heeft, kan deze de deskundige vertrouwensleerkracht vragen om de eerste gesprekken te voeren.

Knelpunt 6:

Personen van de interne cel leerlingenbegeleiding beschikken over onvoldoende tijd om grondig eerste gesprekken met de leerling te voeren.

“We zitten met een takenpakket dat telkens wordt onderbroken wanneer leerlingen zich aanmelden met een probleem. Eigenlijk hebben we te weinig tijd om gesprekken te voeren met de leerling. Bij aanmelding van een leerling met een probleem moet een andere persoon de taken overnemen. Er wordt zoveel meer menselijkheid gevraagd maar eigenlijk heb je daar te weinig tijd voor. Ik vermoed dat het er niet zal op verbeteren daar onze uren nog verminderd worden. En het blijft wel belangrijk dat personen van het secretariaat in de cel zetelen daar wij de leerling op een andere manier kennen dan de leerkrachten en andere dingen opmerken dan zij.”

Aangereikte oplossingen door experts:

1. Een structurele oplossing (mede door overheid opgelegd) is nodig met toebedeling van vaste uren voor deze functie.
2. Vraag is of er niet meer structureel moet gedacht worden. Is het wel goed dat dit naar het secretariaat toegeschoven wordt? Is dit voor de jongere veilig? Is het draagvlak daar voldoende groot? Mijns inziens ligt de opdracht van een secretariaat wat anders...
3. Ik ben er van overtuigd dat mensen van het secretariaat over veel info m.b.t. de leerling beschikken, maar ik vraag me af of secretaressen de bevoegde en geschikte personen zijn om een eerste gesprek te voeren. De vragen betreffen de draagkracht van de mensen van het secretariaat? De zwijgplicht? De verantwoordelijkheid? ...
4. De overheid zou meer uren kunnen geven aan personen van het leerlingensecretariaat om de eerste gesprekken met de leerling meer haalbaar te maken.
5. De overheid zou meer uren kunnen geven aan personen van het leerlingensecretariaat om de eerste gesprekken met de leerling meer haalbaar te maken. Ik denk dat een kritische takenevaluatie ook nodig is. (op scholen , maar dit geldt ook voor CLB's) Al te vaak wordt het argument ' we hebben te weinig tijd ', ' onze opdracht is te zwaar ' gebruikt. Het klopt dat er weinig ruimte is, maar volgens mij

gaat er veel kostbare tijd verloren door weinig nuttige taken. Het economisch omgaan met de weinige uren is ook een uitdaging voor veel scholen en voor veel CLB's.

6. De overheid zou meer uren kunnen geven aan personen van het leerlingensecretariaat om de eerste gesprekken met de leerling meer haalbaar te maken. Ik kan deze oplossing wel onderschrijven maar, aangezien er maar één oplossing is, kan ik niet echt oordelen of dit de beste keuze is.
7. Psychische problemen komen steeds meer voor bij adolescenten. Dit is een maatschappelijk probleem waar ook de Minister van Onderwijs zich bewust moet zijn, en waarin geïnvesteerd moet worden. Opvang van jongeren met problemen dient te gebeuren door personen die hierin een opleiding hebben gekregen, en die zelf over een opvangnet beschikken als de problematiek hen te zwaar wordt. In de dienst kinder- en jeugdpsychiatrie worden we regelmatig geconfronteerd met leerkrachten die een verregaande vertrouwensband met leerlingen gesloten hebben, en zelf lijden onder de zaken die hun toevertrouwd werden. Hierbij komen de ouders ook snel buiten spel te staan, en verliezen ze hun vertrouwen in de school. Net als in de geneeskunde geldt hier: "Primum est non nocere", oftewel geen schade toe te brengen door een goedbedoelde interventie.
8. Bovenstaand voorstel zou mogelijk het tijdsprobleem oplossen van de CLB artsen die tot taak krijgen om eens per jaar de vertrouwensleerkrachten van scholen te trainen (en bij te scholen) in het voeren van gesprekken met leerlingen met een eetstoornis (gedurende enkele middagen via rollenspelen). Tevens is het wenselijk om bij deze trainingen eerdere ervaringen uit gesprekken met leerlingen uit te wisselen tussen vertrouwensleerkrachten om zo van elkaar te leren. Het is belangrijk om bij deze trainingen de informatie op schrift te stellen, zodat de vertrouwensleerkrachten deze informatie desgewenst nog eens doorlezen alvorens het eerste gesprek met een leerling te houden. Deze schriftelijke informatie dient zeker ook begeleid te worden met een telefoonnummer en mailadres van een CLB arts die de vertrouwensleerkracht in geval van twijfel telefonisch of per mail kan consulteren.

Knelpunt 7:

In de school worden de signalen wel opgevangen doch de leerling ontkent het probleem. De ontkenning bij het kind zelf treedt meer op bij de leerling met anorexia nervosa en stelt zich minder bij een leerling met overgewicht.

Doorverwijzing is dan ook zeer moeilijk als de leerling het eetprobleem blijft ontkennen.

Aangereikte oplossingen door experts:

1. Leerkrachten moeten kunnen terugvallen op ondersteuning in motivering (geldt voor diverse problematiek). Als 1 & 2 vervuld zijn kan ofwel een vaste interne kracht ondersteuning bieden aan de leerkracht ofwel de CLB medewerker.

2. Ik sluit me aan bij 1. Motivatie groeit stilaan. Het vasthouden aan het probleem in den beginne is onderdeel van het probleem. Regelmatige opvolging is belangrijk en hoeft niet steeds veel tijd te nemen. Mijns inziens past het mooi in de vraaggestuurde werking om ofwel leerkrachten hierin te ondersteunen, of zelf enkele gesprekken hierover te voeren als CLB (multidisciplinaire werking, het hoeft niet steeds allemaal toegeschoven te worden aan de arts !) Sommige schoolartsen gaven ook aan dat het veel voldoening geeft om met enkele leerlingen iets verder te gaan zolang je zelf maar genoeg gesteund blijft.
3. Ik sluit me aan bij visie 1. Motivatie ontwikkelt zich in verschillende stappen (zie Procheska & Diclemente). Te snel gaan houdt het gevaar in dat je de leerling kwijt geraakt, maar te lang wachten levert eveneens problemen op. Motiveren en afgrenzen (minimum grens waarop verdere stappen genomen zullen worden, zelfs tegen de wil van de leerling in) lijkt me het meest respectvol en eerlijk. Dit lijkt me geen taak voor het secretariaat maar voor een multidisciplinair team (CLB?).
4. Dat is zeker een mogelijk knelpunt maar het is ons als arts niet vreemd dat een patiënt een probleem ontkent. In het draaiboek staat daarvoor een aanpak beschreven en ook een aantal methodieken om dat toch ter sprake te brengen. Je moet de leerling tijd geven om tot een inzicht te komen. Ik vind dat op zich geen knelpunt, dat is gewoon de realiteit. Dat kan je niet met een truc oplossen, dat is de eigenheid van het probleem. Ik denk dat je in de eerste plaats de leerling zeker niet mag loslaten en dat je de leerling moet kunnen motiveren waarom je zelf verkiest haar/hem terug wilt zien. Als de ontkenning zover loopt dat er gevaar dreigt, moet je wel verdere stappen ondernemen.
5. Dat is zeker een mogelijk knelpunt maar het is ons als arts niet vreemd dat een patiënt een probleem ontkent. In het draaiboek staat daarvoor een aanpak beschreven en ook een aantal methodieken om dat toch ter sprake te brengen. Je moet de leerling tijd geven om tot een inzicht te komen. Eventueel opnieuw informatie verzamelen, nieuwe signalen verzamelen en de leerling in een volgend gesprek hiermee confronteren. Als een leerkracht geconfronteerd wordt met een ontkennende leerling, is het belangrijk dat een CLB medewerker hem/haar blijft coachen.
6. Dat is zeker een mogelijk knelpunt maar het is ons als arts niet vreemd dat een patiënt een probleem ontkent. In het draaiboek staat daarvoor een aanpak beschreven en ook een aantal methodieken om dat toch ter sprake te brengen. Je moet de leerling tijd geven om tot een inzicht te komen. Ik vind dat op zich geen knelpunt, dat is gewoon de realiteit. Dat kan je niet met een truc oplossen, dat is de eigenheid van het probleem. Ik denk dat je in de eerste plaats de leerling zeker niet mag loslaten en dat je de leerling moet kunnen motiveren waarom je zelf verkiest haar/hem terug wilt zien. Als de ontkenning zover loopt dat er gevaar dreigt, moet je wel verdere stappen ondernemen. Ik opteer voor deze aanpak omdat hier duidelijk het CLB de leiding neemt en niet het leerlingensecretariaat. Dit staat

hopelijk garant voor een meer professionele begeleiding. Ik heb daarbij één nuance: naast de arts kan ook de psycholoog misschien nog beter deze taak op zich nemen.

7. Het is eigen aan cliënten met anorexia nervosa dat ze de problematiek ontkennen, hierom is het nodig te beschikken over objectieve gegevens die hen confronteren met hun eetstoornis, zoals daling van gewicht, lage BMI, afwijkend eetpatroon, lichamelijke problemen,...Deze gegevens kunnen ook de ouders overtuigen om verdere hulp te zoeken, ook al staat de jongere in kwestie daar weigerachtig tegenover. Het begin van de behandeling van eetstoornissen bestaat voor een groot deel uit het werken rond motivatie, en dit neemt heel wat tijd in beslag. Het is onrealistisch te verwachten dat de school of het CLB een jongere met een ernstige eetstoornis in enkele gesprekken gemotiveerd krijgt voor behandeling.
8. Wat betreft de problematiek van de ontkenning is het erg belangrijk dat deze gezien wordt als een onderdeel van de eetstoornis, en dus niet als verwijt aan de leerling wordt voorgelegd. Tevens is het belangrijk om niet alleen te vragen naar het eten en het gewicht, maar ook naar de zelfbeleving en de lichaamsbeleving, de eventuele neiging tot perfectionisme en de angst om te falen in de ogen van anderen. Het is verder belangrijk om leerlingen met een eetstoornis te motiveren om een positievere zelfbeleving en lichaamsbeleving te ontwikkelen. Dit kost uiteraard tijd en vraagt om meerdere gesprekken. De vertrouwensleerkracht kan hiermee een start maken, maar zal ook in staat moeten zijn om ouders erbij te betrekken en eventueel door te verwijzen naar professionele hulpverlening. Uiteraard zal de vertrouwensleerkracht voor deze taken wel voldoende uren moeten krijgen!!

Knelpunt 13:

De follow-up van deze kwetsbare leerlingen loopt mis omdat de CLB arts over onvoldoende tijd beschikt om leerlingen selectief op te volgen. Het accent van de CLB arts ligt op de algemene en gericht consulten. De CLB arts vraagt meer tijd om leerlingen selectief terug te zien na het consult en het probleem dieper te bespreken. Citaat van een CLB arts:

“ De CLB arts heeft onvoldoende tijd om de leerling selectief terug te zien voor gesprekken. In bepaalde periodes zoals in de examenperiodes hebben we iets meer speling. Maar in het tweede trimester kan ik onmogelijk leerlingen begeleiden.”

“ De follow-up van de leerlingen is ook een knelpunt. We worden vooral ingeschakeld voor systematische consulten en dat heeft zeker zijn goede kanten. Maar eigenlijk is onze toewijzing van het aantal leerlingen buiten proportie. Er is zoveel te doen; je hebt de algemene consulten, je wilt de teamwerking wat uitbouwen, je wilt vraaggestuurd werken. Als je dit alles wilt opnemen, ben je snel overvraagd.”

“ Het is zo belangrijk als CLB medewerker dat je regelmatig in de school komt, dat je het vertrouwen hebt van de leerling, maar anderzijds is er de werkdruk. Als je niet regelmatig op school komt, vergeet het maar dat leerlingen bij jou komen.”

Aangereikte oplossingen door experts:

1. In kader van detectie is vraaggestuurde werking verder nodig en loont de geïnvesteerde extra tijd (naast CLB-arts ook andere medewerkers inschakelen); voor begeleiding met meer tijdsinvestering moet eerst overlegd worden (ook met leerling zelf) wie hiervoor het beste in aanmerking komt.
2. In 3 herken ik me meest. Toch vind ik het voorstel uit 1 ook wel goed.
3. Teamwork lijkt me een belangrijk gegeven. Of het nu een arts of een bevoegde CLB-er is die de concrete begeleiding doet, maakt niet zoveel uit, als men maar op mekaar kan terugvallen indien er problemen zijn. De medische verantwoordelijkheid ligt natuurlijk wel bij een arts, aangezien andere disciplines die verantwoordelijkheid niet mogen/kunnen nemen.
4. Als je dit goed wilt doen bijvoorbeeld een goede aanpak van eetstoornissen en obesitas, moeten wij meer vraaggestuurd kunnen werken en moet de leerlingenbelasting wat verminderen want de toewijzing van het aantal leerlingen ligt buiten proportie.
5. Ik verwijs naar mijn oplossing bij knelpunt 2. Elk CLB moet kritisch evalueren van wat doen we, waarom doen we dat, hoe doen we dat en is deze taak nuttig (maar o wee kritisch evalueren is niet eenvoudig in het onderwijslandschap !!) . Economisch omgaan met weinig middelen is nodig. Het frustreert me om te zien hoeveel uren elk CLB verliest aan taken die veel beter op een ander niveau zouden gebeuren. (vb. elk CLB steekt jaarlijks veel tijd in het aanpassen van vragenlijsten, folders opmaken voor ouders, Ik kan niet begrijpen dat deze zaken niet centraal gebeuren – taak van de koepel ? – zodat er meer tijd vrijkomt voor begeleidingstaken). Een lagere leerlingenbelasting voor de artsen zou zeker de vraaggestuurde werking bevorderen, maar ik heb de indruk dat niemand opkomt voor de werking van het CLB (en de werking van de CLB artsen in het bijzonder). De koepel – mijns inziens een ontzettend zwakke schakel (ik spreek wel over VCLB) – zou een spreekbuis moeten zijn naar de overheid toe. Jammer genoeg gebeurt dit onvoldoende. Hierdoor heeft de overheid te weinig weet van de problemen in het werkveld.
6. Als je dit goed wilt doen bijvoorbeeld een goede aanpak van eetstoornissen en obesitas, moeten wij meer vraaggestuurd kunnen werken en moet de leerlingenbelasting wat verminderen want de toewijzing van het aantal leerlingen ligt buiten proportie. Het lijkt mij zinvol dat vooral het CLB hiervoor extra uren krijgt. Ze kunnen zich dan ook beter specialiseren in de aanpak van bepaalde problemen en schooloverschrijdend werken. Ik kies ook weer voor deze oplossing omdat ik denk dat naast de arts ook anderen van het CLB team deze taak (follow-up) op zich kunnen nemen.

7. Hierbij verwijst u naar knelpunt 2, en de verantwoordelijkheid die de maatschappij heeft om te investeren in onze jongeren. Een goede opvang door het CLB kan uiteraard alleen als er voldoende personeel beschikbaar is, maar ook als dit personeel voldoende opleiding en training gekregen heeft in de problematiek die zich aanbiedt. Hierbij lijkt ook intervisie op regelmatige tijdstippen met professionelen uit de geestelijke gezondheidszorg een must, om te bespreken wie en wat door het CLB geholpen kan worden en wanneer een doorverwijzing nodig is.
8. Bovenstaande oplossing geldt ook voor probleem 4. In principe komt mijn voorstel er op neer dat deskundige CLB artsen een training geven aan vertrouwensleerkrachten. Deze cursus komt ook op schrift te staan, met telefoonnummers en mailadres. Indien gewenst vragen andere leerkrachten aan de vertrouwensleerkracht om de eerste gesprekken (altijd meer dan 1 gesprek!!) te voeren en bij twijfel kan deze de CLB arts consulteren, of de leerling doorverwijzen voor nader medisch onderzoek, of doorverwijzen naar deskundige hulp.

Knelpunt 19:

Anorexia of boulimie wordt zelden ontdekt naar aanleiding van een medisch onderzoek. Dit komt enerzijds door het tijdsgebrek en anderzijds door het feit dat de leerling slechts om de twee jaar door de schoolarts wordt gezien.

Citaten van CLB artsen:

“ Het is een zeer spijtige zaak dat het laatste algemene consult reeds plaatsvindt in het derde jaar van het secundair onderwijs. We moeten onze aanpak naar adolescenten toe veranderen in het CLB.”

“ In het secundair onderwijs zie je als arts de leerling veel te weinig. Er vinden slechts twee algemene consulten plaats en dat is te weinig naar eetstoornissen toe maar ook naar andere problemen.”

Citaat van een CLB verpleegkundige:

“ We zijn vorige week nog samengekomen met de mensen van de cel leerlingenbegeleiding omdat we iets preventief wilden doen rond de hoge prevalentie van eetstoornissen in die school. De vraag van de school was om ook de leerlingen van het vijfde jaar terug te onderzoeken want de leerlingen met eetproblemen zaten bijna allemaal in de derde graad.

Toen moesten we antwoorden dat wij in de derde graad geen onderzoek mochten doen. Toen was er de vraag of we dan gedurende één lesuur informatie konden geven. We hebben dat bekeken maar eigenlijk vinden we het niet zinvol om slechts één uur informatie te geven. Er moet meer een algemeen beleid komen op de school en daar zijn we nu mee bezig.”

Aangereikte oplossingen door experts:

1. Een structurele oplossing is nodig want dit geldt voor diverse problematiek. Een extra consult voor iedereen is te tijdsintensief; hier dient een beter selectiesysteem uitgewerkt te worden ('risico'-leerling, opnieuw met oog op diverse problematiek).
2. Extra consult in 5^{de} sec. zou zeker interessant zijn. Tegelijk moeten we (voorlopig) roeien met de riemen die we hebben.
In het eerste voorstel zie ik wel iets : overlegmomenten inbouwen met graadcoördinatoren om beter zicht te krijgen op mogelijke targets, en gerichte acties te ontwikkelen met hele team.
Zelfde zou nochtans te zeggen zijn binnen het CLB. Te vaak is de medische en de psychologische discipline nog naast elkaar aan het werk. Momenten van stilstaan, en signaleren kan de CLB werking ten goede komen.
3. Extra consult in de derde graad lijkt me geen slecht idee, maar lijkt momenteel niet mogelijk.
Vraaggestuurd werken (alternatief 1) lijkt me een goede oplossing, zeker als dit in een team kan gebeuren dat kan instaan voor de bio-psycho-sociale begeleiding (afhankelijk van de aard van de vraag die zich aandient).
4. Men zou een bijkomend algemeen consult in het vijfde jaar van het secundair onderwijs kunnen invoeren. De oorsprong van een eetstoornis ligt vroeg in de ontwikkeling maar ze uit zich meestal in de hogere graden. Ik zie geen andere oplossing dan een extra consult bijvoorbeeld in het vijfde secundair. Maar zoals de dingen nu liggen kan men er niet zomaar een extra consult bijvoegen. Daar moet iets anders voor wegvallen.
5. Er kan best op regelmatige tijdstippen een gestructureerd overlegmoment plaatsvinden met de CLB arts en de graadcoördinatoren waardoor problemen gesignaleerd kunnen worden. Op deze manier wordt de vraaggestuurde werking meer uitgebouwd. Dit werkt drempelverlagend waardoor de samenwerking wordt verbeterd. Het af en toe mee volgen van een cel leerlingenbegeleiding kan de samenwerking tussen leerlingenbegeleiders en CLB arts verbeteren. Een betere communicatie tussen school - CLB arts kan een oplossing zijn. Extra consult 5 SO is inderdaad een piste waar er eens serieus over nagedacht kan worden.
6. Er kan best op regelmatige tijd een gestructureerd overlegmoment plaatsvinden met de CLB arts en de graadcoördinatoren waardoor problemen gesignaleerd kunnen worden. Op deze manier wordt de vraaggestuurde werking meer uitgebouwd. Dit werkt drempelverlagend waardoor de samenwerking wordt verbeterd. Ik kies voor deze oplossing omdat ze meer flexibiliteit inhoudt waardoor het CLB beter

kan inspelen op de noden van de regio en waardoor geen zinloze tijd moet geïnvesteerd worden in 85% van de jongeren waarbij het wél goed gaat.

7. Het lijkt me noodzakelijk dat middelbare school jongeren jaarlijks door een schoolarts gezien worden. Deze populatie wordt immers niet vaak meer gewogen en gemeten bij huisarts of kinderarts. Het medisch schooltoezicht is dan de plaats waar jaarlijks gewicht en lengte kan gecontroleerd worden, uitgezet kan worden op de curve, en waar een afbuiging van de curve (naar over- of ondergewicht) met de jongeren besproken kunnen worden en aan de ouders gesignaleerd kunnen worden.

8. Het is erg belangrijk dat scholen een algemeen beleid ontwikkelen op het terrein van gezonde voeding, preventie van eetstoornissen en obesitas. Het CLB zou goede voorlichtingsbrochures hierover kunnen maken. In Nederland zijn reeds goede voorlichtingsbrochures ontwikkeld die ook in België gebruikt kunnen worden. Daarnaast zouden informatie gastlessen gegeven kunnen worden door ervaringsdeskundige gastdocenten. Ook hiermee is in Nederland reeds goede ervaring opgedaan. Daarnaast zouden vertrouwensleerkrachten naar behoefte CLB artsen moeten kunnen consulteren op elk moment waarop dat nodig is.