Stappenplan

Eerstelijnswerk bij eet- en gewichtsproblemen

Loes Stukken en An Vandeputte, 2022

Eetexpert
Kenniscentrum eet- en gewichtsproblemen

Inhoudstafel

Inhoudsopgave

EERSTELIJNSWERK BIJ EET- EN GEWICHTSPROBLEMEN 0

VOOR WIE IS DIT DRAAIBOEK 1

DOEL VAN HET DRAAIBOEK 1

EET- EN GEWICHTSPROBLEMEN IN DE EERSTE LIJN 1

OPBOUW VAN HET DRAAIBOEK 2

VERLOOP VAN EERSTELIJNSZORG BIJ EET-EN GEWICHTSPROBLEMEN 3

DEEL I: WELKE NIEUWE INZICHTEN OVER EETGEDRAG, GEWICHT, EN GEZONDE LEEFSTIJL MOET IK KENNEN? 4

NIEUWE INZICHTEN ROND EETGEDRAG 4

NIEUWE INZICHTEN ROND OBESITAS 4

NIEUWE INZICHTEN I.V.M. GEZONDE LEEFSTIJL? 6

- AFWISSELEND ETEN: 6
- LEUK BEWEGEN EN LANG STILZITTEN ONDERBREKEN 6
- LIEF ZIJN VOOR JEZELF 7
- EMOTIES HANTEREN 7
- SLAPEN 7

DEEL II: INVOEGEN EN VERKENNEN VAN PROBLEEMGEDRAG: INNOVATE 8

INLEIDING 8

VERHOOGDE AANDACHT NODIG BIJ BEPAALDE KLACHTEN EN RISICOGROEPEN 8

INVOEGEN 9

- HOE WORDT ER GESTART? 9

NIET STIGMATISEREN 10

- KIES VOOR EEN NEUTRALE EN NIET STIGMATISERENDE TAAL EN BEJEGENING 10

NEGOTIEREN 11

- WAAR WORDT MEE AAN DE SLAG GEGAAN? 11
- ACHTERGROND 11
  - *Zelfdeterminatietheorie (Ryan & Deci, 1985; 2000 [23, 24])* *11*
  - *Motivationele gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2014)* *14*
  - *De veranderingscirkel Prochaska & Diclemente (1982)* *15*

ONDERZOEKEN 18

- WAT IS ER AAN DE HAND? 18
- ACHTERGROND 19

Gewichtsevolutie *19*
Lichamelijke signalen *19*
Leefstijl *19*
Context *23*
Psychisch functioneren *24*

VERDUIDELIJKEN **24**

INFORMATIE NODIG? 24

ACTIE BEPALEN **25**

WAT MOET ER GEBEUREN? EERSTELIJNSBEGELEIDING OF VERWIJZING NAAR DE HUISARTS? 25
ACHTERGROND 29
Gewichtsevolutie *29*
Lichamelijke klachten ? *29*
Leefstijl *30*
Signalen van een eetstoornis of verstoord eetgedrag *34*
Context *35*
Psychisch functioneren *35*
Twijfel? Hoe is de balans tussen de beschermende en risicofactoren? *37*

7. TIMEN EN PLANNEN **39**

WELKE CONCRETE PLANNING? 39
DOORVERWIJZING NAAR GESPECIALISEERDE HULP 39
ACHTERGROND 40
Timen en plannen in eerstelijnsbegeleiding *40*
Timen en plannen bij doorverwijzen *41*

EVALUEREN **46**

HOE EVALUEREN EN BIJSTUREN? 46

DEEL III: EERSTELIJNSBEGELEIDING BIJ EET- EN GEWICHTSPROBLEMEN **47**

PSYCHO-EDUCATIE **48**

MYTHES 48
- *MYTHE 2: OBESITAS LOS JE OP MET VOLDOENDE WILSKRACHT, MINDER TE ETEN EN MEER TE BEWEGEN* 49
- *MYTHE 3: MENSEN MET OBESITAS MOETEN ZO SNEL MOGELIJK ZO VEEL MOGELIJK KILO'S VERLIEZEN* 50

WERKEN AAN EEN GEZONDE LEEFSTIJL 51
VERSTERKEN BESCHERMENDE FACTOREN EN AANDACHT VOOR RISICOFACTOREN 58
Versterken van beschermende factoren *58*
Opletten voor risicofactoren *60*

CASUSSEN, HULPMIDDELEN EN PRAKTIJK MIDDELEN **61**

REGISTRATIE 61

DEEL IV: TERUGVALPREVENTIE & NAZORG **62**

TERUGVALPREVENTIE **62**

CRITERIA VOOR HERSTEL 62
Herstel bij eetstoornissen *62*
Herstel bij overgewicht/obesitas *62*

TERUGVAL BIJ EETSTOORNISSEN EN GEWICHTSPROBLEMEN 63
Terugval en herval *63*
Het proces van terugval en herval *63*
Uitlokkers van terugval *64*
Vroege voortekenen van terugval *64*
STRATEGIEËN OM MET MOEILIJKE SITUATIES OF OM MET TERUGVAL OM TE GAAN 65
Acties bij uitlokkers *65*
Acties bij vroege voortekenen *65*
HERVALPREVENTIE IN DE EERSTE LIJN 66
Kader de terugval *66*
Mobiliseer eigen kracht van de cliënt *66*
Zijn er afspraken met de vroegere hulpverlener? *66*
Is er een terugvalpreventieplan? *67*

NAZORG 68

LEEFGEDRAG NA BARIATRISCHE INGREEP: 68

DEEL V: EERSTELIJNSBEGELEIDING TIJDENS OF ALS OVERBRUGGING BIJ GESPECIALISEERDE HULP 69

DEEL VI: CRISISHULPVERLENING 71

1. LICHAMELIJKE KLACHTEN 71

2. PSYCHISCH FUNCTIONEREN 71

4. WAAR KAN MEN TERECHT EN WIE KAN MEN INSCHAKELEN BIJ CRISISSITUATIES? 71

Eerstelijnswerk bij eet- en gewichtsproblemen

Problemen met eten en gewicht komen voor op een continuüm, van normale strubbelingen, over (beginnende) eetproblemen, tot ernstige eetstoornissen. Eerstelijnsteams kunnen een belangrijke rol spelen in het begeleiden van normaal ontwikkelend eetgedrag, en in het voorkomen van probleemgedrag.

We richten ons met dit eerstelijnsdraaiboek tot de **brede eerste lijn (zorg en welzijn)** die in contact komen met cliënten met vragen rond eetgedrag, gewicht en uiterlijk. We denken daarbij aan huisartsen, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, bewegingscoaches, kinésitherapeuten, diëtisten en bachelors of masters werkzaam binnen CAW, JAC, CLB,… .

Met ons draaiboek willen we hulpverleners in de eerste lijn versterken zodat zij kunnen:

- informeren en versterken rond eetgedrag, gewicht en uiterlijk;
- triëren en ernst inschatten van eet/gewichtsvragen;
- motiveren voor herstel/begeleiden in de eerste lijn;
- aanvullen van gespecialiseerde zorg via opvang bij behandelingspauzes, nazorg en crisiszorgcliënt.

Op deze pagina vind je telkens de geüpdate informatie in verband met het zorgtraject eetstoornissen en obesitas.

Deel 1 bundelt nieuwe inzichten rond eetgedrag, gewicht en een gezonde leefstijl. In **deel 2** worden handvatten gegeven rond invoegen en verkennen van probleemgedrag met het oog op triage en eventuele verwijzing. Het acroniem INNOVATE vat samen hoe de eerstelijnsmedewerker dit kan doen: Invoegen, Niet stigmatiseren, Negotiëren, Onderzoeken, Verduidelijken, Actie bepalen, Timen en plannen en Evalueren. In **deel 3** worden ingrediënten van een eerstelijnsbegeleiding uitgewerkt. **Deel 4** geeft de eerstelijnsmedewerker handvaten voor terugvalpreventie en **deel 5** biedt handvaten bij overbruggingsondersteuning en crisishulpverlening.

Uw opmerkingen of feedback over het draaiboek horen we graag. U kan deze steeds mailen naar secretariaat@eetexpert.be.

Auteurs: Loes Stukken en An Vandeputte (vzw Eetexpert.be)
Projectcoördinatie: An Vandeputte (vzw Eetexpert.be)
Indien u dit draaiboek wil citeren, gebruik dan volgende verwijzing:
Eetexpert (2021). ***Draaiboek: Eerstelijnswerk bij eet-en gewichtsproblemen.*** Brussel: Vlaamse

Introductie

Voor wie is dit draaiboek

Het draaiboek is gericht op hulpverleners uit de brede eerste lijn (zorg en welzijn) die in contact komen met cliënten met vragen rond eetgedrag, gewicht en uiterlijk. Denk daarbij aan huisartsen, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, bewegingscoaches, kinésitherapeuten, diëtisten en bachelors of masters werkzaam binnen CAW, JAC, CLB,… .

Afhankelijk van de expertise en achtergrond van de eerstelijnshulpverlener kan hij/zij verschillende taken opnemen en samenwerken met andere disciplines.

Doel van het draaiboek

Doel van het draaiboek is om hulpverleners in de eerste lijn te versterken zodat zij kunnen:

- informeren en versterken rond eetgedrag, gewicht en uiterlijk;
- triëren en ernst inschatten van eet/gewichtsvragen;
- motiveren voor herstel/Begeleiden in de eerste lijn;
- aanvullen van gespecialiseerde zorg via opvang bij behandelingspauzes, nazorg en crisiszorgcliënt.

Eet- en gewichtsproblemen in de eerste lijn

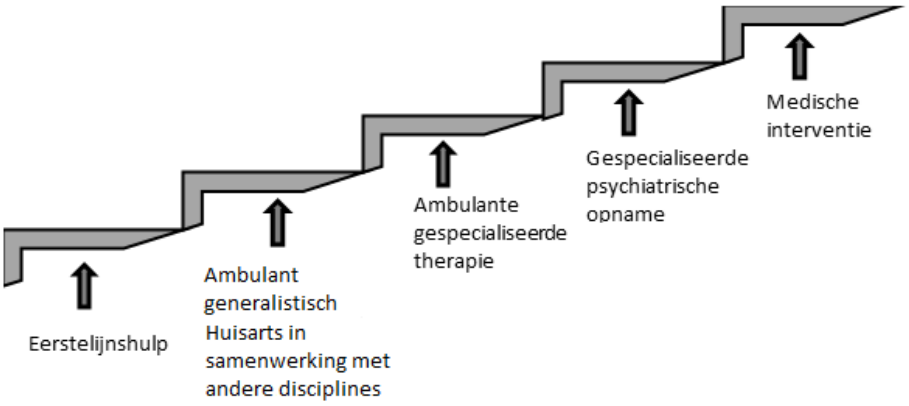
Bij eetproblemen of eetstoornissen denkt men vaak aan de “klassiekers” (Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa, Binge Eating Disorder). Deze eetstoornissen zijn echter de uiterste op een continuüm van eet-en gewichtsproblemen. Zij hebben typisch heel wat schadelijke sociale en medische gevolgen en deze stoornissen vragen daarom steeds gespecialiseerde ondersteuning. Goede diagnostiek en oppuntstelling van gepaste zorg gebeurt bij voorkeur door een gespecialiseerde behandelaar. De eerstelijnsprofessional zal hier meestal geen hoofdrol spelen, maar optreden als back up bij overbruggingszorg, terugvalpreventie en crisiszorg.

Maar eerstelijnsteams hebben een duidelijke voortrekkersrol in het begeleiden van normaal ontwikkelend eetgedrag, en in het **voorkomen van probleemgedrag**. Iemand die bijvoorbeeld worstelt met schuldgevoelens rond eten en niet meer kan genieten heeft medisch of sociaal misschien nog niet direct een probleem maar het kan toch interessant zijn om hier mee aan de slag te gaan om de risico's op eetverstoord gedrag of eetstoornissen te beperken. Hetzelfde geldt voor mensen die weinig structuur hebben in hun eetpatroon en vooral eten wanneer het hen uitkomt. Ook hier kan inzetten op structuur belangrijk zijn om gewichtstoename of verstoord eetgedrag te voorkomen.

Opbouw van het draaiboek

Bij de aanpak van eet- en gewichtsproblemen pleit men voor een matched care aanpak waarbij de zorg is afgestemd op wat er nodig is. Dit wil zeggen: in de eerstelijn dicht bij huis als het kan, en met invoegen van meer gespecialiseerde zorg wanneer ernst toeneemt. Het is dus belangrijk dat er ook in de eerstelijn een ernstinschatting gebeurd op basis waarvan men kan beslissen welke zorg nodig is. Daarnaast zorg de eerstelijn ook voor continuiteit van zorg. Dit zorgt voor een divers zorgaanbod in de eerstelijn van preventie tot zorg: versterken bij groeivragen, invoegen en triëren bij signalen, zelf begeleiden, maar ook back up zijn bij overbruggingszorg, hervalpreventie, en crisiszorg.

De opbouw van dit eerstelijnsdraaiboek sluit aan bij de diverse taken in de eerstelijn.



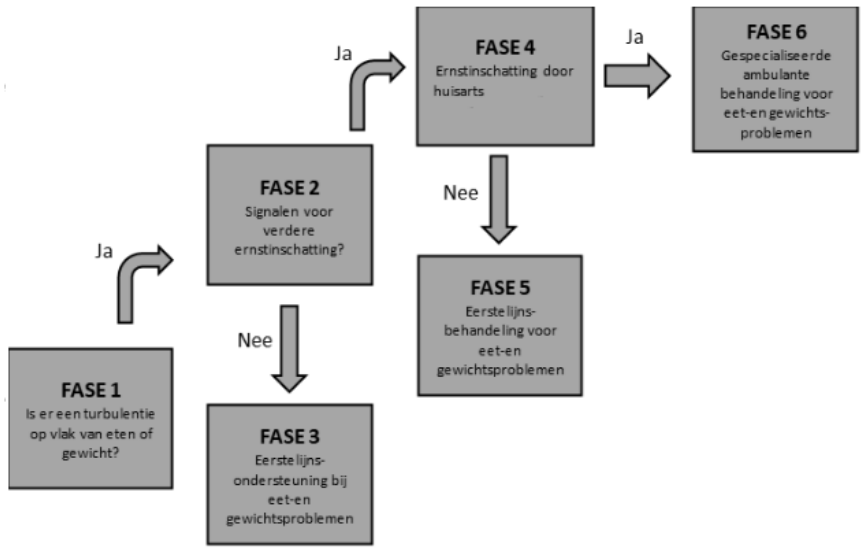
Figuur 1. matched-care zorgpad bij eet-en gewichtsproblemen

Deel 1 bundelt nieuwe inzichten rond eetgedrag, gewicht en een gezonde leefstijl. In Deel 2 worden handvatten gegeven rond invoegen en verkennen van probleemgedrag met het oog op triage en eventuele verwijzing. Het acroniem INNOVATE vat samen hoe de eerstelijnsmedewerker dit kan doen: Invoegen, Niet stigmatiseren, Negotiëren, Onderzoeken, Verduidelijken, Actie bepalen, Timen en plannen en Evalueren. In deel 3 worden ingrediënten van een eerstelijnsbegeleiding uitgewerkt. Deel 4, 5 en 6

geven de eerstelijnsmedewerker handvaten voor terugvalpreventie, overbruggingsondersteuning en crisishulpverlening.

Verloop van eerstelijnszorg bij eet-en gewichtsproblemen

Figuur 2 geeft een overzicht van verschillende fases in de basiszorg rond eet- en gewichtsproblemen. Binnen de eerste fase wordt er nagegaan of er sprake is van een hapering op vlak van eten en/of gewicht. Indien dit het geval is, is het belangrijk om na te gaan of er signalen zijn die aangeven of een verdere ernstinschatting op zijn plaats is (Fase 2: Signalen voor ernstinschatting?). Indien dit niet het geval is, volstaat het om aan de hand van een eerstelijnsondersteuning met de cliënt te werken rond de hapering op vlak van eten en/of gewicht (Fase 3: Eerstelijnsondersteuning bij eet-en gewichtsproblemen). Indien er wel signalen zijn voor verdere ernstinschatting wordt de cliënt doorverwezen naar de huisarts. De huisarts kan dan nagaan of een gespecialiseerde behandeling voor eet-en gewichtsproblemen noodzakelijk is (Fase 4: Ernstinschatting door huisarts). Voor deze inschatting kan de huisarts ook beroep doen op andere disciplines, denk aan de (eerstelijns)psycholoog, een diëtist, of een bewegingsdeskundige. De huisarts beslist op basis van de ernstinschatting om de cliënt door te verwijzen naar de gespecialiseerde zorg ofwel zelf met de cliënt aan de slag te gaan rond het eet- en gewichtsprobleem in combinatie met andere disciplines (Fase 5: Eerstelijnsbehandeling van eet-of gewichtsproblemen).



Figuur 2: Zorgtraject binnen de eerste twee treden van het matched-care model

DEEL I: Welke nieuwe inzichten over eetgedrag, gewicht, en gezonde leefstijl moet ik kennen?

Vroeger werden aanbevelingen rond eetgedrag vernauwd tot gezonde voedingskeuzes, obesitas werd herleid tot een probleem van teveel eten/te weinig bewegen en een gezonde leefstijl was gezond eten en bewegen. Maar recent zijn er heel wat nieuwe inzichten die de visie op eetgedrag, gewicht en leefstijl sterk hebben veranderd.

Nieuwe inzichten rond eetgedrag

Eetgedrag wordt gezien als een deelaspect van leefgedrag dat geleerd moet worden. Net als leren slapen, spelen, werken, moeten er ook vaardigheden ontwikkelen die te maken hebben met evenwichtig eten: De 4 **"eetcompetenties" [1] samengevat voor Vlaanderen als de 4 G's:**

- **Geregeld:** heeft te maken met alles rond het plannen en organiseren van maaltijden.
- **Gezellig:** heeft te maken met alles rond het plezier dat eten en voeding mag geven.
- **Gevarieerd:** heeft te maken met de mate van variatie in het voedingspatroon.
- **Genoeg:** heeft te maken met het luisteren naar wat het lichaam nodig heeft bij zijn groei, het luisteren naar interne honger en verzadigingssignalen van ons lichaam.

De vier vaardigheden kunnen niet zonder elkaar: allen zijn nodig om te kunnen spreken van gezond of eetcompetent eetgedrag. Het genieten van eten moet in combinatie staan met vaardigheden rond het luisteren naar honger en verzadigingssignalen, vaardigheden om evenwichtige maaltijden te plannen en de durf om nieuwe smaken en voeding te proberen. Bij een onevenwicht tussen deze vaardigheden is er sprake van een hapering in eetgedrag. Belang hechten aan de vier vaardigheden zorgt ervoor dat de cliënt niet op één van de vaardigheden gaat doorschieten ten koste van de andere vaardigheden waardoor er opnieuw een hapering in eten kan ontstaan.

Te onthouden voor de eerstelijnspraktijk:

- ***Werk zowel in preventie als zorg aan vaardigheidsleren met betrekking tot eetgedrag : het versterken van de 4 eetcompetenties of de 4 G's : Geregeld, Gezellig, Gevarieerd, en Genoeg. Ook de interactie tussen de 4 G's is van belang: Idealiter zijn de 4 G's in evenwicht. .***

Nieuwe inzichten rond obesitas

De oorzaken van obesitas enkel terug brengen naar een te hoge energie opname en een te laag energieverbruik doet afbreuk aan de complexiteit van deze aandoening. Onderzoek toonde

ondertussen aan dat veel verschillende factoren bijdragen tot de ontwikkeling van obesitas: **Genetische factoren** hebben impact op hoe ons lichaam voedsel en beweging herkent, gebruikt en erop reageert. Ook **chemische en hormonale processen** hebben een invloed op wat en hoeveel er gegeten. Deze processen worden bovendien ook beïnvloed door medicatiegebruik, stress en slaaptekort. Daarnaast zijn er **contextfactoren** die gezonde keuzes gemakkelijker of moeilijker maken. Zo worden voedsel- en bewegingskeuzes zeer sterk beïnvloed door *opvoedings- en conditioneringsprocessen*, de inrichting van de *omgeving* waarin we wonen, en de *culturele context*, in het bijzonder *stigmatisering*. En tot slot kunnen **psychologische factoren**, zoals zelfbeeld, lichaamstevredenheid, temperament en copingvaardigheden, een belangrijke invloed hebben op het verloop van het eetgedrag [2, 3].

Daarnaast zijn er heel wat factoren die gewichtsverlies tegenwerken. Meer en meer onderzoek toont dat gewicht verliezen en vooral het gerealiseerde gewichtsverlies behouden, complex is. In de jaren volgend op een bepaalde dieet wordt bij het overgrote deel van de deelnemers terug een systematische gewichtstoename vastgesteld [4]. Recent onderzoek geeft echter aan dat de **metabole gezondheid verbetert** door een aanpassing van de leefstijl, zelfs zonder gewichtsreductie. Het suggereert dat **leefstijl meer impact** heeft op metabole gezondheid dan gewicht [5].

Op drie vlakken worden **pogingen tot gewichtsverlies tegengewerkt**: fysiologisch, sociaal, en psychologisch.

<u>Fysiologisch:</u> Ter behoud van gewicht en lichaamssamenstelling worden diverse fysiologische processen geactiveerd na een dieet met een stevige calorierestrictie[4]:

- vermindering van energieverbruik (het basaal rustmetabolisme);
- verstoringen in de niveaus van de diverse eetlustregulerende hormonen;
- extra activatie van de hedonische respons na eten.

<u>Sociaal:</u> De **stigmatisering** die personen met obesitas ervaren, zorgt voor extra sociale tegenwind en heeft ook een aandeel in gewichtstoename. Stigmatiserende ervaringen kunnen emotionele problemen (schaamte, depressie, lichaamsontevredenheid…) en stress uitlokken. Verhoogde cortisol (ons stress-hormoon) kan verstoord eetgedrag (verminderde zelfcontrole, verhoogde inname van suiker- en vetrijke voeding) en gewichtstoename als gevolg hebben [6].

<u>Psychologisch</u>**:** Bovendien heeft **lijngedrag** ook heel wat psychologische gevolgen. Een cognitieve grens, bijvoorbeeld zichzelf strenge regels opleggen met betrekking tot wat men wel/niet mag eten, vraagt heel wat mentale energie. Op momenten dat dit energiepeil uitgeput is (bv. door vermoeidheid of stress), kan ontremming ontstaan, en eet iemand die lijnt vaak méér dan iemand die niet lijnt [7]. Bovendien zijn er individuele verschillen in beloningsgevoeligheid, waardoor het voor de ene persoon gemakkelijker is om met de diverse verleidende voedingsprikkels in de omgeving om te gaan dan voor de andere.

Te onthouden voor de eerstelijnspraktijk :

- ***Meer factoren dan het huidig eet- en beweeggedrag hebben een invloed op iemands gewicht.***
- ***De "maakbaarheid" van ons gewicht is beperkter dan de maatschappij ons doet geloven***
- ***Ook zonder gewichtsverlies is er gezondheidswinst bij verandering naar een gezonde leefstijl.***
- ***Bij advies geven zonder een grondige inschatting van de factoren die een rol spelen in het ontstaan en behoud van overgewicht bij een individu, kunnen er gedrag uitgelokt worden dat contraproductief werkt (bv. streng lijngedrag)***
- ***Een focusverschuiving is vereist (zowel in preventie als zorg): Gewichtsverlies staat niet langer voorop. Prioritair is gezondheidsverbetering en de implementatie van een gezonde leefstijl***

Nieuwe inzichten i.v.m. gezonde leefstijl?

Bij een gezonde leefstijl wordt traditioneel vaak gedacht aan gezond eten en meer bewegen. Een gezonde leefstijl bevat echter veel meer dan eten en bewegen alleen maar omvat ALLES (acroniem voor: Afwisselend eten, Leuk bewegen, Lief zijn voor jezelf, Emoties hanteren en een goede Slaaphygiëne

Afwisselend eten:

Afwisselend eten staat voor eetgedrag dat gebaseerd is op de 4 eetcompetenties: gevarieerd, genoeg volgens de groeibehoefte, gestructureerd in de dag, en gezellig(niet krampachtig). Meer info en tips zijn geconcretiseerd op:

- Eetcompetenties
- Voedingsdriehoek

Leuk bewegen en lang stilzitten onderbreken

Bij 'bewegen' denkt men spontaan aan intensieve trainingsprogramma's en het lopen van een marathon. Veranderingen in fysieke activiteit hoeven echter niet zo "groots" te zijn: ook kleine dagdagelijkse veranderingen kunnen een winst in fysieke activiteit betekenen. "Elke stap telt" is in deze dus erg letterlijk te nemen. Maar bij een gezonde leefstijl zijn er ook restricties rond bewegen: gezond bewegen is afgestemd op wat het lichaam goed doet, en in die zin 'leuk' bewegen.

Naast beweeggedrag blijkt ook de hoeveelheid 'zittijd' belangrijk voor gezondheidsinschatting: Ook al wordt er sommige dagen goed bewogen, ons lichaam is niet aangepast aan de grote hoeveelheid sedentaire tijd die vaak achter 'schermen' wordt doorgebracht.
In de bewegingsdriehoek van VIGL staan meer concrete tips i.v.m. het verbeteren van 'bewegen' en 'sedentair gedrag'.

Lief zijn voor jezelf

Recent komt het belang van lichaamstevredenheid steeds meer in de aandacht bij gezondheidsinschatting. Een gezonde leefstijl zet ook in op het lief zijn voor zichzelf en zijn/haar lichaam. Iemand met een gezond lichaamsbeeld en gezonde zelfwaarde heeft een duidelijk zicht op wat fysisch en psychologisch goed gaat, maar kan ook minder goede kanten accepteren. Dit leidt tot vertrouwen in zichzelf en in zijn mogelijkheden om moeilijkheden te overwinnen. Lichaamstevredenheid en een gezonde zelfwaarde beschermt tegen heel wat psychische problemen o.a. de ontwikkeling van eet-en gewichtsstoornissen.

Emoties hanteren

Emoties horen bij het leven, toch wordt er vaak op zoek gegaan naar manieren om negatieve emoties niet te hoeven voelen en deze te onderdrukken. Maar ook met sterke positieve gevoelens weet men niet altijd raad. Hoewel emoties onderdrukken op korte termijn goed werkt, kan het op lange termijn voor gezondheidsproblemen zorgen. Leren om emoties te accepteren en op een adaptieve manier te leren reguleren is dan ook een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl.

Slapen

Nieuw onderzoek wijst op de sterk onderschatte gezondheidsimpact van slaaptekort. Daarom pleit men ervoor om leefstijladvies ook uit te breiden tot slaapadvies. De hoeveelheid slaap die iemand nodig heeft, verschilt tussen mensen en varieert ook naargelang de leeftijd. Baby's slapen tot 16u per dag, voor kinderen en adolescenten wordt een slaapduur tussen de 8 en 11u aangeraden en de gemiddelde "normale" slaapduur voor volwassenen is 7 a 8 uur. Kleine individuele verschillen in slaapduur zijn mogelijk maar extreme afwijkingen van deze range leiden tot gezondheidsproblemen.
Zie ook onze fiche over slaap.

Te onthouden voor de eerstelijnspraktijk :Een gezonde leefstijl is meer dan eten en bewegen. Een gezonde leefstijl behelst 'A.L.L.E.S'

DEEL II: Invoegen en verkennen van probleemgedrag: INNOVATE

Inleiding

Hoe breng kan het onderwerp eten/gewicht in eerstelijnswerk ter sprake worden gebracht? Welke signalen/klachten wijzen op problemen i.v.m. eten en gewicht? Hoe kan de ernst worden inschatten en wanneer wordt er doorverwezen? In dit deel worden concrete handvatten gegeven: het acroniem INNOVATE vat de eerste aanpak voor de eerstelijnsmedewerker samen. INNOVATE staat voor: Invoegen, Niet stigmatiseren, Negotiëren, Onderzoeken, Verduidelijken, Actie bepalen, Timen en plannen en Evalueren.

Verhoogde aandacht nodig bij bepaalde klachten en risicogroepen

Cliënten met een eetstoornis geven doorgaans niet altijd zelf aan dat er mogelijk een eetprobleem is (wegens gebrek aan probleembesef en ziekte-inzicht of vanuit schaamte [8]). Verhoogde aandacht is daarom nodig bij eetstoornisgerelateerde klachten en signalen (zie Tabel 1) en bij bepaalde risicogroepen.

Tabel 1. Mogelijke klachten

Rechtstreekse klachten	**Onrechtstreekse klachten**
Klachten rond gewicht en/of groei:	*Vage klachten, o.a.:*
· te dik/ te dun · te klein/ te groot	· maagdarmklachten · gynaecologische problemen · moeheid · hoofdpijn · duizeligheid
Klachten rond voeding en eetgedrag:	*Gedragsmatige of psychologische problemen* (verstoord welbevinden)
· te veel/ te weinig · te frequent · te selectief · te snel/ te langzaam	· problemen op school/werk · moeilijkheden bij sportprestaties · depressieve stemming · concentratieproblemen · angst · gepest worden

Verder zijn er een aantal **risicogroepen**, die een hogere kans lopen op de ontwikkeling van een eetstoornis.

Eetstoornissen komen het vaakst voor bij *jonge vrouwen* (15-25 jaar) met Westerse schoonheidsidealen. Ook vrouwen die afkomstig zijn uit een niet-Westerse cultuur en na migratie geconfronteerd worden met het slankheidsideaal lopen risico [9, 10]. Personen die actief zijn in domeinen waar veel nadruk gelegd wordt op uiterlijk en slankheid, zoals de *modellen- of balletwereld*, hebben meer kans om een eetstoornis te ontwikkelen. Diverse internationale studies [11, 12] tonen ook aan dat *topsporters* een iets hoger risico hebben om een eetprobleem te ontwikkelen in vergelijking met wie niet aan topsport doet. Dit blijkt voornamelijk het geval bij vrouwelijke elitesporters binnen bepaalde sporttakken zoals duursporten, esthetische sporten, sporten met gewichtscategorieën, enz.

Er zijn ook een aantal familiale risicofactoren. Kinderen van *moeders met een eetstoornis* hebben vaker een verstoorde relatie met voeding en lopen meer risico om een eetstoornis [13] en andere emotionele problemen [14] te ontwikkelen. Ook *depressie en angststoornissen bij gezinsleden* vormen risicofactoren voor de ontwikkeling van een eetstoornis bij de cliënt [15]. Ouders met een psychiatrische problematiek zijn minder sensitief voor de voedings- en verzorgingssignalen van hun kind [16]. *Middelenmisbruik* (bijvoorbeeld alcohol) in het gezin wordt gekoppeld aan een verhoogd risico op boulimia nervosa [15] en eetbuien, wellicht genetisch gekoppeld aan een gebrekkige impulscontrole [17].

Verschillende studies tonen aan dat *diabetes type 1* een risicofactor is voor eetpathologie [18, 19]. De levensstijlaanpassingen die cliënten met diabetes moeten volgen zijn zeer strikt en brengen een sterke focus op voedsel en eetgedrag met zich mee. Tegelijk kunnen cliënten onvoldoende inname van insuline hanteren als middel om af te vallen. De combinatie van diabetes type 1 en een eetstoornis verhoogt het risico op ernstige complicaties sterk [20].

INVOEGEN

Hoe wordt er gestart?

Bij een vermoeden van haperingen i.v.m. eten of gewicht, is invoegen de eerste stap (en mogelijk wel een van de belangrijkste). Voeg in bij het verhaal en het leven van de persoon, maak connectie met wie hij/zij is en wat hij/zij belangrijk vindt. Onthaal de persoon positief als iemand in volle groei. Ook al zou iemand door zijn context aangeduid worden als ‘eet/gewichtsprobleem’, hij of zij is geen eet/gewichtsprobleem. Maak eerst contact met de persoon, niet met het probleem. Probeer de moeilijkheden van de persoon te zien als leerkansen voor iemand die zelf ook hiervoor al heel wat kon oplossen. Spreek de persoon aan als expert in zijn eigen leven, en probeer zicht te krijgen op waar de persoon mee bezig is, kijk breder dan het probleem en maak ook contact met facetten die goed gaan.

Klachten van de persoon kunnen heel divers zijn, en hebben mogelijk niets te maken met eten of gewicht. Neem ook deze klachten serieus, vermijd om bepaalde klachten terug te brengen tot problemen op vlak van eten en gewicht.

NIET STIGMATISEREN

Kies voor een neutrale en niet stigmatiserende taal en bejegening

Het **maatschappelijk beeld** over hoe we er 'uit' zien heeft een sterke invloed op de gezondheid en het welzijn van ons allemaal. Zorgfiguren (ouders, leerkrachten) en hulpverleners hebben vaak zelf een (voor)oordeel over lichte of zwaardere mensen: er wordt bijvoorbeeld vanuit gegaan dat iemand met een afwijkend gewicht per definitie een ongezonde leefstijl heeft, niet gemotiveerd is tot een gezonde leefstijl, en zelf de volle verantwoordelijkheid draagt voor het afwijkend gewicht. Dergelijke stigma's rond gewicht zijn niet alleen fout, ze hebben ook een enorme impact op de gezondheid van mensen, en vormen een barrière voor de behandeling. Stigmatisering zorgt ervoor dat velen van ons zich heel snel 'te dik' voelen, en dat kinderen, jongeren en volwassenen met overgewicht en obesitas zich schamen en van het ene dieet naar het andere springen. Zo ontstaat een vicieuze cirkel, want dit lijngedrag brengt hen net verder van een gezond gewicht. Dit mag niet gestimuleerd worden.

Ook hulpverleners stigmatiseren onbedoeld, zo blijkt uit een bevraging van cliënten met obesitas. Bewustwording van eigen vooroordelen is de sleutel. Meestal zit stigmatisering in kleine onbewuste dingen. Bijvoorbeeld, hebben de stoelen in de wachtkamer zijleuningen waardoor niet elke persoon erin kan plaatsnemen? Doen de magazines in de wachtkamer geloven dat we moeten afvallen via dieetadviezen en gefotoshopte beelden van 'perfecte' modellen? Stigmatisering sluipt ook in hoe er gecommuniceerd wordt.

Enkele tips:

- Gebruik person-first taal: 'Iemand met overgewicht', Iemand met een eetstoornis i.p.v. 'het obese/dikke kind'.
- Vertrek vanuit het groeiverhaal van de persoon, en niet vanuit gewicht of uiterlijk.
- Focus op een gezonde leefstijl en help dit te concretiseren via het acroniem A.L.L.E.S.
- Benadruk de complexiteit van invloeden op de ontwikkeling van obesitas/eetstoornissen.
- Kijk kritisch naar het slankheidsideaal en dieethypes.
- Stimuleer een positief lichaamsbeeld en goed welbevinden.
- Stimuleer via taal goede zelfzorg: "Wat heeft je lichaam nodig?".
- Geef positieve boodschappen rond rolmodellen die 'een maatje meer' hebben.
- Gebruik geen taal die schuldgevoelens kan geven.
- Vermijd taal die focust op het uiterlijk, zoals termen 'mager' en 'dik'.
- Leg geen verband tussen bewegen en afvallen.

Het is niet evident om de juiste woorden te vinden om overgewicht en leefstijlveranderingen ter sprake te brengen, maar dit blijkt wel de sleutel naar duurzame gezondheidswinst. Daarom is Eetexpert in 2018 gestart met een project rond communicatie over gewichtsproblemen bij kinderen en jongeren. We bieden vorming en ondersteuning voor gezondheidsprofessionals en schoolteams. Voor meer info, contacteer ons: https://eetexpert.be/contact/. Tips voor ouders staan in deze fiche.

NEGOTIEREN

Waar wordt mee aan de slag gegaan?

Verken samen de initiële hulpvraag. Bepaal een gezamenlijke agenda: "Waar willen we het vandaag over hebben?". Vertrek van hoe opgroeien gaat, focus eerst rond het functioneren in het algemeen, en kom dan bij deelthema's: "Zijn er ook vragen rond voeding, eetgedrag of gewicht?"

Er wordt vaak gebotst op de vraag 'hoe motiveren we deze persoon om gedrag of gewoontes te veranderen?' Maar eigenlijk gaat het er vaak om eerst te verkennen waarvoor iemand reeds gemotiveerd is, om vervolgens motivatieversterkend in te voegen. Drie kaders bieden hierrond houvast: De vraag waarvoor iemand reeds gemotiveerd is, wordt beantwoord via de veranderingscirkel van Prochaska en Diclemente (1982)[21]. De zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci (1985; 2000) [23, 24] kan houvast bieden bij de vraag hoe er motivatieversterkend kan worden ingevoegd. De vraag hoe er motivationeel versterkend gecommuniceerd kan worden, is de topic van Miller en Rollnick (2014) [22] in hun kader van motivationele gespreksvoering. Meer informatie staat in de **fiche rond motiverend werken**. Desgewenst kan ook de **e-learning** rond motivering gevolgd worden.

Achtergrond

Men is er steeds meer van overtuigd dat kwalitatief goede motivatie nodig is om tot duurzame veranderingen te komen. Daarvoor is een groeibevorderende samenwerking essentieel. Hieronder worden de verschillende kaders besproken die handvaten kunnen geven om een groeibevorderende samenwerking te ondersteunen en aan een kwalitatieve motivatie te werken.

Zelfdeterminatietheorie (Ryan & Deci, 1985; 2000 [23, 24])

Net zoals planten zonlicht, water en mineralen nodig hebben om te kunnen groeien zo kunnen mensen, volgens de zelf-determinatie theorie, pas groeien wanneer er aan drie basisnoden wordt voldaan: de nood aan autonomie, de nood aan verbondenheid en de nood aan competentie. Door Van Steenkiste en Soenens [25] ook wel "vitamines voor groei" genoemd.

De nood aan autonomie is het gevoel hebben zichzelf te mogen zijn en zelf beslissingen te kunnen nemen over het eigen gedrag, i.t.t. gecontroleerd worden door anderen.

De nood aan verbondenheid betreft het gevoel hebben ergens bij te horen, het gevoel hebben dat je geeft om anderen en dat anderen geven om jou.

De nood aan competentie is het gevoel op een effectieve manier te kunnen omgaan met de omgeving, het ervaren van successen en het gevoel hebben gedrag of uitdagingen tot een goed einde te kunnen brengen.

Om optimaal te kunnen samenwerken met de cliënt is het nodig dat er een context gecreëerd wordt waarbinnen optimaal tegemoetgekomen wordt aan de basisnoden van de cliënt. Dit kan op verschillende manieren:

- ## Autonomie ondersteunen

De nood aan autonomie, of zelf zijn leven te kunnen bepalen is wellicht een van de belangrijkste noden over leeftijdsfases en over culturen heen. Invullen van deze nood is een belangrijke voorwaarde voor inzetten van veranderingsprocessen.

Belang van empathie en nieuwsgierigheid

Autonomie ondersteunen vertrekt altijd vanuit empathie. Het houdt in dat jij als hulpverlener benieuwd bent naar en begrip hebt voor de leefwereld van de cliënt. Het is cruciaal dat de situatie van de cliënt zo goed mogelijk begrepen wordt door te luisteren naar wat de cliënt wil vertellen zonder dat zijn/haar verhaal wordt ingevuld met het eigen referentiekader.

Het helpt om elk gesprek vanuit nieuwsgierigheid en een “niet-weten” te starten. Probeer om het verhaal van de cliënt zo concreet mogelijk te krijgen. Het helpt om wat er door de cliënt verteld wordt zo concreet mogelijk voor zich te zien, als een film die zich voor de ogen afspeelt. Vanuit die houding gaat men automatisch meer open vragen stellen. Probeer ook zicht te krijgen op de hulpvraag van cliënt:

- Wat is het probleem volgens de cliënt? Hoe denkt cliënt dat de problemen zijn ontstaan?
- Wat vindt cliënt van begeleiding? Wat verwacht hij/zij van de begeleiding?
- Hoe denkt de cliënt dat de problemen aangepakt moeten worden?
- Wanneer heeft hij/zij haar doelen bereikt? Hoe ziet het einddoel er voor hem haar uit?

Maak de cliënt deelgenoot van het proces

Wees eerlijk en open over het traject. Geef cliënt inspraak bij beslissingen over behandeldoelen:

- Waar wil hij/zij eerst mee aan de slag?
- Heeft cliënt een idee hoe hij/zij hiermee aan de slag zou willen gaan?
- Wanneer wil hij/zij bepaalde doelen bereikt hebben?

- Verduidelijk het aanbod ("ik kan je wat technieken uitleggen, we kunnen samen zoeken hoe jij hier zelf mee aan de slag kan gaan") en laat de cliënt kiezen.

Geef duiding bij structuur en regels

Een autonomie ondersteunende aanpak is geen 'laisser faire'-aanpak. Het kader van de hulpverlener leidt tot een bepaalde structuur met afspraken. De kennis m.b.t. gezondheidsbevordering vormt ook een belangrijke input naast de cliëntexpertise, die soms zelfs kan leiden tot dringende beslismomenten. In het autonomie bevorderend werken wordt deze kennis niet ondergeschikt aan de wil van de cliënt, maar pleit men ervoor om voldoende uitleg te geven over het waarom van een bepaalde afspraak of beslismoment zodat de cliënt zelf kan kiezen om 'toe te stemmen'. 'Druk zetten' en 'autoriteit' gebruiken wordt in deze aanpak vervangen door maximaal informeren van de cliënt. Dit verhoogt de kans dat de cliënt de afspraak zal aanvaarden en ook zal onderschrijven.

- **VerBondenheid**

Iedereen heeft behoefte aan 'graag gezien' worden en bevestigd te worden. In de hulpverleningsrelatie kan deze nood bevestigd worden door goed invoegen, door onvoorwaardelijke acceptatie en door de kracht van relaties te gebruiken.

Invoegen in de leefwereld van de cliënt

Door goed invoegen in de leefwereld van de cliënt, toont de hulpverlener maximaal respect tov de cliënt: Vraag naar het filmscript van een doorsnee-dag. Sluit zoveel mogelijk aan bij de leefwereld van de cliënt, blijf bij zijn/haar interesses en doelstellingen. Het kan soms helpen om de woorden, taal en metaforen van de cliënt over te nemen. Erken wat er moeilijk loopt en de gevoelens die de cliënt hierbij heeft.

Vraag ook naar betekenisvolle anderen in het leven van cliënt. Inventariseren van het netwerk is essentieel voor het maximaliseren van de behoefte aan verbondenheid.

Onvoorwaardelijke acceptatie

Blijf staan voor de cliënt, niet alleen op de momenten dat het goed loopt maar ook op de momenten dat het niet zo goed loopt. Wanneer cliënten voelen dat ze altijd bij ergens terecht kunnen ook als het moeilijk loopt, zal het ook mogelijk zijn om in moeilijke periodes te werken aan verandering. Reageer nieuwsgierig i.p.v. verwerpend bij verschil in mening in de begeleiding: 'je reageert niet helemaal zoals ik gedacht had, maar je zal er wel je reden voor hebben. Kan je mij even vertellen waarom je …'

Gebruik de kracht van relaties

Ook in het werken aan verandering zijn betekenisvolle anderen sterke hefbomen. Ook in situaties waarin cliënten zelf nog niet veel meerwaarde zien van verandering, kan de reactie van anderen

op verandering erg belonend werken. Gebruik de kracht van relaties. Bijvoorbeeld: Hoe zou het voor je partner zijn als dit jou lukt? Hoe zou jij je voelen ten opzichte van je partner als dit jou lukt?

- **Competentie en Krachtgericht**

Om de nood aan autonomie te kunnen invullen is er ook nood aan competentie: Het vraagt om concretiseren van tussenstappen en uitvergroten van wat al in de richting werkte.

Werk in kleine stappen

Creëer een context waarbinnen de cliënt een duidelijk zicht heeft op wat er van hem of haar verwacht wordt. Splits samen met de cliënt de behandeldoelen op in kleine haalbare tussendoelen, evalueer en bespreek regelmatig de vorderingen. Op die manier wordt het voor de cliënt gemakkelijker om succeservaringen te zien.

Oog voor talenten en krachten

Spiegel tijdens veranderingsprocessen regelmatig de krachten, talenten en capaciteiten van de cliënt. Ook uitvergroten wat al lukte is bekrachtigend. Versterken van al aanwezig gedrag geeft sneller en duurzamer resultaat dan nieuw gedrag initiëren.

Motivationele gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2014)

Aansluitend bij de zelfdeterminatietheorie ontwikkelden Miller en Rollnick (2014) vanuit de praktijk het model van motivationele gespreksvoering. Het biedt een gesprekssstijl die de cliënt toelaat om eigen motivatie en redenen voor verandering te versterken. Daarbij overtuigt de hulpverlener niet zelf om te veranderen maar laat hij de cliënt zijn redenen om te veranderen versterken. Om dit te bereiken dient de hulpverlener vier processen te ondersteunen:

- *Engageren* omvat alles wat te maken heeft met relatieopbouw: contact maken, invoegen bij de cliënt, afstemmen op de cliënt.
- *Focussen* heeft te maken met het bepalen van de richting van het begeleidingsproces. Met welke thema's wil de cliënt aan de slag. Zijn er thema's die jij als hulpverlener op de agenda zou willen zetten?
- *Ontlokken* is het meest essentiële proces waarbij men bij de cliënt de eigen motivatie voor verandering ontlokt.
- *Plannen* behelst twee belangrijke taken: het versterken van het engagement om te veranderen en het formuleren van een specifiek actieplan.

Om deze processen te ondersteunen kan de hulpverlener een beroep doen op een aantal gespreksvaardigheden samengevat in het acroniem ORBS:

- *Open vragen:* door open vragen te stellen kan de cliënt zijn eigen situatie te verkennen.
- *Reflectie:* aan de cliënt teruggeven wat gehoord of gezien werd. Niet zomaar herhalen maar proberen te raden wat er bedoeld werd of de beleving die het oproept. Opgelet: reflecties zijn een statement en geen vraag.
- *Bevestiging:* het uiten van waardering en begrip voor de talenten en kenmerken van de persoon.
- *Samenvatting:* samenvatten dient voornamelijk om te structureren. Het geeft houvast en door informatie die doorheen het gesprek gegeven werd samen te zetten kan de cliënt er betekenis aan geven.

Daarnaast is ook het geven van informatie en feedback belangrijk omdat de hulpverlener vanuit zijn eigen expertise en ervaring informatie heeft die de cliënt mogelijk zou kunnen helpen. Om informatie of feedback over te brengen gebruikt men best het ontlok-geef-ontlok principe waarbij je eerst de bereidheid om te luisteren ontlokt, daarna de informatie geeft en dan een reactie ontlokt met behulp van een open vraag.

Bijvoorbeeld:

Ontlok: Er is heel wat bekend over de mogelijke negatieve gevolgen van lijnen. Is het voor jou ok als ik jou hier iets meer over zou vertellen?

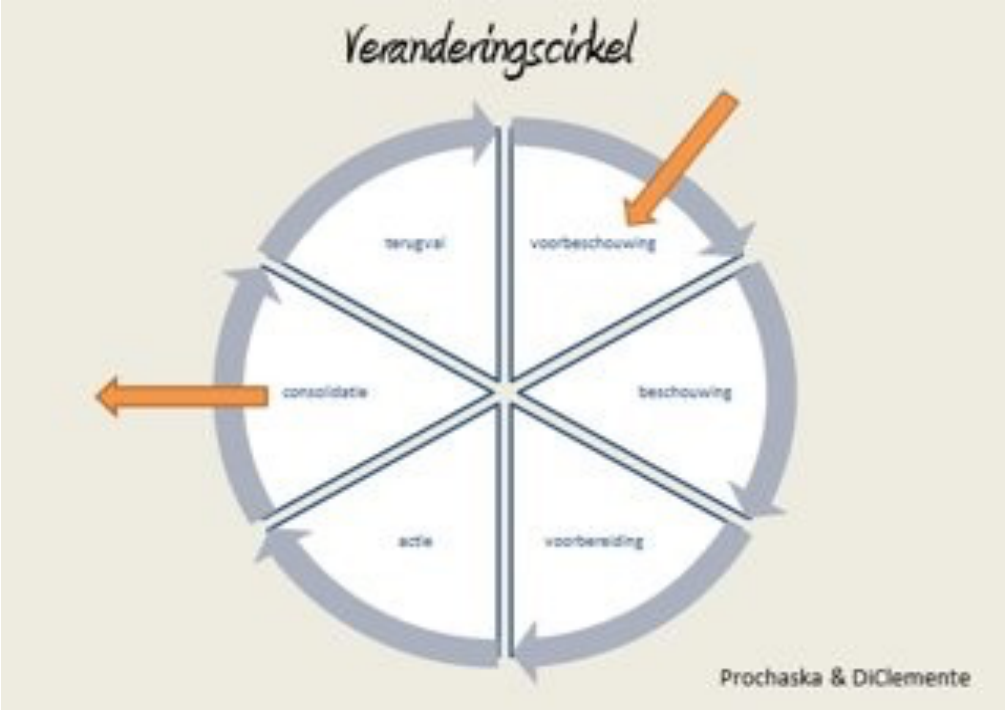
Geef: geef zoveel mogelijk gepersonaliseerde informatie maar breng deze op een neutrale en niet veroordelende manier.

Ontlok: Wat denk je als je dit zo hoort? Of Wat betekent dit voor jou?

Afhankelijk van het proces dat op de voorgrond staat komen bepaalde vaardigheden meer of minder aan bod.

De veranderingscirkel Prochaska & Diclemente (1982)

Om in te voegen is het nodig een goede inschatting te maken van waar de cliënt gemotiveerd voor is. Prochaska en Diclemente (1982) beschrijven gedragsverandering als een proces waarin verschillende fases van motivatie worden doorlopen. Hoewel hulpverleners vrij actiegericht opgeleid zijn, zijn de meeste hulpvragen nog lang niet in de ‘actie’fase en dat vraagt andere interventies.



Figuur 3. De veranderingscirkel van Prochaska & Diclemente (1982)

Het model van Prochaska en Diclemente (1982) biedt een houvast bij het plannen van interventies die cliënten helpen om te reflecteren over het nut, het wat en het hoe van gedragsverandering.

- **Voorbeschouwingsfase**

De voorbeschouwingsfase wordt gekenmerkt door de ontkenning van het probleem. De persoon vindt dat er geen probleem is en staat dus ook niet open voor hulp. In de voorbeschouwingsfase is het van belang om van de cliënt nog geen actie te verwachten. Het heeft ook geen zin om deze cliënten opdrachten mee te geven, de kans dat deze worden uitgevoerd is nihil.

Wat zijn wel mogelijk interventies in de voorbeschouwingsfase?

- *actief luisteren;*
- *zoeken naar een gemeenschappelijk hulpvraag*: Iedereen is gemotiveerd voor iets. De cliënt is misschien nog niet gemotiveerd om aan zijn/haar eetprobleem te werken maar mogelijk is er wel iets anders waar hij/zij mee aan de slag wil gaan dat met "eten" gerelateerd is;
- *informatie en feedback geven* (zie ook 2. Motivationele gespreksvoering);
- *ontlokken van ambivalentie:* aanmoedigen van reflectie over het conflict tussen iemands gedrag en wat hij belangrijk vindt. Men reflecteert over de discrepantie tussen wat men doet en de eigen

waarden en doelen. Dit is niet evident. Reflectie wordt pas mogelijk wanneer mensen zichzelf aanvaarden.

- **Beschouwingsfase**

Iemand die in de beschouwingsfase zit, kan zien dat er een probleem is maar men wil nog niet veranderen. Ook binnen de beschouwingsfase is het van belang om nog geen actie te verwachten. Interventies die mogelijk wel interessant zijn:

Zoals in de voorbeschouwingsfase:

- *actief luisteren;*
- *informatie en feedback geven* (zie ook 2. Motivationele gespreksvoering).

Bijkomende interventies in de beschouwingsfase:

- *ambivalentie ten opzichte van verandering verkennen.* In situaties waarin cliënten nog maar weinig bereidheid tot verandering tonen kan het interessant zijn om gebruik te maken van een beslissingsbalans. Bij een beslissingsbalans wordt de cliënt gevraagd om de voor- en nadelen van verandering en van behoud op een rijtje te zetten. Bij de beslissingsbalans wordt echter ook veel behoudstaal ontlokt, het is aan de hulpverlener om dit proces goed te begeleiden en te bepalen in welke mate er aandacht besteed dient te worden aan de behoudkant van de balans. Gebruik het proces van de cliënt als houvast.

- **Beslissingsfase**

Iemand in de beslissingsfase is zich bewust van het probleem en maakt de beslissing om er iets aan te doen. De beslissingsfase laat toe om samen met de cliënt stil te staan bij manieren waarop de verandering kan plaatsvinden en een veranderingsplan te maken.

Mogelijke interventies in de beslissingsfase zijn:

- *actief luisteren;*
- *het opstellen en verduidelijken van doelen.* **Z**org voor haalbare en concrete doelen, liever kleine stappen dan grote stappen die niet haalbaar zijn. Een handige houvast bij het opstellen van doelen is het acroniem PRISMA: Doelen dienen: Positief, Relevant, Invloed, Specifiek, Meetbaar, Actiegericht te zijn;
- *identificeren van personen in de omgeving die kunnen helpen/supporteren bij verandering.*

- **Actiefase**

Iemand in de actiefase is reeds gestart met stappen zetten om verandering aan te brengen. Mogelijke interventies in de actiefase zijn:

- *actief luisteren;*
- *supporteren voor de veranderingen die de cliënt aanbrengt;*
- *stilstaan en aanmoedigen om stil te staan bij vooruitgang van de cliënt* (let hierbij op het verschil tussen procesgerichte en persoongerichte feedback).

- **Consolidatiefase**

Als de cliënt actief stappen neemt om de verandering te behouden, bevindt hij/zij zich in de consolidatiefase. Mogelijke interventies in de consolidatiefase zijn:

- *actief luisteren;*
- *supporteren voor de veranderingen die de cliënt aanbreng;*
- *reflecteren over de veranderingen,* de gewenste doelen en helpen reflecteren indien strategieën moeten bijgesteld worden;
- *cliënt voorbereiden op een terugval:* de terugval te normaliseren en samen stil te staan bij strategieën om "back on track" te komen.

- **Fase van terugval**

Een fase van terugval is heel normaal in een gedragsveranderingsproces en biedt zelfs kansen! Door te reflecteren over de terugval kan er nagegaan worden hoe dit in de toekomst voorkomen kan worden. Zie ook Deel V: terugvalpreventie.

ONDERZOEKEN

Wat is er aan de hand?

Om in te schatten wat de impact is van het eetgedrag en het gewicht is er meer concrete informatie nodig. Vraag de cliënt om te helpen tijdens het onderzoek. Stel open vragen en vraag naar verduidelijking van de cliënt waar nodig. Als eerstelijnsmedewerker is het bij dit onderzoek de bedoeling zicht te krijgen op de impact van eten en gewicht en de noodzaak om medische en meer gespecialiseerde hulp in te voegen.

Te bevragen:

- gewichtsevolutie
- lichamelijke signalen
- leefstijl
    - **A**fwisselend eten
    - **L**euk bewegen en lang stilzitten onderbreken
    - **L**ief zijn voor jezelf
    - **E**moties hanteren
    - **S**lapen

- signalen eetstoornis
- context
- psychisch functioneren

Wees alert voor signalen van een negatieve lichaamsbeleving en van zelfstigmatisering, en peil naar reacties van de ouders of anderen uit de omgeving.

Achtergrond

Gewichtsevolutie

Het meest zichtbare en duidelijkste signaal is het gewicht van de cliënt waarbij vooral een 'verandering in gewicht' een belangrijk signaal is. Iemand die al lang een vrij constant licht onder- of overgewicht heeft, heeft niet noodzakelijk een probleem. Echter op korte tijd een grote afname of toename in gewicht (zelfs als dit nog valt binnen de 'normale' grenzen) is wel een belangrijk signaal dat om een verdere ernstinschatting vraagt. Vergelijken met de populatie geeft niet zo veel info, maar vergelijken met de eigen groeicurve levert essentiële info. Bevraag dus niet alleen het huidige gewicht maar ook de evolutie.

Omdat kinderen nog in groei zijn, is het belangrijk om bij hen te richten op hun **groeicurve** en de gewichtsindex, afhankelijk van de leeftijd van het kind. Men wordt hiervoor best bijgestaan door een arts. Meer informatie staat hier.

Lichamelijke signalen

Eet- en gewichtsproblemen kunnen zich op verschillende manieren lichamelijk uiten. Vraag of de persoon ergens last van heeft. Het is niet de bedoeling om in detail door te vragen. Bij lichamelijke klachten wordt er doorverwezen naar de huisarts.

Leefstijl

Bevraag de huidige leefstijl: Het gewicht alleen geeft te weinig informatie over de gezondheid van de persoon. Vraag of de cliënt wil helpen om een beter zicht te krijgen. Bevraag de verschillende elementen van een gezonde leefstijl. Deze kunnen samengevat worden onder het acroniem 'ALLES':

- Afwisselend eten
- Leuk bewegen en lang stilzitten onderbreken
- Lief zijn voor jezelf
- Emoties hanteren
- Slapen

- **Afwisselend eten**

Evenwichtig leren eten vraagt de ontwikkeling van 4 competenties [1]. Maak een inschatting van de ontwikkeling van deze competenties via een bevraging van de 4G's van evenwichtig eetgedrag, **G**eregeld, **G**ezellig, **G**evarieerd en **G**enoeg:

- **Geregeld:** Wordt er op regelmatige tijdstippen gegeten?, Wordt er stilgestaan bij wat en wanneer men eet?
- **Genoeg:** Voelt men het wanneer men honger heeft?, Voelt men het wanneer men genoeg heeft?, Stop men soms met eten ook al heeft men nog honger?, Vindt men het soms moeilijk om te stoppen met eten?
- **Gevarieerd:** Vindt men het gemakkelijk of moeilijk om nieuw voedingsmiddelen te proberen?, Hoe gevarieerd is het voedingspatroon?, Zijn er zaken die men lastig vindt om te eten?, Zijn er bepaalde voedingsmiddelen die spanning geven?
- **Gezellig:** Kan men genieten van de maaltijd?, Geeft eten spanning?, Heeft men soms schuldgevoelens over wat of hoeveel men eet?, Hoe worden de eetmomenten ervaren?

Meer informatie staat er op onze website en in de fiche eetcompetenties.

- **Lang stilzitten tijdig onderbreken en bewegen**

Probeer zicht te krijgen op de mate van lichaamsbeweging van de persoon. Denk daarbij niet alleen aan intensieve sporten maar breng ook het dagelijkse beweeggedrag, de functie van het beweeggedrag, de hoeveelheid sedentair gedrag en barrières voor bewegen in kaart:

- **dagelijks beweeggedrag:** Hoeveel minuten beweegt men op een week? Op welke manieren zorgt men ervoor dat het lichaam voldoende beweegt?;
- **bevraag ook het sedentair gedrag:** Hoeveel uren per dag brengt de persoon zittend door? Hoe vaak per week zit men voor langere periodes stil? Heeft men al manieren gevonden om die periodes van lang stilzitten te onderbreken? Wordt er afgewisseld tussen zitten, staan, bewegen?;
- **functie van het beweeggedrag:** Met welke redenen schiet men in zijn sportkleren? Omdat het moet of omdat het goed doet? Wat vind men zo fijn aan sporten/bewegen? Wat doet sporten/bewegen met de persoon? Geeft beweging ontspanning of breng het net spanning? Gaat men soms over de grenzen van het lichaam wanneer men beweegt?
- **barrières om te bewegen:** Zijn er bepaalde zaken die maken dat de persoon moeilijker tot beweging komt: kostprijs, in de omgeving, praktisch organisatie, …?;

Tip: gebruik de vragen van de beweegtest of beter nog, vul deze samen met de cliënt in.

- **Lief zijn voor jezelf**

Recent komt het belang van lichaamstevredenheid steeds meer in de aandacht bij gezondheidsinschatting. Lichaamsontevredenheid zou leiden tot meer gezondheidsklachten, en een hogere psychologische kwetsbaarheid. Een gezonde leefstijl zet ook in op het lief zijn voor zichzelf en

zijn/haar lichaam. Iemand met een gezond lichaamsbeeld en gezonde zelfwaarde heeft een duidelijk zicht op wat fysisch en psychologisch goed gaat, maar kan ook minder goede kanten accepteren. Dit leidt tot vertrouwen in zichzelf en in zijn mogelijkheden om moeilijkheden te overwinnen. Lichaamstevredenheid en een gezonde zelfwaarde beschermt tegen heel wat psychische problemen o.a. de ontwikkeling van eet-en gewichtsstoornissen. Meer informatie staat er op onze fiche "Lief zijn voor je lichaam".

Thema's om te bevragen op vlak van zelf- en lichaamswaardering:

- ***zelfbeeld**:* Hoe kijkt de cliënt naar zichzelf? Welke termen gebruikt de persoon om over zichzelf te praten? Wordt eigen falen toegelaten? Waar houdt men van? Wat vindt hij/zij leuk aan zichzelf? Wat zijn de betere kwaliteiten van de persoon? Wat zijn zijn/haar mindere kantjes? Waar ziet men zichzelf binnen 5 jaar? Hoe is men gelijkaardig/verschillend van vrienden/familie? Wat herkent men van zichzelf in familieleden? ;
- ***zelfwaardering:*** Hoe beschrijft iemand zichzelf? Hoe denkt men over zichzelf? Wat zijn +/- eigenschappen van zichzelf? Heeft men vaak een slecht gevoel over zichzelf? Is de persoon veroordelend naar zichzelf of kan er met medeleven naar zichzelf worden gekeken? Kan de persoon kijken naar eerder behaalde doelen/stappen of kijkt de persoon enkel naar wat niet gelukt is? Wordt iemand's zelfbeeld voor een zeer groot deel bepaald door het cijfer op de weegschaal? Of zijn er ook nog meerdere andere aspecten die het zelfbeeld vorm geven (zoals goede partnerrelatie, goede punten op school, leuke hobby,...)?;
- ***lichaamswaardering*:** Hoe denkt men over zijn/haar lichaam? Hoe ervaart men zijn/haar lichaam? Is men tevreden over zijn/haar lichaam? Hoe voelt men zich in zijn/haar lichaam? Staat de persoon stil bij wat het eigen lichaam nodig heeft om goed te functioneren? Is er ruimte voor ontspanning?;

- **Emoties hanteren**

Op welke manier wordt er omgegaan met moeilijke gevoelens? Wat wordt er gedaan als men zich niet goed voelt? Wat wordt er gedaan als er zich een probleem stelt? Wat helpt er? Wat helpt er niet? Is er iemand die men in vertrouwen neemt wanneer men het moeilijk heeft? Hoe reageert men bij stress? Heeft men het lastig met bepaalde emoties/gevoelens? Komen bepaalde emoties/gevoelens vaak voor? Heeft men het moeilijk om zichzelf te kalmeren?

Idealiter wordt de copingstijl afgestemd op de aard van het probleem. Wanneer één copingstrategie systematisch op de voorgrond staat kunnen problemen ontstaan. Let dus op de mate van variatie in het coping gamma en heb bovendien aandacht voor het gebruik van mogelijke maladaptieve copingstrategieën. Meer informatie staat op onze fiche "Omgaan met emoties".

- **Slapen**

Naast evenwichtig eten en beweging is ook slaap een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl. Slecht slapen kan zorgen voor een verminderd functioneren doorheen de dag zoals prikkelbaarheid en concentratieproblemen maar heeft ook een invloed op o.a. ons hormoonsysteem en kan op die manier op lange termijn overgewicht in de hand werken. Het is dus essentieel om ook eventuele problemen bij het slapen te bevragen.

- *slaapritueel:* Op welk uur gaat men slapen, op welk uur staat men op? Zijn er verschillen in het slaappatroon tussen weekend en week? Hoeveel uur per nacht slaap jij ongeveer?
- *verloop van slaap:* Hoe verloopt het Inslapen? Kan men doorslapen? Hoe vaak wakker? Uitgerust bij opstaan?;
- *klachten in verband met slapen:* Zijn er vermoeidheidsklachten doorheen de dag? Voelt men zich moe of heeft men een gebrek aan energie doorheen de dag? Ervaart de cliënt lijdensdruk bij het slecht slapen?;

Meer informatie staat er op de Eetexpert fiche 'Slaap'.

Signalen voor verstoord eetgedrag of een eetstoornis?

Verstoord eetgedrag detecteren in de eerste lijn is niet zo eenvoudig. Obv kritische thema's zijn door een Europese expertengroep (ECOG) 5 vragen afgeleid die als vertrekpunt kunnen worden gebruikt voor het opmerken van verstoord eetgedrag in de eerste lijn. Hoewel ontwikkeld bij kinderen en jongeren met overgewicht, zijn deze 5 thema's ook kritische thema's bij het detecteren van verstoord eetgedrag bij volwassenen los van gewicht. Gebruik deze vijf vragen als vertrekpunt.

- *controleverlies?* Rapporteert de cliënt grote hoeveelheden voedsel te eten of een gevoel van controleverlies bij het eten?;
- *lijngedrag?* Eet de cliënt restrictief of maakt hij/zij zich ernstig zorgen over gewicht en lichaamsvormen?;
- *emotie-eten*? Vertoont de cliënt emotionele eetpatronen?;
- *extern eten*? Vertoont de cliënt een hogere mate van disinhibitie, een specifieke responsiviteit ten aanzien van voedsel of geeft de cliënt aan verslaafd te zijn aan (over)eten?;
- *context*? Zijn er familiale problemen aanwezig in het gezin/de opvoedingssituatie/relatie? Of vertoont de cliënt internaliserende of externaliserende problemen?.

Wees bovendien aandachtig voor signalen van een eetstoornis. Signalen van een eetstoornis kunnen op verschillende domeinen tot uiting komen: lichamelijke signalen, voeding en eetgedrag, beweeggedrag en psychosociale signalen. Onze fiche "Checklist signalen van een beginnende eetstoornis" geeft een overzicht van de belangrijkste signalen.

Een screeningsvragenlijst is nuttig bij vermoeden van een eetstoornis. Speciaal ontwikkeld voor de eerstelijnspraktijk zijn de ESP en de SCOFF. Beide vragenlijsten zijn geschikt om een eetstoornis uit te

sluiten (vanaf 12 jaar), niet om een diagnose te stellen. Bij minimum 2 bevestigende antwoorden op 1 van de vragenlijsten wordt aangeraden verder te screenen op eetstoornissen.

SCOFF (SICK, CONTROL, ONE STONE, FAT, FOOD)

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

ESP (EATING DISORDER SCREEN FOR PRIMARY CARE)

- Bent u tevreden over uw eetgewoonten? (hier wordt een “nee” meegeteld in de score)
- Eet u ooit wel eens in het geheim?
- Heeft uw gewicht invloed op hoe u zich voelt?
- Hebt u nu last van een eetstoornis, of heeft u dat in het verleden ooit gehad?

Context

Sommige contextfactoren verhogen het risico op de ontwikkeling van eet-en gewichtsfactoren andere factoren zijn een belangrijke beschermende factor in de ontwikkeling van eet-en gewichtsproblemen. Probeer daarom zicht te krijgen op de verschillende domein van functioneren van de cliënt:

- thuissituatie
- gezin
- relatie met partner
- school/werk
- hobby’s

Belangrijke elementen om aandachtig voor te zijn:

- Heeft men de indruk zinvol bezig te zijn?
- Zijn er bepaalde conflicten, thuis, school op het werk?
- Wat doet de persoon graag?
- Hoe zijn de contacten met anderen?
- Kan men bij iemand terecht bij problemen?
- Houding van belangrijke andere t.o.v. van eten, gewicht en schoonheidsideaal
- Behoort cliënt tot een risicogroep?

Psychisch functioneren

Hoe is het psychisch functioneren?

Is er angst ? Dwangmatig gedrag ?

- Is er neerslachtigheid? Suïcidegedachten?
- Is er kwaadheid: naar zichzelf gericht- naar anderen ? Destructief gedrag aanwezig?
- Is er verhoogde impulsiviteit?
- Zijn er cognitieve problemen?
- Concentratieproblemen?
- Geheugenproblemen?
- Elementen die wijzen op mogelijk ontwikkelingsprobleem?
- Trauma?

VERDUIDELIJKEN

Informatie nodig?

In deze 5de stap wordt er stilgestaan bij de cliënt: Hoe kijkt de cliënt naar zijn eigen probleem ? Welke invulling geeft hij aan zijn ICE (ideas, concerns & expectancies)? Welke ideeën, verwachtingen en bezorgdheden heeft hij/zij en welke info is daarbij nodig? Verduidelijk wat je aan het doen bent, de vragen die je stelt, het belang van wat je aan het doen bent. Ga bovendien na of er vragen zijn waar men bij geholpen wil worden.

Toets af of er interesse is in enkele nieuwe inzichten in verband met eten en gewicht?

- Kent men het verschil tussen gezond gewicht en normaal gewicht? Fiche 'Gezond gewicht'
- Is men op de hoogte van de negatieve impact van lijngedrag? Fiche 'Mythe lijnen'
- Wilt men meer weten over hoe eetgedrag zich ontwikkelt? Zie fiche 'Groeiwijzer'
- Wilt men meer weten over wat goede vaardigheden zijn in verband met eetgedrag? Fiche 'Eetcompetenties'

ACTIE BEPALEN

Wat moet er gebeuren? Eerstelijnsbegeleiding of verwijzing naar de huisarts?

Een eerst inschatting en de actiebepaling wordt gedaan op basis van de verzamelde informatie. In deze fase is de vraag: Kunnen we al een eerstelijnsbegeleiding opstarten of zijn er signalen voor een verwijzing naar de huisarts?

Inschatten of iemands probleem na de eerste bevraging door een eerstelijnsprofessional moet worden verwezen naar een arts voor verdere ernstinschatting is niet altijd eenvoudig. Tabel 2 ondersteunt bij deze inschatting via oranje of rode vlaggen per thema. Bij **minstens één rode vlag** op gelijk welk thema is een verdere verkenning door de huisarts nodig. Bij twee of meer oranje vlaggen op gelijk welke thema's is ook een verdere verkenning door de huisarts op zijn plaats.

De huisarts zal bij 2 oranje of minstens 1 rode vlag een verdere verkenning doen. Daarin zal hij verdere ernst inschatten en bepalen of gespecialiseerde hulp noodzakelijk is. Onze specifieke draaiboeken voor de huisarts (http://www.draaiboeken.eetexpert.be/huisarts) geven een overzicht van de onderzoeken en labo-analyses die in de huisartspraktijk horen bij deze verdere ernstinschatting. De specifieke draaiboeken bieden huisartsen ook handvaten om hun verdere opvolging te doen al of niet in combinatie met gespecialiseerde zorgverstrekkers. Voor een eerstelijnsbegeleiding bij eet- en gewichtsvragen kunnen huisartsen zoals de andere eerstelijnswerkers in Deel III van dit draaiboek terecht.

Tabel 2

Actiebepaling: doorverwijzing naar huisarts nodig?

	Groen	**Oranje** **Met aandacht opvolgen en verder verkennen**	**Rood** **Moet doorverwezen worden naar huisarts voor verdere ernstinschatting**
Gewichtsevolutie	• Normaal gewicht en geen of zeer beperkte schommelingen in gewicht	• Over/ondergewicht en geen of zeer beperkte veranderingen of schommelingen in gewicht	• Sterk over- en ondergewicht • Grote schommelingen of veranderingen in gewicht
Lichamelijke klachten			Bij lichamelijke klachten steeds doorverwijzen naar huisarts
Eetgedrag	Groeigerelateerde eetproblemen	♦ Te weinig eten ♦ Te selectief eten ♦ Te veel eten ♦ Overdreven bezig zijn met voeding	♦ Controleverlies ♦ Purgeergedrag ♦ Impact op algemeen functionerenen ♦ Angst voor bepaalde voeding: om te verslikken, voor de calorieën ♦ Slikproblemen ♦ Eten en gewicht als middel om bepaalde problemen op te lossen
Beweeggedrag	Beweeggedrag voldoet niet aan de aanbevelingen	• Te veel bewegen ondanks gezondheidsklachten • Bewegen om lichaamsvorm te veranderen of calorieën te verbranden	• Controleverlies • Impact op algemeen functioneren • Schuldgevoelens bij niet bewegen • Het idee dat men moet bewegen om voeding te verdienen

		• Rigide oefenschema • Onvoldoende rekening houden met signalen van vermoeidheid of pijn	• Bewegen op ongepaste tijdstippen of ongepaste settings
Lief zijn voor jezelf	Verschillende domeinen van zelfwaardering	• Negatief lichaamsbeeld • Veel focus op 1 domein van zelfwaardering • Uiterlijk en gewicht nemen een grote plaats in de algemene zelfwaardering	• Impact van negatief lichaamsbeeld op algemeen functioneren. • Beperkte zelfwaardering
Emoties hanteren	Verschillende copingstrategieën afgestemd op situatie	Weinig variatie in coping niet altijd afgestemd	Gebruik van maladaptieve copingstrategieën: verdovende middelen, automutilatie, rumineren, zelfdevaluatie
Slapen	Geen goede slaaphygiëne	Systematisch te weinig slapen	• Lijdensdruk bij slaapprobleem • Vermoeden van psychische of fysieke oorzaak van slaapprobleem
Signalen eetstoornissen			• Eén of meerder positieve antwoorden op de vragenlijst verstoord eetgedrag • minimum 2 positieve antwoorden op de ESP & SCOFF
Context	Sociaal netwerk is steunend	• Omgeving met veel focus op lichaam en lichaamsvormen	• Beperkte draagkracht van het systeem • Problemen in interpersoonlijk functioneren

	Beperkt steunend netwerk maar geeft geen onwelbevinden	• Omgeving die te veel nadruk legt op 1 domein van functioneren • Omgeving die controleert op vlak van eten en gewicht • Conflicten rond eten en gewicht • Milde gezinsconflicten • Cliënt beschrijft een te beperkt steunend netwerk	• Basisnetwerk niet meer veilig door: Trauma Financiële problemen Relatieproblemen • Ernstige langdurige gezinsconflicten
Psychisch functioneren	Normale ontwikkeling zonder tekenen van minder goed functioneren	Lichte angst of stemmingsproblemen Perfectionisme met beperkte impact Impulscontrole met beperkte impact	• Suïcide risico • Automutilatie • Problemen impulscontrole • Psychische comorbiditeiten • Perfectionisme met sterke impact op algemeen functioneren

Meer informatie bij elk van thema's van Tabel 2 staat bij 6.2. Achtergrond. Twijfel over doorverwijzing? Bekijk dan de balans tussen de beschermende en risicofactoren.

Achtergrond

Gewichtsevolutie

Sterke gewichtsschommelingen en een sterk over- of ondergewicht pleiten voor verwijzing naar de huisarts voor meer onderzoek. Maar ook bij normaal gewicht kan verwijzing nodig zijn: Belangrijker dan het BMI is de gewichtsevolutie: o.a. cliënten die vroeger obesitas of overgewicht hadden, kunnen een normale BMI hebben maar toch vastzitten in een anorectisch gedragspatroon. Bekijk dus zeker ook de evolutie van het gewicht.

Vrij nieuw is dat de ernstinschatting bij overgewicht niet langer gebeurt op basis van BMI alleen, maar obv de gezondheidsimpact. Men pleit ervoor om steeds een brede gezondheidsinschatting te doen die ook rekening houdt met de metabole, mechanische, psychische en sociale impact van het overgewicht. De huisarts heeft daarvoor het Edmonton Obesity Staging System (EOSS) . Hoe hoger de score op de EOSS hoe meer de nood voor gespecialiseerde zorg. Een EOSS-score van 2 betekent doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg. Ook bij overgewicht en obesitas is de gewichtsevolutie belangrijk: iemand die binnen een korte tijdsspanne een sterke toename kende in gewicht noopt tot bezorgdheid en zou doorverwezen moeten worden voor diagnostiek in gespecialiseerde zorg.

Lichamelijke klachten ?

Lichamelijke klachten wijzen op een verhoogde fysieke kwetsbaarheid van de cliënt en zijn daarom een belangrijke indicatie voor doorverwijzing naar de huisarts.

Mogelijk betekenisvolle medische klachten

- vage klachten zoals hoofdpijn, moeheid, lusteloosheid;
- onregelmatig worden of uitblijven van de menstruaties;
- keelpijn, heesheid, zwelling van de speekselklieren;
- aantasting van gebit of tandvlees (door overmatig braken);
- snel koud hebben, koude handen en voeten, blauwe vingers, lippen of wintertenen;
- maag/darmklachten (buikpijn, misselijkheid, zuurbranden, obstipatie);
- spierslapte, duizeligheid, flauwte;
- wondjes op rug van vingers en handen (door geforceerd braken);
- slaapproblemen;
- verslapping en uitdroging van de huid, gele huid;
- overmatige haaruitval;
- donshaartjes op het gezicht;
- na toiletbezoek bloeddoorlopen ogen (door braken);
- vertraging van lengtegroei bij kinderen;
- concentratie- en coördinatieproblemen;
- hartritmestoornissen (door kaliumtekort);

Leefstijl

- **Afwisselend eten**

Impact op het algemeen functioneren

Bij haperingen op vlak van voeding en eetgedrag is het belangrijk om na te gaan in welke mate deze interfereren met het dagelijks leven en het sociaal functioneren. Er moet dus worden nagegaan in welke mate deze signalen op de voorgrond staan en het functioneren beperken. Wanneer domeinen van “gezondheid”, “gewicht”, “ideale lichaamsvorm” te veel aandacht krijgen in vergelijking met andere belangrijke domeinen: bijvoorbeeld sociale contacten, werk, ontspanning is er een probleem. Een beeld dat hierbij mogelijk kan helpen is het beeld van ‘een huis’. Een huis heeft meerdere kamers waarbij per kamer meestal één activiteit centraal staat: keuken-koken/eten, living-sociaal-ontspanning, slaapkamer-rust, bureau-werk/studie. Bij iemand die in alle kamers ongeveer evenveel tijd spendeert zijn de domeinen in evenwicht. Bij iemand die systematisch te veel of te weinig tijd besteedt in één of meerdere kamers (bv de keuken bij eet-en gewichtsproblemen), is de balans verstoord en kan dit de gezondheid in gedrang brengen.

Controleverlies over eten

Ook belangrijk bij ernstinschatting is de mate van ervaren controleverlies. Iemand die aangeeft momenten van controleverlies te hebben op vlak van eten wordt best doorverwezen naar de huisarts voor een uitgebreidere ernstinschatting.

Purgeergedrag

Bij purgeergedrag (braken, gebruik van laxeer- of plaspillen) is altijd een uitgebreide ernstinschatting noodzakelijk en is het essentieel dat de huisarts betrokken wordt omwille van de ernstige medische risico’s verbonden aan het purgeergedrag.

Eten en gewicht als middel om problemen op te lossen

Een uitgebreide ernstinschatting is zeker ook noodzakelijk wanneer het eten, eetgedrag en gewicht gebruikt worden als een manier om bijvoorbeeld meer zelfvertrouwen te krijgen, populairder of sociaal geaccepteerd te worden. Wanneer er signalen zijn dat het eten en gewicht worden gezien als een manier om problemen op te lossen (bijvoorbeeld: als ik aan het ideaalbeeld voldoe zullen ze mij wel tof vinden) is het noodzakelijk dat de huisarts een uitgebreidere ernstinschatting doet.

Belang van groei

Bovendien is het essentieel om na te gaan of haperingen in eetgedrag passen binnen de normale ontwikkeling van eetgedrag. De hulpverlener moet zich telkens de vraag stellen of het gedrag dat gesteld wordt te verklaren is vanuit het ontwikkelingsstadium waar de cliënt op dat moment inzit: zo is het voor adolescenten normaal dat zij, omwille van groei, plots grotere porties gaan eten of dat zij wat meer zullen experimenteren met voeding en smaken. Ook bij volwassenen blijft het eetgedrag

evolueren en kunnen er onder de invloed van bepaalde ontwikkelingsstadia haperingen in het eetgedrag ontstaan. Denk bijvoorbeeld aan een zwangerschap of ouderen waar er een risico op ondervoeding is. Voor kinderen en adolescenten biedt de groeiwijzer van Eetexpert hiervoor een handige houvast.

- **Leuk bewegen en lang stilzitten onderbreken**

Aanbevelingen met betrekking tot stilzitten en bewegen

Informatie over de aanbevolen hoeveelheid en intensiteit van beweging voor volwassenen en kinderen zijn terug te vinden in de bewegingsdriehoek van het Vlaams Instituut Gezond Leven. Voor volwassenen is het aanbevolen om zoveel mogelijk licht te bewegen: staand werken, trappen nemen, huishoudelijke activiteiten. Daarnaast wordt er aanbevolen dat volwassenen wekelijks minstens 150 minuten matig intensief te bewegen (fietsen, wandelen, tuinieren) of 75 minuten hoog intensief te bewegen (joggen, lopen, sporten). Baby's dienen zoveel mogelijk ruimte te krijgen om te bewegen en te spelen. Kleuters tussen 1 en 5 jaar, hebben minstens 3u per dag licht, matig of hoog intensief bewegen nodig.

Naast bewegen wordt er ook aanbevolen om het stilzitten regelmatig te onderbreken, er wordt aangeraden om de 20 à 30 minuten even de benen te strekken. Voor kinderen tussen 0 en 5 jaar wordt er geadviseerd om hen max 1u aan 1 stuk te laten stilzitten (bv in de buggy). Schermen worden voor kinderen tot 2 jaar sterk afgeraden, voor kinderen tussen 2 en 5 wordt slechts 1u schermtijd getolereerd, voor kinderen tussen 6 en 17 jaar is dit max 2u schermtijd per dag.

Meer informatie kan staat op: https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/bewegingsdriehoek

Impact op algemeen functioneren

Wanneer beweging in de weg komt te staan van andere activiteiten zoals werk, gezin, sociale contacten of andere hobby's wijst dit op een ernstiger probleem. Iemand die allerlei verplichtingen of sociale contacten aan de kant schuift om toch maar aan die "sixpack" te kunnen werken noopt tot bezorgdheid. Ook iemand die ondanks een blessure toch blijft sporten en de kwetsuur onder druk blijft zetten is een reden tot bezorgdheid en wordt best doorverwezen naar de huisarts.

Functie van het beweeggedrag

Bij beweeggedrag is vooral de functie van het beweeggedrag belangrijk: beweegt iemand voor het plezier, voor de sociale contacten? Of beweegt iemand voornamelijk om het lichaam te veranderen, calorieën te verbranden, zichzelf te straffen of om bepaalde voedingsmiddelen te verdienen? In dat geval is een doorverwijzing naar de huisarts aangewezen.

Controleverlies

Indien de cliënt zelf niet meer in staat is om zelf het beweeggedrag te begrenzen noopt dat tot doorverwijzing naar de huisarts net zoals schuldgevoelens rond gemiste beweegmogelijkheden.

- **Lief zijn voor jezelf**

Domeinen van zelfwaardering

Bij een gezonde zelfwaardering is het belangrijk dat sterktes en zwaktes naast elkaar kunnen staan, en dat de cliënt vertrouwen heeft in zichzelf en het gevoel heeft obstakels te kunnen overwinnen.

Onderzoekers stelden vast dat hoe iemand zichzelf evalueert steunt op twee facetten: een globale zelfwaardering en een domeinspecifieke zelfwaardering [26, 27]:

- De globale zelfwaardering is de evaluatie die iemand over zichzelf maakt (bv.: ik ben best tevreden met mezelf).
- De domeinspecifieke zelfwaardering is de beoordeling die iemand over zichzelf maakt in een specifiek domein: schoolse vaardigheden (bv. ik ben slecht in rekenen), sport (bv. ik ben een goede voetballer), lichaamsbeeld (bv. ik heb mooie haren), sociale relaties (bv. ik heb veel vrienden).

In de adolescentie zal, zeker bij meisjes, het uiterlijk een belangrijke rol spelen in de zelfevaluatie.

Lage zelfwaardering

Problemen kunnen ontstaan bij een lage globale zelfwaardering, bij slechts een beperkt aantal domeinen van zelfwaardering en/of een overevaluatie van uiterlijk in de zelfwaardering. Verwijs in deze situaties door naar een psycholoog in overleg met de huisarts.

Negatief lichaamsbeeld

Ook bij een negatief lichaamsbeeld is het belangrijk om na te gaan in welke mate dit interfereert met het dagelijks leven. Indien het denken en doen gedomineerd wordt door de wens om slank te zijn of de cliënt hoofdzakelijk aandacht geeft aan of activiteiten verricht die erop gericht zijn om het lichaam te veranderen is een uitgebreidere ernstinschatting op zijn plaats. Verwijs in deze situaties en in overleg met de huisarts door naar een psycholoog.

- **Emoties hanteren**

Emotieregulatie gaat over het hanteren en uiten van negatieve emoties. Volgens het multi-dimensioneel model van Gratz en Roemer [28] bestaat emotieregulatie uit volgende vier dimensies [29]:

- het flexibel kunnen inzetten van strategieën, aangepast aan de situatie, om de intensiteit of duur van een emotie te reguleren;
- impulsieve reacties bij negatieve emoties kunnen onderdrukken;
- (negatieve) emoties (bewust) kunnen ervaren, herkennen en aanvaarden;

- bereid zijn om negatieve emoties te ervaren of trotseren, om deel te kunnen nemen aan betekenisvolle activiteiten of bepaalde doelen te kunnen nastreven.

Er zijn verschillende manieren of copingstijlen om met moeilijke emoties om te gaan:

- *actief aanpakken:* het probleem wordt geanalyseerd en opgelost;
- *sociale steun zoeken:* troost en begrip zoeken bij anderen;
- *vermijden:* men probeert niet met het probleem bezig te zijn;
- *palliatieve reactie:* men gebruikt andere dingen om met het probleem om te gaan bijvoorbeeld: door de emotie weg te eten, door spanning te verminderen met alcohol, slapen om de emotie niet te voelen. Niet erg als dit een keer gebeurt maar in extreme mate kan dit leiden tot een problematisch reactiepatroon;
- *depressief reactiepatroon:* piekeren, zichzelf de schuld geven, twijfelen aan zichzelf;
- *expressie van emoties:* het uiten van de emotie, bijvoorbeeld huilen bij verdriet;
- *geruststellende gedachten en wensdenken:* men houdt zich voor dat het probleem vanzelf wel goed komt of dat anderen het nog veel zwaarder hebben.

Afstemming tussen copingstijl en probleem

Idealiter wordt de copingstijl afgestemd op de aard van het probleem: in sommige situaties is actief aanpakken helpend maar in andere is sociale steun zoeken of zelfs vermijden optimaler. Wanneer één copingstrategie systematisch op de voorgrond staat en niet afgestemd is op de situatie kunnen problemen ontstaan.

Maladaptieve copingstrategieën

Problemen ontstaan ook wanneer vooral maladaptieve strategieën op de voorgrond staan (verdovende middelen, agressie naar zichzelf of anderen, zelfdevaluatie (fout bij jezelf leggen, twijfelen aan jezelf), rumineren (voortdurend blijven denken waarom je boos of verdrietig bent)). Maladaptieve manieren om met negatieve emoties om te gaan worden gelinkt aan verstoord eetgedrag [30, 29]. Zo speelt emotioneel eten een rol in de ontwikkeling van overgewicht en eetbuien [31, 32].

Indien er signalen zijn voor problemen op vlak van emotieregulatie kan besproken worden met de huisdokter of een verwijzing naar een psycholoog aan de orde is. Net zoals men moet leren slapen en eten moet ook emotieregulatie geleerd worden en men dient er dus rekening mee te houden dat kinderen nog geen vast geleerd pakket van emotieregulatie strategieën hebben en dat ze ruimte moeten krijgen om te oefenen.

- **Slapen**

Hoeveel slaap heb je nodig?

Dat is voor iedereen verschillend, en afhankelijk van de leeftijd.

- kleuters (3-5): 10-13 uur

- kinderen (6-13): 9-11 uur
- jongeren (14-17): 8-10 uur
- volwassenen (18-64): 7-9 uur
- ouderen (65+): 7-8 uur

Aanbevelingen zijn gemiddelden, de ene persoon heeft meer slaap nodig dan de andere. De meeste mensen nemen echter minder slaaptijd dan ze nodig hebben. Deze vragen kunnen helpen om te bepalen hoeveel slaap iemand nodig heeft:

- Hoeveel slaap is nodig om uitgerust te zijn?
- Hoe lang wordt er geslapen als je geen wekker zet?

Een gebrekkige slaaphygiëne

Een eerstelijnsaanpak is mogelijk indien het slaapprobleem terug te brengen is tot een gebrekkige slaaphygiëne.

Slaaproblemen

Bij een vermoeden van een psychische of fysische oorzaak of een sterke lijdensdruk bij het slaapprobleem is doorverwijzing naar de huisarts aan de orde. Slaapproblemen kunnen bijdragen aan mentale klachten maar kunnen door de verstoring van hormonen ook een bijdrage hebben aan gewichtstoename. De huisarts kan dan een ernstinschatting doen en gericht doorverwijzen indien nodig.

Signalen van een eetstoornis of verstoord eetgedrag

Signalen van eetstoornissen of verstoord eetgedrag zijn een indicatie voor een uitgebreidere ernstinschatting door de huisarts. Onze Eetexpert-fiche “Checklist signalen van een (beginnende) eetstoornis” bevat een uitgebreid overzicht van de signalen die mogelijk wijzen op ernstige eet-en gewichtsproblemen.

Verstoord eetgedrag detecteren in de eerste lijn is niet zo eenvoudig. Obv kritische thema’s zijn door een Europese expertengroep (ECOG) 5 vragen afgeleid die als vertrekpunt kunnen worden gebruikt voor het opmerken van verstoord eetgedrag in de eerste lijn (zie ook stap 4: Onderzoeken). Hoewel ontwikkeld bij kinderen en jongeren, zijn deze 5 thema’s ook kritische thema’s bij het detecteren van verstoord eetgedrag bij volwassenen. Als één of meerdere antwoorden op deze vragen bevestigend zijn, is er behoefte aan een uitgebreidere screening. Dit artikel vinden met uitgebreidere informatie over deze screeningstool. Er is ook een samenvattingsfiche van deze tekst.

Screeningsvragenlijsten zoals de ESP en SCOFF zijn nuttig bij vermoeden van een eetstoornis (zie ook “Stap 4: Onderzoeken). Beide vragenlijsten zijn geschikt om een eetstoornis uit te sluiten (vanaf 12 jaar), niet om een diagnose te stellen. Bij minimum 2 bevestigende antwoorden op 1 van de vragenlijsten wordt aangeraden verder te screenen op eetstoornissen.

Context

Cliënten met slechts een beperkt sociaal en steunend netwerk zijn erg kwetsbaar. Andere contextfactoren die een cliënt extra kunnen belasten zijn omgevingen waarin “lichaam” en “lichaamsvorm” erg belangrijk is, bijvoorbeeld: modellen, balletdansers, topsporters, familiecontext of omgeving waarin voldoen aan het slankheidsideaal erg belangrijk is. Ook de opvoedingsstijl en opvoedingsvaardigheden van de ouders, of controlestrategieën op vlak van eten door de ouders kunnen extra belastend zijn.

Wanneer de draagkracht van het systeem onder druk staat is een uitgebreider ingrijpen noodzakelijk. In samenwerking met de cliënt en het systeem kan bekeken worden hoe men de problematiek kan opvangen. Verwijs daarnaast door wanneer er signalen zijn voor problemen in het interpersoonlijk functioneren, een onveilig basisnetwerk door bijvoorbeeld trauma, financiële problemen of relatieproblemen en ernstige langdurige gezinsconflicten.

Psychisch functioneren

Suïcide risico of automutilatie

Bij een suïcide risico of automutilatie is doorverwijzing per definitie noodzakelijk. A.d.h.v. de suïcidereflex van VLESP kan het suïcide risico verder bevraagd worden. Bij een zeer acute nood is een doorverwijzing naar een spoedafdeling noodzakelijk. Is er niet direct maar wel binnen de 24u hulp nodig dan kan de cliënt aangemeld worden bij het mobiel crisisteam waarbij sowieso ook de huisarts moet gecontacteerd worden.

Of er al dan niet wordt overgegaan tot een opname is afhankelijk van verschillende factoren. Indien bij doorvragen blijkt dat er geen acute nood is en de persoon aangeeft nog voldoende controle hebben, kan de cliënt doorverwezen worden naar de huisarts. Dit is ook het geval wanneer er een stevig sociaal steunwerk is die voor extra ondersteuning kan zorgen.

Rigiditeit

Bij het inschatten van de nodige zorg is de mate van rigiditeit een belangrijke factor. Veel rigiditeit en weinig flexibiliteit is een indicatie voor meer intensieve therapie. De mate van rigiditeit is niet zo gemakkelijk te definiëren. Volgende elementen zijn mogelijk een signaal voor de mate van rigiditeit:

- beperkt gamma aan alternatieve coping strategieën;
- beperkte cognitieve flexibiliteit (snel in staat om te switchen van idee, mindset,….);
- het niet kunnen innemen van andere perspectieven/ gedachten, zwart-wit denken.

Perfectionisme

Mensen met perfectionistische persoonlijkheidstrekken zijn kwetsbaarder voor verschillende psychische problemen, waaronder ook eetstoornissen. Perfectionisme is een multidimensionaal

concept. Deze dimensies kunnen beschreven worden als (1) prestatiegerichtheid of zichzelf hoge standaarden opleggen, en (2) een zelfkritische dimensie, die gekenmerkt wordt door zelftwijfel en het minimaliseren van successen. Vooral de zelfkritische dimensie wordt gelinkt aan psychopathologie, maar personen die hoog scoren op deze dimensie leggen zichzelf doorgaans ook hoge standaarden op. Personen die zichzelf enkel hoge standaarden opleggen, zonder de aspecten van zelfkritiek, zijn trots en tevreden wanneer hun doelen gehaald worden. Personen die hoge standaarden hebben én zelfkritisch zijn, trekken hun eigen prestaties in twijfel en voelen zich gefaald. Het is dus ook vooral deze laatste groep die risico heeft op psychische problemen, zoals hoge niveaus van stress, faalangst, sociale angst en eetstoornissen. Over personen die enkel hoge standaarden opleggen aan zichzelf, zijn de onderzoeksbevindingen verdeeld [33, 34]. Zo hangt prestatiegerichtheid minder sterk samen met neuroticisme, een algemene risicofactor voor psychopathologie, maar wordt deze dimensie van perfectionisme wel gekoppeld aan lijngedrag [35].

Bij signalen van perfectionisme, zeker in het geval van een sterke interne criticus is een doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg aan de orde. Verwijs naar een psycholoog in overleg met de huisarts.

Problemen in impulscontrole

Impulsiviteit wordt beschreven als de neiging tot ongecontroleerd gedrag [36], de neiging om te (re)ageren zonder na te denken over de gevolgen [37]. Verschillende aspecten van impulsiviteit hangen samen met verschillende eetproblemen/eetstoornissymptomen [38, 36].

Impulsiviteit is een multidimensionaal concept dat ‘gezonde’ en ‘ongezonde’ aspecten heeft. Bij ‘ongezonde’ impulsiviteit heeft dit gebrek aan reflectie nadelige gevolgen, bv. afspraken niet kunnen nakomen, aankopen doen die men zich niet kan veroorloven, of plannen maken die men niet tot een goed einde kan brengen. Maar impulsiviteit kan ook voordelen hebben, en personen in staat stellen om snel beslissingen te nemen, kansen te grijpen, en gedachten te verwoorden [37]. Recent onderzoek dat deze beide aspecten in rekening brengt, vindt enkel een link tussen de ongezonde aspecten van impulsiviteit en eetpathologie [37].

Impulsiviteit is gedurende de kindertijd en adolescentie in volle groei. Problemen moeten dus altijd bekeken worden tegen de achtergrond van de ontwikkeling. Te veel impact van impulsiviteit op het hier en nu functioneren is een aanwijzing voor doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg. Verwijs naar een psycholoog in overleg met de huisarts.

Psychische comorbiditeiten

Psychische comorbiditeiten vragen steeds de inschatting van meer gespecialiseerde professionals om na te gaan hoe de zorg het best wordt aangepakt en welke zorg eerst noodzakelijk is. Verkenning van de invloed van de comorbiditeit gebeurt niet door de eerstelijnsmedewerker, maar direct binnen de gespecialiseerde zorg in overleg met de huisarts. Belangrijke psychische comorbiditeiten zijn:

- ontwikkelingsproblemen, ASS en ADHD
- mentale beperking

- trauma
- verslavingsproblematiek
- persoonlijkheidsproblematiek
- angst- en stemmingsklachten: Angst en depressieve klachten, stemmingswisselingen, somberheid en een negatieve kijk op zichzelf en de toekomst

Twijfel? Hoe is de balans tussen de beschermende en risicofactoren?

Bij twijfel wordt er gekeken naar de balans tussen de beschermende- en risicofactoren. Een balans die doorslaat in het voordeel van de beschermende factoren spreekt in het voordeel van een eerstelijnsaanpak. Indien de balans doorslaat in de richting van de risicofactoren is het beter om de cliënt door te verwijzen naar de huisarts en eventuele gespecialiseerde hulp.

Balans van beschermende en risicofactoren

Het is moeilijk om te voorspellen wie precies een ernstige eet- of gewichtsproblematiek zal ontwikkelen. Uit onderzoek is gebleken dat er factoren zijn die het risico op de ontwikkeling van een eet-en gewichtsproblematiek verlagen, de beschermende factoren. Anderzijds zijn er factoren die de ontwikkeling van een eet-of gewichtsproblematiek verhogen. De balans en het samenspel tussen beide soort factoren is daarbij belangrijk: iemand kan veel risicofactoren hebben maar toch geen problematiek ontwikkelen omwille van ook vele beschermende factoren die in het leven van die persoon aanwezig zijn. De Eetexpertfiche "Risicoprofiel bij eet-of gewichtsproblemen, samenvattingsfiche" bevat een overzicht van de beschermende en risicofactoren.

Beschermende factoren kunnen biologisch/genetisch, psychologisch of sociaal zijn en zich bevinden op micro-, meso- of macroniveau. Een beschermende factor is niet hetzelfde als de afwezigheid van een bepaalde risicofactor (bv. beperkte blootstelling aan het slankheidsideaal). Het gaat om factoren die een unieke bijdrage leveren aan risicoreductie. Beschermende factoren hangen vaak samen, en meerdere factoren samen zorgen voor een sterkere buffer. De meeste beschermende factoren zijn niet-specifiek voor eetstoornissen, ze beschermen tegen verschillende psychische problemen [39].

Voorbeelden van beschermende factoren:

- Positief lichaamsbeeld
  - waarderende, aanvaardende en respectvolle attitude tegenover het eigen lichaam omvat de dimensies uiterlijk, gezondheid, lichaamsbewustzijn, functionaliteit en plezier;
  - noden van eigen lichaam aanvoelen (honger en verzadiging, recuperatie na inspanning);
  - zorg dragen voor eigen lichaam;
  - respecteren wat lichaam dagdagelijks doet;
  - lichaam beschermen lichaam tegen ongezonde invloeden zoals sociale vergelijking of mediabeelden;

        - respect voor de diversiteit in lichaamsvormen.
    - Gezond zelfbeeld en emotioneel welzijn
        - eigen waardesysteem;
        - verschillende domeinen van zelfwaarde (sociaal, sportieve vaardigheden, schoolse vaardigheden,…).
    - Voeding en beweging als onderdeel v/e gezonde leefstijl
        - attitudes die gezondheid centraal stellen;
        - bewegen voor plezier, sociaal contact;
        - regelmatig eetpatroon.
    - Gezinsmaaltijden en een positieve maaltijdsfeer
    - Verbondenheid met familie en vrienden
        - veilige gehechtheidsrelatie;
        - ouderlijke steun in de ouder-kindrelatie.

De aard van de risicofactor kan biologisch/genetisch, psychologisch of sociaal zijn, en kan zich verder bevinden op microniveau (bv. biologische en persoonlijkheidsfactoren), mesoniveau (bv. het gezin, de school) en macroniveau (de maatschappij, cultuur) [40].

Voorbeelden van risicofactoren:

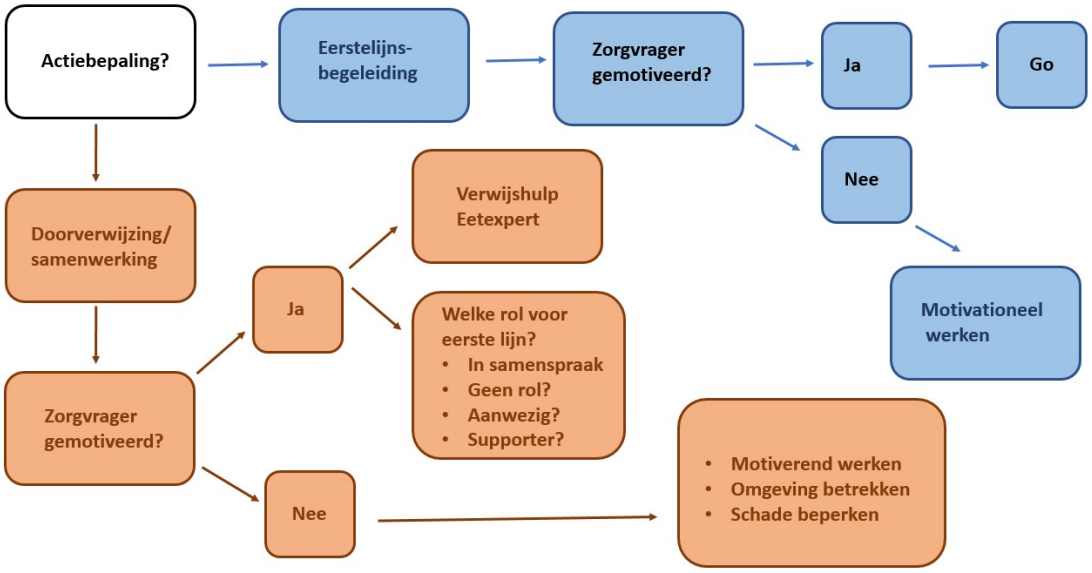
- hapering in groeithema's of ontwikkelingstaken: puberteit, nieuw ouderschap, overlijden van een geliefde, scheiding, gezondheidsproblemen bij zichzelf of iemand in de omgeving;
- lichamelijke veranderingen in de puberteit;
- lijnen
- zelfbeeld en lichaamsontevredenheid
- mediagebruik en sociale vergelijking
- emotieregulatie
- perfectionisme
- impulsiviteit
- psychische problemen
- kwetsbaar temperament
- internalisering slankheidsideaal
- context die focust op slechts één aspect van functioneren (bv. sportprestaties, schoolse prestaties,…) met weinig ruimte voor persoonlijke ontwikkeling.
- onveilige gehechtheid
- opvoedingsstijl
- controlestrategieën rond eetgedrag door de ouders
- eetpathologie of psychopathologie bij de ouder
- misbruik en mishandeling
- pesten en stigmatisering
- deel van gewichtssubcultuur
    - modellen
    - topsporters

TIMEN EN PLANNEN

Welke concrete planning?

Maak met de cliënt een concreet en haalbaar plan dat uitgaat van volgende vragen:

- Wat wil de cliënt zelf? Wat denkt de cliënt dat er nodig is?
- Hou jouw zorginschatting als hulpverlener in het achterhoofd: Wat zijn wenselijke stappen? Zie ook Figuur 3. (diagram)
    - eerstelijnsaanpak
        - aansluiten bij fase van verandering
        - formuleer gezamelijke doelen
    - doorverwijzing
        - naar wie kan ik doorverwijzen?
        - hoe kan ik doorverwijzen?
        - doorverwijzen praktisch



Figuur 3. Timen en plannen

Doorverwijzing naar gespecialiseerde hulp

Als blijkt dat er signalen zijn die wijzen op een ernstigere problematiek is een inschatting door de huisarts aangewezen.

Sommige cliënten zijn blij met een doorverwijzing, anderen staan hier echter niet altijd meteen voor open. Panikeer dan vooral niet. Paniek leidt ertoe dat men de neiging heeft om de eigen agenda door

te duwen. Cliënten die dit merken gaan nog meer bij hun eigen standpunt blijven of verbreken het contact. Het is het beste om naast de cliënt te gaan staan en van daaruit proberen te begrijpen waarom de cliënt niet gemotiveerd is om elders hulp te zoeken. Het is echter wel jouw verantwoordelijkheid om te blijven spreken over een doorverwijzing en het onderwerp actief te houden. De motivationele kaders en technieken bieden handvaten om samen met de cliënt stil te staan bij het thema doorverwijzing.

Achtergrond

Timen en plannen in eerstelijnsbegeleiding

- ***Formuleer gezamelijke doelen***

Een belangrijk stap in het begeleidingsproces is het formuleren van doelen waaraan in de begeleiding gewerkt zal worden. Het garandeert dat de neuzen in dezelfde richting staan en dat de begeleiding gestructureerd kan verlopen. Hou ook hier als eerstelijnswerker de motivationele kaders in het achterhoofd. Belangrijke stappen in het formuleren van doelen zijn:

- Exploreer de doelen waar de cliënt aan wil werken: wat is er voor hem/haar belangrijk? Waar wil hij/zij verandering in?
- Maak de doelen van de cliënt zo concreet mogelijk (op niveau van gedrag): wat betekent het in het leven van de cliënt als hij/zij zichzelf graag kan zien? Als hij/zij meer kan inzetten op zelfzorg? Als hij/zij evenwichtiger zou eten? Waaraan zou hij/zij merken dat het doel bereikt is? Bijvoorbeeld: op de vraag naar een doel antwoorden mensen vaak nogal in abstracte termen: “gelukkiger zijn”, “minder angstiger” zijn. Bevraag hoe zij, jij of iemand anders in hun omgeving kan zien dat dit doel bereikt is: wat zouden ze dan doen wat ze nu niet doen? Hoe zouden ze zich dan gedragen? Antwoorden verschillen vaak van persoon tot persoon maar zijn een handige houvast om bij te houden of men zijn doelen bereikt in de behandeling.
- Leg doelen/ aandachtspunten op tafel. Geef eventueel psycho-educatie om te verduidelijken waarom bepaalde doelen naar voren worden geschoven.
- Overleg over de gezamenlijk doelen, leg voor- en nadelen van bepaalde doelen op tafel. Hou rekening met de autonomie van de cliënt.
- Werk motivationeel waar nodig.

- **Sluit aan bij de fase van verandering van Prochaska & Diclemente (1982)**

Ook al is er overeenstemming over de begeleiding of zelfs al hebben cliënten hun eigen doelen bepaald en gekozen wil dit nog niet zeggen dat ze ook al onmiddellijk klaar zijn om met die doelen aan de slag te gaan en veranderingen aan te brengen. Probeer per doel te achterhalen in welke fase van verandering de cliënt zit, sluit aan en maak gebruik van motivationele gespreksvoering en de zelfdeterminatietheorie om de cliënt te helpen om stappen te zetten in de doelen die voor hem/haar belangrijk zijn.

Timen en plannen bij doorverwijzen

- **Doorverwijzen naar wie?**

In principe is de eerste stap bij een doorverwijzing altijd een verwijzing naar de huisarts. De huisarts kan dan een verdere ernstinschatting doen en op basis van deze ernstinschatting bepalen welk niveau van zorg noodzakelijk is. In sommige scenario's kan het echter al snel duidelijk zijn dat de situatie ernstig is. Tabel 1. geeft een indicatie in welke scenario een opname of medische interventie noodzakelijk is. Maar ook in deze scenario's is een goede samenwerking met de huisarts noodzakelijk en belangrijk.

Het betreft 3 vormen van gespecialiseerde hulp: ambulant, residentieel en dringende gespecialiseerde medische interventies. Bij deze laatste staat vooral medische hulp voorop, denk daarbij aan interventies zoals medische stabilisatie bij cliënten met een extreem ondergewicht. Ambulante zorg draagt steeds de voorkeur. Wanneer meer veiligheid nodig blijkt, of bij uitblijven van vooruitgang in ambulante zorg is een opname soms aan de orde in een gespecialiseerde behandelunit.

Gespecialiseerde hulp		
Ambulante gespecialiseerde therapie	**Residentieel gespecialiseerde therapie**	**Dringende gespecialiseerde medische interventie**
Fysieke kwetsbaarheid: BMI<17, EOSS-score van 2 of 3, medische comorbiditeit, purgeergedrag, suïcide risico	**Fysieke kwetsbaarheid:** BMI <15, snel gewichtsverlies, zweten/trillen/verwardheid, suïcide risico, ongecontroleerd purgeren, stagnering in ontwikkeling	**Fysieke kwetsbaarheid:** BMI<13, EOSS-score 3 en 4 (ernstige comorbiditeiten), snel gewichtsverlies (meer dan 1kg/week, meer dan 30% op 6 maanden), ernstige medische complicaties
Psychische kwetsbaarheid: psychische comorbiditeit, mate van rigiditeit, weinig versterkende factoren, problemen met impulscontrole, problemen met emotieregulatie	**Psychische kwetsbaarheid:** stagnering in ontwikkeling, geen evolutie na 3 maanden ambulante zorg	
Sociale kwetsbaarheid: beperkt sociaal/steunend netwerk, beperkte draagkracht van het systeem, omgeving waarin "lichaam" en "lichaamsvorm" belangrijk is, Problemen in het Interpersoonlijk functioneren	**Sociale kwetsbaarheid:** overschrijden draagkracht systeem	

- **Hoe kan ik doorverwijzen?**

Iedereen komt vroeg of laat in contact met cliënten die best worden doorverwezen naar een meer gespecialiseerde hulpverlener. Sommige cliënten staan hier voor open, anderen helemaal niet. De veranderingscirkel van Prochaska en Diclemente (1982) biedt houvast om na te gaan hoe de cliënt staat t.o.v. doorverwijzing:

- **Voorbeschouwingsfase:** "Op je eten letten is toch goed, ik heb geen probleem, ik heb dus ook helemaal geen hulp nodig", "Ik zorg er tenminste voor dat ik niet dik word, de dokter zou dat beter aanmoedigen in plaats van mij naar zo een therapeut te sturen";
- **Beschouwingsfase:** "Ik weet het, mijn focus op eten neemt te veel aandacht op maar ik begrijp niet goed hoe iemand mij hier mee zou kunnen helpen", "Ik weet dat ik niet gezond bezig ben, maar ik heb de tijd niet om naar een psychotherapeut te gaan", "Ik wil wel wat veranderingen aanbrengen maar jij kan mij daar toch ook bij helpen? Ik wil niet opnieuw bij iemand anders starten";
- **Beslissingsfase:** "Ik ben het beu, eten slorpt mij te veel op, nu wil ik er echt verandering in brengen", "Ik heb inderdaad gespecialiseerde hulp nodig";
- **Actiefase:** "Ik zou zo snel mogelijk ergens willen starten, waar zou ik contactinformatie kunnen vinden?", "Ik dacht bij mijn huisarts contactgegevens op te vragen, of weet jij misschien bij wie ik terecht kan?", "Ik ga mij morgen bij verschillende adressen aanmelden, hopelijk komt er gauw iets uit de bus;
- **Consolidatiefase:** "Ik heb verschillende mensen gecontacteerd, ik sta voorlopig op de wachtlijst. Wat zou ik in tussentijd kunnen doen?";
- **Terugvalfase:** "ik mag volgende week een eerste keer op gesprek, het geeft veel stress, ik zou het misschien toch best afzeggen", "Ik weet het toch niet, ik ben nu een keer geweest maar het lijkt niets voor mij te zijn", "het vraagt wel veel van mij, wekelijks op consultatie bij de psychotherapeut".

Ook de andere motivationele kaders "zelf determinatie theorie" en "motivationele gespreksvoering' (zie ook stap 3: Negotiëren) bieden houvast om een doorverwijzing zo vlot mogelijk te laten verlopen.

Nuttige stappen voor een optimale doorverwijzing zijn:

- doorverwijzing op agenda zetten
- feedback en informatie geven
- bezorgdheid uiten
- keuzemogelijkheden voorzien
- tussenstappen concretiseren

Doorverwijzing op de agenda zetten

Heel wat signalen in het verhaal van de cliënt kunnen al snel in de richting van een doorverwijzing wijzen. Cliënten zijn er zich niet altijd van bewust dat doorverwijzing noodzakelijk is, ze gaan er vanuit dat jij de expertise wel hebt om hun verder te helpen, of ze zijn zich niet bewust van de ernst van de signalen. Een doorverwijzing op tafel leggen is niet gemakkelijk: er wordt best zo weinig mogelijk weerstand gecreëerd.

Startpunt is altijd een empathische grondhouding. Het is belangrijk om benieuwd te zijn en open te staan voor de leefwereld van de cliënt. Probeer de situatie van de cliënt zo goed mogelijk te begrijpen door te luisteren in plaats van een erkenning van het probleem door de cliënt te verwachten. Wees daarnaast open, eerlijk en duidelijk over de eigen agenda. Afhankelijk van de situatie, de cliënt of de eigen persoonlijke stijl kunnen ook onderstaande interventies helpen:

Geven van feedback of informatie

Om cliënten te motiveren tot doorverwijzing is het vaak belangrijk om hen feedback en informatie te geven over het probleem, hun noden en de vereiste hulpverlening. Het is echter ook bij doorverwijzing belangrijk om langs de cliënt te blijven staan en te proberen om niet vanuit een expertenpositie de cliënt proberen te overtuigen. Het doel van informatie en feedback geven is dat de cliënt inzicht krijgt in zijn of haar situatie. Maak daarbij ook ruimte voor de expertise van de cliënt, zij kennen zichzelf en hun situatie het best.

Feedback en informatie geven kan via de stappen: ontlok-geef-ontlok:

Ontlok: Lok nieuwsgierigheid en bereidheid om te luisteren uit met een open vraag: Vraag wat de cliënt zou willen weten of wat hij zij al weet over eten en gewicht? Wat weet hij/zij over de mogelijke schadelijke effecten van purgeergedrag? Weet hij/zij wat men kan verwachten van hulpverlening? Geef daarbij aan dat het steeds aan de cliënt is om te beslissen wat hij/zij met deze informatie doet.

Geef: Geef feedback en informatie, blijf neutraal en oordeel/veroordeel niet. Probeer de informatie die wordt aangeboden te personaliseren voor de cliënt, verwijs daarbij naar de situatie en het verhaal van de cliënt. Bijvoorbeeld: “Wanneer je te weinig eet, heeft dat allerlei gevolgen zowel voor je fysieke als ook je mentale gezondheid. Ik heb jou dat precies ook al horen vertellen, dat je je soms erg zwak voelt en moeite hebt met concentreren tijdens het studeren. Als er zo een klachten optreden is het meestal aangewezen om een arts te contacteren.”

Ontlok: stel opnieuw een open vraag. De vraag is erop gericht om de cliënt zelf zijn conclusies te laten trekken, vraag bijvoorbeeld hoe de cliënt de informatie interpreteert of welke conclusies hij hieruit zou kunnen trekken en wat hij/zij met de informatie zou willen doen. Bijvoorbeeld: hoe denk jij hierover? Wat denk je als je dit hoort?

Bezorgdheid uiten

Bij het overbrengen van een bezorgdheid naar de cliënt, is het belangrijk om er voor te zorgen dat de boodschap zeker volgende drie elementen bevat:

- **verwoord jouw zorgen:** *“Als ik je zo hoor vertellen maak ik me over een aantal zaken toch wel wat zorgen. Ik hoor je vertellen dat je periodes hebt van weinig eten afgewisseld met eetbuien gevolgd door braken. In deze omstandigheden wordt er nogal eens geadviseerd om contact op te nemen met huisarts en een gespecialiseerde therapeut”;*
- **benadruk de verantwoordelijkheid van de cliënt voor zijn eigen keuzes:** *“Jij bent natuurlijk degene die het roer in handen heeft en beslist”;*

- **vraag naar het standpunt van de cliënt:** *"Als je dit zo hoort, hoe denk jij er dan over?".*

Keuzemogelijkheden voorzien

Verandering kan maar tot stand komen als psychologische basisnoden zijn ingevuld. De nood aan autonomie of zelfbepaling is een van de belangrijkste basisbehoeften. Het voorzien van keuzemogelijkheden geeft erkenning aan die nood aan zelfbepaling en werkt daarom vaak versterkend. Geef uitleg bij verschillende mogelijke oplossingen, en laat cliënt nadenken wat best passend is bij zijn noden.

Tussenstappen concretiseren

Soms zijn te nemen stappen wel wensbaar maar (nog) niet haalbaar. Het voorzien van kleine tussenstappen in de richting van wat wenselijk is kan ook de haalbaarheid vergroten: een éénmalig inschattingsgesprek plannen is haalbaarder dan te moeten beslissen voor wekelijkse therapiesessies.

- **Formuleer samen met de cliënt doelen met betrekking tot de doorverwijzing.**

Om de doorverwijzing zo vlot mogelijk te laten verlopen is het belangrijk dat de cliënt zelf zoveel mogelijk aan het stuur staat van de manier waarop de doorverwijzing verloopt: wie belt er voor een afspraak bij de huisarts? Welke informatie wordt er bij het maken van de afspraak reeds meegegeven? Gaat de cliënt alleen op afspraak of wilt hij/zij dat er iemand meegaat? Heeft de persoon graag dat de eerstelijnshulpverlener meegaat? Welke informatie geeft de cliënt zelf aan de huisarts en welke informatie wordt door de eerstelijnshulpverlener gegeven? Maak duidelijke afspraken zodat het voor de cliënt duidelijk is wat hem/haar te wachten staat en kom deze afspraken ook na. Beloof niets wat niet kan worden nagekomen.

- **Werk aanklampend bij een stroef lopende doorverwijzing**

Soms is het duidelijk dat gespecialiseerde zorg nodig is maar wil de cliënt geen gespecialiseerde zorg inschakelen. Redenen kunnen zijn omdat men vindt dat hulpverlening niet nodig is, omdat men er motivationeel nog niet klaar voor is of omdat men denkt dat hulpverlening niet gaat helpen.
Het kan dan nodig zijn om als eerstelijnshulpverlener aanklampender te gaan werken.

Mogelijke acties hierbij zijn :

- op vaste tijdstippen contact houden, met de mogelijkheid tot bezoeken aan huis, waarin actief interesse, bezorgdheid en mededogen getoond wordt;
- zorginzet bij andere hulpvragen van de cliënt;
- versterken van het sociale netwerk rond de cliënt.

- **Voorzie overbruggingszorg: welke eerstelijnsadviezen helpen schade te beperken?**

Bij eetstoornissen kunnen volgende adviezen meegenomen worden in het kader van schadebeperking.

-bij braken:

- Tanden spoelen met water na het braken. Velen hebben de neiging om na het braken de tanden te poetsen. Echter door het tandenpoetsen wordt het tandglazuur nog sterker onder druk gezet. Het zuur van het braken is vaak al erg agressief. In de periode dat braken nog niet kan gestopt worden kan spoelen met water de gebitsschade enigszins beperkt houden.
- Bij regelmatig braken is opvolging door huisarts vereist. Door het braken kan de kaliumspiegel in het bloed te laag komen, waardoor men hartritmestoornissen riskeert. Regelmatige opvolging door de huisarts van de bloedwaarden is nodig om een inschatting te krijgen van de lichamelijke impact van het braken.
- Inname van kaliumsupplementen gebeurt best op moment dat er de uren nadien niet gebraakt wordt.

-bij sterk onder/overgewicht:

- Bij sterk ondergewicht is zonnebaden afgeraden. De kans op zonneslag is dan sterker. Reizen naar warme bestemmingen wordt best met de huisarts besproken.
- Bij sterk ondergewicht en sterk overgewicht dient intense beweging en sport steeds in overleg met de huisarts besproken te worden.

-herstellend eetgedrag:

- Door lijngedrag en weinig eten zullen alle organen stilaan wat kleiner worden. Ook de darmen werken wat minder en worden wat 'luier'. Bij herstel van eetgedrag worden darmen en organen weer meer gevuld wat tijdelijk voor wat last kan zorgen. Maar dit is eerder een aanpassingsreactie naar een gezonder eetpatroon.

- **Hou connectie met het gezonde stuk van de cliënt**

Belangrijk tijdens een doorverwijzing of een overbruggingstraject naar gespecialiseerde hulp is om contact te houden met het gezonde stuk van de cliënt. De eetstoornis is maar een klein stukje van de cliënt. Door zelf contact te blijven houden met het gezonde stuk en door ook de cliënt te helpen om in contact te blijven met het gezonde stuk, krijgt de eetstoornis minder ruimte om het over te nemen.

- Bespreek ook andere zaken dan enkel eten en gewicht. Praat over dromen die de cliënt heeft. Wat zou hij/zij willen bereiken? Waar droomt hij/zij van?
- Welke hobby's of interesses heeft de cliënt? Moedig aan om deze te blijven opnemen.
- Blijf ook contacten met familie, vrienden en omgeving aanmoedigen.
- Moedig ook familie en vrienden aan om contact te blijven houden met het gezonde stuk en nog steeds samen leuke activiteiten te ondernemen. Moedig ook hen aan om niet enkel en alleen over eten en gewicht te spreken.
- …..

EVALUEREN

Hoe evalueren en bijsturen?

Het is belangrijk om het traject met de cliënt regelmatig te evalueren (bij voorkeur om de 4 weken). Evalueren zorgt ervoor dat er tijdig bijgestuurd kan worden indien nodig. Een bijsturing kan betekenen dat de doelen, aanpak of manier van werken in de begeleiding veranderd moet worden of dat andere of meer intensieve zorg moet ingeschakeld worden.

Evalueer de begeleiding aan de hand van:

- Het al dan niet bereiken van de vooropgestelde doelen.
- De houding van de cliënt t.o.v. het proces en de doelen.
- Dringende haast nodig? Kan men de cliënt nog een periode tijd geven?
- Tevredenheid van cliënt over proces en bereikte doelen.

Belangrijk aandachtspunt bij het evalueren van de doelen: bij eet- en gewichtsproblemen is leefstijlaanpassing belangrijker dan gewichtsverandering. Evalueer vooruitgang op vlak van eet- en beweeggedrag met aandacht voor eetcompetenties, positief lichaamsbeeld, emotieregulatie en sociaal netwerk en ruimere leefstijlfactoren zoals slaapgedrag.

Bij onvoldoende resultaat is het belangrijk om bij te sturen:

- verken hindernissen;
    - doelen aanpassen;
    - nieuwe doelen formuleren;
    - zoeken naar strategieën om met hindernissen om te gaan (is dan een nieuwe doel).
- doelen;
    - te hoog geformuleerd? tussenstappen nodig?;
    - formuleren van nieuwe doelen?.
- weerstand: herbekijken motivatiecirkel (fiche ‘Motivatie’);
- terug motivatie opschalen;
- te weinig impact: opschalen intensiteit zorg (bv. aanklampende zorg invoegen) (zie ook hoe doorverwijzen bij punt 7. Timen en plannen).

DEEL III: Eerstelijnsbegeleiding bij eet- en gewichtsproblemen

Als uit de screening blijkt dat een eerstelijnsaanpak mogelijk is, start dan met een zorgtraject in de eerstelijn dat gericht is op gezondheidsversterking op vlak van fysisch, psychologisch en sociaal functioneren.

Vooraleer te starten met de eerstelijnsbegeleiding is het belangrijk om samen met de cliënt de focus en een plan van aanpak te bepalen. Verken samen met de cliënt wat nodig is. Hou ook in deze fase de motivationele kaders in het achterhoofd. Meer concrete informatie over hoe zo een plan samen met de cliënt kan worden opgesteld staat onder 7. Timen en plannen onder Deel II.

Is er een antwoord op onderstaande vragen? Dan kan het begeleidingstraject van start gaan.

- start met invoegen:
  - welk probleem voor dit EL traject?
  - hoe heb je hier last van? Acuut-chronisch?

- connecteer met groeithema's:
  - wat gaat goed?
  - welke invloed heeft je probleem hier op?
  - wat heb je al geprobeerd?

- welk plan?
  - welke gezondheidstheorie?
  - welke wenselijke verandering?
  - welke haalbare veranderingen?

Mogelijke ingrediënten van een eerstelijnsaanpak zijn:

- **educatie waar gewenst;**
- **werken aan een gezonde leefstijl (zie fiche ALLES);**
  - Afwisselend eten
  - Leuk bewegen
  - Lief zijn voor jezelf
  - Emoties hanteren
  - Slapen
- **versterken van beschermende factoren;**
- **verminderen van de impact van risicofactoren.**

Plan eventuele gedragsverandering in kleine stappen. Werken aan leefstijlverandering vraagt tijd. Kies daarom één of twee veranderingen die haalbaar lijken voor de cliënt. Focus op realistische doelstellingen die op lange termijn kunnen worden volgehouden. Bekijk het als een marathon, geen sprint.

Psycho-educatie

Mythes

Rond eten, gewicht en obesitas leven er heel wat mythes in de maatschappij. Deze mythes kunnen de eerstelijnsbegeleiding bij eet-en gewichtsproblemen in de weg staan. Het kan dan nodig zijn om cliënten extra uitleg en psycho-educatie te geven rond het onderzoek dat deze mythes weerlegt.

Gebruik ook hier weer de ontlok-geef-ontlok stappen:

- **Ontlok:** er is al heel wat bekend rond de gevolgen van crashdiëten, wil je daar wat meer over weten?
- **Geef:** geef informatie over de mythe a.d.h.v. de fiche 'De mythe van het lijnen'.
- **Ontlok:** wat denk je als je dit zo hoort? Of wat betekent dit voor jou?

- ***MYTHE 1: Wie overgewicht of obesitas heeft, is per definitie niet fit en ongezond***

Ook al hebben mensen met overgewicht en obesitas als groep een hoger risico op gezondheidsproblemen dan de groep van mensen met een normaal gewicht (populatieniveau), op individueel niveau is er meer informatie nodig voor gezondheidsinschatting. Schattingen geven aan dat ongeveer 1 op 3 mensen met obesitas metabool gezond zijn d.w.z. dat zij niet voldoen aan de kenmerken van het metabool syndroom dat o.a. het risico op diabetes type 2 en cardiovasculaire aandoeningen verhoogt. Daarnaast blijkt dat 1/3 van de mensen met een normaal gewicht metabool ongezond zijn en dus wel voldoen aan het risicoprofiel [5, 41, 42]. Hoewel er dus een relatie is tussen gewicht en gezondheid, wil dit niet zeggen dat iedereen die lijdt aan obesitas een slechtere gezondheid heeft EN dat mensen met een normaal gewicht geen verhoogd risico zouden lopen op o.a. diabetes type 2 en cardiovasculaire aandoeningen. Dit wordt ook bevestigd door longitudinaal onderzoek. Caleyachetty, Thomas, Toulis, et al [43] toonden aan dat mensen met een normaal gewicht met één of meerdere metabole risicofactoren een verhoogde kans hebben op hart- en vaatziekten en cerebrovasculaire aandoeningen in vergelijking met de groep met een normaal gewicht en zonder metabole risicofactoren. Uit hun resultaten blijkt verder dat deze kans ook significant hoger is dan de kans op hart- en vaatziekten en cerebrovasculaire aandoeningen voor mensen met obesitas zonder metabole risicofactoren. Hoewel deze laatsten een verhoogde kans hebben in vergelijking met de groep normaal gewicht zonder risicofactoren blijkt uit deze gegevens wel dat metabole gezondheid belangrijker is op vlak van het risico op hart- en vaatziekten en cerebrovasculaire aandoeningen dan gewicht.

Op individueel niveau blijkt gewicht of BMI dus niet de beste parameter om iets te zeggen over iemands gezondheid en blijken andere parameters zoals o.a. bloeddruk, cholesterol, bloedsuikerspiegel, enz. beter.

Metabool syndroom

Iemand lijdt aan het metabool syndroom indien deze persoon voldoet aan 3 van onderstaande criteria (Bron: Gezondheid & Wetenschap):

- Een buikomtrek van meer dan 94 cm bij mannen, en meer dan 80 cm bij vrouwen.
- Een verhoogde nuchtere waarde voor triglyceriden, een soort bloedvet.
- Een lage HDL-cholesterolwaarde (goede cholesterol).
- Een hoge nuchtere bloedsuiker (glucose) of reeds in behandeling zijn voor diabetes type 2.
- Een hoge bloeddruk, of reeds in behandeling zijn voor hoge bloeddruk.

Hoe kan dat?

Cijfers op groeps- of populatieniveau vertellen niets over de manier waarop een individuele persoon zijn of haar gewicht bereikt: om het even welk gewicht kan op veel manieren behaald zijn, en leefstijlaanpassingen vertalen zich niet meteen en niet altijd in gewichtsverandering. 'Normaal' gewicht kan samengaan met 'verstoord' eet- en beweeggedrag, en personen met overgewicht kunnen gerust een gezonde leefstijl hebben. Dit wordt gestaafd door onderzoek waaruit blijkt dat regelmatig bewegen en "fit zijn" een beschermende factor is voor heel wat risico's die verbonden zijn aan overgewicht en obesitas [44, 45]. Uit een meta-analyse van 10 studies bleek dat het mortaliteitsrisico voor fitte mensen met overgewicht en obesitas vergelijkbaar was met dat van fitte mensen met een normaal gewicht. Daarnaast bleek dat mensen die niet fit waren een dubbel zo groot risico hebben dan mensen die wel fit zijn, ongeacht BMI [46]. Onderzoek toont bovendien aan dat gezonder gaan leven een metabole verbetering geeft, zelfs indien er (nog) geen gewichtsverandering optreedt [47].

- *MYTHE 2: Obesitas los je op met voldoende wilskracht, minder te eten en meer te bewegen*

De oplossingen (en oorzaken) voor obesitas zijn veel complexer dan simpelweg minder eten en meer bewegen. Obesitas komt tot stand en wordt in stand gehouden door een complexe interactie van veel verschillende factoren. Onderzoek wijst o.a. op de sterke invloed van slaapgewoonten, stress, crashdiëten, hormonale disbalans, genetica, ziekte, psychisch functioneren en medicatiegebruik. Bovendien functioneert het te veel aan vetweefsel als een orgaan dat hormonen afgeeft die gewichtsverlies bij mensen met obesitas erg moeilijk maken.

Een goede behandeling van obesitas vraagt maatwerk met een goede inschatting van de oorzaken, instandhoudende factoren en gevolgen van obesitas door verschillende gespecialiseerde disciplines: artsen, diëtisten, kinesitherapeuten, psychologen… . Gezamenlijk komen zij tot een behandelplan dat in de eerste plaats gericht is op gezondheidswinst en waarbij gewichtsverlies een bijkomend behandeldoel kan zijn.

Wilskrachtmythe heeft schadelijke neveneffecten

Hoewel deze mythe niet juist is – de behandeling van obesitas en gewicht verliezen is veel complexer dan voldoende wilskracht hebben – toont onderzoek aan dat deze mythe wel heel wat schadelijke gevolgen heeft. Het kan leiden tot gewichtsstigmatisering en van gewichtsstigmatisering heeft men overtuigend aangetoond dat het via een ingewikkeld web van verschillende paden (daling fysieke activiteit, vermijden van doktersbezoeken, toename in episodes van eetbuien, psychologische effecten) kan leiden tot een stijging in gewicht en BMI en de kans op obesitas verhoogt [6]. Het maakt daarbij niet uit of de persoon die de stigmatisering ondergaat ook effectief objectief aan overgewicht of obesitas leidt. Ook mensen met een normaal gewicht die zichzelf percipiëren als iemand met overgewicht of kinderen die door ouders gepercipieerd worden als "te zwaar" dragen de negatieve gevolgen van stigmatisering [48].

Niet stigmatiseren: focussen op gezondheid en lichaamstevredenheid

In plaats van te focussen op het veranderen van lichamen en lichaamsvormen is het beter om in te zetten op gezondheid en lichaamstevredenheid. Er is voldoende onderzoek dat aantoont dat een gezonde leefstijl, ongeacht gewichtsverlies, leidt tot een betere gezondheid [47,49,50]. Bovendien toont onderzoek aan dat zij die tevreden zijn over hun gewicht zich meer engageren in gezondheidsgedrag ongeacht hun BMI [51] en zo op lange termijn medische risico's kunnen beperken [52, 53, 54]. Ander onderzoek toonde aan dat zij die positief stonden ten opzichte van hun lichaam er beter in slaagden om een jaar later hun gewicht te behouden [55]. Hulpverlening die gericht is op het promoten van zowel gezondheid als lichaamstevredenheid is niet alleen effectiever maar is ook voor iedereen goed en voor niemand schadelijk.

- *MYTHE 3: Mensen met obesitas moeten zo snel mogelijk zo veel mogelijk kilo's verliezen*

Crashdiëten zijn nooit een oplossing voor een kilootje te veel, niet voor de mensen met obesitas, niet voor zij met overgewicht, maar ook niet voor zij met een normaal gewicht of ondergewicht die graag dat ideale 'zomerlijf' willen hebben. Het volgen van crashdiëten vormt een risicofactor voor zowel de ontwikkeling van obesitas (jojo-effect) als voor de ontwikkeling van eetstoornissen en is daardoor af te raden. Door mensen aan te moedigen om snel zoveel mogelijk gewicht te verliezen worden ze alleen maar dieper in een neerwaartse spiraal geduwd. Onderzoek toont namelijk aan dat 'op dieet gaan' om het gewicht te controleren op langere termijn vaak leidt tot een gewichtstoename in plaats van een gewichtsafname [56]. Neumark-Sztainer et al. [56] toonden in hun onderzoek bijvoorbeeld aan dat frequente diëters op 10 jaar tijd een grotere BMI-toename hadden dan mensen die nooit op dieet waren gegaan. Ander onderzoek toont dan weer aan dat crashdiëten kunnen leiden tot verstoord eetgedrag en zelfs tot eetstoornissen [57]. (Noot: met crashdiëten wordt niet de professionele behandeling van overgewicht bedoeld (bv. advies door een diëtist), gericht op het stapsgewijs verbeteren van het eetgedrag en de leefstijl [57]).

Verschillende onderzoekers zijn dan ook stellig en beschouwen het adviseren of promoten van crashdiëten als onethisch [58].

Crashdiëten leiden tot gewichtstoename, hoe kan dat?

In het kort: restrictief eten of caloriedeprivatie leidt tot veranderingen op zowel hormonaal, fysiologisch en psychologisch niveau. Het zijn die veranderingen die gewichtsbehoud na een vermageringsdieet bijzonder moeilijk maken.

1. Verschillende onderzoekers halen bijvoorbeeld aan dat veranderingen in eetlust-regulerende hormonen aan de basis liggen van de toename in gewicht na een vermageringsdieet. De veranderingen in deze hormonen leiden tot een toename in honger en zetten het lichaam aan om extra energie op te slaan [4].

2. Een belangrijk fysiologisch mechanisme is de daling in rustmetabolisme als gevolg van sterke calorierestrictie. Onderzoek toont aan dat bij sterke calorierestrictie de ruststofwisselingssnelheid zal dalen, vermoedelijk om op een efficiëntere manier om te gaan met de opgenomen energie. Bovendien blijkt dat ook na afronding van het vermageringsdieet de ruststofwisselingssnelheid niet opnieuw versnelt. Met andere woorden, indien men na afronding van het modedieet opnieuw gaat eten zoals voorheen, neemt men simpelweg te veel energie op omdat de ruststofwisselingsnelheid is gedaald. Dit te veel aan energie wordt opgeslagen, met een gewichtstoename als gevolg.

3. Onderzoek toont daarnaast aan dat crashdiëten leiden tot meer aandacht voor voeding, eten [59, 60] en meer zin in eten [61,62].

Dus?

Omdat crashdiëten leiden tot een gewichtstoename in plaats van een gewichtsafname en bovendien het risico op de ontwikkeling van eetstoornissen verhogen, is het af te raden om rigide diëten sterk te promoten. In plaats van ons voedingsmiddelen te ontzeggen, wordt er beter ingezet op een gezonde eetstijl waar alles kan en mag zoals geadviseerd in de voedingsdriehoek van Gezond Leven en waar men leert omgaan met verleidingen. De diëtist kan hierbij begeleiding bieden. Voedingsmiddelen schrappen van het menu wordt best alleen maar gedaan om gezondheidsredenen (bv. in functie van medische aandoeningen of intoleranties) en steeds onder begeleiding van een diëtist.

Werken aan een gezonde leefstijl

Een gezonde leefstijl is veel meer dan gezond eten en voldoende bewegen. Een gezonde leefstijl omvat ALLES: Afwisselend eten, Leuk bewegen, Lief zijn voor jezelf, Emoties hanteren en Slapen.

Onze ALLES-fiche kan gebruikt worden om een gezonde leefstijl te bespreken met de cliënt.

- **Versterken van eetcompetenties**

Bij een hapering in eetgedrag waar nog geen sprake is van een eetprobleem of eetstoornis, wordt er ingezet op het versterken van eetcompetenties om erger te voorkomen. Satter [19] beschrijft eetcompetenties op vier verschillende domeinen: structuur, attitude, variatie en regulatie.

- **Geregeld:** heeft te maken met alles rond het plannen en organiseren van maaltijden.
- **Gezellig:** heeft te maken met alles rond het plezier dat eten en voeding mag geven.
- **Gevarieerd:** heeft te maken met de mate van variatie in het voedingspatroon.
- **Genoeg:** heeft te maken met het luisteren naar interne honger en verzadigingssignalen van ons lichaam.

De vier vaardigheden kunnen niet zonder elkaar: allen zijn nodig om te kunnen spreken van eetcompetent eetgedrag. Dit vormt een evenwicht tussen te weinig en te veel controle. Door belang te hechten aan de vier vaardigheden bij het begeleiden van de cliënt kan de hulpverlener het evenwicht bewaren tussen de vaardigheden. Het zorgt ervoor dat de balans bewaard blijft en dat de cliënt niet op één van de vaardigheden gaat doorschieten ten koste van de andere vaardigheden. Eetcompetenties zorgen daardoor voor een beschermend jasje op vlak van voeding en eten. Het helpt bij het uitbouwen van een gezonde houding t.o.v. eten en het kan bijsturen bij cognities die eet-en gewichtsproblemen in de hand kunnen werken, bijvoorbeeld: een sterk zwart-wit denken over wat gezond is of een te rigide vasthouden aan wat men wel of niet eet.

Versterken van eetcompetentie in de eerste lijn

Het is van belang steeds te vertrekken vanuit het kader van de cliënt. Een receptenboek vol voedzame maaltijden aan de cliënt bezorgen zal weinig zin hebben als de cliënt niet weet hoe hij/zij deze kan bereiden of deze maaltijden niet lekker vindt. Met iemand aan de slag gaan om meer variatie aan te brengen in het voedingspatroon zal pas lukken als er aan de slag gegaan wordt met de persoonlijke doelen van de cliënt en niet als bepaalde voedingsmiddelen worden voorgeschreven omdat ze “gezonder” zijn. Het kan daarbij handig zijn om in te voegen bij de eetcompetenties waarin de persoon wel al voldoende vaardig is. Hoe kunnen de reeds aanwezige vaardigheden gebruikt worden om de cliënt te versterken op de andere vaardigheden?

Daarnaast is het belangrijk om steeds in het achterhoofd te houden dat de focus blijft liggen op het groeiproces en mogelijkheden tot groei. Succes wordt niet bepaald door het wel of niet aanwezig zijn van een bepaald gedrag (bv. het proeven van een bepaald voedingsmiddel). Succes wordt bepaald door de cliënt die zijn groeiproces in eigen handen neemt en vandaaruit meer zicht krijgt op de sterktes die hij kan inzetten om doelen te bereiken.

Structuur – Geregeld

Haperingen op vlak van “geregeld” kunnen bestaan uit moeite hebben met het aanbrengen van een structuur op vlak van eten, geen tijd maken om te eten, problemen hebben bij het plannen van wat er gegeten wordt, moeilijkheden met het vertalen van een eetplan in een boodschappenlijstje, niet weten hoe men een voedzame maaltijd kan samenstellen. Idealiter eet men elke dag drie maaltijden aangevuld met twee à drie tussendoortjes. Men zorgt daarbij best voor lekkere en voedzame maaltijden die ervoor zorgen dat men verzadigd blijft tot het volgende eetmoment. Op die manier is

het gemakkelijker om vast te houden aan het eetschema en heeft men minder de neiging om te snoepen tussendoor. Kijk voor inspiratie naar de voedingsdriehoek en op de website 'Zeker Gezond'.

Mogelijke interventies zijn:

- Met de cliënt stilstaan hoe structuur kan worden aangebracht, wat zou cliënt helpen om de structuur vast te houden? Weekmenu? Maaltijdboxen?
- Samen met de cliënt zoeken naar lekkere en voedzame maaltijden die passen binnen structuur van de cliënt. Snelle maar voedzame maaltijd wanneer weinig tijd.
- Informatie geven over de voedingsdriehoek, doorverwijzen naar diëtist.
- Oefenen op het maken van boodschappenlijstjes.
- Opstellen weekmenu.
- Helpen bij het samenstellen van evenwichtige maaltijden
- Inspiratie voor gezonde recepten op 'Zeker Gezond' .

Attitude - Gezellig

Haperingen op vlak van "gezellig" kunnen bestaan uit het zich niet kunnen toestaan van verboden voedsel, niet kunnen/durven genieten van eten, schuldgevoelens bij wat men eet.

Interventies kunnen bestaan uit:

- Helpen zoeken naar gezelligheid, van eten iets leuks maken: hoe een gezellig momentje creëren aan tafel: samen rond de tafel, kaarsje, mooi serviesje, enz.
- Toestemming te geven om te eten wat en hoeveel men wil.
- Maak de cliënt ervan bewust dat eten gezellig moet blijven en dat men mag genieten van wat er op het bord ligt.
- Psycho-educatie rond de gevolgen van diëten, deprivatie van voedingsmiddelen, enz.
- Leren loslaten van het labelen van voedsel als slecht of goed.
- Stilstaan bij hoe je je lichaam kan geven wat het nodig heeft.
- Tijd nemen om bewust te eten en ervan te genieten:
- Zorg dat voedzame maaltijden ook lekker zijn. Bereid groentjes en andere ingrediënten op een manier die jou smaakt. Op die manier is evenwichtig eten geen moetje maar iets om elke maaltijd naar uit te kijken.

Variatie - Gevarieerd

Haperingen op vlak van variatie bestaan uit een te éénzijdig voedingspatroon, moeilijkheden met het eten van voedingsmiddelen die men niet kent maar ook vasthangen aan het idee dat voeding altijd lekker moet zijn.

- Dagelijks verschillende soorten producten (groenten, fruit, aardappelen, vlees, vis, noten) eten.

Ook voldoende variëren binnen die producten (bv. niet alleen appels maar ook aardbeien, niet alleen bloemkool maar ook wortel).

- Aanmoedigen om te experimenteren met voeding: wat zijn kleine stapjes?
- Samen zoeken naar andere manieren waarop voedzame voedingsmiddelen op een lekkere manier kunnen verwerkt worden in voedingspatroon. Misschien vindt men gewone gekookte groenten niet zo lekker, maar vind men het wel heerlijk om van deze groenten te genieten in een stoofpotje? Leren accepteren dat het soms ook met minder gezonde of minder lekker voeding moet omdat de situatie dat nu eenmaal vereist of wanneer andere belangrijke waarden en doelen voorop staan.
- Voor kinderen: Het gezelschapsspel 'De Lekkerbekjes' daagt kinderen en hun vrienden en familie uit om grappige, vreemde en vooral gezonde hapjes te proeven. Zo leren ze ook spelenderwijs de voedingsdriehoek kennen.
- Experimenteer met kleuren en exotische gerechten, kijk voor inspiratie naar vrienden en familie of kijk op de website 'Zeker Gezond'.
- Met behulp van maaltijdboxen kan men in contact komen met nieuwe ingrediënten en leert men meteen hoe men deze kan klaarmaken.

Sommige mensen vinden het gemakkelijk om nieuwe voedingsmiddelen te proberen. Bij anderen kan experimenteren en nieuwe zaken proberen veel spanning geven. Het kan dan soms helpen om het proces van proeven en experimenteren in comfortabelere kleine stapjes op te delen: starten met 1 voedingsmiddel, combineren met iets dat men graag eet, klaarmaken m.b.v. de favoriete bereidingswijze, enz. Mensen die erg veel moeite ervaren om hun voedingspatroon uit te breiden, kunnen ook beroep doen op professionele hulp van een gespecialiseerde diëtiste of psycholoog.

Regulatie - Genoeg

Haperingen op vlak van regulatie kunnen bestaan uit het negeren van honger- of verzadigingssignalen, eten om andere redenen dan fysieke honger, het niet kunnen verdragen van een kleine honger. Naargelang de hapering kunnen verschillende interventies interessant zijn:

- Leren aandacht te hebben voor eten tijdens de maaltijd: afleidingen (tv, smartphone) aan de kant zodat men optimaal aandacht kan geven aan de maaltijd en signalen van honger- en verzadiging.
- Aandacht geven aan de verschillende aspecten van het eten: geur, smaak, zicht,… .
- Signalen voor fysieke honger bij zichzelf leren herkennen: grommende maag, zich slap voelen, pijnlijke maag.
- Fysieke honger leren onderscheiden van andere soorten honger: honger getriggerd door omgevingssignalen of emotionele honger:
- Leren herkennen van omgevingstriggers die eten oproepen (omgevingshonger).
- Bewust worden van momenten waarop er gegeten wordt vanuit een emotionele behoefte, stilstaan bij andere manieren waarop met emoties kan worden omgegaan.
- Leren herkennen van verzadigingssignalen.

- De tijd nemen om bewust te eten en ervan te genieten.
- Geen gewoonte van maken om zichzelf te belonen of te troosten met eten. Beter: een bad nemen, gaan wandelen of doe iets anders leuk voor jezelf om zichzelf te belonen of te troosten.

Andere aandachtspunten op vlak van afwisselend eten:

- Beschouw voedingsmiddelen op zich niet als gezond of ongezond: alles is oké maar het ene heeft het lichaam meer nodig dan het andere. Spreek niet over gezond/ongezond t.o.v. de cliënt.
- Ga niet mee in de hypes of diëten. Deze hypes of diëten zijn niet bewezen of vaak gebaseerd op incorrecte interpretaties van wetenschappelijke studies. Wees oplettend voor zelfverklaarde experts zonder achtergrond in de principes van wetenschappelijk onderzoek.
- Gebruik de principes van de voedingsdriehoek. De voedingsdriehoek is gebaseerd op sterke wetenschappelijk evidentie en is opgesteld door experten op vlak van voeding.

- **Beweeggedrag**

Op vlak van beweeggedrag zijn er verschillende mogelijk doelen, afhankelijk van de situatie van de cliënt: meer bewegen, minder bewegen (bv. Bij bewegingsdrang), plezierig bewegen waarbij men contact maakt met het lichaam en de eigen grenzen goed kent, het versterken van beweegvaardigheden. Regelmatig bewegen is een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl. Bewegen aanmoedigen bij de cliënt is dus zeker een goed idee. Toch is het van belang om te weten wat de functie van het bewegen is voor de cliënt: beweegt hij/zij uit plezier? Omwille van de sociale contacten? Voor de uitdaging? Prima!

Beweegt de cliënt hoofdzakelijk om zijn lichaam te veranderen en/of te compenseren voor de geconsumeerde calorieën, dan is aanmoedigen geen goed idee! Het is beter om in dat geval in te zetten op lichaamstevredenheid.

Veranderingen in fysieke activiteit hoeven niet zo “groots” te zijn: ook met kleine dagdagelijkse veranderingen kunnen een winst op vlak fysieke activiteit betekenen. Wanneer men meer wil bewegen is “Elke stap telt” bijvoorbeeld erg letterlijk te nemen. Zaken die men bijvoorbeeld samen met de cliënt kan doen:

- Ga na hoe hij/zij meer beweging kan inbouwen in zijn leven: de trap nemen, wandelen of fietsen naar het werk, een avondwandeling maken.
- A.d.h.v. kleine dagdagelijkse veranderingen kunnen kleine beweegmomenten worden ingebouwd die op lange termijn een winst voor de gezondheid kunnen betekenen. Wat te denken van poetsen op muziek? Staand internetten? of lunchwandelingen?
- Heeft de sportvrager vroeger gesport? Zou hij/zij dit terug willen opnemen? Wat zijn mogelijke barrières?
- Zijn er interessante sportclubs/wandel/fiets-routes in de buurt waar de cliënt zich bij zou kunnen aansluiten? Wat zijn mogelijke barrières?

- Men adviseert om na 20 à 30 minuten het zitten even te onderbreken door even recht te staan. Men kan bijvoorbeeld een glaasje water gaan halen, de vaatwasser leegmaken, de post uithalen. Meer inspiratie om het stilzitten te doorbreken staat hier.
- Help zoeken naar een sport die men graag doet, die blij maakt. Kiezen voor een sport die men graag doet, zorgt ervoor dat men meer gemotiveerd bent om te sporten, dat men met plezier beweegt en dat men het sporten ook kan volhouden.
- Help zoeken naar manieren waarop men het sporten voor zichzelf leuk kan maken: Maak een leuke playlist voor tijdens het lopen, stippel een mooie looproute uit, ga sporten met een vriend/vriendin, koop een leuke sportoutfit, sport in team om optimaal te genieten van sociaal contact.
- Moedig aan om het lichaam te leren kennen: zoek naar een juiste dosering van inspanning en geef tijd voor herstel nadien. Maak tijd voor opwarming en cooling-down. Drink voldoende (water). Kies een sport die bij het lichaam past en ondersteun zo nodig met stevige schoenen en aangepaste kledij.
- Moedig aan om rust of de intensiteit te verlagen wanneer nodig. Het lichaam te veel onder druk zetten of een hele sportsessie lang "afzien" verhoogt de kans op blessures en dat men het sporten niet lang zal volhouden. Een conditie opbouwen doet men door het lichaam systematisch in kleine stapjes uit te dagen. Voldoende uitdaging om progressie te maken maar niet zoveel dat blessures kunnen ontstaan.
- Moedig attitudes t.o.v. beweging aan die gezondheid centraal stellen i.p.v. gewicht en uiterlijk.
- Moedig aan om beweging te zien als onderdeel van een gezonde leefstijl.

Voor meer informatie en inspiratie kunnen hulpverleners en cliënten terecht op de bewegingsdriehoek van het Gezond Leven.

Voor een professionele ondersteuning op vlak van beweeggedrag kan de cliënt met een verwijsbriefje van een arts terecht bij een BOV-coach in de buurt (kostprijs 5 euro per kwartier). Een BOV-coach kan hen helpen om manieren te vinden om beweging in het leven van de cliënt in te bouwen. Informatie over het BOV-aanbod staat hier.

- **Lief zijn voor jezelf**

Het zelfbeeld is de manier waarop men over zichzelf denkt. Het zelfbeeld geeft aan wie men is en wat er bij zichzelf past en wat niet. Weten wie je bent is erg belangrijk maar het vraagt vaak tijd om te ontdekken wie je precies bent. D**e ontwikkeling van het zelfbeeld** kan gestuurd worden door op zoek te gaan naar ervaringen en op die manier ontdekken wat men leuk vindt, wat er bij zichzelf past en wie men is. Ideaal is een zelfbeeld dat bestaat uit zowel positieve als negatieve elementen: men weet waar men goed in is en wat men minder goed kan. Zelfwaardering gaat dan weer over de manier waarop men zijn/haar zelfbeeld waardeert. De zelfwaardering wordt niet enkel bepaald door hoe we onszelf zien maar ook door hoe anderen ons zien en hoe de maatschappij ons ziet. De evaluatie van bepaalde kenmerken van onszelf kan ook beïnvloed worden door hoe anderen of de maatschappij deze kenmerken

beoordelen. Iemand met een gezonde zelfwaardering heeft een duidelijk zicht op zijn sterktes maar kan ook zijn minder goede kanten en zwaktes accepteren. Dit leidt tot vertrouwen in zichzelf en in zijn mogelijkheden om moeilijkheden te overwinnen.

Het lichaamsbeeld is een deel van het zelfbeeld. Om van een evenwichtig en positief lichaamsbeeld te spreken moet er bovendien voor meer zaken aandacht zijn dan voor uiterlijk alleen. Een positief lichaamsbeeld omvat thema's zoals uiterlijk, gezondheid, bewustzijn, functie, plezier en diversiteit. Werken aan een positief lichaamsbeeld kan dan ook binnen elk van deze thema's. Een evenwichtig zelf- en lichaamsbeeld en een gezonde zelfwaardering beschermt tegen heel wat psychische problemen o.a. de ontwikkeling van eet- en gewichtsstoornissen. Mogelijke doelen zijn werken aan het zelfbeeld, werken aan het lichaamsbeeld, bijsturen van negatieve zelfwaardering, het opsporen van maladaptieve cognities en selftalk, aanpak perfectionisme en het verminderen van preoccupatie met gewicht en lichaamsvormen: De cliënt leren naar zijn persoonlijke vooruitgang te kijken in plaats van zich te vergelijken met anderen.

- Hecht belang aan procesgerichte feedback en leer de cliënt ook op een procesgerichte manier naar zichzelf kijken: stilstaan bij de manier waarop iets gedaan wordt in plaats van een oordeel over de persoon of de prestatie.
- Sta samen met je cliënt stil bij zijn/haar krachten, talenten en domeinen van goed functioneren: Wat vindt hij/zij dat zij goed doet als partner/ouder/collega/vriend(in)? Wat waarderen anderen heel erg in hem/haar? Zijn er hobby's die de cliënt leuk vindt om te doen?
- Verken samen met de cliënt andere domeinen van zelfwaardering. Wat zijn dromen van de cliënt? Wat zou hij/zij graag willen bereiken? Zijn er bepaalde hobby's waar de cliënt van al langer van droomt om te doen. Welke domeinen van zelfwaardering waren vroeger aanwezig? Moedig hobby's en specifieke interesses aan. Denk samen met de cliënt na hoe hij/zij (opnieuw) aan de slag kan gaan met deze domeinen.
- Uitbouwen van een waardesysteem met de cliënt. Wat vindt de cliënt belangrijk? Op welke waarden en domeinen wil de cliënt inzetten? Wat hoopt de cliënt op het einde van zijn leven gedaan te hebben? Wat hoopt de cliënt dat mensen op het einde van zijn leven over hem/haar zouden zeggen?
- Uitdagen en relativeren van schoonheidsideaal

Het is als hulpverlener belangrijk om niet mee te gaan in de negatieve zelfmonoloog van de cliënt. Blijf als hulpverlener steeds aandachtig voor de krachten en talenten van de cliënt. Onze aandacht heeft de neiging om zich te richten op wat er niet goed gaat daarom ziet hij/zij mogelijk zijn/haar eigen krachten of talenten niet meer. Het is daarom des te belangrijk om er als hulpverlener wel steeds oog voor te blijven hebben.

- **Emoties hanteren**

Emoties worden vaak voorgesteld als goede en slechte emoties, toch zijn emoties in essentie niet slecht of goed. Elke emotie heeft een eigen functie, en ook de emoties die niet zo leuk aanvoelen horen bij het leven. Leren om emoties te accepteren en ze te leren verdragen is dan ook

een belangrijke beschermende factor die het risico op de ontwikkeling van eet- en gewichtsproblemen verlaagt.

Werken aan een betere emotieregulatie kan door:

- Stilstaan bij adaptieve manieren om met emoties om te gaan i.p.v. ze te onderdrukken (bijvoorbeeld erover praten).
- Stel verstoorde cognities in vraag rond (negatieve) emoties, bv. cognities die (uitingen van) negatieve emoties zien als zwak of fout.
- Bespreek de oorzaken en gevolgen van stress en hoe ermee om te gaan.
- Sta met je cliënt stil bij wat hen spanning of stress bezorgt.
- Reflecteer met je cliënt over hoe ze op een adaptieve manier met stress en spanning kunnen omgaan.
- Moedig reflectie en evaluatie van coping- en emotieregulatiestrategieën aan.
- Breng adaptieve strategieën aan zoals sociale steun zoeken, verschillende oplossingen zoeken voor een probleem.

- **Slapen**

De hoeveelheid slaap die iemand nodig heeft, verschilt tussen mensen en varieert ook naargelang de leeftijd. Baby's slapen tot 16u per dag, voor kinderen en adolescenten wordt een slaapduur tussen de 8 en 11u aangeraden en de gemiddelde "normale" slaapduur voor volwassenen is 7 a 8 uur [63]. Kleine individuele verschillen in slaapduur zijn mogelijk maar extreme afwijkingen van deze range leiden mogelijk tot gezondheidsproblemen. Of de hoeveelheid slaap voor iemand voldoende is wordt gedefinieerd aan de hand van: spontaan wakker worden en het gevoel te hebben van fris en alert te zijn [64].

Kijk voor meer informatie naar onze fiche: "Slaap".

Versterken beschermende factoren en aandacht voor risicofactoren

Versterken van beschermende factoren

Uit onderzoek is gebleken dat er factoren zijn die het risico op de ontwikkeling van een eet-en gewichtsproblematiek verlagen, de beschermende factoren. Anderzijds zijn er factoren die de ontwikkeling van een eet-en gewichtsproblematiek verhogen. De balans tussen beide soort factoren is daarbij erg belangrijk: iemand kan erg veel risicofactoren hebben maar toch geen problematiek ontwikkelen omwille van ook vele beschermende factoren die in het leven van die persoon aanwezig zijn (zie ook Figuur 3). Daarom is het in preventie zo belangrijk om niet alleen in te zetten op het opsporen van risicopopulaties en verminderen van risicofactoren, maar ook op het versterken van de *beschermende factoren*. Beschermende factoren zijn niet noodzakelijk het omgekeerde van de risicofactoren.

De Eetexpertfiche "Risicoprofiel bij eet- en gewichtsproblemen, samenvattingsfiche" bevat een overzicht van de beschermende en risicofactoren met telkens tips voor preventie en zorg op maat.

Belangrijke beschermende factoren zijn o.a. een gezonde houding ten opzichte van eten, bewegen en het eigen lichaam (zie ook 1.2. werken aan een gezonde leefstijl), mediaweerbaarheid en sociale vergelijking en een sociaal netwerk met goede voorbeeldfiguren. Ook ons preventiedraaiboek "Risicoprofiel bij eet- en gewichtsproblemen" geeft inspiratie om samen met de cliënt in te zetten op beschermende factoren.

- **Mediaweerbaarheid en sociale vergelijking**

De media spelen een belangrijke rol in het communiceren van het slankheidsideaal en de (vermeende) methodes om dit te bereiken. Blootstelling aan deze ideaalbeelden en boodschappen kan gepaard gaan met internalisering van het slankheidsideaal, sociale vergelijking op vlak van slankheid, en activatie van allerlei ideeën rond het belang van slankheid. Bovendien duiken nieuwe mediakanalen op waarlangs deze processen plaatsvinden, zoals sociale netwerksites [65, 66].

Via mediaweerbaarheidsprogramma's wordt dan ook geprobeerd om de impact van mediablootstelling op het lichaamsbeeld en verstoord eetgedrag te verminderen door kritisch denken aan te leren tegenover mediatechnieken en ideaalbeelden. Onderzoek ondersteunt het effect van dergelijke programma's in de preventie van eet- en gewichtsproblemen [65].

Hulpverleners letten in een mediaweerbaarheidsprogramma best op onderstaande punten:

- Informatieoverdracht alleen is onvoldoende, laat hen actief en interactief werken hierrond.
- Geef informatie rond het percentage personen dat beantwoordt aan het slankheidsideaal en de opofferingen die modellen en beroemdheden moeten doen om er op een bepaalde manier uit te zien.
- Toon filmpjes die het effect van digitale beeldvorming laten zien.
- Geef discussieopdrachten rond het slankheidsideaal, sociale druk, diversiteit…
- Laat hen argumenteren tegen het slankheidsideaal en oneigenlijke mediapraktijken e.d.. Dit creëert cognitieve dissonantie met het slankheidsideaal.
- Gezien de invloed van sociale netwerkapps, dient ook dit medium aan bod te komen, zoals de invloed die (onder meer) Instagram, Tik Tok en co hebben op het zelfwaardegevoel, en de technieken die gebruikt worden in het bewerken van foto's.

- **Sociale steun en belangrijke anderen met gezonde modelfunctie**

Personen met positieve relaties met anderen zijn minder kwetsbaar voor psychische problematiek in het algemeen en eet- en gewichtsproblemen in het bijzonder. Bovendien is het beschermend indien deze belangrijke anderen ook een gezonde modelfunctie hebben op vlak van lichaamswaardering.

- Zoek samen met de cliënt naar manieren om het sociale netwerk te vergroten/verbreden. Is het haalbaar om elke dag met minstens 1 iemand te praten over iets van jezelf?

- Vermeerderen van positieve contacten: wie doet goed?
- Educatie van zorgfiguren rond het schoonheidsideaal, gewicht, eten,…
- Denk samen na: wie welke houding heeft ten opzichte van het lichaam, wat vindt cliënt daar goed aan? Wat zou cliënt willen overnemen?

Wees ook bewust van de modelfunctie ten opzichte van de cliënt. Het is belangrijk om ook zelf een gezonde houding ten opzichte van eten, bewegen en lichaam te modelleren tegenover de cliënt.

Opletten voor risicofactoren

Er kan krachtig kunnen geïntervenieerd worden door in te zetten op beschermende factoren maar er kan ook schade worden toegebracht door mee te gaan in en het bekrachtigen van bepaalde risicofactoren. Risicofactoren om rekening mee te houden bij turbulenties of haperingen op vlak van eten en gewicht zijn: preoccupatie met gewicht en lichaamsvormen, perfectionisme, bewegen in functie van de ideale lichaamsbouw en maladaptieve cognities rond voeding.

- **Preoccupatie met gewicht en lichaamsvormen**

Binnen onze maatschappij is “er goed uitzien” belangrijk. Het belang dat maatschappijbreed gehecht wordt aan “er goed uitzien” heeft niet alleen een invloed op mensen die onze hulp vragen maar ook op onszelf als hulpverlener. Ons te sterk identificeren met dit maatschappijbeeld maakt dat we ongewild het belang dat onze cliënt hecht aan uiterlijk en gewicht kunnen aanmoedigen en bekrachtigen.

Let op voor:

- Stigmatiserend communiceren (zie materiaal ontwikkeld door Eetexpert).
- Lichaamsvorm en gewicht gebruiken als motivator voor gedragsverandering. Bv.: bij iemand met obesitas “een mooier lichaam” gebruiken als motivator om meer te gaan bewegen of op voeding te letten.
- Bevestigend antwoorden als de persoon klaagt over zijn of haar lichaamsvormen.
- Diëten adviseren om lichaamsvorm te veranderen.
- …..

Casussen, hulpmiddelen en praktijk middelen

Registratie

Eenvoudige registratieopdrachten door de cliënt kunnen helpen om zicht te krijgen op het eet- en bewegingspatroon in het dagelijkse leven. Een voorbeeld van een registratieopdracht is het eetdagboek, waarbij de cliënt systematisch registreert: tijdstip, situatie, soort en hoeveelheid van eten, gevoelens en gedachten vooraf en achteraf, eventueel alternatieve copinggedragingen (**voorbeeld**).

Het correct invullen van (een deel van) zo'n eetdagboek is vaak al een (tussen)doelstelling op zich en moet door de cliënt ervaren worden als een hulpmiddel voor zichzelf en geen controlemiddel voor de hulpverlener. Uiteraard moet er al voldoende probleembesef zijn voor men dergelijke opdracht geeft. Laat het eetdagboek slechts korte tijd invullen (enkele dagen) om de focus op eten niet te versterken.

DEEL IV: Terugvalpreventie & Nazorg

Terugvalpreventie

Wat is terugval? Wanneer is er sprake van terugval en wanneer van een herval? Hoe kan ik een terugval herkennen? Hoe kan ik als eerstelijnshulpverlener een terugval voorkomen of bijsturen? Wanneer is het belangrijk om gespecialiseerde zorg in te schakelen bij terugval?

Criteria voor herstel

Om te kunnen spreken van terugval is het belangrijk om "herstel" te definiëren: aan welke criteria moet de cliënt voldoen om hersteld te zijn van een eetstoornis of gewichtsprobleem? Deze criteria definiëren is niet zo evident: moet het gewicht mee in rekening worden gebracht? Is het voldoende om symptoomvrij te zijn of moeten er ook substantiële veranderingen op andere levensdomeinen hebben plaatsgevonden?

Herstel bij eetstoornissen

Onderzoek bij zowel ex-cliënten als behandelaars toonde aan dat het voor het herstel van een eetstoornis niet alleen belangrijk is dat het eetgedrag zich herstelt maar dat er ook verandering zijn in psychologische en sociale factoren (Noordenbos & van Elburg, 2018):

- Het eetgedrag is normaal, gezond en voldoende.
- De lichamelijke gevolgen zijn hersteld en er is sprake van een gezond gewicht, zie ook hier.
- De lichaamsbeleving is positiever en er is geen behoefte meer om te lijnen.
- Het gevoel van eigenwaarde en het zelfvertrouwen zijn toegenomen.
- Emoties kunnen herkend en geuit worden.
- Sociale vaardigheden en relaties zijn zodanig verbeterd dat men weer maatschappelijk kan functioneren.

Herstel bij overgewicht/obesitas

Het lijkt logisch om bij overgewicht en obesitas, gewichtsverlies als criterium voor herstel te definiëren. Onderzoek toont echter aan dat maar een beperkt gewichtsverlies van 5% tot 10% van het totale gewicht fysiologisch haalbaar is. Obesitas wordt daardoor door experten gezien als een chronische aandoening die om een langdurige gedragsverandering vraagt waarbij vooral gezondheidswinst centraal staat. In die zin zou herstel gedefinieerd kunnen worden als een gedragsverandering binnen die domeinen die nodig zijn om de gezondheid te verbeteren: eetgedrag, beweeggedrag, slapen, emotieregulatie, lichaamsbeeld maar mogelijk ook medicatie management, therapietrouw en het breder psychisch en sociaal functioneren.

Terugval bij eetstoornissen en gewichtsproblemen

Terugvallen na een behandeling voor een eetstoornis is niet zo uitzonderlijk. Onderzoeken tonen aan dat 6 tot 57% van cliënten die hersteld zijn van AN terugvallen. Voor BN liggen de cijfers tussen de 21 tot 55% en voor BED liggen de cijfers tussen de 20 tot 30% (Noordenbos & van Elburg, 2018) waarbij het risico vooral verhoogd is in de eerste twee jaar na behandeling (Berends, van Meijel & van Elburg, 2010).
Ook bij herstel van obesitas zijn momenten van terugval eerder regel dan uitzondering. Obesitas vraagt een doorgedreven leefstijlaanpassing en gedragsverandering waarbij oude gewoontes doorbroken worden. Het opbouwen en automatiseren van nieuwe gewoontes is een proces van lange duur waarbij grote stress vaak doet teruggrijpen naar gedrag dat het langst geleerd is.

Terugval en herval

Er is echter een onderscheid tussen een terugval en een herval. Bij terugval gaat het om een kort teruggrijpen naar vroeger (symptoom)gedrag op een moment van druk. Men zegt dat terugval onderdeel van herstel is: nieuwe stappen kunnen extra spanning geven, die doen grijpen naar vroegere ongezonde copingstrategieën (omdat de nieuwe strategieën nog niet voldoende zijn geautomatiseerd). Herval gaat veel verder dan 'terugval': herval begint met een terugvalreactie op een spannende situatie, maar wordt niet/onvoldoende bijgestuurd waardoor het vroegere symptoomgedrag niet alleen opgezocht wordt als reactie op de tijdelijke druk, maar de overhand krijgt en de dagstructuur weer stuurt. Prognostisch: bij terugval is het nodig om voor kortere tijd het behandelcontact te intensifiëren om de draad terug op te nemen, bij een herval moet het behandelcontact voor langere tijd (> 3 maanden) geïntensifieerd worden (Noordenbos & van Elburg, 2018).

Het proces van terugval en herval

Terugval verloopt in verschillende fases. Ingrijpen in een vroeg stadium laat toe om herval te voorkomen, schade te beperken en herstel te laten optreden (Berends, van Meijel & van Elburg, 2010). Een terugval start vaak met factoren die de terugval uitlokken ('de uitlokkers). Geleidelijk zullen er steeds meer signalen van een terugval zichtbaar worden voor de cliënt en zijn/haar omgeving. Wanneer er niet ingegrepen wordt zal de impact op diverse levensdomeinen toenemen en spreekt men van herval.
Volgens het herval-model van Marlatt & Gordon (1985) wordt een terugval bepaald door iemands reactie op een hoog-risico situatie. Hoe iemand reageert hangt af van een aantal persoonlijke en interpersoonlijk determinanten waaronder de mate waarin men zelf denkt in staat te zijn om bepaald gedrag te kunnen stellen en sociale steun. Wanneer iemand in staat is om op een effectieve manier met de hoog-risico situatie om te gaan, stijgt het vertrouwen in zichzelf waardoor de kans op een volledig herval verlaagt. Er niet in slagen om op een effectieve manier met een hoog-risico situatie om te gaan, verhoogt de kans op een herval. Een belangrijk effect hierbij is het "Abstinence Violation Effect" (AVE) waarbij iemand gevoelens van schaamte en schuld ervaart als hij/zij niet kan voldoen aan de regels die hij/zij zichzelf had opgelegd. Of de AVE de kans op een volledig herval verhoogt hangt af van hoe de persoon de factoren die tot de terugval hebben geleid ervaart: factoren die als intern, algemeen en oncontroleerbaar worden ervaren verhogen de kans op herval. Ziet de persoon de factoren daarentegen als extern, niet stabiel en controleerbaar dan is de kans op een herval verlaagd.

Hulpverleners kunnen cliënten helpen om herval te voorkomen door hen voor te bereiden op een mogelijke terugval. Dit doet men door samen met de cliënten hoog-risico situaties te identificeren, vroege tekenen van terugval te helpen herkennen en met hen helpen om strategieën te vinden die hen bij hoog-risico situaties en bij vroege voortekenen kunnen helpen. Een terugvalpreventieplan kan daarbij helpen. Door een terugval voor te bereiden wordt de terugval door de cliënt verwacht en heeft de cliënt handvaten om met de terugval om te gaan. Het draagt bij aan het gevoel van controle dat de cliënt over het proces heeft en in zijn/haar mogelijkheden om met de terugval om te gaan en kan daardoor een ernstiger herval voorkomen.

Uitlokkers van terugval

Bloks et al. (1999) maakten een overzicht met factoren die een terugval kunnen uitlokken maar deze lijst is zeker niet exhaustief:

- Emoties, zowel negatieve emoties als positieve emoties.
- Veranderingen in de leefsituatie: overlijden, verhuizing, verandering van studie of beroep, etc.
- Verandering in het dagschema zoals bij vakanties of bv. in lockdown.
- Sociale veranderingen en interpersoonlijke conflicten.
- Stress op het werk of school, thuis (bv. financiële problemen).
- Schokkende gebeurtenissen.
- Focus op gewicht bv. bij gewichtstoename, opmerkingen over uiterlijk of bij aanmoediging van anderen om te lijnen.
- Onevenwichtige eet- of dagstructuur.
- Ontmoetingen met mensen die de cliënt kenden uit de tijd van ondergewicht.
- …..

Vroege voortekenen van terugval

Vroege voortekenen zijn tekenen die als waarschuwingsteken voor de terugval kunnen begrepen worden. Voortekenen zijn niet alleen gedragingen maar ook gevoelens, gedachten en lichamelijke signalen. Ook voortekenen zijn sterk individueel bepaald (Berends, van Meijel & van Elburg, 2010). Het is daarom belangrijk om voor elke cliënt individueel de voortekenen te identificeren. Hoe meer zicht men krijgt op voortekenen van zichzelf, hoe beter men een terugval zal kunnen voorspellen en hoe eerder men kan ingrijpen.
Bij eet- en gewichtsproblemen zijn de voortekenen onder te brengen in vijf categorieën

1. Eetpatroon: (irrationele) gedachten rond eten, angst bij het moeten eten van bepaald voedingsmiddel, steeds kleiner porties kiezen, niet meer luisteren naar honger- en verzadigingssignalen.
2. Bewegingspatroon: meer bewegen, bewegen met blessure, zich schuldig voelen als beweging niet kon doorgaan, geen rust gunnen, staan ipv zitten,... .
3. Lichamelijk functioneren: afname in gewicht, slecht slapen,... .
4. Psychologisch functioneren: negatievere zelfwaardering, negatieve selftalk, piekeren en rumineren.
5. Sociaal functioneren: conflicten met omgeving rond eten, vermijden van situaties waarin gegeten wordt,…. .

Strategieën om met moeilijke situaties of om met terugval om te gaan.

Ook de acties of strategieën die helpend kunnen zijn, zijn sterk individueel bepaald. Het is dus essentieel om samen met de cliënt te zoeken naar acties die voor hem/haar helpend zijn. Inspireren met een lijst van mogelijke acties of strategieën kan natuurlijk altijd.

Acties bij uitlokkers

Acties bij uitlokkers kunnen erop gericht zijn om de uitlokker te voorkomen of om met de uitlokker om te gaan. Men ont-volgt bijvoorbeeld bepaalde fitspo-profielen op instagram of vermijdt contact met mensen die ook problemen ervaren rond eten en gewicht. Omgaan met uitlokkers kan betekenen dat er tijdelijk wat wordt beveiligd met wat meer structuur: een eetplan, bijkomende stress-regulatie, wat meer sociale contacten, ...

Acties bij vroege voortekenen

Acties bij vroege voortekenen kunnen zowel gericht zijn op aanpak van de vroege voortekenen, als op het uitbouwen van meer algemene copingstrategieën.

Recent werd er naar aanleiding van de coronacrisis een artikel gepubliceerd door Fernandéz-Aranda en collega's (2020) waarin een opsomming werd gegeven van mogelijke strategieën die cliënten kunnen volgen op moeilijke momenten (zie tabel...). Vanzelfsprekend zijn deze strategieën ook bruikbaar bij uitlokkende situaties, vroege voortekenen of terugval.

	MALADAPTIEVE STRATEGIEËN	ADAPTIEVE STRATEGIEËN
Aanbevelingen voor cliënten		
Eetstoornis-specifieke situaties		
Zorgen over toegenomen gewicht	Diëten/ Negatief denken/ Hyperactief gedrag, zoals overvloedig poetsen/Voortdurend eten/ Ruzie maken met familieleden.	Coping Strategieën/ Positief Denken/ Dagplanning/ Routines/ Plezierige activiteiten / Virtueel en echt social contact (familie, vrienden), Matige fysieke inspanning.
Zorgen over voortdurend eten/overeten.	Diëten/ Purgeren/ Negatief denken/ Ruzie maken met familieleden/ Jezelf straffen	Maaltijden plannen/ Koken met familie, speciale gerechten maken (elk familielid kan een verschillend gerecht kiezen)/ Coping Strategieën/ Positief Denken.
Gebrek aan regelmatig sporten/activiteiten.	Diëten/ Negatief denken/ Hyperactief gedrag zoals overvloedig poetsen/ Ruzie maken met familieleden.	Coping Strategieën/ Positief Denken/Dagplanning/Matige fysieke inspanning op muziek / Dans/ Relaxatie oefeningen/ Yoga
Gebrek aan over-controle.	Herhalende, terugkerende obsessieve gedachten over dingen die we meestal trachten te controleren/ Checken/ Rituelen/ Over-controle over details/ Hypervigilantie t.o.v. de dingen waarover we ons zorgen maken/ Spierspanning/ Fysieke stijfheid/ Vermijdingsgedrag.	Positief denken/ Coping strategieën/ Belonende activiteiten zoeken/ Anders denken / Relaxatie oefeningen/ Middenrifademhaling/ Meditatie/ Mindfulness.
Niet-eetstoornis-specifieke situaties		
Zorgen over onzekerheden (leven/werk/toekomst).	Negatief denken, Voortdurend eten.	Coping Strategieën / Positief denken/ Virtuele sociale contacten/ Jezelf belonen/ Belonende activiteiten uitvoeren/ Een positief dagboek bijhouden gedurende de quarantaine periode (fijne momenten met familie, gesprekken met familie en vrienden waar we anders geen tijd voor hadden)/ Spelletjes spelen met familieleden.
Zorgen over zelf besmet geraken of anderen besmetten.	Negatief denken, Voortdurend eten	Volg de aanbevelingen van de gezondheidsautoriteiten (niet meer en niet minder)/ Houd jezelf bezig / Routines volgen/ Fijne activiteiten uitvoeren.

Gevoelens van verveling	Negatief denken, Slapen, Rondhangen.	Maak een planning van de dag/ Ontwikkel plezante en aangename activiteiten voor elke dag/ Denk aan datgene dat je graag doet en zet dat om in actie (rekening houdend met de beperkingen van de quarantaine)/ Gebruik je verbeelding/ Maak van de gelegenheid gebruik om iets te leren waarvoor je nooit tijd had/ Blijf in contact met mensen die belangrijk zijn voor jou
Gevoelens van eenzaamheid.	Negatief denken/ Slapen/ Rondhangen.	Zoek sociale contacten/ Plan activiteiten met vrienden en organiseer ze virtueel/ Zoek activiteiten op het internet en voer ze uit (boekenclub, spelletjes, muziek, één of andere vorm van kunst, etc.)/ Ga na wat je talenten zijn en bied ze – via sociale media – aan, aan personen die ze nodig hebben (virtuele wiskunde lessen, talen, literatuur, schilderen, ambachten, muziek, etc.)/ Leg ook momenten vast om alleen door te brengen.

Coping Strategieën:
Schilderen, Muziek luisteren, Relaxatie Strategieën/ Huiswerk/ Studeren/ TV kijken/ Communiceren met vrienden of familieleden / Beeldscherm bellen met collega's / Bewegen met mate / Tijd nemen voor jezelf
Positief en anders denken:
Deze quarantaine zal voor een beperkte tijdsperiode gelden./ Het is belangrijk om de vaardigheden die ik geleerd heb toe te passen, relaxeren en rustig blijven ... en misschien is het tijd om naar de lijst van alternatieven te kijken./ Ik ben niet alleen in deze situaties … Ik heb mensen die me willen helpen en die supporteren./ In quarantaine zijn betekent niet geïsoleerd zijn, wie zou ik kunnen bellen?/ Kan ik deze gevoelens/bezorgdheden delen met mijn familie?/ Kan ik deze gevoelens neerschrijven? Zou ik ze naar mijn therapeut sturen? / Het is belangrijk om een zekere routine te handhaven ...m.b.t. eten, matige fysieke inspanningen … Ruzie maken met mijn familie helpt me niet op dit moment./Nu wil ik me concentreren op het hier-en-nu, ik weet niet wat er morgen zal gebeuren.

Hervalpreventie in de eerste lijn

Afhankelijk van de ernst van de terugval is er meer ondersteuning nodig. Bij herval is een doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg aan de orde (zie ook. Stap 7 bij Deel I voor meer informatie over hoe er best kan doorverwezen worden).

Kader de terugval

Benadruk dat terugval eigenlijk onderdeel is van herstel. Geef aan dat terugval heel normaal is bij een verandering van al lang bestaand gedrag. Vertel dat grote stappen vooruit soms veel spanning geven en dat bij spanning oude gewoonten de neiging hebben om opnieuw de kop op te steken. Dat is logisch: bij spanning vallen we terug op automatismen die al veel langer geleerd zijn. Nieuw geleerd gedrag lijkt bij stress aanvankelijk nog niet zo grijpbaar, maar hoe meer we oefenen op het toepassen van nieuw gedrag, hoe makkelijker we dit ook in spannende situaties kunnen gebruiken. Terugval kan de persoon iets leren over de situaties waarin de gewoonten moeilijker te handhaven zijn, door deze situaties te herkennen en andere manieren te leren om met deze situaties om te gaan wordt duurzame verandering mogelijk.

Mobiliseer eigen kracht van de cliënt

Help de cliënt om zelf even vanuit de helikopter naar de terugvalsituatie te kijken, en strategieën te zoeken om zelf te herpakken. Wat heeft cliënt zelf al gedaan dat werkte ?

Zijn er afspraken met de vroegere hulpverlener?

Welke afspraken zijn er gemaakt met de vroegere hulpverlener rond terugval? Wanneer moet er opnieuw contact worden opgenomen?

Is er een terugvalpreventieplan?

a. Bekijk samen het terugvalpreventieplan.
   i. Kan de terugval begrepen worden binnen het terugvalpreventieplan? Is het een risicosituatie die reeds gedefinieerd werd?
   ii. Terugval niet begrepen vanuit terugvalpreventieplan?
      1. Geef kadering: nieuwe situatie, niet erg. Deze terugval geeft opnieuw de mogelijkheid om iets uit leren waardoor we de kans op een volledig herval verlagen.
   iii. Wat heeft de cliënt reeds geprobeerd? Wat was er helpend? Moedig de cliënt aan om meer te doen van wat er werkt.
   iv. Staan er nog andere strategieën in het hervalpreventieplan die de cliënt nog niet geprobeerd heeft maar wel helpend kunnen zijn?
   v. Andere strategieën waar de cliënt aan denkt die in deze situatie helpend kunnen zijn?
   vi. Maak samen met de cliënt een plan om met deze terugval om te gaan.
      1. Welke strategieën wil cliënt proberen?
      2. Concretiseer zoveel mogelijk: wat gaat de cliënt doen, in welke situatie en hoe? Wie kan de cliënt hierbij betrekken?
      3. Hoe zal de cliënt merken dat de strategieën helpen? Wat gaat zij opvolgen?

Geen terugvalpreventieplan?

a. Is er een netwerk? Zijn er mensen in de omgeving van de cliënt die kunnen helpen bij deze terugval?

b. Bevraag: is dit al eerder gebeurd? Is dit een situatie die risico met zich meebrengt? Wat maakt deze situatie tot een potentieel risico?

c. Wat heeft de cliënt gedaan om met de terugval om te gaan? Wat was er helpend? Moedig de cliënt aan om hier meer van te doen?

d. Andere strategieën waar de cliënt aan denkt die in deze situatie helpend kunnen zijn?

e. Maak samen met de cliënt een plan om met deze terugval terug te gaan
   1. Welke strategieën wil cliënt proberen?
   2. Concretiseer zoveel mogelijk: wat gaat de cliënt doen, in welke situatie en hoe? Wie kan de cliënt hierbij betrekken?
   3. Hoe zal de cliënt merken dat de strategieën helpen? Wat gaat hij/zij opvolgen?

f. Na de terugval: leg uit dat om met terugval te kunnen omgaan en voorkomen dat er een herval is dat het zinvol kan zijn om te werken rond een terugvalpreventieplan.

Nazorg

Leefgedrag na bariatrische ingreep:

Een bariatrische ingreep heeft heel wat impact op het functioneren van het lichaam. Cliënten zijn meestal goed voorbereid op het anders gaan eten, maar zijn zich niet steeds bewust dat ook medicatie en alcohol een andere impact op het lichaam heeft. Evaluatie met de huisarts is nodig.

- Medicatie kan anders inwerken (anticonceptie en sommige antipsychotica kunnen minder werken).
- Dezelfde hoeveelheid alcohol van ervoor kan nu zorgen voor veel meer impact.

Daarnaast kan ook temperament wijzigen. Veel patienten beschrijven 2-5 jaar na de bariatrische ingreep sterke depressieve gevoelens en er is een verhoogd suïciderisico vastgesteld.

Deel V: Eerstelijnsbegeleiding tijdens of als overbrugging bij gespecialiseerde hulp

Soms kiest de cliënt voor of is er door omstandigheden ook tijdens de behandeling in de gespecialiseerde zorg contact met de eerstelijnswerker. Het kan bovendien soms gebeuren, dat de cliënt een tijdelijke behandelingspauze neemt in de gespecialiseerde zorg. Het is in die situatie niet uitzonderlijk dat de zorg terugvalt op hulpverlener in de eerste lijn.

1. Het belang van goede communicatie met de gespecialiseerde hulpverlener

Een optimale afstemming tussen de eerstelijnshulpverlener, de cliënt en de gespecialiseerde hulpverleners is essentieel. Het moet voor elk van hen duidelijk zijn wat de bedoeling is van de ondersteuning van de cliënt op de eerste lijn. Een gebrekkige of uitblijvende communicatie tussen kan leiden tot inconsistente boodschappen en behandelingen. Overgangsprotocollen, met inbegrip van risicobeoordeling en -monitoring, zorgen ervoor dat de behandeling en ondersteuning niet in het gedrang komen en dat alle zorgprofessionals op de hoogte zijn van de zorgbehoeften van de persoon en van de plannen voor opvolging.Bovendien pleit men ook voor een snelle informatieoverdracht.

Bij de informatie-uitwisseling wordt rekening gehouden met de wettelijke kaders (Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) of General Data Protection Regulation (GDPR)) en het medisch beroepsgeheim. Dit impliceert o.a. dat specifieke toestemming van de cliënt voor het uitwisselen van informatie noodzakelijk is.

Probeer zicht te krijgen op doelen en afspraken die er gemaakt zijn in de gespecialiseerde zorg:

- **Wat is er afgesproken rond eten en gewicht?**
  - Welk eetplan/structuur wordt er gevolgd? Welke voedingsmiddelen? Welke afspraken rond minimum gewicht?
- **Wat is er afgesproken rond purgeergedrag?**
- **Welke afspraken zijn gemaakt rond emotieregulatie?**
- **Welke afspraken zijn gemaakt rond automutilatie? Welke afspraken zijn gemaakt rond suïcidaliteit?**
- **Welke afspraken zijn er gemaakt rond het netwerk en met het netwerk?**
- **Welke risicovolle situaties werden geïdentificeerd in de gespecialiseerd therapie?**
- **Wie werd er betrokken van het netwerk en op welke manier zijn deze mensen betrokken?**
- Waar kan de cliënt terecht bij crisis ?
- Is er een crisisplan ?

2. De rol van de eerstelijnshulpverlener tijdens gespecialiseerde behandeling of als overbrugging bij behandelingspauze

Het is niet aan de eerstelijnshulpverlener om ‘de therapie’ verder te zetten. De rol van de eerstelijnshulpverlener zal er vooral uit bestaand om de cliënt bij te staan in zijn dagelijks

functioneren en te behouden wat op dat moment al werd bereikt in de therapie bij de gespecialiseerde hulpverlener. Daarnaast kan het belangrijk zijn om samen met de cliënt te anticiperen op verwachte moeilijkheden en deze moeilijkheden voor te bereiden om een volledig herval te voorkomen. De eerstelijnshulpverlener kan de cliënt aanmoedigen om de geleerde dingen in het hier en nu te blijven toepassen in functie van de doelen die reeds bereikt werden in de gespecialiseerde therapie. Op die manier kan hij/zij een belangrijke rol spelen bij het ondersteunen van de cliënt bij het aanpassen van de nieuw aangeleerde gedragspatronen aan de individuele context van de cliënt en deze te bestendigen in het dagelijks leven.

Deel VI: Crisishulpverlening

Bij een crisis is er zoveel impact van het verstoord eetgedrag of van het gewichtsprobleem dat er dringend een interventie nodig is. De impact kan zich op verschillende domeinen manifesteren:

- **lichamelijke klachten**
- **psychisch functioneren**
- **sociaal netwerk en steunsysteem**

1. Lichamelijke klachten

Door het verstoord eetgedrag kunnen er lichamelijke klachten of medische problemen ontstaan die om een dringende interventie vragen.

2. Psychisch functioneren

Emotieregulatie, controleverlies, rigide weigering van voedsel/water, hevig purgeergedrag, suïcidedreiging.

3.Sociaal netwerk en steunsysteem
Het verstoord eetgedrag of gewicht kan tot zodanig heftige conflicten leiden of kan een zodanige impact hebben op de steunfiguren dat er een crisis ontstaat in de thuissituatie of in het steunsysteem.

4. Waar kan men terecht en wie kan men inschakelen bij crisissituaties?

Crisishulp die men kan inschakelen bij een crisissituatie zijn:

- Spoed

Bij een zeer acute suïcidedreiging waarbij de cliënt zeer concrete suïcideplannen heeft en zijn/haar eigen veiligheid niet meer kan garanderen. Ook bij zeer ernstige acute medische risico's is de spoedgevallendienst het aan te bevelen aanspreekpunt.

- Inschakelen Mobiel Crisis Team (MCT)

Indien er wel een dreiging is maar deze is minder acuut kan er geopteerd worden om het MCT in te schakelen. Maak in dit geval ook een veiligheidsplan met de cliënt (zie suïcidereflex VLESP)

- PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis)

Wanneer er geen suïcidedreiging en slechts beperkte medische risico's zijn, kan een opname op de PAAZ-afdeling zinvol zijn. Zeker wanneer de draagkracht van het sociaal netwerk en steunsysteem onder druk staat.

- Verandering van omgeving of een gezinsvervangende omgeving

Een kotstudent die tijdelijk terug thuis gaat wonen, of een jongere die even bij de grootouders gaat logeren. Afhankelijk van de oorzaak van de crisis kunnen het alle interventies zijn die zowel voor de cliënt als voor het systeem rust kunnen brengen.

Bij crisissen is het altijd belangrijk om zicht te krijgen op het suïciderisico, de draagkracht en betrokkenheid van het systeem en de bereidheid tot hulp van de cliënt.

- **inschatting suïciderisico;**
- **inschatting draagkracht en betrokkenheid van het systeem;**
- **heeft de cliënt een hulpvraag?**

Bij een hulpvraag van de cliënt kan de cliënt doorverwezen worden naar de gepaste gespecialiseerde zorg.
Bij een hoog medisch of suïcidaliteitsrisico zonder hulpvraag is het belangrijk om in overleg met alle betrokken, naasten, huisarts, andere hulpverleners te bespreken hoe men best verder kan gaan. Soms is het nodig om de zorg vanuit de eerste lijn te intensifiëren waarin men aanklampend gaat werken, soms kan men het mobiele crisisteam inschakelen.

Referenties

Deel I

[1] Satter (2007) Eating Competence: Definition and Evidence for the Satter Eating Competence J Nutr Educ Behav ;39(5 Suppl):S142-53.

[2] Braet & Verbreken (2015). Psychological assessment of the obese child and adolescents: principles. The ECOG's eBook on child and adolescent obesity. p.1-15

[3] Northern Health, (2012). Position on health, weight and obesity. An integrated population health approach. Northern Health, Canada

[4] Greenway, F.L. (2015). Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. International. *Journal of Obesity*, 39, 1188–1196

[5] Lin, H., Zhang, L., Zheng, R., Zheng, Y. (2017). The prevalence, metabolic risk and effects of lifestyle intervention for metabolically healthy obesity: a systematic review and meta-analysis, a PRISMA-compliant article. *Medicine*, 96(47).

[6] Tomiyama, J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic obesity/weight-based stigma model. *Appetite,* 82, 8-15.

[7] Schaumberg, K., Anderson, D., Anderson, L. et al (2016). Dietary restraint: what's the harm? A review of the relationship between dietary restraint, weight trajectory and the development of eating pathology. *Clinical Obesity, 6,* 89-100.

Deel II

[8] Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H., & Jaconis, M. (2009). An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 118,* 587-597.

[9] Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen. (2006). *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen.* Utrecht: Trimbos-instituut.

[10] Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., . . . Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48*, 977-1008.

[11] Smolak, L., Murnen, S. K., & Ruble, A. E. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 27*, 371-380.

[12] Thompson, R. A., & Sherman, R. T. (2010). *Eating disorders in sport.* New York: Routledge.

[13] Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry, 157*, 393-401.

[14] Micali, N., De Stavola, B., Ploubidis, G. B., Simonoff, E., & Treasure, J. (2014). The effects of maternal eating disorders on offspring childhood and early adolescent psyciatric disorders. *International Journal of Eating Disorders, 47*, 385-393.

[15] Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., & e.a. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin, 130*, 19-65.

[16] Cimino, S., Cerniglia, L., & Paciello, M. (2015). Mothers with depression, anxiety or eating disorders: outcomes on their children adn the role of paternalpsychological profiles. *Child Psychiatry & Human Development, 46*, 228-236.

[17] Slane, J. D., Burt, S. A., & Klump, K. L. (2012). Bulimic behaviors and alcohol use: shared genetic influences. *Behavior Genetics, 42*, 603-613.

[18] Mannucci, E., Rotella, F., Ricca, V., Moretti, S., Placidi, G. F., & Rotella, C. M. (2005). Eating disorders in patients with Type 1 diabetes: a meta-analysis. *Journal of Endocrinological Investigation, 28*, 417-419.

[19] Nielsen, S. (2002). Eating disorders in females with type 1 diabetes: an update of a meta-analysis. *European Eating Disorders Review, 10*, 241-254.

[20] Wisting, L., Frøisland, D. H., S. T., Dahl-Jørgensen, K., & Rø, O. (2013). Psychometric properties, norms, and factor structure of the diabetes eating problem survey-revised in a large sample of children and adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care, 36*, 2198-2202.

[21] Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change.

[22] Miller, William R. & Rollnick, Stephen. (2014). Motiverende Gespreksvoering, derde editie. Mensen helpen veranderen. Ouderkerk a/d IJssel, Uitgeverij Ekklesia.

[23] Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985) Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum.

[24] Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist, 55, 68-78.

[25] Vansteenkiste, Maarten, & Soenens, B. (2015). Vitamines voor groei: ontwikkeling voeden vanuit de Zelf-Determinatie Theorie. Leuven: Acco.

[26] K. Verschueren, „Het zelfconcept van jonge kinderen.," in *In Ontwikkeling en Levensloop. Luc Goossens, Dirk Hutsebaut & Karine Verschueren (red)*, 2004.

[27] S. Harter, „The Perceived Competence Scale for Children," *Child Development,* vol. 53, pp. 87-97, 1982.

[28] K. Gratz en L. Roemer, „Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale," *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment,* vol. 26, p. 41–54., 2004.

[29] J. M. Lavender, S. A. Wonderlich, S. G. Engel, K. H. Gordon, W. H. Kaye en J. E. Mitchell, „Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature," *Clinical Psychology Review ,* vol. 40, pp. 111-122, 2015.

[30] J. J. Muehlenkamp, C. M. Peat, L. Claes en D. Smits, „Self-injury and disordered eating: Expressing emotion dysregulation through the body," *Suicide and Life-Threatening Behavior ,* vol. 42, pp. 416-425, 2012.

[31] J. Vandewalle, E. Moens, W. Beyers en C. Braet, „Can we link emotional eating with the emotion regulation skills of adolescents?," *Psychology & Health,* 2016.

[32] J. Vandewalle, E. Moens en C. Braet, „Comprehending emotional eating in obese youngsters: the role of parental rejection and emotion regulation," *International Journal of Obesity,* vol. 38, pp. 525-530, 2014.

[33] L. Boone, B. Soenens, C. Braet en L. Goossens, „An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms," *Behaviour Research and Therapy,* vol. 48, pp. 686-691, 2010.

[34] L. Boone, B. Soenens, M. Vansteenkiste en C. Braet, „Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms," *Appetite ,* vol. 59, pp. 531-540, 2012.

[35] J. Luo, K. Forbush, A. Williamson, K. Markon en L. Pollack, „How specific are the relationships between eating disorder behaviors and perfectionism?," *Eating Behaviors,* vol. 14, pp. 291-294, 2013.

[36] L. Claes, M. D. Robinson, J. J. Muehlenkamp, W. Vandereycken en P. Bijttebier, „Differentiating bingeing/purging and restrictive eating disorder subtypes: The roles of temperament, effortful control, and cognitive control," *Personality and Individual Differences,* vol. 48, pp. 166-170, 2010.

[37] R. Slof-Op 't Landt, L. Claes en E. van Furth, „Classifying eating disorder based on 'healthy' and 'unhealthy' perfectionism and impulsivity," *International Journal of Eating Disorders,* vol. 49, pp. 673-680, 2016.

[38] L. Boone, L. Claes en P. Luyten, „Too strict or too loose? Perfectionism and impulsivity: The relation with eating disorder symptoms using a person-centered approach," *Eating Behaviors 15 ,* vol. 15, pp. 17-23, 2014.

[39] M. Levine en L. Smolak, „The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating," *Eating Disorders,* vol. 24, pp. 39-46, 2016.

[40] I. Bakker, K. Bakker, A. van Dijk en L. Terpstra, O+O=O². Naar een samenhangend beleid en aanbod van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering voor kinderen en ouders in risicosituaties, Utrect: NIZW, 1997.

DEEL III

[41] Tomiyama, A.J., Hunger, J. M., Nguyen-Cuu, J., & Wells, C. (2016). Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005–2012. International *Journal of Obesity*, 40, 883–886.

[42] Van Vliet-Ostaptchouk, J. et al. (2014) BMC Endocrine Disorders The prevalence of metabolic syndrome and metabolically healthy obesity in Europe: a collaborative analysis of ten large cohort studies. *Endocrine Disorders*, 14(9).

[43] Caleyachetty, R., Thomas, G.N., Toulis, K.A., Mohammed, N., Gokhale, K.M., Balachandran, K. & Nirantharakumar, K. (2017). Metabolically Healthy Obese and incident Cardiovascular

Disease Events Among 3.5 million Men and Women. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(12), 1429-1437.

[44] Lavie, C., De Schutter, A. & Milani, R. (2015). Healthy obese versus unhealthy lean: the obesity paradox. *Nature Reviews Endocrinology*, 11, 55–62.

[45] Ortega, F.B.; Cadenas-Sanchez, C.; Migueles, J.H.; Labayen, I.; Ruiz, J.R.; Sui, X.; Blair, S.N.; Martinez-Vizcaino, V.; Lavie, C.J. (2018). Role of Physical Activity and Fitness in the Characterization and Prognosis of the Metabolically Healthy Obesity Phenotype: A Systematic Review and Meta-analysis. Prog. Cardiovasc. Dis., 61, 190–205.

[46] Barry, V.W., Baruth, M., Beets, M.W., Durstine, J.L., Liu, J., Blair, S.N. (2014). Fitness vs. Fatness on All-Cause Mortality: A Meta-Analysis. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 56(4), 382-390.

[47] Caudwell, P., Hopkins, M., King, N.A., Stubbs, R.J., & Blundell, J.E. (2009). Exercise alone is not enough: weight loss also needs a healthy (Mediterranean) diet? *Public Health Nutrition*, 12, 1663-1666.

[48] Puhl R.M., & Heuer C.A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941–964.

[49] Gaesser, G.A., Tucker, W.J., Jarrett, C.L., Angandi, S.S. (2015). Fitness versus Fatness: Which Influences Health and Mortality Risk the Most? *Current Sports Medicine Reports*, 14(4), 327-332.

[50] Matheson, E.M., King, D.E., Everett, C.J. (2012). Healthy lifestyle habits and mortality in overweight and obese individuals. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(1):9-15.

[51] Blake, C.E., Hébert, J.R., Lee, D., Adams, S.A., Steck, S.E., Sui, X., Kuk, J.L., Baruth, M., Blair, S.N. (2013). Adults with greater weight satisfaction report more positieve health behaviors and have better health status regardless of BMI. *Journal of Obesity*, 2013, 1-13.

[52] Cernelic-Bizjak, M., Jenko-Praznikar, Z. (2018). Body dissatisfaction predicts inflammatory status in asymptomatic healthy individuals. *Journal of Health Psychology*, 23(1), 25-35.

[53] Wirth, M.D., Blake, C.E., & Hébert, J.R., (2014). Chronic weight dissatisfaction predicts type 2 diabetes risk: Aerobic center longitudinal study. *Health Psychology*, 33, 912–919.

[54] Wirth, M.D., Blake, C.E., & Hébert, J.R. (2015). Metabolic syndrome and discrepancy between actual and self-identified good weight: Aerobics center longitudinal study. *Body Image*, 13, 28–32.

[55] Gagnon-Girouard, M-P., Begin, C., Provencher, V., Tremblay, A., Mongeau, L., Boivin, S., Lemieux, S. (2010). Psychological Impact of a "Health-at-Every-Size" Intervention on Weight-Preoccupied Overweight/Obese Women. *Journal of Obesity*, 2010, 1-13.

[56] Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & Standish, A. R. (2012). Dieting and Unhealthy Weight Control Behaviors During Adolescence: Associations With 10-Year Changes in Body Mass Index. *Journal of Adolescent Health, 50(1), 80–86.*

[57] Schaumberg, K., Anderson, D., Anderson, L. et al (2016). Dietary restraint: what's the harm? A review of the relationship between dietary restraint, weight trajectory and the development of eating pathology. *Clinical Obesity, 6,* 89-100.

[58] Bacon L, Aphramor L. (2011). Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutrition Journal*,10(9).

[59] Piech, R. M., Pastorino, M. T., & Zald, D. H. (2010). All I saw was the cake. Hunger effects on attentional capture by visual food cues. *Appetite*, *54*(3), 579–582.

[60] Placanica, J. L., Faunce, G. J., & Soames Job, R. F. (2002). The effect of fasting on attentional biases for food and body shape/weight words in high and low Eating Disorder Inventory scorers. *International Journal of Eating Disorders*, *32*(1), 79–90.

[61] Cameron, J. D., Goldfield, G. S., & Doucet, É. (2012). Fasting for 24 h improves nasal chemosensory performance and food palatability in a related manner. *Appetite*, *58*(3), 978–981.

[62] Cameron, J. D., Goldfield, G. S., Finlayson, G., Blundell, J. E., & Doucet, É. (2014). Fasting for 24 hours heightens reward from food and food-related cues. *PLoS ONE*, *9*(1).

[63] Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S.M., Alessi, C.,Bruni, O., DonCarlos, L., NancyHazen, N., Herman,J., Eliot S.Katz, E.S., Kheirandish-Gozal, L, Neubauer, D.N., O'Donnell, A.E., Ohayon, M, Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R.C., Setters, B, JD., Vitiello, M.V., J. CatesbyWare, J., & Adams Hillard, P.J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health, 40-43.*

[64] National Sleep Foundation, NSF (2020, 17 july). White Paper: How Much Sleep Do Adults Need?. Geraadpleegd van https://www.sleepfoundation.org/professionals/whitepapers-and-position-statements/white-paper-how-much-sleep-do-adults-need

[65] S. M. Wilksch en T. D. Wade, „Reduction of shape and weight concern in young adolescents: A 30-month controlled evaluation of a media literacy program," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* vol. 48, pp. 652-661, 2009.

[66] S. Wilksch, S. Paxton, S. Byrne, S. Austin, S. T. K. D. K. McLean en T. Wade, „Prevention across the spectrum: a randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity," *Psychological Medicine,* vol. 45, pp. 1811-1823, 2015.

DEEL IV

[67] Noordenbos, G. & van Elburg, A. (2018) Handboek Eetstoornissen, de Tijdstroom juni 2018

[68] Berends, T., Meijel, B. van, & Elburg, A. Van (2010). Richtlijn terugvalpreventie anorexia nervosa. Assen: Koninklijke Van Gorcum. (Berends, van Meijel & van Elburg, 2010)

[69] Marlatt, G. A. & Gordon, J.R. (Ed.). (1985). Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.

[70] Bloks, J. A., Furth, E. F., & Hoek, H. W. (1999). Behandelingsstrategieën bij Anorexia

Nervosa. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

[71] Fernandez-Aranda et al. (2020). COVID-19 and implications for eating disorders. European Eating Disorders Review, 28, 239-245

Eerstelijnsdraaiboek 17-1-2022