

Stappenplan



Aanpak van eetstoornissen

Stappenplan voor ambulante gespecialiseerde diëtisten

Eetexpert 2024

Beginpagina

Eetstoornissen zijn ernstige aandoeningen die veel lijden kunnen veroorzaken. Ook de diëtist kan als zorgverlener nauw betrokken zijn bij de behandeling van cliënten met een eetstoornis. Om diëtisten die zich specialiseren in dit thema de nodige wetenschappelijk onderbouwde ondersteuning te bieden, ontwikkelde Eetexpert dit stappenplan. Het stappenplan is evidence-based, praktijkgericht en opgebouwd vanuit het consultatiemodel voor diëtisten, dat naadloos aansluit op bestaande stappenplannen voor artsen, CLB, Eerstelijnsprofessionals, en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), zodat een interdisciplinaire samenwerking gefaciliteerd wordt.

Dit stappenplan heeft tot doel diëtisten uit de ambulante gespecialiseerde zorg voor eetstoornissen te ondersteunen bij de behandeling van kinderen, adolescenten (>12j) en volwassenen met Anorexia Nervosa (AN), Boulimia Nervosa (BN), Eetbuistoornis (BED, als afkorting van het Engelstalige Binge Eating Disorder) en Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). Het stappenplan is gebaseerd op het verloop van een diëtistisch consult.

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

Auteurs: Nena Van Hemelryck (vzw Eetexpert.be)

Projectcoördinatie: An Vandeputte en Ilse Ulens (vzw Eetexpert.be)

Werkgroep: Etelka Possemiers, Els Engels, Elke Arnauts, Hella Van Laer, Goedele Vandamme, Lotte De Clercq, Inge De Ridder, Charlotte Vanderbeken, Emmy Velghe, Bieke Lowette, Hilde Geraerts, Hanna Aerts, Inneke Meeusen, Lieve Pensaert, Hilde Winters, Annelies Van Driessche, Jill Windels, Dana Cools, Jolien Hebbelynck, Yane Verhulst, Anja Temmerman, Lien Joossens, Joke Gysen, Elly Cox

Indien u dit stappenplan wilt citeren, gebruik dan volgende verwijzing: Eetexpert (2020). Aanpak van Eetstoornissen. Stappenplan voor ambulante gespecialiseerde diëtisten. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw).

Update 2024: Aanvullingen ARFID en gewichtsherstel

Auteurs: An Gers en Rozemarijn Jeannin

Projectcoördinatie: An Vandeputte

Inhoudstafel

INLEIDING	10
WERKWIJZE EN OPBOUW	10
DOEL EN OPBOUW	10
EVIDENCE-BASED	10
METHODISCH HANDELEN EN ICF-DIËTETIEK	10
POPULATIE	11
KLINISCHE VRAGEN	11
BASISBEGRIPPEN	12
WAT ZIJN EETSTOORNISSEN?	12
EETSTOORNISSEN VOLGENS DSM-5	12
ALGEMENE UITGANGSPUNTEN	13
Stepped Care	13
Verloop van eerstelijnszorg bij eet- en gewichtsproblemen	14
Gespecialiseerde zorg bij eetstoornissen	15
Integrale behandeling	16
INTERDISCIPLINAIR SAMENWERKEN IN DE ZORG BIJ EETSTOORNISSEN	17
ROL VAN DE DIËTIST	17
PROBLEEMVERKENNING EN INVENTARISATIE	17
DIËTISTISCHE BEHANDELDOELEN EN BEHANDELING	18
MONITORING EN EVALUATIE	18

COÖRDINATIE VOEDINGSZORG	18
ROL VAN DE ANDERE TEAMLEDEN	19
ROL VAN DE HUISARTS	19
ROL VAN DE KLINISCH PSYCHOLOOG	19
ROL VAN DE GENEESHEER SPECIALIST	20
ROL VAN DE CLIËNT	20
ERVARINGSDESKUNDIGHEID	20
HOE SAMENWERKEN?	21
<u>NODIGE EXPERTKENNIS VOOR EEN DIËTIST GESPECIALISEERD IN EETSTOORNISSEN</u>	<u>22</u>
AANBEVOLEN BASISKENNIS EN -VAARDIGHEDEN	22
SUPERVISIE	23
<u>DE AMBULANTE DIËTISTISCHE BEGELEIDING BIJ EETSTOORNISSEN</u>	<u>24</u>
DIËTISTISCH ONDERZOEK EN DIAGNOSE	24
SCREENING EN KENNISMAKING	24
Kennismaking en verzamelen algemene gegevens	24
Exploratie hulpvraag	25
Therapeutische relatie	25
DIËTISTISCH ONDERZOEK	27
Voedingsanamnese	27
Kernsymptomen	29
ANTROPOMETRIE	37
DIËTISTISCHE ANAMNESE	38
Algemene gegevens (verzameld tijdens screening)	38
Medische gegevens [10]	38

Laboratoriumgegevens	39
Meetinstrumenten en vragenlijsten	39
Activiteitenpatroon	41
Inschatten van de motivatie	42
Psychosociale gegevens	43
EETDAGBOEK	45
DIËTISTISCHE DIAGNOSE	46
BEHANDELPLAN EN DIËTISTISCHE BEHANDELING	47
AANBEVOLEN THERAPIEVORMEN BIJ EETSTOORNISSEN	47
BN en BED	47
Anorexia Nervosa	47
Transdiagnostische behandeling	48
ARFID	48
Kinderen en adolescenten	49
Conclusie	49
BEHANDELING VANUIT TRANSDIAGNOSTISCH PERSPECTIEF	49
Behandeldoelen en behandelplan	53
Motivationaleel werk	54
Medische stabilisatie	55
Herstel gewicht en voedingstoestand	56
Herstel eetgedrag en cognities	63
Normalisatie beweeggedrag	72
PSYCHO-EDUCATIE IN DE HERSTELFASE	73
EMOTIEREGULATIE	74
TERUGVAL EN TERUGVALPREVENTIE	74

WAT IS TERUGVAL?	74
TERUGVALPREVENTIEPLAN	75
Risicofactoren voor terugval in kaart brengen	75
Identificeren van uitlokkers en vroege voortekenen	76
Acties formuleren	78
MONITORING EN EVALUATIE	79
HERSTEL	79
INFORMATIEOVERDRACHT	80
INHOUD RAPPORTAGE	80
SAMENWERKING MET RESIDENTIËLE ZORG	82
WANNEER DOORVERWIJZEN NAAR DE RESIDENTIËLE SETTING?	82
INDICATIES VOOR DOORVERWIJZING NAAR PSYCHIATRISCHE OF MEDISCHE OPNAMESETTING BIJ (JONG)VOLWASSENEN	82
INDICATIES VOOR DOORVERWIJZING NAAR PSYCHIATRISCHE OF MEDISCHE OPNAMESETTING BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN	83
BIJKOMENDE INDICATIES VOOR OPNAME	84
VOORBEREIDING VOOR OPNAME	84
BEGELEIDEN BIJ KEUZE RESIDENTIEEL BEHANDELCENTRUM	84
INTAKEGESPREK RESIDENTIËLE SETTING	85
AMBULANTE OPVOLGING TOT OPNAME	85
INFORMATIE OVERDRACHT	85
DIËTISTISCHE BEGELEIDING TIJDENS RESIDENTIËLE OPNAME	86
NAZORG IN DE AMBULANTE SETTING (NA RESIDENTIËLE OPNAME)	86
BIJ WELKE GESPECIALISEERDE AMBULANTE DIËTIST KAN MEN TERECHT VOOR OPVOLGING?	86
INFORMATIEOVERDRACHT VANUIT DE RESIDENTIËLE SETTING	87
NAZORG OP MAAT	87

SAMENWERKING MET STEUNFIGUREN EN CONTEXT **88**

BETREKKEN VAN STEUNFIGUREN BIJ DE BEHANDELING VAN KINDEREN EN ADOLESCENTEN MET AN, BN OF BED **88**

BETREKKEN VAN STEUNFIGUREN BIJ DE BEHANDELING VAN KINDEREN EN ADOLESCENTEN MET ARFID **89**

AANDACHTSPUNTEN BIJ DE BEHANDELING VAN ADOLESCENTEN **90**

Inleiding

Werkwijze en opbouw

Doel en opbouw

Dit stappenplan heeft tot doel diëtisten die werkzaam zijn in de gespecialiseerde ambulante setting te ondersteunen bij de behandeling van cliënten met eetstoornissen. Ook eerstelijnsdiëtisten spelen een zeer belangrijke rol in het screenen, ondersteunen en doorverwijzen van cliënten met haperend en/of verstoord eetgedrag (zie Verloop van eerstelijnszorg bij eet- en gewichtsproblemen).

Het stappenplan is evidence-based, praktijkgericht en is opgebouwd vanuit het consultatiemodel voor diëtisten (zie methodisch handelen en ICF-diëtetiek), dat naadloos aansluit op bestaande stappenplannen voor artsen, CLB, Eerstelijnsprofessionals, en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), zodat een interdisciplinaire samenwerking gefaciliteerd wordt.

Evidence-based

De algemene werkwijze van Eetexpert voor wetenschappelijke onderbouw wordt gehanteerd. Het stappenplan wordt opgesteld volgens de principes van evidence-based diëtetiek, waarin wetenschappelijke literatuur gecombineerd wordt met expertkennis en de specifieke eigenheden van de doelgroep om tot eensluidende aanbevelingen en adviezen te komen [1].

Methodisch handelen en ICF-diëtetiek

In de diëtistische zorgverlening bij eetstoornissen wordt het gebruik van een gestandaardiseerd zorgproces aanbevolen [2]. In Vlaanderen (en Nederland) wordt hiertoe gebruik gemaakt van 'Methodisch handelen'. Methodisch handelen betekent dat de diëtist doelgericht, bewust, systematisch en procesmatig werkt [3]. De opeenvolgende stappen van het methodisch handelen zijn 'aanmelding', 'diëtistisch onderzoek', 'diëtistische diagnose' (zie verder), 'behandelplan en behandeling', 'evaluatie' en 'afsluiting'. Binnen het stappenplan zal waar mogelijk dit model geïntegreerd worden.

Vanuit de Europese (EFAD) en ook Vlaamse Beroepsvereniging (VBVD) van diëtisten wordt naast de implementatie van deze gestandaardiseerde methode ook geopteerd voor gestandaardiseerd taalgebruik onder de vorm van ICF-diëtetiek [4]. Termen uit de ICF-diëtetiek kunnen gebruikt worden voor het vastleggen van:

- de hulpvraag van de cliënt (diëtistisch onderzoek);
- bevindingen van de diëtist (antropometrie, klachten, voedingsanamnese) (diëtistisch onderzoek);
- de diëtistische diagnose;

- de behandeldoelen (behandelplan en behandeling);
- de resultaten van de behandeling (afsluiting).

Waar mogelijk worden deze termen geïntegreerd in het stappenplan.

Populatie

Het stappenplan beoogt de gespecialiseerde diëtistische behandeling van volgende doelgroep:

- kinderen
- jongeren (+ 12j)
- eetstoornis volgens DSM-5 criteria [5]:
 - Anorexia Nervosa (AN);
 - Boulimia Nervosa (BN);
 - Eetbuistoornis (BED);
 - Vermijdende/restrictieve voedselinname stoornis (ARFID);
 - Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis.

Pica en ruminatiestoornis, vallen buiten de scope van dit stappenplan.

Klinische vragen

Het uitgangspunt van het stappenplan is een antwoord bieden op de klinische vragen waarmee de diëtist dagelijks geconfronteerd wordt:

- Wat is de rol van de diëtist binnen het interdisciplinaire team dat instaat voor de gespecialiseerde ambulante zorg van cliënten met eetstoornissen?
- Welke andere disciplines moeten worden betrokken bij de inventarisatie van de eetstoornis en welke rol hebben ze?
- Welke expertkennis en competenties heeft een diëtist nodig die werkzaam is in de gespecialiseerde ambulante zorg voor eetstoornissen?
- Welke informatie dient te worden bevraagd in de diëtistische anamnese bij cliënten met een eetstoornis?
- Hoe wordt het individueel behandelplan opgesteld bij cliënten met een eetstoornis?
- Hoe gebeurt de opvolging en evaluatie van het behandelplan en behandeling bij cliënten met een eetstoornis? Welke parameters moeten bij opvolging bepaald worden en hoe frequent? Hoe kan de diëtist aan terugvalpreventie doen?
- Wanneer en naar wie moet de diëtist die werkzaam is in de gespecialiseerde ambulante setting doorverwijzen?

- Hoe verloopt de samenwerking met de residentiële setting wanneer een doorverwijzing vanuit de ambulante setting aan de orde is of wanneer een cliënt na opname verder ambulant behandeld wordt?
- Hoe worden de ouders, het gezin, de partner of andere steunfiguren best betrokken in de diëtistische behandeling bij minderjarige eetstoorniscliënten?

Basisbegrippen

Wat zijn eetstoornissen?

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen eetproblemen en eetstoornissen:

Een eetprobleem is een verstoring in het gezonde eetgedrag, waardoor het eetgedrag niet meer ontspannen en natuurlijk verloopt. Voorbeelden zijn te veel eten, lijngedrag, maaltijden overslaan en eetbuien. Een eetprobleem kan op zichzelf staan maar ook kaderen binnen een eetstoornis.

Een eetstoornis bevat verschillende componenten. Hierbij is er niet alleen sprake van een verstoring in het eetgedrag (een eetprobleem), maar ook van problemen in sociale omgang, in gedachten en gevoelens (bijv. een laag zelfbeeld), fysieke problemen (zoals een te laag of te hoog lichaamsgewicht) en/of een negatief lichaamsbeeld.

Meer informatie en referenties omtrent de begrippen eetproblemen, eetstoornissen en gewichtsproblemen zijn terug te vinden in het Stappenplan basiskennis eetstoornissen en gewichtsproblemen:

<https://eetexpert.be/stappenplan-basiskennis-eetstoornissen-en-gewichtsproblemen/>

Eetstoornissen volgens DSM-5

De DSM-5 (DSM als afkorting van het Engelstalige Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) beschrijft binnen de categorie 'Voedings- en eetstoornissen' zes stoornissen: pica, ruminatiestoornis, vermijdend/restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID), anorexia nervosa (AN), waarbij een restrictief type (AN-R) en een eetbuien/purgerend type (AN-BP, als afkorting van het Engelstalige binge/purge) onderscheiden wordt, boulimia nervosa (BN) en de eetbuistoornis (BED). Een bijkomende categorie zijn de 'andere gespecificeerde voedings- of eetstoornissen', die gekenmerkt worden door een deel van de symptomen van AN, BN of BED, maar waarvan het klinisch beeld niet minder ernstig hoeft te zijn [5].

Pica, ruminatiestoornis en vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis zijn eetstoornissen die voornamelijk bij kinderen worden gediagnosticeerd. Anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis komen vaker voor vanaf de adolescentie.

Meer informatie omtrent de typologie van eetstoornissen volgens de DSM-5 is terug te vinden via deze link:

<https://eetexpert.be/info-per-thema/eetstoornissen-en-eetproblemen/>

Meer informatie omtrent de prevalentie van eetstoornissen is hier terug te vinden:

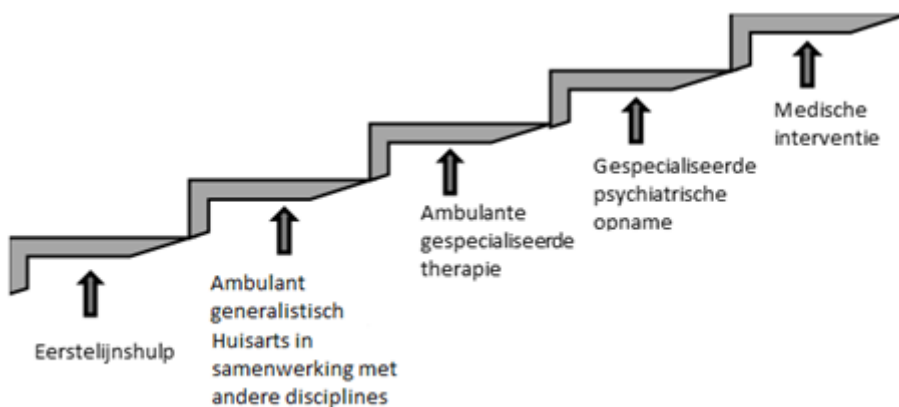
<https://eetexpert.be/algemene-cijfers/>

Algemene uitgangspunten

Bij de zorgorganisatie voor cliënten met eetstoornissen vertrekt men van deze algemene uitgangsprincipes: stepped care, integrale behandeling en voedingsmanagement [6].

Stepped Care

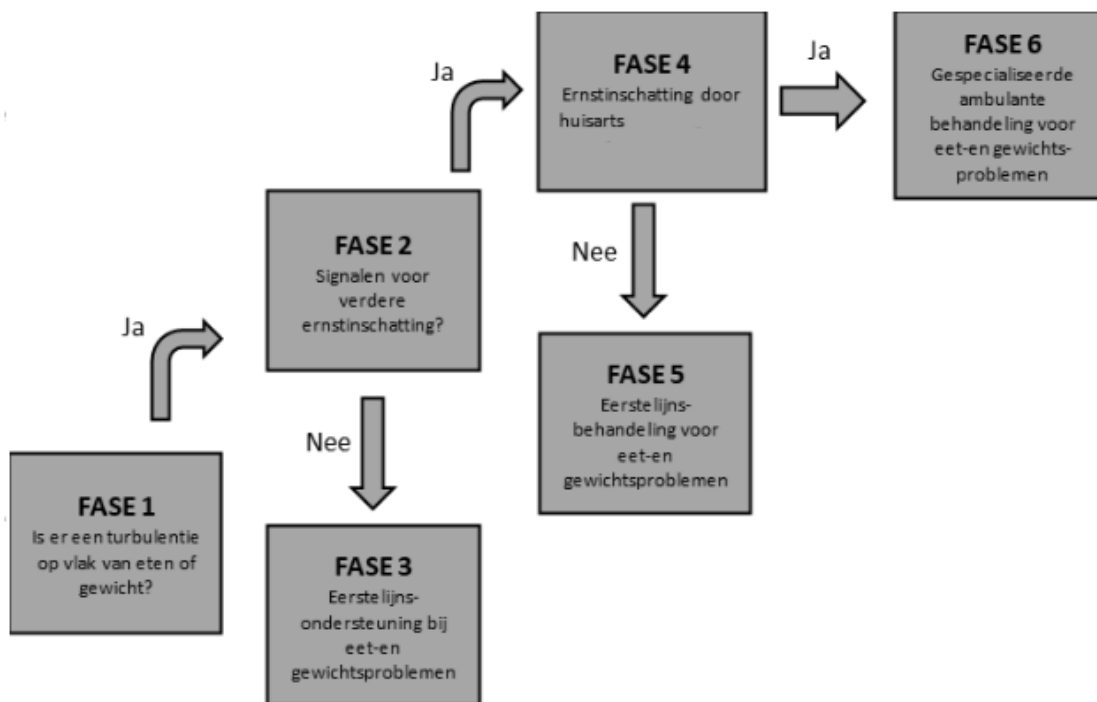
Het zorgaanbod bij eet- en gewichtsproblemen verloopt volgens het model van 'stepped care': het zorgaanbod wordt afgestemd op de ernst van de problematiek. Zo wordt de intensiteit van het zorgaanbod verhoogd, wanneer de problematiek ernstiger is, maar wordt er ook niet méér hulp aangeboden dan nodig. Voor duurzame resultaten is continuïteit van zorg noodzakelijk. De aanpak van de problemen gebeurt op lange termijn, en de cliënt wordt van opvolging voorzien. Een overzicht van het stepped care zorgpad bij eet- en gewichtsproblemen is weergegeven in onderstaande figuur.



Figuur: Stepped care basisaanbod bij eet- en gewichtsproblemen [6]

Verloop van eerstelijnszorg bij eet- en gewichtsproblemen

Onderstaande figuur geeft een overzicht van het basisaanbod binnen de eerste twee treden van het stepped care model (eerstelijnszorg & ambulante generalistisch). Deze flowchart is prima hanteerbaar in de eerstelijnsdiëtistenpraktijk.



Figuur: Flowchart zorgaanbod binnen de eerste twee treden van het stepped care model [6]

In een eerste fase wordt nagegaan of er sprake is van een turbulentie op vlak van eten en/of gewicht (bv. plots wat minder eten). Indien dit het geval is, is het belangrijk om na te gaan of er signalen zijn die aangeven dat een verdere ernstinschatting op zijn plaats is (Fase 2: Signalen voor ernstinschatting).

Indien er geen onrustwekkende signalen zijn, volstaat het om aan de hand van een eerstelijns-ondersteuning met de zorgvrager te werken rond de hapering op vlak van eten en/of gewicht (Fase 3: Eerstelijns-ondersteuning bij eet-en gewichtsproblemen bv. via een aangepast eet-schema het verminderd eetgedrag wat normaliseren).

Informatie ter ondersteuning van de aanpak van eet- en gewichtsproblemen in de eerste lijn is terug te vinden in het 'eerstelijnsstappenplan'.

<https://eetexpert.be/stappenplan-eetproblemen-en-eetstoornissen-eerstelijns/>

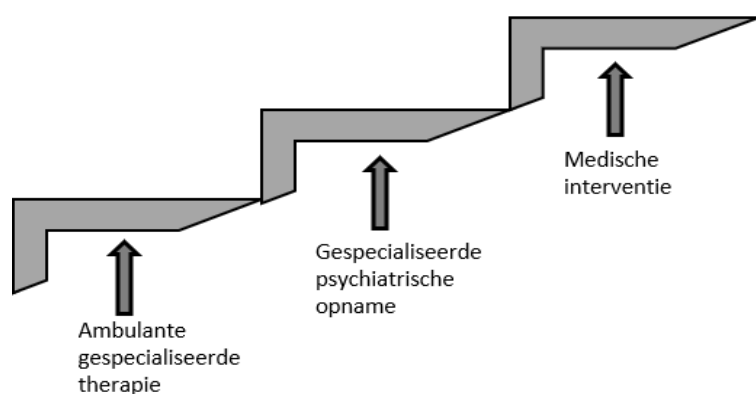
Indien er wel signalen zijn voor verdere ernstinschatting wordt de zorgvrager doorverwezen naar de huisarts. De huisarts kan dan nagaan of een gespecialiseerde behandeling voor eet- en gewichtsproblemen noodzakelijk is (Fase 4: Ernstinschatting door huisarts). Voor deze inschatting kan de huisarts ook beroep doen op andere disciplines, denk aan de eerstelijnspsycholoog, een diëtist, kinesitherapeut of bewegingsdeskundige. De huisarts beslist op basis van de ernstinschatting om de zorgvrager door te verwijzen naar de gespecialiseerde zorg (Fase 6: bv. gespecialiseerde zorg bij obesitas of eetstoornissen) ofwel zelf met de zorgvrager aan de slag te gaan rond het eet- en gewichtsprobleem (Fase 5: Eerstelijnsbehandeling van eet- of gewichtsproblemen bv. bij iemand met tijdelijk haperend eetgedrag na een sterfgeval in de familie).

De rol van de eerstelijnsdiëtist omvat [7]:

- initiële screening van een mogelijke turbulentie op het vlak van eten en/of gewicht;
- educatie rond hapering op het vlak van eten en/of gewicht;
- ondersteunen van de huisarts bij besluitvorming rond eventuele verwijzing voor gespecialiseerde ambulante behandeling.

Gespecialiseerde zorg bij eetstoornissen

Het huidige stappenplan richt zich op diëtisten die werkzaam zijn in de 'ambulante gespecialiseerde zorg voor eetstoornissen' (zie figuur).



Figuur: gespecialiseerde zorg bij eet- en gewichtsproblemen [6]

De diëtist heeft in deze setting een belangrijke functie op vlak van probleemverkenning en inventarisatie (diëtistisch onderzoek), diëtistische behandeldoelen en behandeling, monitoring en evaluatie, alsook coördinatie van de voedingszorg [2] (zie Rol van de diëtist).

Hoewel veel cliënten met eetstoornissen baat zullen hebben bij een gespecialiseerde ambulante behandeling, kunnen er momenten zijn dat een opname (psychiatrisch of medisch) het meest verantwoord en minst risicovol is (zie Wanneer doorverwijzen naar de residentiële setting?).

Integrale behandeling

Het uitgangspunt van elke eetstoornisbehandeling is dat er aandacht is voor de verschillende aspecten van de stoornis. Dat betekent dat de behandeling zich richt op het eetgedrag, het lichaamsgewicht, de lichaamsbeleving, maar ook op algemene psychologische problemen zoals onzekerheid, perfectionisme en trauma's, en op problemen in het systeem en het sociaal-maatschappelijk functioneren. Dit impliceert de begeleiding door een interdisciplinair team.

Interdisciplinair samenwerken in de zorg bij eetstoornissen

De diëtistische zorg maakt altijd onderdeel uit van een interdisciplinaire aanpak [8, 9, 10, 11]. Eetstoornissen vragen om een integrale aanpak vertrekkende vanuit het biopsychosociaal model. Verkenning van voeding, beweging, en medisch-somatisch en psychosociaal functioneren is nodig [12, 9, 13, 11].

De meerwaarde van een interdisciplinair team zit in een combinatie van kennis, vakmanschap, onderlinge ondersteuning en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. De samenstelling van het team kan variëren naargelang de individuele problematiek en beschikbare zorgverlening [9] [13]. Voor een optimale zorgverlening bestaat een behandelteam uit een medicus (huisarts, kinderarts), een diëtist, en een klinisch psycholoog (psychiater, klinisch orthopedagoog). Bij sommige cliënten kan het team uitgebreid worden met een kinesitherapeut, geneesheer-specialist, psychomotorische therapeut, Uiteraard moet iedere zorgverlener binnen het team ervaring en expertise hebben in de behandeling van eet- en gewichtsproblemen (zie **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**).

Waar mogelijk worden ondersteunende figuren (ouders, mantelzorgers, partners, ...) en/of ervaringsdeskundigen betrokken bij de behandeling [9].

Rol van de diëtist

De diëtist heeft binnen het interdisciplinaire team een belangrijke functie in de zorg voor eetstoornissen op vlak van probleemverkenning en inventarisatie (diëtistisch onderzoek), diëtistische behandeldoelen en behandeling, monitoring en evaluatie, alsook coördinatie van de voedingszorg [2].

Probleemverkenning en inventarisatie

De diëtist is vaak de eerste contactpersoon van de cliënt die hulp wenst rond zijn of haar gewicht. Cliënten hebben meestal uitgesproken verwachtingen ten aanzien van de diëtistische behandeling. Er is een belangrijke rol weggelegd voor de diëtist in het (indien nodig) bijsturen van die verwachtingen evenals het motiveren van cliënten om andere disciplines te consulteren (bv. huisarts en/of psycholoog). Door de cliënt te wijzen op de voordelen van een interdisciplinaire behandeling kan de motivatie hiervoor verhoogd worden.

Een ondersteuningsfiche 'Multidisciplinaire samenwerking voorstellen aan je cliënt', vind je hier:

<https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2023/08/Infofiche-multidisciplinair-samenwerken.pdf>

Via de verwijshulp kan de diëtist hulpverleners uit een specifieke discipline terugvinden die werkzaam zijn in de buurt van de cliënt. Indien de cliënt reeds in behandeling is bij een zorgverlener die weinig of geen ervaring heeft in de behandeling van eetstoornissen, kan deze ondersteuning vinden in bestaande materialen en draaiboeken stappenplannen van Eetexpert voor de desbetreffende discipline, en supervisie.

De diëtist voert een diëtistisch onderzoek uit, waarin gegevens worden verzameld omtrent antropometrie (gewichtsevolutie, groeicurven, ...), medische gegevens (comorbiditeiten, medicatie, ...), voeding en eetgedrag, fysieke activiteit, motivatie, psychosociale factoren, ... en formuleert vervolgens een diëtistische diagnose.

Al van bij het begin is de diëtist motivatieversterkend aan het werk: tijd maken voor invoegen in het leven van de cliënt, actief bevragen van de veranderwens van de cliënt, versterken van al aanwezige motivatie en dat alles in een groeibevorderende werkstijl die de basisnoden van de cliënt versterkt (autonomie, verbondenheid en competenties).

Diëtistische behandeldoelen en behandeling

De diëtist formuleert, op basis van de gegevens uit het diëtistisch onderzoek en de diëtistische diagnose, in overleg met de cliënt realistische en haalbare diëtistische behandeldoelen en stelt een individueel behandelplan op.

De diëtistische behandeling van eetstoornissen kan volgende aspecten omvatten [14, 10]:

- het verder motiveren voor behandeling;
- normaliseren van het eetpatroon;
- gewichtsstabilisatie, -herstel, en indien medisch wenselijk op termijn gewichtsverlies bij cliënten met BED;
- indien aanwezig, afbouwen en/of stoppen van compensatoir gedrag;
- psycho-educatie rond voeding, voedingsgerelateerde onderwerpen, gewicht, en de lichamelijke, psychologische en sociale gevolgen van de eetstoornis;
- terugvalpreventie.

Monitoring en evaluatie

De geformuleerde diëtistische behandeldoelen en/of behandeling worden door de diëtist op regelmatige basis geëvalueerd en bijgesteld, in overleg met de cliënt en het interdisciplinaire behandelteam.

Coördinatie voedingszorg

Belangrijk is dat informatie uit de diëtistische consulten steeds naar de huisarts teruggekoppeld wordt (op voorwaarde dat de cliënt hiervoor zijn toestemming geeft). Dit kan via een kort verslag of idealiter in een kort gemeenschappelijk overleg. In het geval dat meerdere disciplines betrokken zijn bij de behandeling, is het van belang om doel en

planning af te spreken, via overleg, verwijsbrief of telefonisch gesprek. In principe kunnen verschillende disciplines parallel werken, wanneer er afstemming is rond de (volgorde van) de doelstellingen.

De diëtist kan binnen het interdisciplinaire behandelteam een aanspreekpunt zijn voor de andere betrokken disciplines voor vragen omtrent de voedingszorg bij eetstoornissen in het algemeen of bij een specifieke cliënt (indien de cliënt hiertoe zijn toestemming geeft).

Rol van de andere teamleden

Rol van de huisarts

Bij eetstoornissen kan het lichamelijk functioneren in belangrijke mate verstoord zijn. Dit vereist dan ook bijzondere aandacht in het behandelplan. Er is een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Een goede (somatische) screening en medische opvolging door de huisarts is van cruciaal belang bij de behandeling. De huisarts zorgt daarbij ook voor de medicamenteuze opvolging van comorbiditeiten en is houder van het Globaal Medisch Dossier van de cliënt.

Bij ernstige medische complicaties of ernstige comorbiditeit, evenals in het geval van een beslissing tot opname, wordt idealiter een geneesheer-specialist ingeschakeld.

Verder is de huisarts een belangrijke schakel in de interdisciplinaire samenwerking (zie Hoe samenwerken?).

Voor meer informatie omtrent de detectie en somatische opvolging van eetstoornissen:

<https://eetexpert.be/stappenplan-eetproblemen-en-eetstoornissen-huisarts-lichamelijke-gevolgen-van-eetstoornissen/#buttons-menu-top>

Rol van de klinisch psycholoog

De klinisch psycholoog (of psychiater, klinisch orthopedagoog) met bekwaming in eetstoornissen kan een grondige psychosociale anamnese uitvoeren om zicht te krijgen op de achterliggende problematiek, het algemeen functioneren en welbevinden. Ook kan de klinisch psycholoog een inschatting maken van de ernst van de eetstoornis en de motivatie van de cliënt, aangezien de bereidheid tot verandering van gedrag en leefstijl een cruciale factor is in het verdere behandelverloop.

Op basis van de psychosociale anamnese en analyses voert de psycholoog interventies uit op maat van de cliënt, gebaseerd op evidence-based behandelprotocollen, afgestemd op de aanwezige eetstoornispathologie [8, 15, 13, 16, 17, 18]. Ook bij andere psychische klachten is de inbreng van een klinisch psycholoog soms aangewezen, onder andere bij depressieve

klachten of ernstige stemmingswisselingen, een negatief zelfbeeld, verstoord lichaamsbeeld, angsten en vermijdingsgedrag, sterke stigmatisering of sociaal isolement.

Een eerstelijnspsycholoog kan, naast het begeleiden van de cliënt, een belangrijke rol spelen als “back office” advisering aan huisartsen, diëtisten, kinesitherapeuten of bewegingsdeskundigen, ... zonder daarom direct cliëntencontact te hebben. De psycholoog kan teamleden adviseren rond hun motiverende en oplossingsgerichte tussenkomsten.

Rol van de geneesheer specialist

Bij ernstige medische complicaties of bij ernstige comorbiditeit is het aangewezen de cliënt te verwijzen naar een geneesheer-specialist: psychiater, endocrinoloog, pneumoloog (slaapapneu), cardioloog, orthopedist, ...

De arts-psychiater kan een therapeutische rol hebben, maar wordt ook ingeschakeld voor diagnostiek en medicamenteus beleid.

Rol van de cliënt

Het is essentieel dat de cliënt (mee) aan het stuur blijft van zijn eigen herstelproces. De cliënt volgt zelf het eigen zorgtraject op en informeert de betrokken zorgverleners zo volledig mogelijk. Hij/zij kan mee beslissen en mee denken over de aanpak van de eetstoornis (zie Behandeldoelen en behandelplan).

Ervaringsdeskundigheid

Het behandelteam en de cliënt kunnen desgewenst een beroep doen op ervaringsdeskundigen, die kunnen zorgen voor herkenning en begrip en helpen met het motiveren van de cliënt tot behandeling [16].

De vereniging Anorexia Nervosa - Boulimia Nervosa (ANBN) is een informatie- en ontmoetingsplaats waar iedereen met vragen of zorgen rond eetstoornissen welkom is. De Vereniging ANBN bestaat sinds 1980 en heeft al een hele geschiedenis achter de rug. Centraal staat zelfhulp bij eetstoornissen: mensen helpen mensen.

Meer informatie is terug te vinden via

www.anbn.be

Hoe samenwerken?

Het is aan te bevelen dat één van de zorgverleners de interdisciplinaire zorg coördineert. In de gespecialiseerde ambulante setting wordt deze coördinerende rol bij voorkeur opgenomen door de huisarts [15, 17]. De huisarts heeft mogelijk reeds een vertrouwensrelatie met de cliënt opgebouwd en is vaak de eerste contactpersoon voor gezondheidsgerelateerde problemen. Indien de huisarts deze rol niet kan opnemen, wordt de zorg bij voorkeur door de meest ervaren zorgverlener gecoördineerd. De coördinator wordt kenbaar gemaakt aan de cliënt en alle betrokkenen [11, 16].

Een door alle betrokken zorgverleners gedragen visie op de zorg aan de cliënt wordt sterk aanbevolen bij de behandeling van eetstoornissen [16]. Een interdisciplinaire samenwerking, een vorm van samenwerking die intensiever verloopt dan bij multidisciplinair teamwerk, is dus aanbevolen. In een multidisciplinair team zullen verschillende disciplines eerder onafhankelijk van elkaar samenwerken (onderzoek, doelstellingen, behandelplan, monitoring, ...), waarbij er wel informatie wordt uitgewisseld. Een interdisciplinaire samenwerking kenmerkt zich door een gemeenschappelijk gedragen behandelplan voor de cliënt, die centraal staat in de zorg. Een goede en regelmatige afstemming van de behandeldoelen en het behandelplan is een meerwaarde voor de behandeling, wat impliceert dat ook hier de nodige informatie onderling wordt uitgewisseld [2, 17].

Voor een goede samenwerking is het aangewezen elkaar te kennen, alsook de grenzen en de reikwijdte van elkaars taken, bevoegdheden en werkzaamheden. Op die manier kunnen de verschillende behandelingen intentioneel overlappen zonder dat de zorgverleners daarbij de grenzen van de eigen discipline overschrijden. De mate van overlap is afhankelijk van de expertise en ervaring van de teamleden, de behoeften van de cliënt en de structuur van het behandelplan. Overlap helpt om problemen vanuit meer dan één invalshoek aan te pakken en om te voorkomen dat problemen tussen de expertises van de teamleden vallen. Frequentie communicatie tussen de behandelende teamleden is hierbij essentieel [2, 17].

“Teamleden zouden de beperkingen en reikwijdte van elkaars taken, bevoegdheden en werkzaamheden moeten kennen, zodanig dat ze intentioneel behandelingen kunnen laten overlappen, zonder daarbij de grenzen van de eigen expertise te overschrijden.”

Nodige expertkennis voor een diëtist gespecialiseerd in eetstoornissen

De wetenschappelijk onderbouwde behandeling van eetstoornissen bestaat uit een interdisciplinaire aanpak, waarvan de voedingsbegeleiding door de diëtist een essentiële component uitmaakt. Gespecialiseerde training is noodzakelijk om goede diëtistische zorg te kunnen leveren aan deze specifieke populatie. Zo is onder meer een goede kennis van de psychologische en neurobiologische aspecten van een eetstoornis vereist [2, 13].

Aanbevolen basiskennis en -vaardigheden

[2] [13] [19, 10, 8, 20]

- Kennis van de nutritionele behoeften die eigen zijn aan de leeftijd van de jongere;
- Inzicht in 'normale' groei, zuigelingenvoeding (borstvoeding, flesvoeding), kennis van de belangrijkste voedselallergieën, eetpatronen, voedingsaanbevelingen en ontwikkelingsmijlpalen... <https://eetexpert.be/boek-groeiwijzer/>
- Kennis rond de biopsychosociale stadia die eigen zijn aan de leeftijd van de jongere;
- Kennis en vaardigheden m.b.t. technieken om gewichts- en lengtemetingen uit te voeren bij kinderen en adolescenten ;
- Uitzetten en interpreteren van de Vlaamse groeicurven en BMI-curven: <https://eetexpert.be/info-per-thema/gewichtsproblemen/>
- Kennis over de normale ontwikkeling van eetgedrag: <https://eetexpert.be/stappenplan-basiskennis-eetstoornissen-en-gewichtsproblemen-kinderen-inleiding-normale-ontwikkeling/>
- Kennis over de verschillende eetproblemen, eetstoornissen en gewichtsproblemen bij kinderen en adolescenten, inclusief DSM-5-criteria: <https://eetexpert.be/stappenplan-basiskennis-eetstoornissen-en-gewichtsproblemen-kinderen/#buttons-menu-top>
- Kennis over het risicoprofiel en de psychodynamiek bij eet- en gewichtsproblemen: <https://eetexpert.be/stappenplan-risicoprofiel-eetproblemen-en-gewichtsproblemen-inleiding/>
- Kennis van interventies op het gebied van een gezonde leefstijl: <https://eetexpert.be/stappenplan-eetproblemen-en-eetstoornissen-eerstelijng-gezonde-leefstijl-2/>
- Kennis van nutritionele behandelingsstrategieën bij kinderen en adolescenten met overgewicht en obesitas;
- Kennis en vaardigheden rond terugvalpreventie;
- Kennis over de verschillende motivatiekaders en bijbehorende technieken; <https://eetexpert.be/stappenplan-basiskennis-eetstoornissen-en-gewichtsproblemen-behandeling-motivatie/#buttons-menu-top>

- Vaardigheden m.b.t. interdisciplinair samenwerken, alsook samenwerken met ondersteunende figuren (zoals familieleden, ouders, partner, ...);
- Vaardigheden m.b.t. communiceren met kinderen en adolescenten en hun ouders, waaronder actief luisteren, aangepaste communicatie volgens de leeftijd van de jongere, ...;
- Vaardigheden m.b.t. groepsvoorlichting geven;
- Kennis over modaliteiten rond informatie-uitwisseling, GDPR en vertrouwelijkheid;
- Kennis van de sociale kaart (lokale hulpverleningsnetwerk) met betrekking tot de behandeling van overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten.

Diëtisten die instaan voor de behandeling van cliënten met eetstoornissen dienen kennis te hebben omtrent de grenzen van het eigen beroep, alsook deze van de andere betrokken disciplines.

Supervisie

Naast theoretische bijscholingen, is het aanbevolen om als diëtist deel te nemen aan supervisie en casusbesprekingen onder leiding van een erkende psycholoog/psychiater om expertise in de behandeling van eetstoornissen te krijgen of te behouden [2, 8].

De ambulante diëtistische begeleiding bij eetstoornissen

De diëtistische begeleiding van cliënten met eetstoornissen kenmerkt zich door het (herhaaldelijk) doorlopen van een aantal fasen: het diëtistisch onderzoek, de diëtistische diagnose, dieetbehandeling en evaluatie. Tijdens deze verschillende fasen vervult de diëtist een begeleidende, adviserende, motiverende en coachende rol [21]. Motivatieversterkend werken is een topic doorheen alle fasen van de begeleiding. Er wordt geadviseerd de verschillende fasen aan te pakken in een werkstijl die autonomie, verbondenheid, en competenties van de cliënt versterkt.

Diëtistisch onderzoek en diagnose

Screening en kennismaking

Een uitgebreid diëtistisch onderzoek vindt meestal plaats tijdens een volgende consultatie (zie diëtistisch onderzoek). Tijdens de eerste consultatie wordt vooral kennisgemaakt, worden algemene gegevens verzameld, de hulpvraag besproken en wordt veel uitleg gegeven. De nadruk ligt enerzijds op een eerste triage of de cliënt met zijn/haar hulpvraag bij jou terecht kan, en anderzijds op het opbouwen van een goede therapeutische relatie, waarin er sprake is van wederzijds vertrouwen en respect. Rekening houdend met de nood aan autonomie van cliënten is het belangrijk tijdens de screeningsfase tijd te maken voor uitleg en afstemming rond wat gaat gebeuren in dit en volgende gesprekken.

Soms gebeurt deze screening en kennismaking al (gedeeltelijk) telefonisch, waardoor in het eerste gesprek al sneller wordt overgegaan naar het uitgebreider diëtistisch onderzoek.

Kennismaking en verzamelen algemene gegevens

In het eerste gesprek wordt de cliënt verwelkomd en wordt ingevoegd. De diëtist maakt kennis met de cliënt en hoe hij of zij leeft: hoe ziet een doorsnee dag eruit? Bij wie leeft de cliënt? Wat doet de cliënt overdag? In de vrije tijd 's avonds? In het weekend?

Tegelijk verzamelt de diëtist enkele algemene administratieve gegevens:

- algemene persoonsgegevens (naam, contactgegevens, leeftijd);
- verwijzingsgegevens: de reden van verwijzing. Door wie is de cliënt doorverwezen (eigen initiatief, derden, arts, specialist, ...);
- contactgegevens huisarts, andere betrokken zorgverleners;
- gewicht en lengte.

Exploratie hulpvraag

Cliënten met een eetstoornis melden zich niet altijd aan omwille van een eetstoornis (wegens gebrek aan probleembesef en ziekte-inzicht of vanuit schaamte). Mogelijke aanmeldingsklachten zijn maagdarmproblemen en/of vragen over diëten en gewicht.

De eigenlijke *hulpvraag* van de cliënt zal dus niet altijd aansluiten bij de aanmeldingsklacht. Deze laatste kan slechts het “entreekaartje” zijn, terwijl de echte hulpvraag met iets heel anders te maken heeft. In de praktijk blijkt ook dat de hulpvraag die de cliënt zelf formuleert, kan verschillen van de hulpvraag van de omgeving.

Probeer zicht te krijgen op de ideeën (*Ideas*), bezorgdheden (*Concerns*) en verwachtingen van de cliënt (*Expectancies*) (vaak afgekort met het acroniem ICE) [12]. Als leidraad hierbij kan de diëtist trachten om een antwoord te bekomen op volgende vragen [22]:

- Welke ideeën heeft de cliënt: Waar heeft cliënt last van? Waarvoor wenst de cliënt hulp? Hoe moet deze hulp eruit zien?
- Welke bezorgdheden heeft de cliënt over zijn probleem of over de aanpak van zijn probleem? Waarom?
- Zijn er verwachtingen (wat cliënt wil) aanwezig voor wat betreft behandeling?

Formuleer een eerste hulpaanbod, rekening houdend met de verwijzing, de hulpvraag en eigen mogelijkheden. De diëtist beslist in deze fase of hij/zij de begeleiding zelf kan voortzetten of behandeling in een andere zorgsetting (bv. residentiële setting) of doorverwijzing naar andere zorgverleners aangewezen is (zie Wanneer doorverwijzen naar de residentiële setting?).

Therapeutische relatie

Cliënten met eetstoornissen zijn niet altijd meteen open over hun klachten en symptomen. Ze minimaliseren, overdrijven of ontkennen klachten en symptomen als gevolg van schaamte, angst of een gebrek aan inzicht. Het opbouwen van een goede therapeutische relatie is dan ook van groot belang. Een empathische, niet-oordelende, niet-verwijtende houding ten opzichte van de beschrijving van hun gedachten, gevoelens en problemen is raadzaam, zeker bij aanvang van de behandeling. Voor zover de fysieke en/of psychische situatie van de cliënt geen onmiddellijke interventie vereist, wordt de ontwikkeling van een duurzame en goede therapeutische relatie als een prioriteit aanzien [17, 23, 16].

Een goede therapeutische relatie omvat [17, 16]:

- het opbouwen van een interpersoonlijke band;
- wederzijds begrip tussen behandelaar en cliënt over elkaars mogelijkheden en rollen binnen de behandeling;
- overeenstemming over de prioriteiten en doelstellingen van de behandeling; bv. gewichtsherstel, maar ook inzicht verwerven, zelfstandigheid verhogen, eetbuien en purgeergedrag onder controle krijgen, ...

Ook voor motivatie-experten is de therapeutische relatie de essentie voor gedragsverandering. Miller & Rollnick pleiten voor het expliciteren van gelijkwaardigheid in de relatie (de hulpverlener als thema-expert en de cliënt als expert in zijn eigen leven). Werken aan gedragsverandering vraagt een stevige relatieopbouw als basis (engagement), met nadien overleg rond behandeldoelen. Weerstand voelen is volgens Miller een signaal van 'wrijving' tussen beiden en roept op tot teruggaan in het proces. Dit kan betekenen dat we moeten heroverleggen rond behandeldoelen of nog meer teruggaan en terug herinvesteren in relatieopbouw [24].

Voor Ryan en Deci staan in een goede therapeutische relatie het versterken van autonomie, verbondenheid en competentie bij de cliënt voorop. Het ondersteunen van maximale zelfbepaling van de cliënt i.v.m. zijn behandelproces, het onvoorwaardelijk blijven supporteren voor de cliënt, en het concretiseren van tussenstappen zijn belangrijke ingrediënten [25, 26].

Prochaska en DiClemente (1992) concretiseren hoe de therapeutische bejegening mee kan evolueren met de verschillende motivatiestadia:

- Voor cliënten in de precontemplatiefase reageert de therapeut als een 'zorgende ouder'.
- Voor cliënten in de contemplatiefase is hij/zij een 'Socratische leraar' die de cliënt aanmoedigt om inzicht te krijgen in zijn eigen situatie.
- In de preparatiefase treedt de therapeut op als een ervaren coach die de cliënt coacht bij zijn eigen plan en ook zelf een actieplan kan voorleggen.
- Zodra de cliënt de transitie naar de actie- en onderhoudsfase maakt, wordt de therapeut een consultant die beschikbaar is voor advies en steun wanneer er zich problemen voordoen.

Ook bij de behandeling van kinderen en jongeren met eetstoornissen heeft het vormgeven van de therapeutische relatie een belangrijke rol. Hou hierbij rekening met de ontwikkelingsfase van het kind of de adolescent. De betrokkenheid van de ouders of

steunfiguren bij het therapeutische proces is essentieel. De behandelaar zorgt voor het ontstaan van een duurzame therapeutische relatie met het kind of de jongere én met de ouders én, indien nodig, met andere steunfiguren [17].

Diëtistisch onderzoek

De diëtistische behandeling van eetstoornissen wordt gebaseerd op de individuele noden van de cliënt en is maatwerk. Eetstoorniscliënten die zich aanmelden met gelijkaardige symptomen en een gelijkaardig gewicht, kunnen toch zeer verschillende behandelnoten hebben. Met behulp van het diëtistisch onderzoek kunnen de individuele noden en de eigen medische, fysieke, psychologische en sociale parameters in kaart gebracht worden. Het onderzoek omvat naast een voedingsanamnese en antropometrie, ook een uitgebreide diëtistische anamnese. Op basis van deze gegevens kan een diëtistische diagnose en een behandelplan op maat geformuleerd worden.

De anamnese vindt plaats in een open, niet-veroordelende sfeer [14].

Voedingsanamnese

De voedingsanamnese onderzoekt de voedingssamenstelling, voedingsbehoefte, voedingsgewoonten, eetgedrag (inclusief kernsymptomen) en aan voeding gerelateerde klachten van de cliënt [23].

Voedingssamenstelling en -gewoonten

Een gedetailleerd beeld van de dagelijkse voedingsinname wordt bekomen aan de hand van een voedingsanamnese of eetdagboek (zie Eetdagboek). De gemiddelde inname aan energie, macro- en micronutriënten kan desgewenst berekend en vergeleken worden met de voedingsbehoeften van de cliënt.

In de voedingsanamnese kan ook aandacht besteed worden aan de beleving van boodschappen doen, voedselbereiding en sociale eetgelegenheden.

Voedingsbehoefte

Het energieverbruik in rust of rustmetabolisme (REE, afkorting voor het Engelstalige '*Resting Energy Expenditure*') kan gemeten worden met behulp van indirecte calorimetrie. In de ambulante diëtistenpraktijk is indirecte calorimetrie praktisch meestal niet haalbaar. Een andere, minder accurate, mogelijkheid is het inschatten van het rustmetabolisme aan de hand van voorspellende formules: de WHO-formule (ondergewicht, gezond gewicht en overgewicht) en de Harris-Benedict-formule (bij BMI > 30 kg/m²) zijn het meest gangbaar in gebruik [27]. Rekenmodules voor beide formules zijn terug te vinden via zakboekdietetiek.nl.

Deze formules zijn echter niet altijd even betrouwbaar en accuraat, en werden niet specifiek ontworpen voor het gebruik bij cliënten met eetstoornissen. Uit enkele studies met overwegend kleine steekproeven, in een gehospitaliseerde setting en met retrospectief of observationeel ontwerp, blijkt dan ook dat deze formules geen correcte inschatting geven van de effectieve energiebehoefte bij cliënten met een eetstoornis [28, 29, 30]. Bovendien stijgt de REE van cliënten met ernstig ondergewicht tijdens het hervoeden meer dan wat men kan verwachten op basis van gewichtstoename alleen én is deze stijging individueel sterk verschillend [29, 31].

In de praktijk kan het nuttig zijn om aan de hand van bovenstaande formules als diëtist een inschatting te maken van de energiebehoefte van de cliënt, doch met een kritische blik en de mogelijke beperkingen van deze formules in het achterhoofd.

Een belangrijk advies vanuit de projectwerkgroep is om de focus op 'kilocalorieën' of 'grammen' ten aanzien van de patiënt te vermijden, aangezien het een cliëntenpopulatie betreft die vaak dient 'los te komen' van deze vergevorderde focus op calorieën en ander lijngericht gedrag. Het bepalen van de energiebehoefte kan dus een leidraad vormen bij het opstellen van het diëtistisch behandelplan, maar wordt best niet in het concrete advies voor de cliënt opgenomen.

De individuele behoefte aan macro- en micronutriënten kan bepaald worden aan de hand van de voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad [41]. Deze kan je hier raadplegen:

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/9285_voedingsaanbev_16122016_a5.pdf

Ook hier geldt het advies om deze aanbevelingen als leidraad voor het opstellen van het behandelplan te gebruiken, maar niet in het praktische voedingsadvies naar de cliënt toe als dusdanig te vermelden.

Eetgedrag

Bevraging van het eetgedrag kan gebeuren via een bevraging van de 4 eetcompetenties (samengevat in de 4G's):

- Genoeg:** Eet de cliënt eerder veel of eerder weinig i.f.v. zijn groeibehoeftes? Telt cliënt calorieën?
- Gestructureerd:** Hoe typeert de cliënt het eigen eetgedrag; bv. regelmatig/onregelmatig/chaotisch?
- Gezellig:** Wat betekent voeding voor de cliënt, hoe is de houding ten opzichte van voeding? Hoe verloopt eten in gezelschap van anderen? Zijn er rituelen bij het eten? Is eten spannend?
- Gevarieerd:** is er variatie in de keuze van voedingsmiddelen? is er zwart-wit denken?

“Ik maak in mijn praktijk dankbaar gebruik van de fiche rond eetcompetenties samengevat met de 4G's (gezellig, gevarieerd, genoeg en geregeld), ze bieden een eenvoudige maar bruikbare kapstok om het eetgedrag van de cliënt te bevragen en te benoemen.”

Meer informatie omtrent de 4G's vind je hier:

<https://eetexpert.be/gezonde-leefstijl-eetcompetenties/>

Een praktische informatiefiche vind je hier:

<https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2023/08/Infofiche-gezonde-leefstijl-ALLES-afwisselend-eten-zorgverlener.pdf>

Dieetregels

Cliënten met eetstoornissen leggen zichzelf bewust of onbewust vaak dieetregels op. Voorbeelden zijn: een vaste dagelijkse calorielimiet, vooraf bepaalde hoeveelheden voedsel, regels over wat wel en niet mag gegeten worden (bv. vermijden van bepaalde soorten voedsel), tijdstippen waarop wel of niet mag gegeten worden, ... [32].

Voorbeeldvragen die kunnen helpen om eventuele dieetregels duidelijk te krijgen zijn [23]:

- Eet je volgens een aantal regels of rituelen?
- Kan je deze regels beschrijven en hoe ze jou helpen?

Kernsymptomen

De meest voorkomende kernsymptomen van eetstoornissen zijn:

- **streng of extreem lijngedrag**, wat in het geval van AN kan leiden tot **ondergewicht en ondervoeding**;

- **compensatiegedrag**, zowel onder de vorm van purgeergedrag (bewust braken, laxeren) als niet-purgeergedrag zoals bv. bewegingsdrang. Compensatiegedrag komt vooral voor bij AN van het eetbuien-purgerende type en bij BN, hoewel overmatig bewegen ook bij het subtype AN-R wordt vermeld in de DSM-5;
- **eetbuien** doen zich voor zowel bij AN van het eetbuien-purgerende type, bij BN als bij BED.
- **zeer selectief eetgedrag**, wat in het geval van ARFID kan leiden tot ondergewicht en/of ernstige voedingsdeficiënties

Streng of extreem lijngedrag

Elke restrictie op eten, die gedeeltelijk of geheel als doel heeft om gewicht te verliezen of een ander figuur te verkrijgen, wordt beschouwd als lijnen [33].

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen 'licht en verantwoord lijngedrag' (ook wel flexibele voedselrestrictie genoemd), en anderzijds 'streng of extreem' lijngedrag (ook wel rigide voedselrestrictie genoemd) [10, 34].

De eerste lichte of flexibele vorm van lijnen omvat een graduele en evenwichtige benadering, waarbij bv. kleinere porties worden genomen van voedingsmiddelen die ons lichaam minder nodig heeft, ingezet wordt op bewust eten, gezonder voedingskeuzes worden gemaakt, ... Deze vorm van lijnen wordt niet aanzien als een voorspeller voor de ontwikkeling van eetstoornissen.

Kenmerkend voor streng of rigide lijnen zijn de zeer specifieke dieetregels en ook het zwart-wit denken, waarbij zaken in extreme termen worden aanzien: eten is 'goed' of 'slecht'; of er wordt naar zichzelf gekeken als 'iemand die succesvol is' of 'iemand die faalt' [33, 34]. Deze zwart-wit-kijk kan resulteren in een schuldgevoel wanneer niet voldaan wordt aan de strikte dieetregels, wat op zijn beurt kan resulteren in compensatiegedrag of eetbuien. Streng of extreem lijngedrag wordt als een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van een eetstoornis beschouwd [10]. Het is een typisch symptoom van AN, maar kan, eventueel periodiek, ook optreden bij andere eetstoornissen.

Cliënten die lijnen moeten vaak een cognitieve inspanning leveren om minder te eten dan ze zouden willen [35]. Bij cliënten met eetstoornissen die streng en extreem lijngedrag vertonen, overheerst de cognitieve grens op eetgedrag, resulterend in een verstoord hongeren verzadigingsgevoel.

Er zijn verschillende manieren waarop cliënten streng en extreem kunnen 'lijnen' [33]:

- eten langdurig uitstellen: dit kan variëren van enkele maaltijden overslaan tot enkele dagen aan één stuk door vasten;
- beperken van de totale hoeveelheid voedsel die gegeten wordt: vaak wordt een 'calorielimiet' gehanteerd, die beduidend lager ligt dan wat de cliënt daadwerkelijk nodig heeft;
- bepaalde voedingsmiddelen vermijden: bv. omdat die als "dikmakers" beschouwd worden of omdat die in het verleden eetbuien hebben uitgelokt.

Eetstoornissen waarbij streng en extreem lijnen de overhand hebben, kunnen aanleiding geven tot gewichtsverlies, ondergewicht en ondervoeding.

Eetbuien

Eetbuien komen bij verschillende klinische eetstoornissen voor als symptoom:

- Voor AN worden door DSM-5 twee subtypes onderscheiden: het restrictieve type en het eetbuien/purgerende type. Bij het eetbuien/purgerende type ervaart het individu in de afgelopen 3 maanden recidiverende episoden van eetbuien en/of purgeergedrag. Deze eetbuien kunnen zowel objectief als subjectief zijn maar zijn voornamelijk subjectief van aard (zie verder) [5].
- Boulimia Nervosa wordt in DSM-5 als eerste gekenmerkt door het aanwezig zijn van recidiverende eetbuien (cfr., de objectieve eetbui volgens DSM-5). Naast de eetbui-episoden moet er sprake zijn van recidiverend inadequaat compensatoir gedrag.
- De eetbuistoornis wordt ten eerste gekenmerkt door recidiverende eetbui-episoden (cfr. de objectieve eetbui volgens DSM-5). Daarnaast moet de eetbui-episode nog samenhangen met 3 of meer criteria (e.g., sneller eten dan normaal, dooreten totdat een onaangenaam vol gevoel ontstaat, achteraf van zichzelf walgen, zich somber of schuldig voelen) die besproken staan in DSM-5. Ook moet er sprake zijn van lijdensdruk door de eetbuien, moeten deze op een geregelde tijd voorkomen (gedurende 3 maanden gemiddeld éénmaal per week) en mag dit niet gepaard gaan met het recidiverend toepassen van compensatoir gedrag, zoals wel het geval is bij Boulimia Nervosa.

Niet alle episodes van overeten worden als 'eetbuien' beschouwd. Om na te gaan of er sprake is van eetbuien, dient men de aanwezigheid van twee centrale criteria te bevragen [5]:

- Is er sprake van het eten van **een objectief grote hoeveelheid voedsel**? Dit is een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat men normaal eet of wat anderen zouden eten in dezelfde omstandigheden.
- Is er sprake van **controleverlies over het eten**? (het gevoel dat men niet meer kan stoppen met eten eens men gestart is of niet kan controleren wat en hoeveel men eet)

In de EDE worden op basis van deze criteria vier verschillende vormen van ‘overeten’ beschreven, schematisch weergegeven in onderstaande tabel [36, 32]:

	Grote hoeveelheid gegeten	Geen grote hoeveelheid gegeten, maar wel zo beschouwd door cliënt
Controleverlies over eten	Objectieve eetbui	Subjectieve eetbui
Geen controleverlies over eten	Objectief overeten	Subjectief overeten

- **Objectieve eetbui:** het eten van een objectief grote hoeveelheid voedsel, gepaard gaande met controleverlies over voedsel
- **Subjectieve eetbui:** het eten van een hoeveelheid voedsel die als grote hoeveelheid beschouwd wordt door de persoon zelf, maar niet door anderen, eveneens gepaard gaand met controleverlies over eten
- **Objectief overeten:** het eten van objectief grote hoeveelheid voedsel, zonder controleverlies over eten
- **Subjectief overeten:** er wordt een hoeveelheid voedsel gegeten die groot is volgens de persoon zelf, maar niet volgens anderen. Dit gaat niet gepaard met een gevoel van controleverlies over het eten.

Het in kaart brengen van het criterium ‘controleverlies over eten’ is bij kinderen en adolescenten niet altijd eenvoudig.

“Men kan hierbij gebruikmaken van een metafoor waarbij men het controleverlies vergelijkt met een fiets die van een berg rijdt, waarbij de remmen stuk zijn en men bijgevolg blijft rijden en niet meer kan stoppen [36].”

Naast de hoeveelheid en de aanwezigheid van controleverlies kan ook informatie omtrent het begin, de frequentie, de samenstelling, de intensiteit, de duur, de triggers, de omstandigheden en de gevolgen van eetbui-episoden een indicatie geven omtrent de functie van de eetbuien.

- **Frequentie:** Een gemiddelde frequentie van 1 tot 3 eetbuien per week is qua ernst licht; 14 of meer keer per week is zeer ernstig [16].
- **Samenstelling:** eetbuien kunnen bestaan uit voedingsmiddelen die de cliënt zich gedurende een lijn- of vastenperiode heeft ontzegd, vaak betreft dit zoete en/of vette

producten. Evengoed kunnen gezonde voedingsmiddelen worden genuttigd [37].

“In sommige gevallen wordt tijdens eetbuien ook voeding genuttigd die niet als lekker of eetbaar wordt aanzien, zoals ongekookte pasta, bevroren voedsel of voedsel uit de vuilnisbak.”

- **Triggers:** er zijn verschillende omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot een eetbui. Bevrage de voornaamste triggers van eetbuien voor de individuele cliënt, gebruik eventueel de ‘BETCH’ als hulpmiddel (zie Meetinstrumenten voor de diëtistenpraktijk). Vaak voorkomende triggers zijn [33, 38]:
 - te weinig eten en de daarmee gepaard gaande honger;
 - het overtreden van een dieetregel;
 - alcohol;
 - vermoeidheid;
 - onplezierige emoties: bv. depressiviteit, stress, spanning, wanhoop, eenzaamheid, verveling, prikkelbaarheid, boosheid en angst;
 - gebrek aan dagelijkse structuur;
 - alleen zijn;
 - zich dik voelen;
 - gewichtstoename;
 - premenstruele spanning.

Compensatoir gedrag

Compensatoir gedrag komt voor bij cliënten met AN en BN met als doel gewichtstoename tegen te gaan door het ‘compenseren’ van eten. Er zijn verschillende vormen van compensatoir gedrag, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen purgeergedrag en niet-purgeergedrag [9].

□ **Purgeergedrag**

Bewust braken en misbruik van laxantia, diuretica of andere medicatie (bv. foutief gebruik van insuline bij cliënten met diabetes) worden als purgeergedrag aanzien. Misbruik van voorgeschreven of vrij verkrijgbare middelen die gewichtsverlies bevorderen, zoals dieetpillen, stimulerende middelen, kruidenpreparaten of medicijnen om de schildklier te stimuleren, kunnen ook deel uitmaken van de pogingen van het individu om gewicht te controleren of te compenseren voor het eten [23, 10].

Vraag in het diëtistisch onderzoek naar purgeergedrag en het gebruik van specifieke compenserende middelen. In onderstaande tabel zijn enkele voorbeelden terug te vinden (zie tabel) [14, 39, 10]:

Werking	(Genees)middel	Samenstelling/Werking
Laxerend	Contactlaxantia Bv. Dulcolax	Bevorderen de intestinale motiliteit en de darmsecretie door chemische prikkeling van de darmwand
	Osmotische laxativa Lactulose (bv. Duphalac®, Bifiteral®) Macrogol (bv. Forlax®, Movicol®) Fosfaat- en sulfaatlaxativa	Door aantrekking van water wordt de darminhoud zachter en neemt het volume toe, hetgeen de beweeglijkheid van de darm bevordert
	Glijmiddelen Bv. Paraffine	Verweekt de stoelgang en maakt de stoelgang meer 'glijbaar'
	Zwelmiddelen Bv. Colofiber®, Normacol®, zemelen	Verhoging van het volume van de feces door vermeerdering van vezels in de voeding of door inname van niet-verteerbare polysachariden, stimuleert de motorische activiteit van het colon
	Laxerende voedingsmiddelen	Pruimen, kiwi, kunstmatige zoetstoffen (Lactitol, xylitol), laxerende theesoorten, sennapeulen, psylliumzaadjes
Stofwisseling verhogend	Appelazijnzuur (tabletten)	Tabletten, onderdrukken mogelijk ook het hongergevoel
	Insuline	Niet spuiten van insuline bij diabetespatiënten
	Schildklierhormoon	Versnelt de stofwisseling
Inhibitie vetresorptie	Afslankpillen	Orlistat inhibeert de gastro-intestinale lipasen en

	Orlistat®, Xenical®, Alli®	vermindert zo de vetresorptie
Spiermassa beïnvloedend	Eiwitrijke, creatinebevattende supplementen Steroïden	Vanuit de gedachte hiermee spiermassa op te bouwen
Vochtafdrijvend	Diuretica (plaspillen) Bv. Burinex®, Lasix®, Aldactone®	Diuretica zorgen ervoor dat er meer vocht wordt afgedreven ter hoogte van de nieren.
Eetlustremmend	Liraglutide Saxenda®	Liraglutide is een analoog van het incretinehormoon glucagon-like peptide-1 (GLP-1); dit is een intestinaal hormoon dat de insulinesecretie verhoogt, de glucagonvrijstelling vermindert, de maaglediging vertraagt en de voedselinname vermindert. Liraglutide wordt gebruikt bij type 2-diabetes, maar wordt ook in hogere dosis gebruikt bij obesitas. Liraglutide geeft een beperkte gewichtsdeling.
	Methylfenidaat Rilatine®, Concerta®, Equasym®	Methylfenidaat wordt gebruikt bij kinderen en (off-label) bij volwassenen met aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (Attention Deficit Hyperactivity Disorder of ADHD), indien de niet-medicamenteuze aanpak alleen onvoldoende blijkt. Verminderde eetlust is een

		belangrijke nevenwerking van dit geneesmiddel.
	Allerhande vezelpreparaten die vrij verkrijgbaar zijn bij de drogist en als 'eetlustremmend' worden verkocht	
Verdovende middelen	Drugs	XTC, speed, amfetamines, cocaïne
	Alcohol	
Diverse	Stimulerende middelen en 'fat burners'; in Nederland 'Stackers' genaamd	Bevatten meestal een combinatie van cafeïne, guarana, kolanoot, groene thee en ginseng. Efedrahoudende supplementen hebben een eetlustremmend en oppeppend effect. Efedra en efedrine staan in België op de lijst van verboden middelen. Via internet worden supplementen met Efedra wel te koop aangeboden, maar de aankoop blijft evengoed verboden.

Tabel: compenserende (genees)middelen bij eetstoornissen [15, 40, 11, 41]

□ ***Niet-purgeergedrag***

Vasten en overmatige fysieke activiteit worden als niet-purgerende compensatoire maatregelen beschouwd. Deze gedragingen kunnen echter ook voorkomen bij een restrictieve eetstoornis, dus zonder compensatoire functie bij eetbuien.

Zeer selectief eetgedrag

Selectief eetgedrag komt voor bij cliënten met ARFID. Dit verstoorde eetgedrag wordt niet veroorzaakt door een verstoord zelfbeeld zoals wel het geval is bij de eetstoornissen anorexia en boulimia nervosa. In de DSM-5 worden drie subtypes van ARFID beschreven die het vermijdende/restrictieve eetgedrag van de patiënt verklaren:

- Een gebrek aan interesse in voeding of vergeten om te eten;
- Eten veroorzaakt een sensorische overgevoeligheid;
- Angst voor mogelijke nadelige gevolgen; al dan niet uitgelokt door een eerdere traumatische ervaring zoals zich verslikken of braken

Antropometrie

Eetstoornissen kunnen gepaard gaan met ondergewicht, een normaal gewicht en met overgewicht of obesitas. **Normale gewichtsgrenzen** worden bepaald in functie van geslacht, leeftijd en lengte. Men gebruikt hierbij de **Body Mass Index (BMI)**, waarbij een normaal gewicht zich situeert tussen BMI 18.5 en 25 [40]. Deze regel geldt voor personen van **18 jaar en ouder**.

Men spreekt van ondergewicht bij een BMI onder 18,5 [40, 41]. In het geval van ondergewicht, wordt de ernst van de eetstoornis (AN) in de DSM-5 eveneens bepaald door de BMI (BMI \geq 17 betekent een lichte ernstscore en BMI $<$ 15 wordt beschouwd als zeer ernstig) [5].

Bij kinderen speelt de absolute BMI-waarde niet dezelfde rol als bij volwassenen: de BMI is namelijk leeftijdsafhankelijk. Klik [hier](#) voor meer info over gewicht interpreteren bij kinderen en jongeren.

Het is aanbevolen om een groeicurve met longitudinale punten te reconstrueren, zodat individuele groeitrajecten kunnen geëvalueerd worden op eventuele afbuigende groei [43]. Bij kinderen en adolescenten kan ernstig gewichtsverlies achterwege blijven, maar wel een stagnatie van de verwachte gewichts- en lengtetoenamen worden opgemerkt [38].

Meer uitleg omtrent het bepalen van het gewichtsdoel van volwassenen en adolescenten is terug te vinden in de paragraaf rond behandeling (Wat is een gezond lichaamsgewicht?)

Mogelijke gegevens omtrent gewicht (en lengte) die bevroegd kunnen worden tijdens het diëtistisch onderzoek [10, 23]:

- Huidig gewicht (kg)
- Lengte (m)
- Huidige BMI (kg/m²)
- Gewichtsevolutie:
 - Laagste en hoogste gewicht
 - Snelheid/percentage gewichtsverlies in tijd uitgedrukt

- Betekenis gewicht (bv. altijd belangrijk geweest/nooit op gelet)
- Houding nu ten opzichte van gewicht
- Houding omgeving ten opzichte van gewicht
- Frequentie wegen
- Plaats weegschaal
- Controleert iemand het gewicht?
- Angst om aan te komen?
- Angst voor klachten bij het aankomen?
- Obsessie rond gewicht
- Gewichtsdoel cliënt
- Gezond gewicht

Diëtistische anamnese

Algemene gegevens (verzameld tijdens screening)

Medische gegevens [10]

- Medische geschiedenis: type eetstoornis en de ernst ervan (diagnose), somatische verklaring voor eventueel gewichtsverlies, groeiachterstand, maagdarmlachten, menstruatiestoornissen, lichamelijke klachten
- Behandelvoorgeschiedenis
- Prognose
- Comorbiditeiten:
 - Obesitas, hart- en vaatziekten, diabetes, allergieën en intoleranties, ...
 - Zorgwekkend ondergewicht, somatische gevolgen van de eetstoornis: orgaanschade (bv. nieren), slokdarmaandoeningen, maagdarmproblemen, ...
 - Psychiatrische comorbiditeiten: aandoeningen zoals angst- en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, zelfverwonding, **alcohol- en drugsmisbruik**, ... komen vaak voor bij eetstoornissen. In sommige gevallen kunnen middelenmisbruik en eetstoornissen een vergelijkbare functie hebben (bv. eetbuien en alcoholmisbruik als middel om moeilijke emoties te verdoven), en in andere gevallen kunnen de functies verschillend zijn (restrictief gedrag voor een gevoel van controle en het gebruik van drugs of alcohol om te ontsnappen of ontspannen). Cliënten met restrictief gedrag beroepen zich soms op amfetamines (eetlustonderdrukkend) of andere drugs die de stofwisseling stimuleren [23].
- Medicatie [10]:
Het geneesmiddelengebruik en de frequentie wordt nagegaan:
 - psychofarmaca zoals antidepressiva en anxiolytica (angststoornissen), sommige geneesmiddelen kunnen een beperkende of bevorderende invloed hebben op de eetlust en/of het gewicht;

- anticonceptie: kan een invloed hebben op de menstruatiecyclus;
- medicatie voor lichamelijke klachten;
 - corticosteroïden (eetluststimulerend)
 - diabetesmedicatie, medicatie voor hypertensie of medicatie in verband met comorbiditeit door obesitas;
- geneesmiddelenmisbruik:
 - laxantia,
 - diuretica,
 - gewichtsreducerende medicatie.

Laboratoriumgegevens

Meer informatie over laboratoriumonderzoek bij eetstoornissen kan je hier terugvinden:

<https://eetexpert.be/stappenplan-eetproblemen-en-eetstoornissen-huisarts-detectie-en-diagnostiek-onderzoek/#buttons-menu-top>

Veel bloedwaarden zijn verstoord bij een eetstoornis. Een belangrijke aandachtspunt hierbij is hypokaliëmie. Hypokaliëmie komt voor bij ondervoeding, malabsorptie, braken, diarree en overmatig zweten (na overdreven sporten). De meest voorkomende oorzaak is purgeergedrag. Een te lage concentratie aan kalium in het bloed kan leiden tot hartritmestoornissen, die fataal kunnen zijn.

Verder is het nuttig om te weten dat het totaal cholesterol, LDL-cholesterol en HDL-cholesterol mogelijk verhoogd zijn bij personen met AN, ondanks de beperkte voedselinname. Dit heeft verschillende mogelijke oorzaken, waaronder de verminderde productie van het enzym dat nodig is om cholesterol af te breken, een verhoogde absorptiegraad voor exogene cholesterol en de interactie tussen lipiden en hormonen (schilpklierhormonen, stresshormonen, insuline) [42]. Het behoeft geen specifieke medicamenteuze of dieetbehandeling. De cholesterolwaarden herstellen zich meestal, maar niet altijd, met herstel van het gewicht en eetgedrag [42]. Bij cliënten met BN is de aanbreng van exogene cholesterol eerder te hoog, ook bij deze cliënten herstellen de waarden zich na normalisatie van het eetpatroon.

Meetinstrumenten en vragenlijsten


Er bestaan verschillende instrumenten die kunnen helpen om het eetgedrag en symptomen van de cliënt in kaart te brengen. Deze testen en/of vragenlijsten (bv. EDE, EDE-Q, Ch-EDE) worden door andere disciplines afgenomen, maar kunnen ook aan de diëtist zinvolle

informatie verschaffen. Daarnaast bestaan er ook enkele vragenlijsten die door de diëtist zelf kunnen gehanteerd worden om het eetgedrag en/of symptomen te bevragen.

EDE, EDE-Q en Ch-EDE

Om de ernst van de eetstoornissymptomen te bepalen, kan door de psychiater of klinisch psycholoog/orthopedagoog in de diagnostiekfase gebruik gemaakt worden van de *Eating Disorder Examination* (EDE) [43]. Dit semi-gestructureerd interview wordt algemeen beschouwd als de gouden standaard [16, 14].

De Nederlandstalige versie van de EDE ('Vragenlijst eetproblemen') kan je hier terugvinden:

Vragenlijst Eetproblemen – vertaling EF Furth (2000): gratis (de scoringsinformatie vind je hier  en de normen vind je hier 

Er bestaat ook een versie voor kinderen en jongeren vanaf 10 jaar, de Child-EDE [44]:

Eetvragenlijst voor kinderen (chEDE-Q) – vertaling Mulken & Jansen (2007): gratis

Het is belangrijk dat het (Ch)EDE-interview *wordt afgenomen door iemand die hierin geschoold is (psycholoog of psychiater)*. De EDE bevat vier subschalen, respectievelijk 'lijnen', 'zorgen over eten', 'zorgen over gewicht' en 'zorgen over de lichaamsvorm of het figuur' [14]. De informatie die uit de EDE bekomen wordt, kan interessant zijn voor de diëtist.

Naast de EDE bestaat ook nog de *Eating Disorder Examination Questionnaire* of EDE-Q. Dit is een zelfrapportagevragenlijst, gebaseerd op de EDE [45].

Meer informatie omtrent testen en vragenlijsten vind je hier:

<https://eetexpert.be/stappenplan-psycholoog-testmateriaal/>

Meetinstrumenten voor de diëtistenpraktijk

Verschillende vragenlijsten kunnen aanvullend worden gebruikt om klachten te inventariseren:

- **Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE)**: de NVE brengt drie belangrijke risicofactoren voor overeten en overgewicht in kaart: emotioneel eten (verdeeld in diffusie en duidelijke emoties), extern eten en lijngericht eten [46]. Meer informatie vind je hier: <https://www.hogrefe.com/nl/shop/nve-nederlandse-vragenlijst-voor-eetgedrag.html>
- **Binge Eating Trigger Checklist (BETCH)**: de BETCH-vragenlijst geeft – samen met het eetdagboek – een goed inzicht in de uitlokkers van eetbuien [38]. De BETCH-vragenlijst vind je [hier](#) terug.

- **Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder screen (NIAS):** de NIAS is een kort instrument om ARFID-geassocieerd eetgedrag te meten. De vragenlijst kan geraadpleegd worden via: <https://ggzdataportaal.nl/bibliotheek/> [47]

Naast het gebruik van gevalideerde meetinstrumenten kan er tijdens de behandeling ook gebruik gemaakt worden van metingen en registraties op maat van de cliënt, bv. onder de vorm van een eetdagboek. Hiermee kan probleemgedrag gemonitord worden, bv. bij bewust braken of ander compensatoir gedrag, eetbuien en overmatig bewegen [16].

Activiteitenpatroon

Obsessief bewegen of sporten kan een vorm van compensatoir gedrag zijn. Het is daarom aangewezen om bewegingsgewoonten (soort beweging of sport, oefeningen, ...), -frequentie en -duur na te vragen. Wees ook alert op de hoeveelheid sedentair gedrag. Sommige cliënten weigeren bijvoorbeeld te gaan zitten om op die manier meer calorieën te verbranden.

Om als compenserend gedrag te worden beschouwd, moeten deze gedragingen plaatsvinden met het oog op het beheersen van lichaamsvormen en gewicht, bv. na (gepercipieerd) te veel eten door de cliënt.

“Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen sporten en bewegingsdrang. Beleeft de cliënt nog plezier aan het bewegen? Of voelt het aan als een verplichting?”

Bevraag:

- Sport:
 - welke sport;
 - tijdsduur;
 - frequentie.
- Extra oefeningen/bewegingsdrang:
 - soort;
 - tijdsduur;
 - frequentie.
- Dagelijkse beweging (verplaatsingen naar werk, school, ...).
- Hoe voelt de cliënt zich als de beweging niet kan plaatsvinden?
- Wordt de activiteit volgehouden bij vermoeidheid, bij blessures?
- Wordt er bewogen in functie van de eetstoornis of vanuit ‘medische’ noodzaak (stimuleren darmperistaltiek en ontlasting, ter ontspanning)?

Meer informatie vind je hier:

<https://eetexpert.be/stappenplan-basiskennis-eetstoornissen-en-gewichtsproblemen-behandeling-beweging-bij-eetstoornissen/#buttons-menu-top>

Inschatten van de motivatie

Ambivalentie staat centraal in de strijd die door cliënten met een eetstoornis als AN en BN gevoerd wordt. Hoewel aan de problematiek heel wat negatieve aspecten verbonden zijn, zoals lichamelijke, psychische en sociale klachten, heeft de eetstoornis voor de cliënt vaak ook tal van niet te onderschatten positieve facetten (bv. stabilisatie van het gevoel van eigenwaarde, regulatie van negatieve emoties, gevoel van succes en controle).

Vaak gehoorde uitspraken zijn: “ik wil wel genezen, maar ik wil niet bijkomen”, “mijn eetstoornis is mijn beste vriend, maar ook mijn grootste vijand”, “Ik wil wel stoppen met eetbuien maar ik durf niet meer te eten”, “ik wil stoppen met braken, maar ik wil niet meer eten”, “ik wil wel bijkomen, maar enkel in spieren”.

Deze ambivalentie verklaart de vaak lage motivatie voor verandering, die evenwel kan variëren naargelang de verschillende symptomen van de eetstoornis. Zo kunnen cliënten bereid zijn om eetbuien te verminderen, maar kan de motivatie om strategieën voor gewichtsbeheersing af te bouwen, zoals streng of extreem lijngedrag, overmatige sportbeoefening en compensatoir gedrag (bv. bewust braken), opvallend lager zijn. Het is dan ook belangrijk om goed te verkennen wat men wil veranderen en waarvoor men gemotiveerd is.

Voor het inschatten van de motivatie kunnen verschillende motivatiekaders als leidraad gebruikt worden:

1. De bereidheid om te veranderen kan in kaart gebracht worden met behulp van de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente (1992). Volgens dit model verloopt de verandering van gezondheidsgedrag over volgende stadia:
 - **Voorbeschouwing** (precontemplatie): de cliënt stelt zich weinig of geen vragen bij het huidige gedrag en overweegt geen gedragsverandering.
 - **Beschouwing** (contemplatie): de cliënt begint voor- en nadelen af te wegen maar op vlak van gedrag is er nog niet veel verandering.
 - **Vorbereiding** (preparatie): de cliënt neemt de beslissing om het gedrag te veranderen (hoe klein ook) en maakt voornemens.
 - **Actie**: de cliënt levert zichtbare inspanningen om te veranderen door ‘vallen en opstaan’.

- **Consolidatie** (handhaving): na voldoende succeservaringen heeft de cliënt zich de nieuwe gewoontes eigen gemaakt, het begint meer 'vanzelf te gaan'.
2. Het kader van Miller en Rollnick pleit ervoor om bij het bevragen van motivatie een motiverende gespreksstijl te gebruiken: wat is de veranderwens, wat is de behoudswens? De vraag is niet 'of' de client wil veranderen maar 'wat' de client zelf veranderd wil zien?. Voeg in op basis van gelijkwaardigheid [48, 24, 49].
 3. Ryan & Deci roepen op om bij inschatting van motivatie vooral in te zoomen op de **kwaliteit** van de motivatie in plaats van de **hoeveelheid** motivatie. Versterk de kwaliteit van de motivatie door maximaal in te gaan op de psychologische basisnaden van uw cliënt. Zorg voor een bejegening die deze naden maximaal tegemoet komt [25].

Aangezien de motivatie voor verandering kan variëren tussen de verschillende symptomen van de eetstoornis, is het aangewezen om een **symptoomspecifieke inschatting** uit te voeren van de motivatie. Zowel aan het begin van de behandeling als in de loop van de behandeling [50]. Belangrijk hierbij is dat de diëtist zich focust op een gedrag of symptoom. Gewicht of gewichtsverlies is geen gedrag en dus geen goed thema om naar motivatie te peilen.

Meer informatie over de drie motivatiekaders kan je hier terugvinden:

<https://eetexpert.be/info-per-thema/motivatie/>

Kinderen en adolescenten met eetstoornissen worden soms op verzoek van hun ouders of andere steunfiguren "gestuurd" voor een behandeling. Het is dus zeker niet altijd zo dat het kind of de adolescent al bereid is om iets aan zijn of haar eetstoornis te veranderen [17].

Peil tijdens het diëtistisch onderzoek naar de motivatie van het kind of de jongere en pas gedurende het ganse behandelingstraject aangepaste motivatietechnieken toe.

Psychosociale gegevens

Persoonsgegevens

Verzamel gegevens omtrent opleiding, werk/schoolsituatie, dienstverband, woonsituatie (thuiswonend, alleenwonend,...), samenlevingsvorm, kinderen, broers/zussen, gezinssamenstelling, leefomgeving, ...

Externe factoren [10]

- de mate waarin de eetstoornis het sociale leven of de psychosociale ontwikkeling heeft verstoord, zoals (vriendschaps)relaties, opleiding, werk;
- familieleden die bekend zijn met eetstoornissen;
- personen uit de directe omgeving die lijnen;
- de attitude van de omgeving ten opzichte van het slankheidsideaal;
- is de directe omgeving sterk gericht op prestaties en uiterlijk?
- de rol van de eetstoornis binnen het gezin, de familie en de directe omgeving;
- de gevolgen van de eetstoornis voor het gezinssysteem;
- de attitude van de gezinsleden ten opzichte van de eetstoornis en het zoeken van hulp bij de behandeling ervan;
- de draagkracht van het sociale netwerk van de cliënt in de thuissituatie;
- pesten, emotionele verwaarlozing of mishandeling, fysiek geweld of seksueel misbruik.

Persoonlijke factoren [10, 16]

- beleving van gewicht en lichaamsvormen (zie ook antropometrische gegevens):
 - Wat is de houding ten opzichte van het gewicht?
 - In hoeverre beïnvloedt het gewicht of de lichaamsbeleving het eetpatroon?
 - Hoe vaak wordt er gewogen?
 - Worden sociale contacten vermeden vanwege de beleving van het gewicht?
- relatie met eetgedrag (bv. eetstijl);
- vrijetijdsbesteding en sociale contacten;
- gebruik van sociale media.
- cognities ten aanzien van eten en gewicht:

Bij het stellen van een eetstoornisdiagnose worden de volgende cognities beoordeeld: angst voor gewichtstoename of om 'dik' te worden, het gevoel 'dik' te zijn, op lichaamsvorm en gewicht gebaseerde eigenwaarde, en ontkenning van de ernst van een laag gewicht bij mensen met ondergewicht. In de EDE worden de volgende vragen gebruikt om deze kenmerken te beoordelen [43]:

- Bent u de afgelopen 3 maanden bang geweest dat u zou kunnen aankomen of dik zou kunnen worden?
- Heeft u zich de afgelopen 3 maanden dik gevoeld?
- Is uw vorm of gewicht de afgelopen 3 maanden van belang geweest voor de manier waarop u zich als persoon voelt?

Bij cliënten met ondergewicht:

- Heeft u de afgelopen 3 maanden het gevoel gehad dat uw huidige gewicht ernstige gezondheidsrisico's voor u met zich meebrengt?

Bij kinderen en adolescenten zal de focus en de vorm van het diëtistisch onderzoek gedeeltelijk bepaald worden door het type van behandeling dat de cliënt en zijn gezin krijgen. Voor cliënten die gezinstherapie krijgen, beschouwt de diëtist de ouders en/of het gezin als expert in de voeding van het kind. Het diëtistisch onderzoek zal dus plaatsvinden in aanwezigheid van de ouders en/of familieleden, tenzij een specifiek individueel onderzoek wordt voorgeschreven door de behandelende arts of psychiater. Ook in dit laatste geval zal de eetomgeving van het gezin centraal staan [23].

Eetdagboek

Tijdens één van de eerste consultaties wordt een eetdagboek meegegeven met de cliënt voor zelfmonitoring. In het begin heeft het eetdagboek vooral een verkennende functie. Maar het eetdagboek maakt ook verder integraal deel uit van de behandeling van de eetstoornis, het is dus belangrijk dat dit zo goed en volledig mogelijk wordt ingevuld [51]. Het is een belangrijk instrument voor psycho-educatie, monitoring en evaluatie maar ook voor uitbouw van de vertrouwensrelatie.

In het dagboek registreert de cliënt [51]:

- alles wat gegeten wordt, inclusief het tijdstip, de soort voeding/drank en de portiegrootte;
- de plaats van consumptie, zo gedetailleerd mogelijk;
- wanneer men het gevoel had een excessieve hoeveelheid eten of drinken genuttigd te hebben;
- eventueel compensatoir gedrag: bewust braken, laxeermiddelen, diuretica, ...;
- gedachten en gevoelens bij de voedingsinname.

Het doel van het eetdagboek is tweeledig [51, 23, 37, 33]:

- de diëtist een gedetailleerd beeld geven van:
 - o wat, hoeveel, wanneer en waar de cliënt eet;
 - o de aard en kernsymptomen van de aanwezige eetstoornis;
 - o de functie van purgeergedrag en eetbuien voor de cliënt.
- zorgen voor een beginnende bewustwording bij de cliënt:
 - o inzicht in de voedingsgewoonten;
 - o inzicht in de mate van angst en de cognities;
 - o inzicht in triggers van eetbuien en purgeergedrag.

“Door het invullen van het eetdagboek laat de cliënt mij toe in zijn eetprobleem.”

Het is belangrijk om de cliënt uitleg te geven omtrent het doel en het gebruik van het eetdagboek en ook gerust te stellen. Een eetdagboek bijhouden kan voor de cliënt gepaard gaan met angst [10].

“Voor velen is een eetdagboek invullen zeer intensief. Waar deze zelfregistratie voor sommigen juist structurerend werkt, kan het bij anderen de focus op eten versterken. Soms kan het zinvol zijn om het invullen van het eetdagboek af te lijnen tot enkele dagen.”

Een voorbeeld van een eetdagboek vind je [hier](#).

Instructies voor het invullen van het eetdagboek vind je [hier](#).

Diëtistische diagnose

De diëtistische diagnose is het beroepsspecifieke oordeel van de diëtist over het gezondheidsprofiel van de cliënt m.b.t. zijn eetgedrag. De diëtist analyseert en interpreteert de tijdens het diëtistisch onderzoek verzamelde gegevens. (Problemen in) functioneren worden beschreven, waarbij de problemen op voedingsgebied centraal staan. Medische, externe en persoonlijke factoren die hierop van invloed zijn worden benoemd [54]. De verzamelde gegevens kunnen worden ondergebracht in een ICF-schema, dat als hulpmiddel kan gebruikt worden om de diëtistische diagnose te stellen.

Een voorbeeld van een ICF-schema vind je hier:

<https://eetexpert.be/infociche-icf-schema-dietist/>

Bij eetstoornissen kan de diëtistische diagnose duidelijkheid brengen omtrent volgende aspecten [11]:

- type eetstoornis;
- gezondheidsproblemen, achterliggende medische gegevens, achterliggende externe en persoonlijke factoren, prognose;
- lichaamsgewicht en BMI in relatie tot het ideaalgewicht/BMI;
- kwalitatieve en kwantitatieve analyse van de voedingsinname;
- maaltijdenpatroon: frequentie en eettijden;
- compensatoir gedrag en andere maatregelen ter voorkoming van gewichtstoename;
- eetbuien: frequentie, objectief/subjectief, controleverlies, inhoud (voedingskeuze);
- beleving van voeding en omgaan met eten;

- eetgedrag;
- cognities rond voeding;
- houding t.o.v. lijnen en gewicht;
- invloed van de eetstoornis op het dagelijks functioneren;
- houding ten opzichte van behandeling en verwachting van begeleiding door diëtist.

Behandelplan en diëtistische behandeling

Aanbevolen therapievormen bij eetstoornissen

BN en BED

Ondanks het ontbreken van internationale consensus omtrent de eerste keuze behandeling bij eetstoornissen, wordt in internationale richtlijnen cognitieve gedragstherapie ('*cognitive behavioral therapy*' of CBT) meestal als eerste keuze benoemd ter behandeling van volwassenen met BN of BED [16, 14, 6, 9, 17, 18]. Naast de aanbevelingen in richtlijnen zijn er de voorbije jaren ook enkele systematische reviews gepubliceerd, die de effectiviteit van CBT als behandeling bij deze eetstoornissen bevestigen [55, 56, 57].

Anorexia Nervosa

Bij AN is de voorkeur van internationale richtlijnen voor cognitieve gedragstherapie minder uitgesproken en wordt deze therapievorm als één van de eerste keuzes naar voren geschoven, naast andere psychotherapeutische behandelingen [16, 14, 6, 9, 17]:

- *Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults* (MANTRA)
- *Specialist supportive clinical management* (SSCM)
- *Eating-disorder-focused focal psychodynamic therapy* (FPT)

Deze bevindingen worden bevestigd in enkele recente systematische reviews.

Zeeck et al. voerden in 2018 een systematische review uit van studies (gepubliceerd tot februari 2017) naar diverse psychotherapeutische behandelingen (voor AN, om hun effectiviteit te vergelijken [58]). De primaire uitkomstmaat was gewichtstoename. Naast deze systematische review werden ook 18 RCT's (RCT als afkorting van het Engelstalige *Randomised Controlled Trial* of gerandomiseerde gecontroleerde studie) bij adolescenten en volwassenen geïncludeerd in een meta-analyse. De auteurs concluderen dat er geen specifieke psychotherapeutische behandeling is die de voorkeur krijgt ten opzichte van andere voor de behandeling van AN.

Een meta-analyse van van den Berg et al. (2019) onderzocht de effectiviteit van psychologische interventies voor AN in vergelijking met een controlegroep, in studies gepubliceerd tussen 1980 en 2017. Er konden geen significante verschillen worden

weerhouden in gewichtstoename, eetstoornispathologie en levenskwaliteit. De resultaten zijn gebaseerd op studies van lage kwaliteit die bovendien een grote heterogeniteit vertonen [59].

Transdiagnostische behandeling

In de systematische review van de Jong et al. (2018) werd de effectiviteit van de *enhanced cognitive behavior therapy* (CBT-E) nagegaan in de poliklinische setting, bij volwassen cliënten met BN, BED of andere transdiagnostisch samengestelde steekproeven [60]. 7 studies uitgevoerd tussen 2014 en 2018 werden geïncludeerd, waarvan 5 RCT's. De studies vertonen verschillen in algehele kwaliteit (3 RCT's werden beoordeeld als van 'hoge kwaliteit'), maar ook in behandelingssetting, interventie (bv. 'korte' of 'uitgebreide' versie CBT-E), therapieduur, betrokkenheid van steunfiguren, interpretatie van de primaire uitkomstmaten (bv. definitie van klinische significante verschillen in EDE(-Q)) en gebruikte controlegroepen. Ondanks deze heterogeniteit in studiekwaliteit en -ontwerp, concluderen de auteurs dat er voldoende degelijke onderbouwing aanwezig is om de CBT-E als effectieve behandeling te beschouwen bij volwassen cliënten met een eetstoornis, met name BN, BED en andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis.

Deze bevindingen werden bevestigd in een recent gepubliceerde RCT [61], waarin behandeling met CBT-E vergeleken werd met *'treatment as usual'* (in de praktijk vaak een afgeleide van CBT).

ARFID

Momenteel bestaat er geen evidence-based behandeling voor ARFID bij gebrek aan rigoureuze RCTs (randomized controlled trials of gecontroleerde gerandomiseerde studies) voor deze relatief recent diagnostische categorie. Hierdoor zijn er geen specifieke aanbevelingen rond ARFID terug te vinden in de richtlijnen voor de behandeling van eetstoornissen en is er nog geen behandelprotocol voor ARFID [62, 63, 64, 65, 6]. Er is echter wel wetenschappelijke literatuur die informatief kan zijn voor de behandelcomponenten (evidence-informed).

Algemeen kan de hoofdbehandeling van alle eetstoornissen, inclusief ARFID, beschreven worden als een vorm van psychologische gedragstherapie (meestal ambulant), gecombineerd met een behandeling gericht op voeding en de mogelijk aanwezige comorbiditeiten (fysieke & mentale gezondheid) [62]. Deze aanpak vereist een multidisciplinair team [66, 63, 64]. Kambanis et al. (2023) suggereren hierbij minimaal een professional in de geestelijke gezondheidszorg en een arts (kinderarts, huisarts), waarbij afhankelijk van het profiel en de gezondheidsrisico's disciplines aangevuld kunnen worden (denk aan diëtist, logopedist, gastro-enteroloog...) [62].

Voedingssupplementen en (loskomen van) sondevoeding (zeker bij jonge kinderen) kunnen deel uitmaken van de behandeling, en bij ondervoeding moet het hervoedingsproces gemonitord worden [67]. Bij jonge patiënten wordt het gezin doorgaans betrokken; vanaf 16 jaar is ook individuele therapie mogelijk [63, 64]. Bij minderjarigen is het van groot belang, onafhankelijk van welke methode gebruikt wordt, dat er vertrouwen en medewerking is van de ouders/zorgfiguren in de therapeutische behandeling [66].

Het hoofddoel van de behandeling is om de mate van voedselvermijding, de frequentie, en de impact ervan te verminderen [64]. Het voedings- en gedragsluik van de behandeling krijgt dan ook relatief meer aandacht dan bij andere eetstoornissen [66]. Subdoelen zijn onder meer herstel van eetgedrag (een regelmatig, gevarieerd en voedzaam eetpatroon opbouwen) en herstel van de voedingstoestand (gewichtsherstel, herstel van groei, herstel van nutritionele deficiënties). Ook de (ouder-kind) interacties rond eten kunnen deel uitmaken van de behandeling [63].

Kinderen en adolescenten

Bij de behandeling van kinderen en adolescenten met eetstoornissen wordt in het merendeel van de geraadpleegde internationale richtlijnen en papers aanbevolen om een vorm van gezinstherapie te hanteren [68, 43, 69].

Een zeer recente Canadese richtlijn voor de behandeling van kinderen en adolescenten met een eetstoornis, onderzocht de effectiviteit van gezinstherapie bij AN en BN op basis van een systematische literatuurstudie (publicaties tot november 2018).

Zij concluderen dat het op basis van de huidige beschikbare literatuur sterk aanbevolen is om gezinstherapie te hanteren bij zowel AN als BN [68]. Het is echter te vroeg om van een 'gouden standaard' te spreken, meer onderzoek is nodig om de meerwaarde van gezinstherapie bij eetstoornissen te verduidelijken [15, 70]. Er is bovendien onvoldoende bewijs om te bepalen of de ene vorm van gezinstherapie effectiever is dan de andere [70].

Conclusie

In dit stappenplan zal de uitwerking van de diëtistische behandeling in eerste instantie gebaseerd zijn op de CBT-e (*enhanced cognitive behavior therapy*). Waar nodig worden aanvullend ook andere mogelijke behandelingsmodaliteiten besproken.

Behandeling vanuit transdiagnostisch perspectief

Voor de 'diëtistische behandeling' wordt in dit stappenplan soms een onderverdeling gemaakt tussen ARFID en andere eetstoornissen (AN, BN, BED). De elementen die aan bod

komen vertrekken echter vanuit een transdiagnostisch perspectief. De diëtistische behandeling wordt met andere woorden afgestemd op de aard van de eetstoornis én de specifieke kernsymptomen bij de cliënt.

Een transdiagnostisch perspectief is een visie op de psychopathologie waarbij ervan wordt uitgegaan dat dezelfde onderliggende mechanismen kunnen leiden tot verschillende stoornissen of deze stoornissen in stand houden [71].

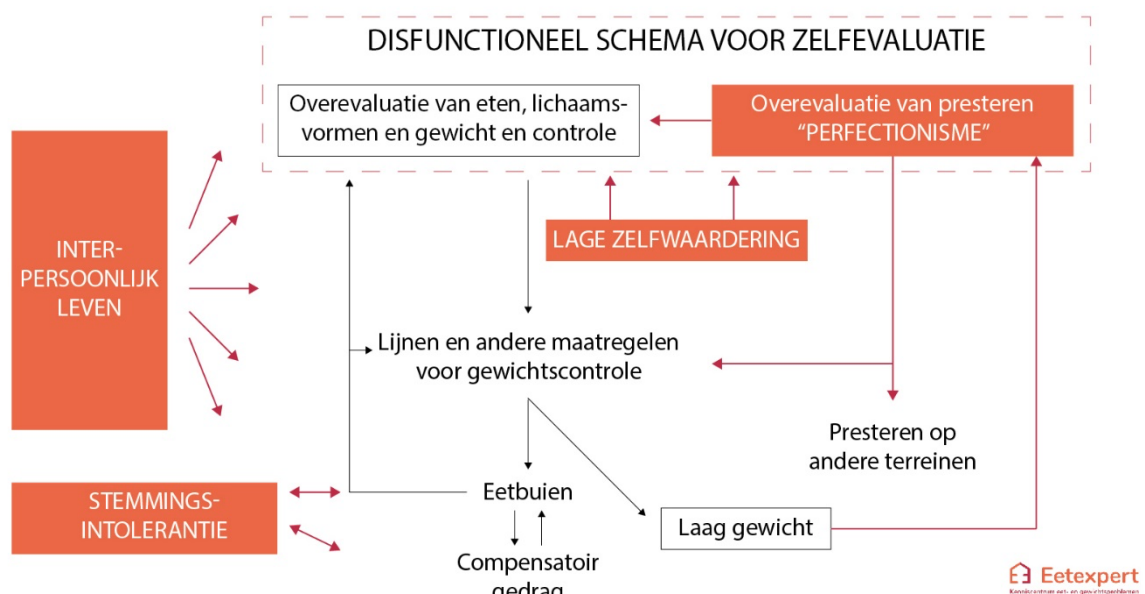
Bij de eetstoornissen AN, BN en BED (volgens DSM-5) kan men naast belangrijke verschillen (het gewicht, de mate van impulsiviteit en de lichamelijke gevolgen) ook gemeenschappelijke risicofactoren terugvinden [72]. Uit een systematische review van Pennesi & Wade [73], waarin verschillende theoretische modellen voor het ontstaan van eetstoornissen onderzocht werden, blijkt dat er 5 belangrijke risicofactoren kunnen weerhouden worden die handvatten bieden voor de behandeling. Deze zogenaamde kernfactoren voor het ontstaan van deze eetstoornissen zijn:

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

Het uitgangspunt van de transdiagnostiek bij eetstoornissen is dat er sprake is van een eetstoornis die op verschillende tijdstippen, verschillende symptomen kan vertonen: bv. eetbuien, extreem lijngedrag, ondergewicht en/of al dan niet compenseren. Vanuit een transdiagnostisch perspectief worden deze eetstoornisspecifieke symptomen vooral gezien als manieren om te ontsnappen aan negatieve emoties, of om deze te vermijden. Het zoeken naar gemeenschappelijke transdiagnostische factoren laat toe om inzicht te krijgen in het ontstaan en voortduren van een eetstoornis bij een specifieke cliënt. Dit kan de behandeling effectiever maken en de kans op terugval verkleinen.

Een voorbeeld van een transdiagnostisch model is 'het model van het ontstaan en de instandhouding van eetstoornissen', ontwikkeld door Fairburn en collega's [72] [74] [34] (zie figuur). Dit model vertrekt van een overwaardering van het belang van en de controle over

eten, gewicht en lichaamsvormen in de zelfevaluatie, met bijhorende attitudes en gedragingen. De meeste mensen beoordelen hun zelfwaarde op basis van hoe ze functioneren binnen verschillende domeinen (werk, relaties, sportieve vaardigheden, ...). Bij mensen met een eetstoornis als AN, BN en BED is de zelfbeoordeling grotendeels of soms exclusief gebaseerd op eetgewoonten, gewicht, of lichaamsvormen en de mogelijkheid om deze onder controle te houden. Dit systeem resulteert in extreem lijngedrag en andere gedragingen ter controle van het gewicht (zie figuur). Voor volledig en blijvend herstel van een eetstoornis moeten, volgens dit model, deze overgewaardeerde ideeën worden bijgesteld. Bij ARFID ligt overevaluatie van eten, lichaamsvormen, gewicht en controle niet aan de basis van de eetstoornis, maar wel angst voor de aversieve gevolgen, sensorische



overgevoeligheid en/of desinteresse in voedsel.

Figuur: Het transdiagnostisch model van de instandhouding van eetstoornissen, gebaseerd op Fairburn et al., 2003 [72]

Door Fairburn en collega's werden ook **4 onderhoudsmechanismen** voor eetstoornissen als AN, BN en BED beschreven: een extreem perfectionistische houding, een laag algemeen zelfbeeld, stemmingsintolerantie en interpersoonlijke problemen. Bij sommige cliënten kan één of meerdere van deze mechanismen interageren met de beschreven kernmechanismen en belemmeren ze therapie succes (zie figuur) [75].

Fairburn en collega's [72] hebben op basis van het transdiagnostisch model een ambulante behandeling ontwikkeld die van toepassing is voor AN, BN én BED. Deze transdiagnostische behandeling, de zogenaamde *enhanced cognitive behavior therapy (CBT-E)*, bestaat uit de volgende onderdelen [53]:

- psycho-educatie over eten, bewegen en gewichtsbeheersing;
- psycho-educatie over instandhoudende factoren, zoals lijngedrag, maaltijden overslaan, een overevaluatie van het belang van gewicht en lichaamsvorm, en compensatiemaatregelen;
- motiverende gespreksvoering;
- het opstellen van een individuele multidisciplinaire holistische theorie ('case formulation') waarin de bijdrage van tenminste één van de volgende vier bijkomende problemen wordt opgenomen: laag zelfbeeld (ook los van de eetstoornis), perfectionisme ten aanzien van het stellen van onhaalbare doelen ten aanzien van gewicht en lichaamsvorm, stemmingsintolerantie en interpersoonlijke problemen;
- de behandeling zelf, bestaande uit:
 - het normaliseren van het eetpatroon (bv. de dag beginnen met een normaal ontbijt, de tijd nemen voor de drie hoofdmaaltijden, het eten van 3 tussendoortjes);
 - het afbouwen van compensatiemaatregelen;
 - het bewerken van irrationele cognities ten aanzien van eten, bewegen en gewicht;
- het bewerken van één of meerdere bijkomende problemen ten aanzien van het lage zelfbeeld, perfectionisme, stemmingsintolerantie en interpersoonlijke problemen;
- terugvalpreventie.

Een intensieve interdisciplinaire behandeling is dus onontbeerlijk, vertrekkend vanuit een transdiagnostische kijk op de aanwezige eetstoornis.

Bij ARFID heeft de diëtist verschillende mogelijke rollen in de begeleiding, zoals [64]:

- het (mee) opvolgen van lengte en gewicht en het bevorderen van gewichtsherstel: dit omvat onder meer het energetisch verrijken van voeding en het werken met hoogcalorische bijvoeding (eiwit- en energierijke drinkvoeding)
- het (mee) opvolgen van nutritionele tekorten: dit omvat onder meer het werken met voedingssupplementen en verrijkte voeding (voeding waarin vitamines werden toegevoegd)
- het omgaan met eventuele sondevoeding
- het monitoren van de totale vocht- en voedselinname

De diëtist schat in welk voedsel toegevoegd kan worden aan het repertoire, zowel naar haalbaarheid voor de patiënt toe, als naar het verminderen van ondervoeding toe. Bij het uitbreiden van het voedselrepertoire kan de diëtist beroep doen op verschillende psychologische strategieën, zoals blootstellingstechnieken. Zo kan gebruik gemaakt worden van systematische desensitisatie, waarbij een hiërarchie wordt opgesteld van stappen die minder of meer angst uitlokken, of van "food chaining". Bij 'food chaining' wordt gezocht naar voedingsmiddelen die nauw verwant zijn aan het veilig voedsel waardoor de stap voor het proeven verkleind wordt bv. van spirelli naar macaroni [66].

Bij het uitbreiden van het voedselrepertoire speelt de lijst van “veilige voeding” van de patiënt een belangrijke rol: voeding die behoort tot het huidige eetpatroon van de patiënt, waar geen vermijding rond bestaat. Hierbij wordt aangeraden om behoedzaam om te gaan met de “veilige voeding”, zeker bij kinderen, en deze niet te bekritisieren. Als er meteen wordt geprobeerd om de eetgewoontes te veranderen, kan dit een averechts effect hebben. Voor patiënten met ARFID is het namelijk niet mogelijk om van de ene op de andere dag te veranderen naar andere/gezondere voedingsproducten. Voeding die vanuit gezondheidsoogpunt beter aangepast wordt, bijvoorbeeld (ultra-)bewerkte voeding, kan niet geschrapt worden van het menu als het kind enkel deze producten durft of kan eten. Een kind met ARFID uithongeren als onderdeel van de behandeling om zo motivatie te creëren om te eten, wordt expliciet afgeraden. Het is geen effectieve methode en kan bij een eetstoornis zoals ARFID gevaarlijk zijn [66].

Behandeldoelen en behandelplan

Een onmisbare voorwaarde voor een succesvolle behandeling is een consensus met de cliënt over de behandeldoelen, waarvoor een gezamenlijk ontwikkeld behandelplan noodzakelijk is. De cliënt kan zelf mee belangrijke therapeutische beslissingen nemen en houdt dus de regie over zijn eigen behandeling ('shared decision-making').

Dit impliceert dat de diëtist de cliënt (en eventuele steunfiguren) informeert over de behandeling, o.a. wat de voor- en nadelen en de wetenschappelijke onderbouwing voor een bepaalde behandeling zijn [38].

Gezamenlijke besluitvorming en het opnemen van een actieve rol in de behandeling kan moeilijk zijn bij eetstoorniscliënten waarbij het ziekte-inzicht afwezig is. Anderzijds is het voor herstel belangrijk dat de cliënt begrijpt en aanvaardt dat hij zelf aan de slag zal moeten. Wanneer er echter sprake is van (medisch) gevaar, bv. door levensbedreigende lichamelijke complicaties, kan verplichte zorg of behandeling noodzakelijk zijn [6]. Maar ook daar pleiten motivatie-experten om cliënten zodanig te informeren dat ze zelf kunnen toestemmen om deel te nemen aan de voorgestelde zorg.

De behandeldoelen verschillen van cliënt tot cliënt en worden in samenspraak met de cliënt bepaald op basis van de gegevens uit het diëtistisch onderzoek en de diëtistische diagnose. Bij voorkeur worden de behandeldoelen ook interdisciplinair afgestemd. Vaak wordt de vraag gesteld of een cliënt met ondergewicht eerst moet bijkomen alvorens psychotherapie kan starten. Ernstig ondergewicht gaat gepaard met verhoogde rigiditeit en een afvlakking van het affect, wat psychotherapeutisch werk kan bemoeilijken. Maar motivationeel werken rond de aanpak van de eetstoornis en de angst voor gewichtstoename passen meestal ook bij de psychologische aanpak van de behandeling.

Meer info: Behandelaspecten en zorg op maat bij eetstoornissen:

<https://eetexpert.be/stappenplan-psycholoog-zorg-op-maat/>

Mogelijke diëtistische behandeldoelen zijn [15, 10]:

- Motiveren voor behandeling (zie Motivacioneel werk);
- Medische stabilisatie;
- Herstel gewicht en voedingstoestand;
 - stabiliseren en/of normaliseren gewicht bij ondergewicht;
 - gewichtsreductie bij overgewicht en/of obesitas;
- Herstel van eetgedrag en cognities;
 - het normaliseren van het eetpatroon;
 - het afbouwen van compensatiemaatregelen;
 - het afbouwen en/of stoppen van eetbuien;
 - introduceren van verboden of moeilijke producten;
 - het bewerken van irrationele cognities ten aanzien van eten, bewegen en gewicht;
- Terugvalpreventie.

Het is belangrijk om helder te krijgen waar de cliënt naartoe wil, waar de cliënt over wil spreken en waar de diëtist over wil spreken. Zo kunnen de cliënt en diëtist samen tot concrete behandeldoelen komen."

Motivacioneel werk

Een op lange termijn doeltreffende behandeling noodzaakt de medewerking van de cliënt [38]. Het wordt dan ook aanbevolen om tijdens het verloop van de behandeling voortdurend interventies toe te passen die de motivatie tot verandering vergroten [17, 76].

Dit omvat tijdens het behandelproces :

- Invoegen:** Probeer zo veel mogelijk in te voegen in het leven van de cliënt. Vraag naar de waarden en voorkeuren van cliënt. 'Wat is voor jou belangrijk?' 'Welke voorkeuren heb je?' Laat de cliënt ook mee zicht krijgen op zijn eigen motivatie tot verandering. De veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente expliciteert de verschillende fases van actiebereidheid. Door dit te expliciteren krijg je ook zicht op wat nodig is om over te gaan naar de volgende fase [77].
- Informatie geven:** Geef gedetailleerde en objectieve informatie over de eetstoornis (etiologie, pathogenese risico's en prognose), en over verschillende vormen van behandeling (effectiviteit en bijwerkingen) zonder daarbij de cliënt bang te maken [17, 13].
- Accepteren:** Toon begrip voor ambivalentie en moeilijk hebben om te veranderen. Motivering betekent bij AN dat de worsteling tussen het verstand, dat wel inziet dat

behandeling en dus aankomen in gewicht nodig is, en het gevoel dat dan alles wordt afgenomen, serieus wordt genomen. De moeite die cliënten hebben met hulp te vragen betekent dat een accepterende, vriendelijke houding van belang is om de drempel tot daadwerkelijke hulp niet onnodig te verhogen [38].

- **Voorzie keuzemogelijkheden.** Rekening houdend met de nood aan autonomie is het geven van keuzemogelijkheden telkens een mogelijkheid tot zelfbepaling voor de cliënt.

“Er zijn vier vaak voorkomende redenen die een cliënt kan hebben om niet te veranderen:

- 1. Voor de cliënt in ontkenning is er geen enkel probleem en dus ook geen enkele reden om te veranderen. Dit kan zijn omdat hij zich effectief niet bewust is van het probleem, of omdat hij het probleem minimaliseert of ontkent.*
- 2. De onvrijwillige cliënt is gestuurd door een familielid, instantie of andere hulpverlener maar heeft eigenlijk zelf geen hulpvraag. Hij komt omdat het moet en heeft hierdoor al enige weerstand.*
- 3. De ambivalente cliënt twijfelt om te veranderen omdat hij, naast nadelen, ook duidelijke voordelen van zijn gedrag ziet en omdat veranderen ook niet gemakkelijk zal zijn. Dit doet hem aarzelen om ervoor te gaan.*
- 4. De burn-out cliënt heeft al van alles geprobeerd om zijn probleem onder controle te krijgen maar telkens zonder blijvend succes. Hij heeft de hoop op verandering bijna opgegeven en dit maakt hem erg passief.”*

Meer informatie omtrent de verschillende motivatiekaders is hier terug te vinden:

<https://eetexpert.be/info-per-thema/motivatie/#!>

Een handige fiche met een overzicht van de verschillende motivatiekaders vind je hier:

<https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2023/08/Infofiche-motivatie-zorgverlener.pdf>

Medische stabilisatie

Medische stabilisatie en het uit de gevarenzone brengen van de cliënt is van groot belang bij de behandeling van AN. Herstel van het eetgedrag maakt hier onderdeel van uit, maar is onvoldoende om van ‘herstel’ te kunnen spreken. Ondanks de medische risico’s die bij AN een rol spelen, heeft een ambulante behandeling de voorkeur boven een opname [38].

Ook bij de andere eetstoornissen is het uit de medische gevarenzone brengen een prioriteit. Bij BN met frequent braken zal dit vooral het opvolgen van de kaliumspiegel zijn ter preventie van cardiale problemen.

Herstel gewicht en voedingstoestand

Het herstel van het gewicht en de voedingstoestand is een belangrijke eerste stap in de behandeling van cliënten met AN en ARFID [78]. Overgewicht en obesitas kunnen voorkomen bij BN, BED en ARFID, gewichtsreductie zal hierbij meestal pas in een latere fase van de eetstoornisbehandeling aan bod komen.

Herstel van een gezond lichaamsgewicht bij AN

Voor cliënten met AN, zowel volwassenen als kinderen en adolescenten, is het herstel van een gezond lichaamsgewicht één van de belangrijkste behandeldoelen [9, 17, 79].

Gewichtstoename heeft een sleutelrol in het herstelproces, aangezien het veranderingen op psychologisch en fysiek vlak ondersteunt en de levenskwaliteit bevordert [9].

Gewichtsherstel impliceert niet noodzakelijk herstel van de eetstoornis, maar het is wel een noodzakelijke voorwaarde.

Wat is een gezond lichaamsgewicht?

Het is belangrijk dat de cliënt een gewicht bereikt dat terug *binnen de gezonde range* ligt.

Hierbij wordt rekening gehouden met de *leeftijdsspecifieke grenswaarden* voor BMI.

Binnen deze range zou er sprake moeten zijn van hormonaal herstel. Bij volwassenen (met ondergewicht) zou het gewichtsdoel het gewicht kunnen zijn dat overeenkomt met BMI 20, maar afhankelijk van het lichaamsgewicht vóór de eetstoornis kan ook een hoger gewichtsdoel bepaald worden. Het gewichtsdoel is dus geen exacte wetenschap, en vraagt een klinische (ervaren) blik.

Sommige richtlijnen benadrukken de noodzaak om een gewichtsdoel te bereiken waarbij de menstruatie terugkeert [80, 16, 17, 79].

Bij (kinderen en) jongeren is het belangrijk dat het normale groei- en ontwikkelingstraject zich kan herstellen. Het gewichtsdoel zou rekening moeten houden met de groeicurven (gewicht, lengte, BMI) vóór de eetstoornis, de leeftijd waarop de puberteit startte, en het huidige puberteitsstadium [79]. De adviezen omtrent het ideale gewichtsdoel volgens de groeicurven tonen grote verschillen. De Franse richtlijn geeft geen specifieke streefwaarden, de Duitse richtlijn adviseert het 25e percentiel van de voor leeftijd aangepaste BMI-curven (met het 10e percentiel als minimum) en de Deense richtlijn hanteert het 50e percentiel op de gewicht-voor-lengte curve [81]. Ook hier is een ervaren klinische blik noodzakelijk.

Bij niet-volgroeide jongeren is het belangrijk dat de groei, puberteit en het gewichtsdoel regelmatig worden geëvalueerd (bij voorkeur iedere 3 à 6 maanden) [79, 81].

Recent werden definities ontwikkeld over het Minimaal Gezond Gewicht (MGG) en het optimaal gewicht (OG) waarbij rekening wordt gehouden met o.a. groeicurven, leeftijd,

geslacht, etniciteit. In tegenstelling tot volwassenen, zijn kinderen en jongeren nog in groei, en moet hun gewichtsdoel dus regelmatig herberekend worden tijdens de behandeling .

Het gewichtsdoel wordt ook besproken in het multidisciplinair overleg [82].

Praktijktip: Er wordt bewust gekozen voor de term 'minimaal gezond gewicht', omdat de ervaring leert dat bij de term 'gewichtsdoel' de gewichtstoename stagneert bij het bereiken van het 'gewichtsdoel'. Benadruk ook meteen naar de jongere toe dat het MGG tijdelijk is en verhoogd wordt in lijn met hun leeftijd en groei, zodat ze zich niet op het aanvankelijke getal fixeren of dit zien als het maximale gewicht dat ze moeten bereiken.

De verschillende gewichts- en groeicurven voor kinderen en jongeren vind je hier:

<https://eetexpert.be/info-per-thema/gewichtsproblemen>

In deze fiche vind je een mogelijke uitwerking van de gewichtsdoelen, gebaseerd op Norris et al. en een panel van experts uit de (Vlaamse) praktijk. Neem in acht dat er verschillende onderbouwde methoden bestaan, en dat er dus niet één methode is die alles overstijgt. Een overzicht van verschillende onderbouwde methoden is te vinden in Norris et al. (2018).

Hoe wordt een gezond lichaamsgewicht behaald?

Vier internationale richtlijnen geven aanbevelingen omtrent de gewenste gewichtstoename bij (volwassen) cliënten met AN in de ambulante setting. De Franse richtlijn beveelt een gewichtstoename van 0.25kg per week aan, terwijl de Duitse, Amerikaanse en Nederlandse richtlijnen een wekelijkse gewichtstoename adviseren van 0.2 tot 0.5kg (zie tabel).

Richtlijn	Aanbevolen gewichtstoename AMBULANTE SETTING (kg/week)
American Psychiatric Association (2012)	0.2-0.5
GGZ-richtlijnen (NL)(2017)	0.25-0.5
Duitse S3-richtlijn (2018)	0.2-0.5
Haute Autorité de Santé(FR)(2010) 0.25	0,25

Tabel: aanbevolen gewichtstoename bij AN volgens internationale richtlijnen [14, 16, 9, 17]

Bij voorkeur wordt in de ambulante setting een wekelijkse gewichtstoename tussen 0.2-0.5kg per week nagestreefd.

Over het algemeen laten adolescenten een hogere wekelijkse gewichtstoename zien [58].

Hervoeden

Gedurende lange tijd werd gedacht dat door het starten met een lage energie-aanbreng (rond de 1200 kcal/dag of lager), en dit langzaam uit te breiden, het *'refeeding syndroom'* of hervoedingssyndroom vermeden kon worden. Het *refeeding syndroom* wordt gedefinieerd als [27]:

“de ernstige en potentieel fatale verschuivingen in vocht en elektrolyten die ontstaan bij het starten van (par)enterale voeding bij ernstig ondervoede cliënten”

Het *refeeding syndroom* is een cluster van metabole verwickelingen, die kunnen voorkomen wanneer iemand die ondervoed is opnieuw een grotere/normalere voedselinname heeft. Wanneer de cliënt terug meer koolhydraten inneemt en verbruikt, komt insuline vrij die een snelle opname van kalium, fosfaat en magnesium in de cellen stimuleert voor de stofwisseling van glucose. Dit komt bovenop de reeds lage voorraden van deze elektrolyten bij ondervoede cliënten. Er ontstaat dus snel een tekort aan deze elektrolyten, wat een belasting vormt voor het hart, dat vaak reeds verzwakt is. De gevolgen kunnen dan ook dodelijk zijn. Bovendien kan de insuline een hypoglycemie uitlokken. Dit syndroom is zeldzaam maar levensbedreigend waardoor behandelaars er steeds rekening mee dienen te houden bij herstel van een eetstoornis, in het bijzonder gedurende de eerste weken van het hervoeden. Naast personen met AN lopen ook kinderen die om andere redenen voor lange

tijd (weken tot maanden) ondervoed zijn, en personen die snel maar significant afgevallen zijn (los van huidig gewicht) verhoogd risico. Tot deze laatste groep horen ook personen die klinisch gezien nog overgewicht hebben, maar recent veel gewicht verloren zijn, personen die chronisch diuretica misbruiken of ernstig purgeergedrag stellen, en personen met diabetes [2].

Recente inzichten tonen dat sneller hervoeeden veilig is, waarmee de duurtijd van de ondervoede status wordt ingekort en de gewichtstoename sneller verloopt [82].

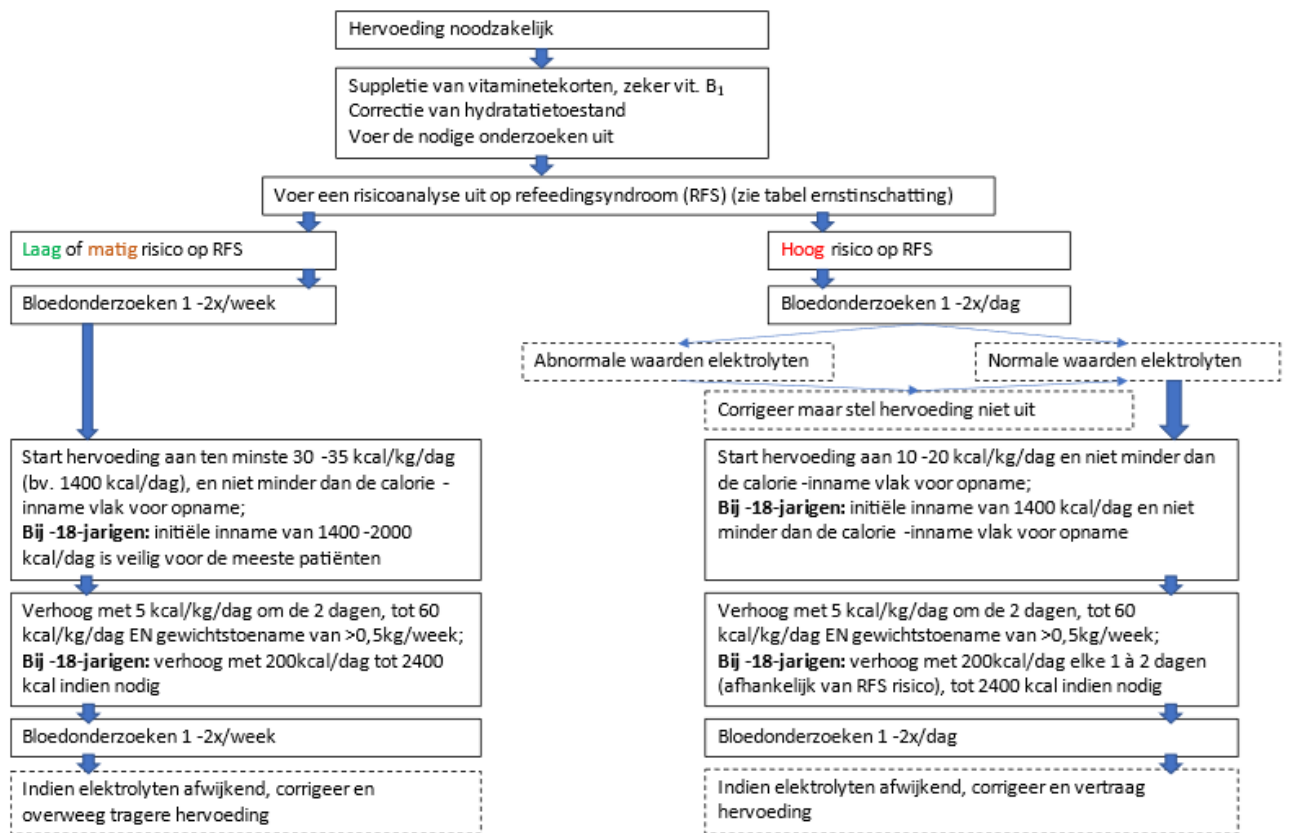
Bij cliënten met *milde tot matige AN*, is het bijgevolg niet noodzakelijk om te starten met een lage hoeveelheid calorieën en deze langzaam op te bouwen, op voorwaarde dat cliënten medisch worden opgevolgd, bij voorkeur totdat de bloedwaarden genormaliseerd zijn [17, 81].

Bij cliënten met *ernstige ondervoeding* (BMI < 15 kg/m² voor volwassenen of 'extreem of zorgwekkend ondergewicht' volgens de Vlaamse groeicurven bij adolescenten) is het evenwel aanbevolen om voorzichtig te starten met het opbouwen van voeding [82, 6]. Kinderen met een BMI in de grijze zone beneden aan de curve hebben ondergewicht, een BMI onder deze zone wijst op extreem ondergewicht. Doorgaans bevinden deze cliënten zich omwille van de ernst van de aandoening niet meer in de ambulante setting.

In de geraadpleegde richtlijnen zijn de aanbevelingen omtrent dagelijkse energie-inname zeer variabel. De aanbevolen dagelijkse energie-inname varieert tussen 20 en 60 kcal/kg/dag [14] [6] [9] [83]. De energie-aanbreng die nodig is voor het herstel van een gezond lichaamsgewicht is zeer variabel en wordt best individueel bepaald op basis van de gegevens uit de diëtistische anamnese en de fase van de behandeling. De klinische ervaring van de diëtist lijkt hier doorslaggevend, aangezien beschikbare formules onbetrouwbaar blijken [29]. Continue opvolging van de energie-inname (bv. onder de vorm van een eetdagboek) is sterk aanbevolen [17] [81, 78].

Bij kinderen en adolescenten met AN of ARFID gelden dezelfde aanbevelingen als bij volwassen cliënten: de huidige literatuur is ontoereikend om concrete aanbevolen energie-innames te formuleren voor gewichtsherstel [84]. Het advies wordt best opgesteld op basis van de klinische ervaring van de diëtist in combinatie met de gegevens uit het diëtistisch onderzoek en de behandelfase van de cliënt.

In de MEED-richtlijn [86] wordt volgende flowchart beschreven, in functie van het risico op refeeding syndroom (RFS). Houd in gedachten dat een hoog risico op RFS een medische opname vereist.



Figuur 1. Veilig hervoeden van ondervoede patiënten met een restrictieve eetstoornis (gebaseerd op MEED, p. 69.)

□ Toedieningsweg

Heden is er geen uniforme wetenschappelijk onderbouwing voor de optimale nutritionele interventie bij cliënten met AN of ARFID in de hervoedingsfase [85, 82, 6]. Hoewel uit de literatuur geen duidelijke voorkeursmethode blijkt, geven internationale richtlijnen bijna unaniem de voorkeur aan het hervoeden onder de vorm van orale voeding, al dan niet gecombineerd met orale medische bijvoedingen [81, 6]. Methoden waarbij maaltijden en sondevoeding gecombineerd worden om in voldoende energie-aanbreng te voorzien, zijn een optie wanneer een hoge energie-aanbreng noodzakelijk is, die onvoldoende gedekt kan worden via orale voeding [6]. In de praktijk zal deze methode eerder gebruikt worden in de residentiële of ziekenhuissetting [82, 81].

Parenterale voeding is niet aangewezen, tenzij geen enkele andere route meer of onvoldoende mogelijk is [82, 81, 6].

□ Nutritionele samenstelling

Over de verdeling van macronutriënten in de voeding bestaat evenzeer geen wetenschappelijke onderbouwing [82]. Heden is er geen reden om af te wijken van de aanbevelingen voor een gezonde voeding volgens de Hoge Gezondheidsraad [32, 86].

□ **Monitoring**

De meeste adviezen in richtlijnen betreffen monitoring in de context van een residentiële behandeling. Aldaar is medische opvolging op frequente basis praktisch gezien haalbaarder dan in de ambulante praktijk. De cliënt die ambulant hervoed wordt, wordt de eerste weken best regelmatig op grote gewichtsschommelingen van meer dan 1,5kg/3 dagen gecontroleerd (cave hartfalen, maar ook *waterloading* of oedeem door het hervoeden of bij stoppen van laxantia of bewust braken) [15].

Wat te doen met oedemen of vochtophoping?

1. Nakijken of de energie-aanbreng niet te snel toegenomen is: sommige cliënten eten 'plots' snel omdat ze het licht hebben gezien, of om te vluchten,...
2. Vochtophoping verminderen:
 - Voet- of hoofdeinde van het bed verhogen, naargelang de vochtophoping in gezicht of onderbenen aanwezig is. Niet aan te bevelen bij diffuse vochttopstapeling;
 - Cliënt de benen omhoog laten leggen (bv. In zetel);
 - Cliënt voldoende laten rusten (rechtstaan beperken).
3. Indien deze (1,2) maatregelen niet helpen, wordt een zoutarm dieet voor minstens 2 à 3 weken aanbevolen om nadien geleidelijk aan terug meer zout in te inschakelen.

Meestal werken bovenstaande maatregelen voldoende, indien niet kunnen diuretica voor een paar dagen worden voorgeschreven door de huisarts.

Tijdens de hervoedingsfase verdient het verdragen van de hoeveelheid energie veel psychologische begeleiding en motiverende gesprekken [15].

□ **Suppletie**

Het preventief suppleren van thiamine (vitamine B1) kan overwogen worden, er is echter geen consensus over de optimale dosering, toedieningswijze en toedieningsduur [6, 87, 10].

Overige vitaminen en mineralen (zoals bv. fosfaat) worden best gesuppleerd wanneer er daadwerkelijk deficiënties of snel dalende bloedwaarden worden vastgesteld [6].

Meer informatie vind je hier:

<https://eetexpert.be/stappenplan-eetproblemen-en-eetstoornissen-huisarts-medische-opvolging-tijdens-de-behandeling/>

Ook een gedetailleerde voedingsanamnese kan het mogelijk risico op deficiënties in kaart brengen [15].

Overgewicht en/of obesitas

Overgewicht (BMI 25-30) en obesitas (BMI >30) kunnen voorkomen bij eetstoorniscliënten met eetbuien als kernsymptoom. Veelal betreft het cliënten met BED, maar overgewicht en obesitas kunnen ook voorkomen bij ARFID wanneer veilig voedsel vooral bestaat uit energierijke voedingsmiddelen en hierbij de portiegrootte of de frequentie van maaltijden de behoefte overstijgt.

De relatie tussen eetbuien en obesitas is complex: de twee problemen hebben een onderlinge wisselwerking en kunnen elkaar versterken. Eetbuien kunnen obesitas in stand houden en de behandeling ervan bemoeilijken. Lijngerichte behandelingsstrategieën voor obesitas kunnen dan weer de eetbuiproblemen verergeren [34].

Over het algemeen luidt het advies om eerst de eetstoornis aan te pakken en pas nadien het eventuele overgewicht [34] [9]. Vooral voor de zelfredzaamheid als belangrijke bepalende factor voor het zelfvertrouwen van de cliënt, is een therapeutische houding die de voorkeur geeft aan gewichtsstabilisatie in plaats van gewichtsverlies voordelig [17]. Meestal wordt dus eerst gewerkt aan een regelmatig en normaal eetpatroon en afname van de foutieve cognities rond voeding en gewicht [11]. Behandelingsstrategieën die streng lijnen aanmoedigen of de consumptie van bepaalde voedingsmiddelen verbieden, worden sowieso best vermeden [34].

Meer informatie omtrent de behandeling van overgewicht en obesitas vind je hier:

<https://eetexpert.be/stappenplan-dietist-overgewicht-en-obesitas-bij-kinderen-en-adolescenten-materialen/>

Herstel eetgedrag en cognities

Het bijhouden van een eetdagboek kan de cliënt helpen om inzicht te krijgen in het eigen eetgedrag. In het eetdagboek wordt dagelijks opgeschreven wat en op welk tijdstip er iets wordt gegeten en welke gevoelens en gedachten aanwezig zijn. Hierdoor kan het verband tussen bijvoorbeeld streng lijnen of maaltijden overslaan en eetbuien inzichtelijk worden gemaakt. Soms kunnen bepaalde klachten en gevoelens die de cliënt ervaart in verband gebracht worden met de voedingsgewoonten [11].

Herstel van eetgedrag en cognities kan verschillende onderdelen omvatten.

Normaliseren van het eetpatroon

Het normaliseren van het eetpatroon naar *een gestructureerd geheel van 3 hoofdmaaltijden en 3 tussendoortjes* maakt integraal deel uit van de behandeling van alle eetstoornissen [53]. Volwaardige voeding, regelmaat en voldoende variatie zijn de belangrijkste aandachtspunten [15].

Enkele tips bij het aanleren van een gezond en evenwichtig eetpatroon [11, 34]:

- Gebruik het ingevulde eetdagboek als basis om het eetpatroon te wijzigen.
- Probeer niet langer dan 3-4 uur tussen twee maaltijdmomenten te laten.
- Leg uit aan de cliënt dat de planning niet te rigide moet ingevuld worden, maar kan aangepast worden aan mogelijke verplichtingen (mits behoud van 3 hoofdmaaltijden en tussendoortjes).
- Laat de cliënt geen maaltijden overslaan, ook niet na een eetbui.
- Laat de cliënt geen extra maaltijden gebruiken bovenop de afgesproken regelmaat.
- Adviseer de cliënt om niet te compenseren voor maaltijden (zie verder).
- In het begin is regelmaat belangrijker dan hoeveelheden of samenstelling (m.u.v. cliënten waarbij gewichtsherstel een prioritair behandeldoel is).
- Laat de cliënt zijn maaltijden zoveel als mogelijk vooruit plannen.
- Bij AN, BN en BED: Laat de cliënt bewust eten en proberen om van de maaltijd te genieten: andere activiteiten tijdens de maaltijden worden best vermeden (zoals lezen, televisie kijken).

Ook *psycho-educatie* omtrent portiegrootte kan zinvol zijn bij eetstoorniscliënten. Vaak ontbreekt het inzicht in normale porties: broodbeleg, warme maaltijd, dranken, ... [11].

Ook hier kunnen de eerder genoemde eetcompetenties eventueel als leidraad gebruikt worden om te duiden wat evenwichtig eetgedrag omvat:

<https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2023/08/Infociche-gezonde-leefstijl-ALLES-afwisselend-eten-zorgverlener.pdf>

De in 2019 door de Hoge Gezondheidsraad gepubliceerde 'Food Based Dietary Guidelines' geven voedingsaanbevelingen voor volwassenen, in termen van voedingsmiddelen [86]:

	Praktische voedingsaanbeveling	Tips/boodschappen
Voedingsmiddelen		
Volle graanproducten	Minsten 125 gram volle graanproducten per dag	Eet dagelijks voldoende graanproducten conform uw energiebehoefte. Vervang geraffineerde producten door volle graanproducten.
Fruit	250 gram fruit per dag	Geef de voorkeur aan vers fruit
Groenten	300 gram groenten per dag	Varieer in soorten en laat je leiden door het seizoen.
Peulvruchten	Eet wekelijks peulvruchten.	Vervang minstens één maal per week vlees voor peulvruchten.
Zaden en noten	15 tot 25 gram per dag	De voorkeur gaat uit naar producten rijk aan omega 3 (bv. walnoten). Kies voor noten en zaden zonder zoute of zoete omhulsels.
Melk en melkproducten	Gebruik tussen 250 en 500ml melk of melkproducten per dag.	Bij een verbruik lager dan 250ml/dag moet aandacht gaan naar andere bronnen van eiwit, calcium en vitaminen.

Vis, schaal- en schelpdieren	Eet één tot twee maal per week vis, schaal- of schelpdieren, waarvan één maal vette vis.	Eet één tot twee maal per week vis, de voorkeur gaat uit naar duurzame vissoorten rijk aan omega 3-vetzuren.
Rood vlees	Eet maximaal 300 gram rood vlees per week.	Rood vlees kan vervangen worden door peulvruchten, vis, gevogelte, ei en andere vervangproducten. Kies vervangproducten die vlees volwaardig vervangen.
Vleeswaren	Eet maximaal 30 gram bewerkt vlees per week.	Vervang fijne vleeswaren (charcuterie) door visconserven, garnering op basis van peulvruchten of groenten, fruit, verse kaas.
Dranken en voedingsmiddelen met toegevoegde suiker	Drink zo weinig mogelijk dranken met toegevoegde suiker.	Geef de voorkeur aan dranken zonder toegevoegde suiker met als eerste keuze water.
Voedingsstoffen		
Calcium	Streef naar een voldoende inname van calcium uit verschillende bronnen, waaronder melk en melkproducten.	Gebruik dagelijks minimum 950mg calcium.
Poly-onverzadigde vetzuren met focus op omega 3-vetzuren	Verkiez koolzaad-, soja-, en walnootolie en gebruik van noten en zaden.	Verkiez niet-tropische oliën, smeervetten en vloeibare bak- en braadvetten ter vervanging van harde margarines en boter.
Natrium en zout	Beperk uw zoutinname tot maximaal 5 gram zout per dag.	Kies voor producten arm aan zout en beperkt het toevoegen van zout aan bereidingen en aan tafel. Kruiden en niet-gezouten specerijen zijn goede alternatieve smaakmakers.

Tabel: Praktische voedingsaanbevelingen voor volwassenen: een overzicht in volgorde van belang [86]

In april 2023 werd beslist dit advies en de voedingsaanbevelingen voor België te actualiseren. Meer info volgt later.

Aanbevolen dagelijkse hoeveelheden of porties voor lagereschoolkinderen [88]:

	Hoeveel voor kinderen (6-12 jaar)	Extra tips
Voedingsgroep		
Vocht	1,5 liter	Water kan worden afgewisseld met ongezoete kruiden- of vruchtenthee en zelf gemaakt fruitwater
Bruin brood	5-9 sneden (150-270g)	De hoeveelheid varieert in functie van de leeftijd, de energiebehoefte en de fysieke activiteit. Je kan brood afwisselen met havermout, volkoren en ongezoete ontbijtgranen zoals muesli of volkoren knäckebröd.
Aardappelen	4-5 stuks (200-250g)	De hoeveelheid varieert in functie van de leeftijd, de energiebehoefte en de fysieke activiteit. Je kan aardappelen afwisselen met gekookte volkoren deegwaren, bruine rijst of zilvervliesrijst.
Groenten	5-6 opscheplepels (250-300g)	Zorg voor variatie. Vervang gekookte groenten af en toe door rauwe groenten.
Fruit	2 stuks (250g)	Breng kinderen de gewoonte bij om elke dag fruit te eten. Zorg voor variatie.

		Geef de voorkeur aan een stuk fruit boven het sap ervan.
Melk	3 glazen (450ml) en 1 sneetje kaas (20g)	<p>Je kan een glas melk afwisselen met een potje yoghurt of plattekaas.</p> <p>Geef de voorkeur aan melkproducten zonder toegevoegde suiker. Breng zelf verder op smaak met bv. vers fruit.</p> <p>Melkproducten verwerkt in maaltijden (bv. haverhoutpap, bechamelsaus of puree) tellen ook mee.</p> <p>Enkel sojaproducten verrijkt met calcium en vitaminen kunnen een portie melkproducten vervangen.</p>
Vlees, gevogelte, vis, ei of peulvruchten	1 portie	<p>1 portie is 75-100g vlees, gevogelte, vis of plantaardige vleesvervanger (bv. tofu, tempé) 1 ei of 150g gekookte peulvruchten</p> <p>Afwisseling is belangrijk, bv. 2 keer per week rood vlees, 2 keer per week gevogelte, 1 keer per week vis, 1 keer per week een ei en 1 keer per week peulvruchten</p>
Noten en zaden	1 handje (15-25g)	
Smeervet op brood	1 kl per sneetje brood (5g)	
Bereidingsvet	1 el per persoon (15g)	Kies vooral voor vetstoffen en oliesoorten die rijk zijn aan onverzadigde vetzuren.

Tabel: Aanbevolen dagelijkse hoeveelheden of porties voor lagereschoolkinderen [88].

Op de website van NICE kan je de aanbevolen hoeveelheden voor peuters en kleuters terugvinden:

<https://www.nice-info.be/sites/default/files/uploads/Gezonde%20voeding%20voor%20peuters%20en%20kletters%20-%20brochure%20-%2020241119.pdf>

Stoppen lijngedrag

De belangrijkste stap in het stoppen van lijngedrag is het *normaliseren van het eetpatroon* (zie 0Normaliseren van het eetpatroon).

Bijkomende psycho-educatie omtrent de nadelige effecten van lijnen kan aanbevolen zijn, stem dit af op het stadium van gedragsverandering van de cliënt [89]:

Toelichten nadelige effecten van lijnen:

- Negatieve lichamelijke gevolgen van het diëten: haaruitval; overmatige haargroei; daling lichaamstemperatuur, koude handen en voeten; vermoeidheid; verstoorde slaap; stijging cholesterolwaarden door veranderingen in de hormoonhuishouding (tekort aan oestrogenen die beschermen voor hartproblemen, en door problemen in de werking van de lever); uitblijven menstruatie; constipatie door de trage werking van de darmen; risico op osteoporose of botontkalking, met versnelde veroudering van het skelet en verhoogd risico op breuken; ontregeling honger- en verzadigingsgevoel; vertraging lichaamsgroei bij adolescenten; lichamelijke uitputting; daling van het aantal rode bloedcellen met risico op bloedarmoede; ...
- Negatieve psychologische veranderingen door het diëten: mogelijke obsessie door alles wat met voedsel te maken heeft; verminderde interesse in andere zaken; vermijden van sociale contacten, met risico op sociaal isolement; toename prikkelbaarheid en vermoeidheid; snelle afname van het concentratievermogen en geheugen; depressieve stemming; sombere toekomstblik; ...
- Andere negatieve aspecten:
 - JOJO-effect;
 - vasten veroorzaakt een soort ‘*craving*-reactie’ in het lichaam, een sterke, oncontroleerbare drang naar zoete en calorierijke spijzen. Diëten leidt bij velen dus automatisch tot eetbuien.

Afbouwen en/of stoppen van eetbuien

□ Eetdagboek

Naast normaliseren van het eetgedrag is een eetdagboek een belangrijke eerste stap in de behandeling van eetbuien. De cliënt wordt hierdoor o.a. getraind om naar zijn lichaam te luisteren en een evenwicht te vinden tussen energie-inname en energieverbruik. Het leren herkennen van het honger- en verzadigingsgevoel is een belangrijk wapen in de aanpak van overeten en eetbuien [38, 11].

□ Psycho-educatie

Psycho-educatie omtrent de mogelijke nadelige gevolgen van de eetbuien voor het lichaam: uitrekking van de maagwand, maagzweer door constante prikkeling van het maagslijmvlies, darmklachten (krampen, diarree, constipatie), ... [11]

Leren omgaan met triggers

Ga na welke de typische triggers zijn van eetbuien bij de cliënt. Een eetdagboek kan hierin duidelijkheid geven. Veel voorkomende triggers van eetbuien zijn [34]:

- Te weinig eten en de daarmee gepaard gaande honger;
- Het overtreden van een dieetregel;
- Alcoholgebruik;
 - vermindert het vermogen om plotselinge verlangens te weerstaan en heeft daardoor invloed op het vermogen om zich aan 'dieetregels' te houden;
 - verzwakt het beoordelingsvermogen en zorgt ervoor dat mensen onderschatten hoe slecht ze zich zullen voelen als ze hun regels overtreden;
 - wekt soms sombere en depressieve gevoelens op, waardoor het risico op eetbuien nog verder wordt vergroot.
- Onplezierige emoties: depressiviteit, stress, spanning, wanhoop, eenzaamheid, verveling, prikkelbaarheid, boosheid en angst;
- Ontbreken van dagelijkse structuur;
- Alleen zijn;
- Zich 'dik' voelen;
- Gewichtstoename;
- Premenstruele spanning.

Naast de soorten triggers, is het ook belangrijk om na te gaan hoe de cliënt reageert op de trigger en de eetbui. Wat zijn de gevolgen? Welke gevoelens en gedachten spelen?

Inzetten op strategieën voor verandering [11]:

- Waar mogelijk triggers vermijden;
- Triggers leren opvangen:
 - o alternatieven zoeken en veiligheidsinbouwen;
 - o gedachten die de eetbui initiëren leren veranderen;
- Leren om de drang om te eten te hanteren;
- Noodplan maken;

- Veranderen van de reactie als cliënt toch een eetbui krijgt.

Afbouwen en/of stoppen compensatoir gedrag

- Geef **psycho-educatie**: bewust braken, laxeren en misbruik van diuretica zijn ineffektieve en schadelijke manieren om af te vallen, ze verminderen de energieopname nauwelijks en er wordt voornamelijk vocht afgedreven [15]. Hou hierbij wel rekening met de principes van motiverende gespreksvoering. Gebruik de informatie niet om te cliënt angst aan te jagen:
 - diuretica drijven enkel vocht af, geen vetmassa;
 - de resorptie van voedingsstoffen vindt grotendeels plaats in de dunne darm, terwijl laxantia werkzaam zijn ter hoogte van de dikke darm. Bij overmatig gebruik wordt de darm lui en moet men steeds meer gebruiken om het gewenste effect te verkrijgen;
 - bij zelfopgewekt braken blijft een groot deel van het ingenomen voedsel in de maag, slechts ongeveer de helft van het aantal in een typische eetbui gegeten calorieën wordt erdoor teruggehaald [34];
 - braken zet aan tot overeten en houdt eetbuien in stand [34].

Een tool die kan gebruikt worden ter ondersteuning van de psycho-educatie vind je hier:

<https://eetexpert.be/infociche-eetproblemen-en-eetstoornissen-weetjes-lichamelijk-herstel/>

- **Opvolging van kalium en andere elektrolyten door de huisarts** is aanbevolen (met een bepaling van capillaire bloedgasen indien mogelijk [15]. In het geval van frequent bewust braken en misbruik van laxemiddelen en/of diuretica wordt een regelmatige controle van het kaliumgehalte in het bloed aanbevolen [12].
- **Adviseer te stoppen** en zolang dat nog niet gebeurd is, voldoende vocht te nemen:
 - In geval van bewust braken wordt aanbevolen de cliënt te informeren over de mogelijk ernstige gevolgen (zie <https://eetexpert.be/stappenplan-eetproblemen-en-eetstoornissen-huisarts-lichamelijke-gevolgen-van-boulimia-nervosa/>)
 - en te begeleiden naar een stop. Het is aan te bevelen om specifiek tandhygiëne-advies te geven aan cliënten die bewust braken (niet onmiddellijk na het braken tanden poetsen, de mond spoelen met gewoon water na een episode van braken, zure voedingsmiddelen vermijden [fruit, sappen, frisdranken, ingemaakte producten, yoghurt, alcoholische dranken], de maaltijd afsluiten met alkalische voedingsmiddelen [melk of kaas]) [12, 15].
 - In geval van inname van laxemiddelen of klysma's wordt aanbevolen de cliënt te informeren over de bijwerkingen (zie

<https://eetexpert.be/stappenplan-eetproblemen-en-eetstoornissen-huisarts-lichamelijke-gevolgen-van-boulimia-nervosa/>) en hem/haar te begeleiden naar een stop, die progressief moet zijn in geval van langdurig gebruik. Op verzoek van de cliënt kan eventueel gewerkt worden met een afbouwschema. In geval van ernstige constipatie als gevolg van verkeerd gebruik van laxeermiddelen (door het toxische effect van stimulerende laxeermiddelen op de darm, ofwel reactief op abrupte stopzetting van laxeermiddelen), kunnen osmotische laxeermiddelen (die minder agressief zijn dan contactlaxantia) voor een beperkte periode worden voorgeschreven als eerstelijnsbehandeling, naast voedingsmaatregelen (vezelrijke voeding en voldoende vochtinname) [12, 38].

- Het wordt aanbevolen om cliënten te begeleiden naar een geleidelijke stopzetting van de inname van diuretica in geval van langdurig gebruik [12].

□ **Educatie bij stopzetten**

- Leg uit aan de cliënt dat vochtretentie kan optreden bij het stopzetten van laxantia, diuretica en bewust braken (voornamelijk in het aangezicht en de ledematen). Dit is het gevolg van een langdurig bestaande dehydratie waarbij een verhoogd aldosteron (bijnierschorshormoon) zorgt voor terugresorptie van water en natrium. Dit kan veel angst inboezemen bij de cliënt en vormt een risico voor terugval. [15].

“De vochtretentie houdt meestal 2 à 3 weken aan, deze informatie kan de cliënt geruststellen.”

- De cliënt kan geadviseerd worden de benen hoog te houden en indien nodig om tijdelijk minder zout in te nemen, en geduld te hebben: het vocht wordt uiteindelijk uitgeplast (zie: wat te doen bij oedeem of vochtophoping?).

“Deze tijdelijke gewichtstoename wordt door de cliënt als heel vervelend ervaren, daar ze tot meer dan 5kg in gewicht kunnen toenemen.”

“De meeste cliënten zijn in staat om laxantia snel af te bouwen”

Introduceren van verboden of moeilijke voedingsmiddelen

Naast psychologische behandeling, kan een rigide houding ten opzichte van voeding behandeld worden door het stapsgewijs introduceren van verboden of moeilijke voedingsmiddelen. Aan de cliënt kan bijvoorbeeld gevraagd worden om een angsthiërarchie op te stellen: een lijst van voedingsmiddelen die gerangschikt is naarmate consumptie van het voedingsmiddel meer of minder angst oproept. Op die manier kan stapsgewijs

geëvolueerd worden van het aanbieden van voedingsmiddelen die relatief weinig angst veroorzaken naar het aanbieden van voedingsmiddelen die veel angst oproepen [11].

Bewerken van irrationele cognities

De diëtist kan een bijdrage leveren aan het wijzigen van irreële gedachten of cognities omtrent eetgedrag beweging en gewicht. Voorbeelden van dergelijke gedachten zijn: “Van koolhydraten word ik dik”, “Ik heb zo lang weinig gegeten, als ik nu terug normaal eet, ga ik dik worden”, “ ik wil wel bijkomen maar enkel in spieren”, “ik moet elke dag bewegen anders ga ik dik worden”, “ik moet elke dag naar het grote toilet gaan, anders ben ik toch geconstipeerd”, ...

Aan de hand van *psycho-educatie* kan de diëtist aangeven wat normaal eetgedrag is [11].

“Cliënten zijn soms heel bang om kilo’s aan te komen na het eten van een iets grotere portie dan gepland was. Aan de hand van gerichte oefeningen kan ik de cliënt helpen om deze foutieve cognities te veranderen”.

Normalisatie beweeggedrag

Bewegingsdrang kan voorkomen bij eetstoornissen. De diëtist kan als lid van het interdisciplinaire behandelteam deze symptomen signaleren en indien nodig de cliënt verwijzen voor fysiotherapeutische of kinesitherapeutische begeleiding.

Algemene adviezen zijn [11]:

- Breng in kaart welke activiteiten de cliënt werkelijk doet, wanneer, aan welke intensiteit en bij welke aanleidingen. (zie diëtistisch onderzoek).
- Hoe afbouwen of stoppen?
- Psycho-educatie zoals bv. [90]:
 - wat is een normaal beweegpatroon (bv. i.f.v. gezondheidsvoordelen)?
 - wanneer is een beweegpatroon problematisch?
 - wat is een gezonde attitude ten opzicht van beweging?;
 - verschil tussen sporten voor het plezier en sporten in functie van de eetstoornis of het gewicht;
 - mogelijke nadelen van overmatig sporten.
- In samenspraak met de cliënt wordt een ‘beweegprogramma’ opgesteld, rekening houdend met de fysieke mogelijkheden en persoonlijke wensen van de cliënt. Het doel is om te sporten omwille van het plezier en niet om energie te verbruiken.
 - Cliënten met BED dienen meestal gestimuleerd te worden om meer te bewegen.
 - De richtlijnen en tips van de ‘Bewegingsdriehoek’ van het Vlaams Instituut Gezond Leven kunnen gebruikt worden in functie van persoonlijke motivatie en haalbare beweegdoelen op maat.

Meer info vind je hier:

<https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag/bewegingsdriehoek>

Psycho-educatie in de herstelfase

Door middel van psycho-educatie krijgt de cliënt inzicht in voeding, voedingsgerelateerde onderwerpen, zoals honger en verzadiging en gewicht, de lichamelijke, psychologische en sociale gevolgen van het eetgedrag, de ondervoeding of het verstoord eetpatroon [11, 53]. Psycho-educatie kan helpen de cliënt een meer rationele afweging te laten maken. Hoewel eetstoorniscliënten vaak veel informatie gelezen of opgezocht hebben, blijken ze soms toch foutieve ideeën te hebben omtrent de werking van het lichaam en de interactie met voeding [38].

Psycho-educatie kan betrekking hebben op zeer diverse thema's, naargelang de aanwezige kernsymptomen en cognities bij de cliënt. Enkele voorbeelden zijn [53] [11]:

- 'normaal' voedings- en bewegingsgedrag/patroon;
- gevolgen van lijngedrag, eetbuien en/of purgeergedrag;
- gevolgen van ondervoeding;
- honger en verzadigingsmechanismen;
- instandhoudende factoren;
- ...

Ter ondersteuning van de psycho-educatie kan schriftelijk voorlichtingsmateriaal worden meegegeven of betrouwbare internetwebsites en sociale mediakanalen worden doorgegeven.

Motivationale gespreksvoering heeft een specifieke techniek voor het geven van psycho-educatie, die zich ontvouwt als een drietrapsraket [50]:

1. In eerste instantie vraag je aan je cliënt wat hij al weet of wat hij graag zou weten over het onderwerp en of het goed is als je hem hier wat meer over vertelt;
2. Vervolgens bied je deze informatie op een neutrale wijze aan. Hierbij vermijd je termen als 'Ik' of 'Jij' en spreek je eerder over 'Onderzoek suggereert...', 'Studies hebben aangewezen dat...', 'Anderen hebben ondervonden...', 'Wat wij weten is dat...';
3. Als derde stap vraag je tot slot naar de cliënt zijn interpretatie hiervan: 'Wat betekent dit voor jou?', 'Wat vind je daar van?'.

Emotieregulatie

Emotieregulatie heeft betrekking op het vermogen om met eigen emoties en de emoties van anderen om te gaan. Bij eetstoornissen is de emotieregulatie vaak ontregeld en worden allerlei strategieën aangewend om bv. negatieve emoties te onderdrukken. Zo kunnen negatieve emoties bv. lijngedrag, eetbuien of purgeergedrag in de hand werken.

Het is belangrijk dat de cliënt leert luisteren naar lichamelijke gewaarwordingen en leert om emoties niet langer te vermijden en/of te onderdrukken, maar ze beter te verdragen en er adequaat op te reageren [15].

“De diëtist kan inzichten geven of linken verduidelijken rond voeding en emoties: bv. aan de hand van het ingevulde eetdagboek het verband verduidelijken tussen eetbuien en emoties.”

Indien een gebrekkige emotieregulatie herstel en verdere groei in de weg staat, kan de diëtist doorverwijzen naar de psycholoog. Dit is ook vereist bij een sterke negatieve ‘selftalk’, een negatieve zelfwaardering en lage lichaamstevredenheid.

Meer informatie omtrent emotieregulatie bij adolescenten vind je hier:

<https://eetexpert.be/stappenplan-eetstoornissen-op-pediatrie-aanzet-tot-psychologische-groei-emotieregulatie/>

Terugval en terugvalpreventie

Wat is terugval?

In de bestaande literatuur is er geen consensus omtrent de definities van terugval, remissie en herstel [91]. Er is bovendien weinig wetenschappelijke literatuur terug te vinden omtrent deze thema's. Bij cognitieve gedragstherapie (en dus ook de CBT-E) is terugvalpreventie een vast onderdeel van het behandelplan [53]. In de Nederlandse GGZ-richtlijn [6] wordt voor dit onderdeel van de behandeling verwezen naar de richtlijn ‘Terugvalpreventie bij Anorexia Nervosa’ [92]. Voor BN en BED zijn er nog geen richtlijnen beschikbaar, maar een terugvalpreventieplan wordt hoe dan ook geadviseerd. De werkwijze die beschreven staat in de richtlijn terugvalpreventie bij AN is deels ook bruikbaar bij andere eetstoornissen [15].

Terugvalpreventie vraagt een interdisciplinaire aanpak, waarbij de diëtist een belangrijke bijdrage kan leveren [2]. De diëtist stelt samen met de cliënt en eventuele steunfiguren een terugvalpreventieplan op [11].

“Herkader dat terugval onderdeel is van herstel en geen mislukking.”

Terugvalpreventieplan

Risicofactoren voor terugval in kaart brengen

Op basis van een systematische review komen Berends et al. tot de vaststelling dat de risicofactoren voor terugval bij AN in vier grote categorieën kunnen worden onderverdeeld: eetstoornisvariabelen, behandelproces variabelen, comorbiditeit symptomen en demografische variabelen (zie tabel) [93].

Risicofactoren voor terugval
<p>Eetstoornis variabelen</p> <p>Dit omvat een categorie variabelen die zeer sterk gelinkt zijn aan bezorgdheden rond gewicht en lichaamsvormen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> bezorgdheid rondom het gewicht <input type="checkbox"/> bezorgdheid rondom lichaamsvorm <input type="checkbox"/> wens om minder te wegen <input type="checkbox"/> vertekend lichaamsbeeld <input type="checkbox"/> bezorgdheid rondom eten <input type="checkbox"/> plotselinge gewichtsdalingen tijdens de behandeling <input type="checkbox"/> subtype: purgerend van anorexia nervosa <input type="checkbox"/> bewegingsdrang
<p>Behandelproces variabelen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lange behandelduur <input type="checkbox"/> opname tijdens behandeling (hoger risico op terugval na opname) <input type="checkbox"/> eerder gespecialiseerde eetstoornissen behandelingen gehad <input type="checkbox"/> meer dan een jaar therapeutische contacten <input type="checkbox"/> behandeling voor een andere stoornis <input type="checkbox"/> medicatie tijdens de behandeling <input type="checkbox"/> behandeling in een ziekenhuis dat niet gespecialiseerd was is eetstoornisproblematiek
<p>Comorbiditeit symptomen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> aanwezigheid 'check' gedrag <input type="checkbox"/> aanwezigheid dwanghandeling op het gebied van bv. handen wassen <input type="checkbox"/> aanwezigheid van rumineren (het weer spontaan omhoog komen van voedsel) <input type="checkbox"/> aanwezigheid van vermijdend gedrag <input type="checkbox"/> daling in de motivatie om te herstellen <input type="checkbox"/> laag zelfbeeld

<input type="checkbox"/> moeite om met stressfactoren om te gaan <input type="checkbox"/> verleden van mishandeling op kinderleeftijd <input type="checkbox"/> suïcidepoging in het verleden
Demografische variabelen
<input type="checkbox"/> leeftijd (hoe hoger leeftijd bij aanvang behandeling, hoe hoger de kans op terugval) <input type="checkbox"/> lange duur van de eetstoornis <input type="checkbox"/> chronisch verloop van de ziekte

Tabel: risicofactoren voor terugval bij AN [92]

In het kader van terugvalpreventie kan het interessant zijn voor de diëtist om deze risicofactoren voor de individuele cliënt duidelijk te stellen [92]. De in de tabel beschreven risicofactoren zijn specifiek voor AN, hoewel de categorieën en sommige van de variabelen ook bruikbaar zijn bij BN en BED.

Identificeren van uitlokkers en vroege voortekenen

Berends et al. maken een onderscheid tussen zogenaamde 'uitlokkers' en 'vroege voortekenen' van een terugval. 'Uitlokkers' zijn specifieke uitlokkende factoren die de aanloop kunnen vormen naar het terugvalproces. 'Vroege voortekenen' zijn gevoelens, gedachten, gedragingen en lichamelijke signalen die geleidelijk steeds meer en sterker zichtbaar worden in de aanloop naar een terugval, wanneer er geen effectieve acties ondernomen worden [92].

Deze uitlokkers en vroege voortekenen kunnen sterk verschillen per cliënt. Het wordt aanbevolen om in het kader van terugvalpreventie het individuele proces van terugval samen met de cliënt (en eventueel direct betrokkenen zoals ouders, partner, ...) nauwkeurig in kaart te brengen via de identificatie van specifieke uitlokkers en vroege voortekenen van terugval. Op basis van deze gegevens kan een terugvalpreventieplan worden opgesteld om terugval vroegtijdig te onderkennen en preventieve acties te ondernemen ter voorkoming van verdere terugval [92].

Mogelijke uitlokkers zijn [34, 92, 94]:

- Negatieve emoties: depressiviteit, stress, spanning, wanhoop, eenzaamheid, verveling, prikkelbaarheid, boosheid en angst;
- 'Mislukkingen';
- Positieve emoties en behaalde successen (door intensiteit van de emotie);
- Interpersoonlijke conflicten en relatieproblemen;
- Aanmoediging van anderen om te lijnen/vasten;
- Stressvolle werksituaties/schoolsituaties;

- Vakanties;
- Grote veranderingen in de leefsituatie: overlijden, verhuizing, verandering van studie of beroep, ...;
- Schokkende gebeurtenissen;
- Gewichtstoename, bv. na zwangerschap of gewichtsval, bv. door ziekte;
- Onevenwichtige eet- of dagstructuur;
- Ontmoetingen met mensen die de cliënt kenden uit de tijd van het ondergewicht;
- Opmerkingen over gewicht of uiterlijk;
- Financiële problemen;
- Te weinig eten en de daarmee gepaard gaande honger;
- Het overtreden van een dieetregel;
- Alcoholgebruik;
- Ontbreken van dagelijkse structuur;
- Alleen zijn;
- Zich 'dik' voelen;
- Premenstruele spanning.

Vroege voortekenen worden ingedeeld in vijf categorieën, namelijk [92, 15, 11]:

- eetpatroon;
 - bv. bewust geen tussendoortjes meer eten, kiezen voor 'veilige' producten met een relatief lage calorische waarde, dwangmatig tellen van calorieën, het weglaten/overslaan van maaltijden, terugkeer van rituelen rondom eten ... ;
- bewegingspatroon;
 - bv. toename van de activiteit door in een hoog tempo en met een omweg te fietsen
- lichamen functioneren;
 - bv. fysieke onrust, gewichtsval, continu last hebben van koude handen en voeten, duizeligheid, uitblijven van de menstruatie, ...;
- cognitief functioneren of gedachtepatroon;
 - steeds meer irreële gedachten ontwikkelen ten aanzien van eten en gewicht, bv. wanneer de cliënt denkt dat het eten van een normale portie tot een grote gewichtstoename leidt;
 - bij BN en BED kunnen gedachten aan extreem lijnen of eetbuien duiden op een terugval;
 - een steeds negatiever zelfbeeld, bv. "ik ben niets waard als ik al zo snel aan een verleiding toegeef"
- sociaal functioneren:
 - bv. toename in de strijd met direct betrokkenen, sociale isolatie, ...

“Eén van de DSM-5 criteria van anorexia nervosa is de intense angst om in gewicht toe te nemen of dik te worden, dit terwijl er juist sprake is van ondergewicht. Als voortekenen in de aanloopfase naar een terugval treden al allerlei mildere vormen van deze angst op,

bijvoorbeeld het niet meer durven eten van een stuk taart uit angst om hier een dikke buik van te krijgen. Deze milde angst is wel een voorteken van terugval, maar voldoet qua ernst niet aan het genoemde DSM-5 criterium. Daarnaast hoeft er bij de angst als vroeg voorteken nog geen sprake te zijn van een ondergewicht.” – Berends et al. 2018, p. 16

Acties formuleren

Laat de cliënt acties voorbereiden (bv. in een terugvalpreventieplan), die uitgevoerd kunnen worden wanneer de aanwezige risicofactoren, de uitlokkers en de vroege voortekenen zich voordoen [15]. De acties zijn gericht op normalisering en structurering van het eet- en bewegingspatroon, normalisering van cognitief functioneren, gedachtenpatroon en sociaal functioneren. De cliënt behoudt ook in deze fase de regie over zijn behandeling, maar de directe omgeving (partner, familie, vrienden, hulpverleners) kan ingezet worden om steun te bieden. De ernst van de (dreigende) terugval zal bepalen in welke mate de cliënt zelf in staat is om de geformuleerde acties door te voeren, dan wel afhankelijk zal zijn van zijn omgeving [92].

Voorbeelden van acties bij uitlokkers:

- Acties die gericht zijn op het vermijden van een ‘uitlokker’:
 - Sociale mediakanalen vermijden die diëten of een slankheidsideaal promoten;
 - Contacten of situaties die moeilijk zijn tijdelijk vermijden.
- Acties die gericht zijn op ‘actieve coping’ met potentiële uitlokkers:
 - Een plan opstellen om ook tijdens een vakantie voldoende structuur in het eet- en beweegpatroon te brengen;
 - Steunfiguren aanspreken: berichtje sturen bij moeilijke momenten, iemand opbellen,...;
 - Ander wegtraject plannen;
 - Ontlading zoeken na het werk;
 - Lijst met alternatieven opmaken en deze toepassen;
 - Veiligheden inbouwen: bv pannen van tafel, niet alleen in de keuken blijven, restjes weggooien,...

Voorbeelden van acties bij vroege voortekenen:

- Spreek af dat er iets gegeten wordt wanneer de cliënt honger voelt;
- Spreek af dat de cliënt iets leuk gaat doen met vrienden wanneer er sombere gedachten opkomen;
- Spreek een minimum- of maximumgewicht af en waar en wanneer gewogen wordt (maximaal 1 x per week). Indien het gewicht onder of boven deze grens komt, dient weer contact opgenomen te worden [11].

Monitoring en evaluatie

Nadat een geïndividualiseerd behandelplan werd opgesteld en uitgevoerd, wordt na verloop van tijd de reactie op de behandeling en de gevolgde werkwijze geëvalueerd:

- de diëtist verzamelt nieuwe en relevante gegevens (zie diëtistisch onderzoek);
- de diëtist evalueert deze gegevens samen met de cliënt en eventuele steunfiguren;
- de diëtist bepaalt samen met de cliënt in hoeverre de gestelde behandeldoelen werden behaald;
- de diëtist gaat na of de cliënt en eventuele steunfiguren de geleverde voorlichting ontvangen en begrepen hebben en welke mogelijke barrières er bestaan ten aanzien van het behandelplan.

Het behandelplan en de behandeling worden op basis van deze bevindingen waar mogelijk bijgesteld, voortgezet of afgesloten. De bevindingen worden besproken met het interdisciplinaire behandelteam en in het cliëntendossier gedocumenteerd.

De diëtist rapporteert volgende bevindingen:

- wijzigingen in de perceptie, waarden en motivatie van de cliënt ten aanzien van de behandeling;
- eventuele wijzigingen in het behandelplan;
- eventuele doorverwijzing naar andere zorgverleners of residentiële zorg;
- stopzetting van de behandeling;

Herstel

Over de vraag wanneer mensen met een eetstoornis hersteld zijn, is nog geen consensus. Het is duidelijk dat enkel herstel van eetgedrag en gewicht onvoldoende is voor een duurzaam herstel en vaak tot terugval leidt. Voor duurzaam herstel is het belangrijk om de onderliggende risicofactoren, die aan het ontstaan van de eetstoornis hebben bijgedragen, te behandelen. In recente onderzoeken worden volgende criteria voor herstel naar voren geschoven [15]:

- Verbetering van het eetgedrag en het gewicht;
- Verbetering van de lichamelijke gevolgen van de eetstoornis;
- Het ontwikkelen van een positieve lichaamsbeleving;
- Het krijgen van meer zelfvertrouwen en eigenwaarde;
- Het kunnen herkennen en uiten van lichamelijke gevoelens en psychische emoties;

- Het ontwikkelen van voldoende sociale vaardigheden om maatschappelijk te functioneren.

Informatieoverdracht

Voor het verzekeren van de continuïteit en de kwaliteit van diëtistische zorg, is de overdracht van éénduidige informatie tussen de diëtist en andere zorgverleners en tussen de diëtist en de cliënt cruciaal, zowel mondeling als schriftelijk.

Bij de gegevensuitwisseling 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.

Inhoud rapportage

- Persoonsgegevens cliënt
- Verwijzing: verwijzende arts of andere verwijzer, verwijzreden
- Resultaten van het diëtistisch onderzoek en diëtistische anamnese:

Resultaten van het diëtistisch onderzoek en de diëtistische anamnese	
voedingsanamnese	voedingsanamnese, voedingsbehoefte (energiebehoefte, eiwitbehoefte, enz.), voedingsgewoonten, eetgedrag, aan voeding gerelateerde klachten
antropometrie	lengte, gewicht(sevolutie), BMI, middelomtrek, groeicurven
medische gegevens	medische diagnose, medische behandeling, prognose, relevante medicatie
biochemische gegevens	Laboratoriumanalyses: bv. bloedwaarden
relevante onderzoeken	Gerelateerd aan voedingsklachten: bv gastroscopie
dagstructuur en activiteitenpatroon	sporten en beweegpatroon, sport vs bewegingsdrang
psychosociale gegevens	opleiding, werk/school, leefomgeving, samenlevingsvorm, hobby's,...

motivatie

hulpvraag, verwachtingen en motivatie van de cliënt

- Diëtistische diagnose
- Diëtistische behandeling: de behandeldoelen, persoonlijk behandelplan, gebruikte voorlichtingsmateriaal en de uitgevoerde diëtistische behandeling(en).
- Evaluatiemomenten: data, relevante wijzigingen aan het behandelplan
- Indien relevant: eventuele nood tot opvolging, terugvalpreventieplan en eventueel voedingsadvies

Samenwerking met residentiële zorg

Wanneer doorverwijzen naar de residentiële setting?

Hoewel veel cliënten met eetstoornissen baat zullen hebben bij een ambulante behandeling, kunnen er momenten zijn dat een opname het meest verantwoord en minst risicovol is. Opname wordt niet enkel overwogen vanuit medische redenen, maar ook om de cliënt of het gezin een periode tot rust te laten komen of om de betrokkene een duwtje in de rug te geven of om de cliënt zelf een duw in de rug te geven door even te intensifiëren.

Indicaties voor doorverwijzing naar psychiatrische of medische opnamesetting bij (jong)volwassenen

De Australische en Nieuw-Zeelandse, Britse, APA- en Franse richtlijnen geven exacte criteria weer voor een medische of psychiatrische opname. De belangrijkste kenmerken die aan bod komen hebben betrekking op gewicht (BMI, ernst en snelheid van gewichtsverlies), dehydratatie (bewustzijnsverlies), verminderde hartfunctie (hartritmestoornissen), te sterke vertraging van basaal metabolisme (lage hartslag/bloeddruk, orthostatische hypotensie, hypothermie), verstoringen in elektrolyten (hypokaliëmie, hyponatriëmie), risico op hersenen- en orgaanschade (hypoglycemie, nierinsufficiëntie) en infectierisico (leukopenie, neutropenie). De exacte waarden verschillen echter van richtlijn tot richtlijn. Specifiek voor volwassenen geven deze richtlijnen ook psychiatrische risicofactoren aan, zoals suïciderisico of ernstig zelfdestructief gedrag. De Duitse richtlijnen [17] zijn minder specifiek in eventuele criteria voor een ziekenhuisopname. De Duitse en Franse richtlijnen [17, 16] verwijzen ook naar psychosociale risico's, zoals sociaal isolement of een gezinscrisis, om opname in een ziekenhuis te overwegen [81].

We vertrekken vanuit de criteria van de *“Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines”* [87] omdat zij expliciet psychiatrische en medische opname van elkaar onderscheiden, aangevuld met andere richtlijnen. Bij gebrek aan overeenkomst tussen verschillende richtlijnen, werd gekozen om vals negatieven te vermijden. Onderstaande criteria betreffen volwassen cliënten met eetstoornissen.

- Indicaties voor ‘psychiatrische opname’:
 - +18: BMI < 15; -18: m%BMI 70-80%¹
 - Snel gewichtsverlies (>0.5kg/week);
 - Zweten, trillen, verwardheid;

¹ m%BMI is ook bekend als gewicht-voor-lengte percentage; de BMI van het kind wordt gedeeld door de p50 van kinderen met hetzelfde geslacht en dezelfde leeftijd.

- Suïciderisico;
 - Ongecontroleerde purgeren, extreme beweegactiviteit;
 - Overschrijden draagkracht systeem;
 - Stagnering in de ontwikkeling door verstoord psychosociaal functioneren;
 - Geen evolutie na 3 maanden ambulante zorg
 - Evolutie van medische parameters, zoals hartslag, bloeddruk, bloedwaarden (bv. hypokaliëmie), lichaamstemperatuur.
- Indicaties voor medische opname (met input vanuit psychiatrie) tot herstel van medische stabiliteit:
- +18: BMI<13; -18: m%BMI < 70%
 - Snel gewichtsverlies (>1kg/Week of >30% gewichtsverlies op 6 maanden);
 - Ernstige medische complicaties.

Voor meer informatie omtrent risicotaxatie:

<https://eetexpert.be/stappenplan-eetproblemen-en-eetstoornissen-huisarts-detectie-en-diagnostiek-risicotaxatie/>

Een uitgebreidere ernstinschatting vind je ook in de MEED-richtlijn.

Indicaties voor doorverwijzing naar psychiatrische of medische opnamesetting bij kinderen en adolescenten

De richtlijnen rond de behandeling van eetstoornissen bij kinderen en adolescenten formuleren geen afgebakende criteria voor een eventuele medische of psychiatrische opname, aangezien ze geen individuele variatie toelaten, een behoefte die nog prominenter aanwezig is bij de doelgroep van kinderen en adolescenten. De risico-inschatting gebeurt bij voorkeur aan de hand van het totale klinische beeld. Een klinische beoordeling combineert lichamelijk onderzoek met de beoordeling van de motivatie, en de beschikbare psychosociale ondersteuning [94, 83].

De MEED-richtlijn voor de behandeling van eetstoornissen biedt een raamwerk van risiconiveaus (gaande van laag tot hoog risico) dat ondersteuning kan bieden bij de risico-inschatting [94, 83]:

<https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/campaigning-for-better-mental-health-policy/college-reports/2022-college-reports/cr233>

Bijkomende indicaties voor opname

- Wanneer niet meer aan de voorwaarden die in het behandelplan of behandelcontract geschreven staan, voldaan wordt [11]. Het is zinvol om bij aanvang van de behandeling af te spreken met de cliënt wat de criteria zijn waarbij ambulante behandeling nog kan plaatsvinden. Dit betekent dat de cliënt en de eventuele steunfiguren op de hoogte zijn van mogelijke redenen tot opname en mee verantwoordelijkheid dragen deze stap te zetten wanneer de situatie het vraagt. Dit kan bijvoorbeeld een ondergrens zijn qua gewicht, het blijven hanteren van compensatoire maatregelen, ...
- Wanneer de eetstoornis en bijbehorende kernsymptomen niet evolueren of verergeren ondanks ambulante behandeling [80, 16] .

Vorbereiding voor opname

Een goede voorbereiding van een opname kan bijdragen aan het algehele succes van de behandeling. Van zodra duidelijk wordt dat een residentiële behandeling geïndiceerd is, kan de diëtist de opname voorbereiden: de cliënt begeleiden bij het kiezen van een residentieel behandelcentrum, de cliënt een afspraak laten maken voor een intakegesprek, dit eerste gesprek overlopen met de cliënt én ambulante opvolging voorzien totdat de opname effectief kan plaatsvinden.

Ook hier blijven de klassieke ingrediënten van motivatie belangrijk:

- uitleg geven waarom deze stap nodig is;
- waar mogelijk keuze geven in behandelcentra;
- betrokken blijven, de hulpverleningsrelatie hoeft niet te stoppen door de opname. Na de opname kan ambulante begeleiding verdergaan. Tijdens de opname verandert de ambulante hulpverlener van rol (supporter i.p.v. coach)




Begeleiden bij keuze residentieel behandelcentrum

De diëtist kan de cliënt begeleiden bij de keuze van een residentieel behandelcentrum door:

- de verschillende bestaande centra toe te lichten;
- wachtlijsten van de verschillende centra na te gaan;
- telefonisch contact op te nemen met de centra indien de cliënt hiertoe zelf niet voldoende in staat is.

In Vlaanderen zijn er residentiële centra waar enkel kinderen en jongeren kunnen opgenomen worden (kinder- en jeugdpsychiatrie) en centra specifiek voor volwassenen (volwassenenpsychiatrie). Een overzicht van de verschillende centra vind je hier:

Multidisciplinaire eetstoornisklinieken in Vlaanderen:

- voor kinderen tot 12 jaar: 
- voor jongeren tussen 12 en 18 jaar: 
- voor volwassenen: 

Veder heeft Eetexpert zicht op hulpverleners met expertise in ARFID. Raadpleeg de [verwijstool](#) of [contacteer Eetexpert](#) via mail of telefonisch.

Intakegesprek residentiële setting

Het is nuttig voor zowel volwassen cliënten als voor jongere cliënten en hun familie of steunfiguren om al op voorhand (voor de eventuele opname) een intakegesprek bij de residentiële afdeling te hebben. Tijdens deze ontmoeting kan informatie gedeeld worden over [23]:

- wat cliënten kunnen verwachten van het programma;
- wat er van cliënten wordt verwacht tijdens opname.

Deze ontmoeting (of reeks van ontmoetingen) helpt de betrokkenheid bij de behandeling te bevorderen [23].

Het is zinvol om het kennismakingsgesprek na afloop te bespreken tijdens de volgende consultatie. Op die manier worden de verwachtingen van de cliënt ten aanzien van de opname duidelijk en bespreekbaar.

Ambulante opvolging tot opname

Bij de behandeling van eetstoornissen is de continuïteit van zorg zeer belangrijk. Aangezien er in de praktijk soms wachtlijsten zijn voor een residentiële opname, kan het zijn dat de cliënt nog een tijdje dient opgevolgd te worden in de ambulante setting. Dit vermijdt een eventuele achteruitgang van de eetstoornis en bevordert de kans op slagen tijdens de opname. Het is belangrijk doelstellingen voor deze overbrugging te concretiseren in overleg met de cliënt.

Informatie overdracht

Bij transfer van de ambulante naar de residentiële zorg is een goede communicatie tussen de betrokken zorgverleners belangrijk. Voor meer informatie: zie informatieoverdracht.

Diëtistische begeleiding tijdens residentiële opname

De diëtistische begeleiding tijdens de residentiële opname verschilt wat met de ambulante begeleiding. Centra kunnen onderling kleine verschillen vertonen in aanpak, maar de grote lijnen zijn vergelijkbaar. Uit de bespreking in de projectwerkgroep onthouden we volgende verschillen ter informatie aan ambulante diëtisten:

- De behandeling gebeurt steeds interdisciplinair. In alle centra maakt een diëtist vast deel uit van het team;
- De voedingstherapie kan op individuele basis en/of in groep plaatsvinden en dit minstens 1 keer per week;
- In sommige centra maakt ook kooktherapie deel uit van de behandeling;
- Op basis van groeicurves en/of BMI wordt een ideaal gewicht bepaald, in samenspraak met de cliënt; ook afspraken omtrent de wekelijkse gewichtstoename worden gemaakt. Deze aanbevelingen liggen doorgaans hoger in de residentiële setting (400-700g/week) dan in de ambulante setting (200-500g/week);
- Op regelmatige tijdstippen vindt een gewichtsmeting plaats, de frequentie van weging kan verschillen tussen de centra, maar vindt minstens 2x/week plaats;
- De cliënt krijgt tijdens de opname een eetschema dat stapsgewijs wordt uitgebreid, waarbij sommige centra 'standaardpakketten' hanteren en andere centra individuele schema's gebruiken op basis van de individuele (energie)behoeften en doelstellingen;
- Indien nodig kan ook medische bijvoeding geïntegreerd worden in het eetschema;
- Bij specifieke cliënten kan indien nodig sondevoeding opgestart worden ter aanvulling of als volledige voeding;
- Bij iedere cliënt wordt het mogelijke risico op *refeeding syndroom* nagegaan. Na inschatting van eventuele risico's wordt al dan niet voorzichtig gestart met het opbouwen van de voedingsintake.

Nazorg in de ambulante setting (na residentiële opname)

Aanbevelingen pleiten ervoor om na residentiële behandeling steeds ambulante zorg te voorzien, omdat de cliënten nog niet volledig hersteld zijn wanneer ze de residentiële setting verlaten [16]. Dit verloopt ook best in een samenwerking tussen een huisarts, een psycholoog, en een diëtist.

Bij welke gespecialiseerde ambulante diëtist kan men terecht voor opvolging?

Diëtisten met een specialisatie in eetstoornissen zijn terug te vinden via de verwijshulp van Eetexpert: www.eetexpert.be/eethulp

Informatieoverdracht vanuit de residentiële setting

Een gebrekkige of uitblijvende communicatie tussen de residentiële en ambulante zorgverleners 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 [96].

Bovendien pleit men ook voor een snelle informatieoverdracht [16].

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.

Informatie die voor de ambulante gespecialiseerde diëtist interessant kan zijn:

- Relevante (medische) voorgeschiedenis;
- Traject dat doorlopen werd tijdens de opname:
 - eetgeschiedenis en gewichtsevolutie tijdens de opname;
 - waaraan werd gewerkt tijdens de opname?
 - wat waren de bevindingen van het behandelteam?
- Gemaakte afspraken en doelstellingen bij ontslag;
- Handvaten met betrekking tot terugvalpreventie: bv. noodsignalenblad.

Nazorg op maat

Na een residentiële behandeling is het belangrijk om de nieuw aangeleerde gedrag patronen (bv. het eetpatroon en eetgedrag) aan de individuele context van de cliënt aan te passen en te bestendigen in het dagelijks leven [17].

Ook na een residentiële behandeling is het aanbevolen om de cliënt op te volgen in een interdisciplinair team. Voedingsadviezen worden dus best niet als alleenstaande behandeling aangeboden [17].

Samenwerking met steunfiguren en context

Betrekken van steunfiguren bij de behandeling van kinderen en adolescenten met AN, BN of BED

Bij kinderen en adolescenten met een eetstoornis wordt de betrokkenheid van familieleden of steunfiguren best overwogen [17, 9]. Ouders, familieleden en steunfiguren zijn belangrijke partners in de zorg voor eetstoornissen. Naast het verstrekken van relevante informatie die helpt bij het stellen van de diëtistische diagnose en de opmaak van het behandelplan, kunnen ze ook een ondersteunende rol opnemen bij de behandeling. Belangrijk hierbij is om rekening te houden met de draagkracht van het gezin, aangezien de zorg voor een cliënt met een eetstoornis een grote druk kan leggen [6].

Tracht familieleden of steunfiguren (indien gewenst) van kinderen en jongeren met AN te betrekken bij (psycho-)educatie rond voeding of maaltijdplanning [9]. Een mogelijkheid is het aanbieden van groepseducatiesessies, waarbij zowel de steunfiguren als het kind aanwezig zijn [23]. Daarbij wordt uitleg gegeven over het begeleiden van herstel thuis, en wordt geanticipeerd op moeilijke situaties.

Psycho-educatie wordt ingevoegd i.v.m. herstel van gezinsfunctioneren en nieuwe communicatie aan de eettafel. Zo komt het soms voor dat ouders of andere steunfiguren het verstoorde eetgedrag in het bijzijn van hun kind uitvoerig bespreken. Dit kan schaamte- en schuldgevoelens bij de adolescent oproepen en wordt dus best vermeden [17].

Tips voor ouders omtrent het communiceren rond eten en gewicht vind je hier:

<https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2023/08/Infofiche-praten-over-eten-en-gewicht-met-je-kind.pdf>

<https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2023/08/Infofiche-praten-over-eten-en-gewicht-aan-tafel.pdf>

Betrekken van steunfiguren bij de behandeling van kinderen en adolescenten met ARFID

Ouders spelen een belangrijke rol in de behandeling van ARFID bij kinderen en jongeren. Nadat het voedingspatroon medisch gezien op punt is gesteld, is het belangrijk om ruime aandacht te besteden aan de interacties tijdens de maaltijdmomenten in de thuissituatie. Observaties (bv. video van de eetsituatie thuis) kunnen informatie geven over het verloop van de maaltijdmomenten en de patronen die zijn ontstaan. De diëtist kan de observaties samen met ouders bekijken en onderzoeken welke interacties helpend zijn en welke niet helpend zijn [97, 98, 99, 100].

Voorbeelden van helpende interacties:

- Komt het kind op een rustige en positieve manier aan tafel?
- Wordt er aan tafel gepraat over fijne onderwerpen, andere dan het eten zelf?
- Wordt er samen aan tafel gegeten door het gezin?
- Bieden ouders veilig voedsel aan bij de maaltijd?
- Geven ouders complimentjes over het eetgedrag van het kind of de jongere?
- Geven ouders uitleg over de aangeboden maaltijd?
- Hebben ouders realistische verwachtingen over hoe lang het kind aan tafel zit?
- Wordt de eetsituatie voorbereid met het kind?

Voorbeelden van niet helpende interacties:

- Zijn ouders gestresseerd?
- Maken ouders zich boos?
- Geven ouders kritiek op het eetgedrag van het kind of de jongere?
- Vragen ouders zeer veelvuldig om te proeven?
- Dwingen ouders het kind om te eten?

Pas als de eetsituatie zonder spanning of strijd verloopt, kan worden gewerkt aan uitbreiding van het eetpatroon van het kind of de jongere met ARFID [101, 102].

Het netwerk rond het kind of de jongere met ARFID kan geïnformeerd te worden over de do's en don'ts in de omgang met de eetstoornis. Denk hierbij aan de school, grootouders, jeugdbeweging, sportclub, ...

Een fiche omtrent het werken aan eetvaardigheden bij kinderen en jongeren met ARFID vind je hier:

<https://eetexpert.be/infofiche-afwisselend-eten-arfid/>

Een ondersteunende fiche voor het netwerk rond kinderen en jongeren met ARFID vind je hier:

<https://eetexpert.be/infofiche-eetproblemen-en-eetstoornissen-arfid/>

Aandachtspunten bij de behandeling van adolescenten

De adolescentiefase wordt gekenmerkt door biologische, psychologische, en sociaal-culturele veranderingen in combinatie met de (nakende) puberteit, waardoor het een kwetsbare periode is voor de ontwikkeling van eetstoornissen. Maar jongeren met eetstoornissen in de adolescentie hebben ook uitdagingen die vooral leeftijdsspecifiek zijn, en eigen aan de groeifase waarin zij vertoeven.

Enkele aandachtspunten bij de behandeling van adolescenten met een eetstoornis voor de klinische praktijk [103]:

- Hou er in de zorg rekening mee dat je met een adolescent in ontwikkeling werkt.
- Sommige aspecten zijn eigen aan de adolescentie. Probeer onderscheid te maken tussen moeilijkheden die behandeld moeten worden en moeilijkheden die een invloed hebben op de behandeling, maar op zich deel uitmaken van de persoon en zijn ontwikkeling. Dit is geen gemakkelijk onderscheid.
- Zorg voor structuur in je behandeling. Dit is zowel het aanleren van een eetstructuur, als een dagplanning en leren slapen op vaste momenten.
- Hou rekening met impulsiviteit en rigiditeit.
- Kijk naar de sociaal emotionele ontwikkeling van je patiënt. Samenwerken met leeftijdsgenoten kan belangrijk zijn, maar is voor sommigen net lastig.
- Het zelfbeeld is nog in volle ontwikkeling, net als normen en waarden. Wees je hiervan bewust tijdens de behandeling.

Referenties

- [1] M. Former-Boon en J. Van Duinen, Evidence-based diëtetiek: principes en werkwijze. Derde, herziene druk, Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum, 2019.
- [2] American Dietetic Association, „Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders,” *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 111, pp. 1236-1241, 2011.
- [3] S. Runia, W. Visser, J. Tiebie en Y. Heerkens, „Methodisch Handelen,” in *Informatorium voor Voeding en Diëtetiek*, Houten, Nederland, Bohn Stafleu Van Loghum, 2014.
- [4] Nederlandse Vereniging van Diëtisten , „ICF-diëtetiek, versie 2017,” Nederlandse Vereniging van Diëtisten, Naarden, Nederland, 2017.
- [5] American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.), Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2013.
- [6] Eetexpert, „Eerstelijnsdraaiboek,” Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Brussel, 2020.
- [7] Health Service Executive, „Eating disorder services. HSE Model of Care for Ireland,” 2018.
- [8] National Institute for Health and Care Excellence, „Eating disorders: recognition and treatment,” 2017.
- [9] Academy for Eating Disorders' Medical Care Standards Committee, „Eating disorders: A guide to medical care, 3rd edition,” 2016.
- [10] D. Barneveld, J. Brand, J. Groot, S. Peeters en A. van Veen, „Dieetbehandelingsrichtlijn Eetstoornissen,” 2010 Uitgevers, Rotterdam, Nederland, 2015.
- [11] Haute Autorité De Santé, „Méthode Recommendations pour la pratizue clinique: Boulimie et hyperphagie boulimique,” 2019.

- [12] Eetexpert, „Visie op de behandeling van eet- en gewichtsproblemen,” [Online]. Available: <https://eetexpert.be/info/behandeling/visie-op-behandeling/>.
- [13] American Psychiatric Association, „Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition,” 2012.
- [14] G. Noordenbos en A. van Elburg, Handboek Eetstoornissen, Utrecht: De Tijdstroom, 2018.
- [15] Haute Autorité De Santé, „Clinical Practice Guidelines. Anorexia Nervosa: management.,” Haute Autorité De Santé, FR, 2010.
- [16] Akwa GGZ, „GGZ Zorgstandaard Eetsoornissen,” 2017.
- [17] S. Herpertz, B. Herpertz-Dahlmann, M. Fichter, B. Tuschen-Caffier, A. Zeek en e. al., „S3-Leitlinie Diagnostik un Behandlung der Essstörungen,” 2018.
- [18] P. Hay, D. Chinn, D. Forbes, S. Madden, R. Newton, L. Sugenor en e. al., „Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders,” *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 48, nr. 11, pp. 977-1008, 2014.
- [19] P. a. P. The Royal Colleges of Psychiatrists, „MARSIPAN: Management of really sick patients with Anorexia Nervosa, 2nd edition.,” 2014.
- [20] C. McMaster, T. Wade, J. Franklin en S. Hart, „Development of consensus-based guidelines for outpatient dietetic treatment of eating disorders: A Delphi study.,” *International Journal of Eating Disorders*, vol. 53, pp. 1480-1495, 2020.
- [21] A. Leibbrandt, L. Pensaert, H. Scholten, E. Türkeli en M. Verweij, Het diëtistisch consult, Amsterdam: Boom Uitgevers, 2016.
- [22] Eetexpert, „Leidraad voor de anamnese DIETIST,” [Online]. Available: http://www.draaiboeken.eetexpert.be/static/uploads/multidisciplinair-OZ/10._Leidraad_voor_de_anamnese_DIETIST.pdf.
- [23] British Columbia Ministry of Health, „Clinical practice guidelines for the BC eating disorders continuum of services,” 2010.

- [24] W. Miller en S. Rollnick, *Motivational Interviewing, Helping People Change*, 3rd edition., New York: Guilford Press, 2012.
- [25] R. Ryan en E. Deci, „Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being,“ *American Psychologist*, vol. 55, pp. 68-78, 2000.
- [26] R. Ryan en E. L. Deci, *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development and wellness*, New York: Guilford Press, 2017.
- [27] H. Kruizenga en N. Wierdsma, *Zakboek Diëtetiek*, Amsterdam: VU University Press, 2020.
- [28] G. Castellini, W. Castellani, L. Lelli, C. Lo Sauro, C. Dini, L. Lazzeretti, L. Bencini, E. Mannucci en V. Ricca, „Association between energy expenditure, psychopathology and HPA-axis in eating disorders,“ *World Journal of Clinical Cases*, vol. 2, nr. 7, pp. 257-264, 2014.
- [29] B. Kochavi, S. Mendelowitsch, A. Enoch-Levy, A. Yaroslavsky, A. Toledano, D. Modan-Moses en D. Stein, „Resting energy expenditure in acutely ill and stabilized patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa,“ *International Journal of Eating Disorders*, vol. 53, pp. 1460-1468, 2020.
- [30] M. El Ghoch, M. Alberti, C. Capelli, S. Calugi en R. Dalle Grave, „Resting Energy Expenditure in Anorexia Nervosa: Measured versus Estimated,“ *Journal of Nutrition and Metabolism*, p. Article ID 652932, 2012.
- [31] V. Van Wymelbeke, L. Brondel, J. Brun en D. Rigaud, „Factors associated with the increase in resting energy expenditure during refeeding in malnourished anorexia nervosa patients,“ *The American Journal of Clinical Nutrition*, pp. 1469-1477, 2004.
- [32] C. Fairburn, Z. Cooper en M. O'Connor, „Eating Disorder Examination. Edition 17.0D,“ 2014.
- [33] C. Fairburn, „Overwin je eetbuien: waarom je te veel eet en hoe je daarmee kunt stoppen,“ Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam, Nederland, 2016.

- [34] T. Tylka, R. Calogero en S. Danielsdóttir, „Is intuitive eating the same as flexible dietary control? Their links to each other and well-being could provide an answer.,” *Appetite*, pp. 166-175, 2015.
- [35] K. Schaumberg, D. Anderson, L. Anderson, E. Reilly en S. Gorrell, „Dietary restraint: what's the harm? A review of the relationship between dietary restraint, weight trajectory and the development of eating pathology.,” *Clinical Obesity*, pp. 89-100, 2016.
- [36] L. Goossens en E. Moens, *Eetproblemen bij kinderen en adolescenten*, Leuven/Den Haag: Acco, 2017.
- [37] L. Libbers, „Hoofdstuk 2: Eetstoornissen,” in *Informatorium voor Voeding en Diëtetiek*, Houten, Nederland, Bohn Stafleu Van Loghum, 2018.
- [38] J. Vanderlinden, R. Dalle Grave, F. Fernandez, W. Vandereycken, G. Pieters en C. Noorduyn, „Welke factoren lokken eetbuien uit? Een exploratie van eetbuitrigger bij patiënten met een eetstoornis.,” *DITH*, vol. 22, pp. 172-177, 2002.
- [39] Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, „Gecommentarieerd Geneesmiddelen Repertorium,” 2020. [Online]. Available: <https://www.bcfi.be/nl/chapters>.
- [40] World Health Organization, „Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894.,” WHO, Geneva, 2000.
- [41] Hoge Gezondheidsraad, „Voedingaanbevelingen voor België,” Hoge Gezondheidsraad, Brussel, 2016.
- [42] A. Hussain, C. Hübel, M. Hindborg, E. Lindkvist, A. Kastrup, Z. Yilmaz, R. Stoving, C. Bulik en J. Sjögren, „Increased lipid and lipoprotein concentrations in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis.,” *International Journal of Eating Disorders*, vol. 52, nr. 6, pp. 611-629, 2019.
- [43] C. Fairburn en Z. Cooper, „The Eating Disorder Examination,” in *Binge eating: Nature, assessment and treatment. 12th ed.*, New York, Guilford Press, 1993, pp. 317-360.

- [44] R. Bryant-Waugh, P. Cooper, C. Taylor en B. Lask, „The use of the Eating Disorder Examination with children: A pilot study.,” *International Journal of Eating Disorders*, vol. 19, nr. 4, pp. 391-397, 1996.
- [45] C. Fairburn en S. Beglin, „Assessment of Eating Disorders: Interview or Self Report Questionnaire?,” *International Journal of Eating Disorders*, vol. 16, pp. 363-370, 1994.
- [46] T. van Strien, „Nederlandse Vragenlijst voor eetgedrag,” Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2012.
- [47] H. F. Zickgraf en J. F. Ellis, „Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns.,” *Appetite*, pp. 123:32-42, 1 Apr 2018.
- [48] W. Miller en S. Rollnick, *Motivational interviewing: Preparing people to change addictio behavior*, New York: Guilford Press, 1991.
- [49] W. Miller en S. Rollnick, *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd edition, New York: Guilford Press, 2002.
- [50] K. Hötzel, R. von Brachel, L. Schlossmacher en S. Vocks, „Assessing motivation to change in eating disorders: a systematic review,” *Journal of Eating Disorders*, vol. 1, p. 38, 2013.
- [51] C. Fairburn, *Cognitive behaviour therapy and eating disorders*, New York: Guilford Press, 2008.
- [52] S. Runia, J. Tiebie en W. Visser, „Diëtistische diagnose onmisbaar bij effectieve behandeling,” *Nederlands Tijdschrift voor Voeding en Diëtetiek*, vol. 65, nr. 3, pp. 20-22, 2010.
- [53] P. Hay, J. Bacaltchuk, S. Stefano en P. Kashyap, „Psychological treatments for bulimia nervosa and binging,” *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nr. 4, 2009.
- [54] K. Brownley, N. Berkman, C. Peat, K. Lohr, K. Cullen, C. Bann en C. Bulik, „Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis,” *Ann Intern Med*, vol. 165, nr. 6, pp. 409-420, 2016.
- [55] C. Peat, N. Berkman, K. Lohr, K. Brownley, C. Bann, K. Cullen, M. Quatllebaum en C. Bulik, „Comparative Effectiveness of Treatments for Binge-Eating Disorder:

Systematic Review and Network Meta-Analysis," *European Eating Disorders Review*, vol. 25, nr. 5, pp. 317-328, 2017.

- [56] A. Zeeck, B. Herpertz-Dahlmann, H. Friederich, T. Brockmeyer, G. Resmark, U. Hagenah, S. Ehrlich, U. Cuntz, S. Zipfel en A. Hartmann, „Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: a systematic review and network analysis," *Frontiers in psychiatry*, vol. 9, p. 158, 2018.
- [57] E. van den Berg, L. d. V. J. Houtzager, I. Daemen, G. Katsaragaki, E. Karyotaki, P. Cuijpers en J. Dekker, „Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa," *European Eating Disorders Review*, vol. 27, nr. 4, pp. 331-351, 2019.
- [58] M. de Jong, M. Schoorl en H. Hoek, „Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a systematic review," *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 31, pp. 436-444, 2018.
- [59] M. de Jong, P. Spinhoven, K. Korrelboom, M. Deen, I. van der Meer, U. Danner en e. al., „Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: a randomized controlled trial," *International Journal of Eating Disorders*, vol. 53, nr. 5, pp. 717-727, 2020.
- [60] P. Hay, „Current approach to eating disorders: a clinical update.," *Internal medicine journal*, pp. 50(1), 24-29, 2020.
- [61] P. E. Kambanis en J. J. Thomas, „Assessment and treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder.," *Current Psychiatry Reports*, pp. 1-12, 2023.
- [62] R. Bryant-Waugh, R. Loomes, A. Munuve en C. Rhind, „Towards an evidence-based out-patient care pathway for children and young people with avoidant restrictive food intake disorder.," *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, pp. 31(1), 15-26, 2021.
- [63] British Dietetic Association ARFID Special Interest Group, „The role of the dietitian in the assessment and treatment of children and young people with Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): What you need to know when developing services.," *BDA: UK*, 2022.

- [64] A. Bialek-Dratwa, D. Szymanska, M. Grajek, K. Krupa-Kotara, E. Szczepanska, O. Kowalski en Szczepanska, E., Kowalski, O.; Bialek-Dratwa, A.; , „ARFID-strategies for dietary management in children.,” *Nutrients*, pp. 14(9), 1739, 2022.
- [65] J. J. Thomas, E. A. Lawson, N. Micali, M. Misra, T. Deckersbach en K. T. Eddy, „Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. ,” *Current psychiatry reports*, pp. 19, 1-9, 2017.
- [66] J. Couturier, L. Isserlin, M. Norris, W. Spettigue, M. Brouwers en M. e. a. Kimber, „Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders,” *Journal of Eating Disorders*, vol. 8, nr. 4, 2020.
- [67] C. Fisher, S. Skocic, K. Rutherford en S. Hetrick, „Family therapy approaches for anorexia nervosa.,” *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nr. 5, p. Art.No.: CD004780, 2019.
- [68] B. Van Heycop ten Ham, M. Hulsbergen en E. Bohlmeijer, „Whitepaper: Protocol Transdiagnostische factoren - Theorie en praktijk,” Boom Uitgevers, Amsterdam, Nederland, 2016.
- [69] C. Fairburn, Z. Cooper en R. Shafran, „Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a 'transdiagnostic' theory and treatment,” *Behaviour Research and Therapy*, vol. 41, pp. 509-528, 2003.
- [70] J. Pennesi en T. Wade, „A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions?,” *Clinical Psychology Reviews*, vol. 43, pp. 175-192, 2016.
- [71] S. Mulkens en A. Jansen, „Cognitieve gedragstherapie,” in *Handboek Eetstoornissen*, Utrecht, Nederland, De Tijdstroom, 2018, pp. 202-208.
- [72] Eetexpert, „Herkenning en aanpak van eet- en gewichtsproblemen. Draaiboek voor het CGG.,” Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Brussel, 2017.
- [73] L. Clausen en M. J. A. Lübeck, „Motivation to change in the eating disorders: A systematic review,” *International Journal of Eating Disorders*, pp. 755-763, 2013.

- [74] J. Prochaska en C. DiClemente, „Stages of change in the modification of problem behaviors.,” in *Progress in behavior modifications*, Newbury Park, Sage, 1992, pp. 184-218.
- [75] L. Lizarondo, „Evidence Summary. Anorexia Nervosa: Nutritional Management.,” The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid, 2020.
- [76] The Society for Adolescent Health and Medicine, „Position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: Medical Management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults.,” *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, pp. 121-125, 2015.
- [77] Danish Health Authority, „National Clinical Guideline for the treatment of anorexia nervosa: Quick guide,” 2016.
- [78] G. Resmark, S. Herpertz, B. Herpertz-Dahlmann en A. Zeeck, „Treatment of anorexia nervosa - new evidence-based guidelines,” *Journal of Clinical Medicine*, vol. 8, p. 153, 2019.
- [79] M. L. Norris, J. D. Hiebert en D. K. Katzman, „Determining treatment goal weights for children and adolescents with anorexia nervosa.,” *Paediatric Child Health*, pp. vol. 23, nr. 8, p. 551, 2018.
- [80] A. Garber, S. Sawyer, N. Golden, A. Guarda, D. Katzman, M. Kohn, L. G. D., S. Madden, M. Whitela en G. Redgrave, „A systematic review of approaches to refeeding hospitalized patients with anorexia nervosa.,” *International Journal of Eating Disorders*, vol. 49, nr. 3, pp. 293-310, 2016.
- [81] A. Hilbert, H. Hoek en R. Schmidt, „Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison,” *Curr Opin Psychiatry*, vol. 30, pp. 423-437, 2017.
- [82] T. Rocks, F. Pelly en P. Wilkinson, „Nutrition Therapy during Initiation of Refeeding in Underweight Children and Adolescent Inpatients with Anorexia Nervosa: A Systematic Review of the Evidence,” *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, vol. 114, pp. 897-907, 2014.
- [83] Royal College of Psychiatrists, „Medical Emergencies in Eating Disorders,” UK, 2022.

- [84] E. Marzola, J. Nasser, S. S. P. Hashim en W. Kaye, „Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: Review of the literature and implications for treatment,” *BMC Psychiatry*, vol. 13, p. 290, 2013.
- [85] Hoge Gezondheidsraad, „Voedingsaanbevelingen voor de Belgische volwassen bevolking met een focus op voedingsmiddelen - HGR. NR. 9284.,” Hoge Gezondheidsraad, Brussel, 2019.
- [86] Royal Australian and New Zealand Collega of Psychiatrists, „Clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders,” *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 48, nr. 11, pp. 977-1008, 2014.
- [87] Vlaams Instituut Gezond Leven, „Overzichtstabel aanbevelingen voeding per leeftijdsgroep,” VIGeZ, 2014. [Online]. Available: <https://www.gezondleven.be/thema/voeding/voedingsadvies-op-maat/levensfase/voedingsadvies-voorkinderen-van-6-tot-12-jaar/voedingsaanbevelingen-voor-kinderen-van-6-tot-12-jaar>. [Geopend 23 november 2023].
- [88] J. Vanderlinden, G. Pieters, M. Probst en J. Norré, „Protocollaire behandeling van patiënten met Boulimia Nervosa,” in *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*, Amsterdam, Uitgeverij Boom, 2011, pp. 407-452.
- [89] B. Cook, S. Wonderlich, J. Mitchell, R. Thompson, R. Sherman en K. McCallum, „Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines,” *Med Sci Sports Exerc*, vol. 48, nr. 7, pp. 1408-1414, 2016.
- [90] S. Khalsa, L. Portnoff, D. McCurdy-McKinnon en J. Feusner, „What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa.,” *Journal of Eating Disorders*, vol. 5, p. 20, 2017.
- [91] R. Berends, A. van Elburg en B. van Meijel, „Richtlijn Terugvalpreventie Anorexia Nervosa,” Altrecht Eetstoornissen Rintveld, Zeist, 2018.
- [92] T. Berends, N. Boonstra en A. van Elburg, „Relapse in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis,” *Curr Opin Psychiatry*, vol. 32, 2018.
- [93] J. Bloks, E. Furth en H. Hoek, *Behandelingsstrategieën bij Anorexia Nervosa.*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1999.

- [94] Royal College of Psychiatrists, „Junior MARSIPAN: Management of really sick patients under 18 with Anorexia Nervosa,” 2012.
- [95] National Institute for Health and Care Excellence, „Quality Standard: Eating Disorders,” National Institute for Health and Care Excellence, 2018.
- [96] M. S. Faith, K. S. Scanlon, L. L. Birch, L. A. Francis en B. Sherry, „Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status.,” *Obes Res*, pp. 1711-22, 12(11) Nov 2004.
- [97] C. V. Farrow, E. Haycraft en J. M. Blissett, „Teaching our children when to eat: how parental feeding practices inform the development of emotional eating--a longitudinal experimental design.,” *Am J Clin Nutr*, pp. 101(5):908-13, May 2015.
- [98] J. M. Ellis, A. T. Galloway, R. M. Webb en D. Martz, „Recollections of pressure to eat during childhood, but not picky eating, predict young adult eating behavior.,” *Appetite*, pp. 97:58-63, 1 Feb 2016.
- [99] E. Moens en J. Vandewalle, „Over selectieve eters: een strijd aan tafel,” *Psychopraktijk*, vol. 3, pp. 16-19, 2011.
- [100] K. Carpenter en M. Garfinkel, „Home and Parent Training Strategies for Pediatric Feeding Disorders: The Caregivers' Perspective.,” *The Open Journal of Occupational Therapy*, pp. 9(1) 1-21, 2021.
- [101] G. I. Michell, C. Farrow, E. Haycraft en C. Meyer, „Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions.,” *Appetite*, pp. 60, 85-94, 2012.
- [102] E. Vrieze, „Nieuwe inzichten in de biologie van eetstoornissen bij adolescenten,” in *Kennisdag: De biologie van Eetgedrag in de Praktijk*, Leuven, 2020.
- [103] O. K. H. Storebø, E. Ramstad, C. Moreira-Maia, M. Holmskov, M. Skoog, T. Nilausen, F. Magnusson, M. Zwi en e. al., „Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials,” *BMJ*, vol. 351, p. h5203, 2015.
- [104] J. Lock, M. La Via en A. A. o. C. a. A. Psychiatry, „Practice parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders,”

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol. 54, nr. 5, pp. 412-425, 2015.

- [105] D. Rosen en A. A. o. P. C. o. Adolescence, „Clinical Report - Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents,” *Pediatrics*, vol. 126, nr. 6, pp. 1240-1253, 2014.