

Stappenplan



Zorg voor eetstoornissen op
diensten pediatrie van
algemene ziekenhuizen

2023

Auteurs: Prof. dr. Katrijn Brenning, Prof. dr. Barbara De Clercq, Jella Delee, dr. Taaike Debeuf (vzw Eetexpert.be) en dr. Rozemarijn Jeannin (vzw Eetexpert.be)

Projectcoördinatie: An Vandeputte (vzw Eetexpert.be)

Werkgroep: Dr. Katrien Maes (Kinder- en jeugdpsychiater ZNA UKJA); Dr. Annik Simons (kinder- en jeugdpsychiater ZNA Middelheim UKJA); Dr. Caroline Van Rossem (kinderarts ZNA Koningin Paola Kinderziekenhuis); Dr. Christine Van Hemelrijck (kinderarts OLV Aalst); Prof. Dr. Inge Gies (kinderarts en kinderendocrinoloog, UZ Brussel); Dr. Katrien Schoevaerts (psychiater, Alexianen Zorggroep Tienen); Lisa Cornelis, kinder- en jeugdpsychiater, UZ Brussel; Ursula Van den Eede, klinisch psycholoog-systeemtherapeut, UZ Brussel; Dr. Nathalie Segers (ZNA Koningin Paola Kinderziekenhuis); Dr. Sylvia Depoorter, (kinderarts-endocrinoloog, A.Z. Sint-Jan Brugge); Dr. Martine Docx (Kinderarts Koningin Paola Kinderziekenhuis Antwerpen), Dr. Tom Vercruysse (kinderarts, AZ Sint-Lucas Gent).

Indien u dit stappenplan wilt citeren, gebruik dan volgende verwijzing: Eetexpert (2023). Zorg voor eetstoornissen op diensten pediatrie van algemene ziekenhuizen - praktijkgericht stappenplan. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw).

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

Datum laatste update: december 2023

Woord vooraf

Eetstoornissen bij kinderen en jongeren zijn ernstige aandoeningen die een belangrijke impact hebben op het fysiek en psychosociaal functioneren van de patiënt. De afgelopen jaren, en in het bijzonder sinds COVID-19, kent de instroom van jonge patiënten met een eetstoornis op algemene diensten pediatrie een belangrijke toename, mede omdat de opname-capaciteit van gespecialiseerde eetklinieken voor kinderen en jongeren beperkt is en de wachtlijsten aldus doorgaans lang zijn. Toch is het snel opstarten van gespecialiseerde behandeling een belangrijke factor voor de prognose. Om algemene diensten pediatrie te ondersteunen, ontwikkelde kenniscentrum Eetexpert het stappenplan 'Zorg voor eetstoornissen op diensten pediatrie binnen algemene ziekenhuizen'.

Dit stappenplan heeft tot doel om artsen, verpleegkundigen, psychologen, diëtisten en begeleiders werkzaam op diensten pediatrie te ondersteunen met een evidence-based (zie [algemene werkwijze van Eetexpert](#)) praktijkgericht stappenplan rond de begeleiding van jonge patiënten met een eetstoornis, die opgenomen worden voor medische stabilisatie en hervoeding. Het stappenplan vertrekt hierbij van het vaak *acute karakter van het klinisch beeld* waarmee deze kinderen en jongeren zich op algemene diensten pediatrie presenteren, zowel op fysiek als psychologisch vlak. Tevens houdt het rekening met de *middelen die beschikbaar zijn* binnen algemene diensten pediatrie, en beoogt het op die manier haalbare doelen voorop te stellen binnen een opname-context van algemene pediatrie. Voor de (huis)arts is er ook het stappenplan '[eetproblemen en eetstoornissen huisarts](#)', waarin meer specifieke medische richtlijnen beschreven worden. Daarnaast is er ook de [MEED-richtlijn](#) [2] specifiek voor eetstoornissen. Deze hebben betrekking op medisch-specialistische zorg die zowel de klinische besluitvorming als de zorg en praktijk uniformeren. Vanuit een breder perspectief op eet- en gewichtsproblemen sluit dit stappenplan aan bij het [stappenplan basiskennis eetstoornissen en gewichtsproblemen kinderen](#), dat heel wat info bevat rond de oorzaken en gevolgen van eet- en gewichtsproblemen bij kinderen en jongeren. Geïnteresseerde lezers in deze algemene info of in richtlijnen rond ambulante begeleiding verwijzen we graag naar deze stappenplannen.

Het huidige stappenplan beoogt de multidisciplinaire behandeling te ondersteunen van volgende doelgroep:

Kinderen en jongeren die een eetstoornis hebben, die gepaard gaat met **ondergewicht, een snel gewichtsverlies en/of ondervoeding:**

- In de eerste plaats Anorexia Nervosa (AN); zowel het restrictieve type als het eetbuien/purgerende type [1]; (met de focus op de **leeftijdsgroep 10-15 jaar**)
- Bulimia Nervosa (BN)
- Andere eetstoornissen waarbij snel en ernstig gewichtsverlies optreedt, waardoor er nood is aan hervoeding (zoals ARFID¹);

... en waarvoor een opname in een pediatrische¹ setting noodzakelijk geacht wordt.

Voor dit stappenplan werd, naast op wetenschappelijke bronnen (zie referentielijst), in het bijzonder beroep gedaan op de [MEED richtlijn](#) ('Medical Emergencies in Eating Disorders') [2] alsook op praktijkervaringen van verschillende hulpverleners binnen het klinisch werkveld van algemene pediatrie, en een focusgroep van patiënten die het traject binnen een algemene dienst pediatrie hebben doorlopen, al of niet gevolgd door een traject in een gespecialiseerde eetkliniek.

Het stappenplan biedt een antwoord op volgende vragen:

- Wat is het profiel van kinderen en jongeren die terecht komen op een medisch-pediatrische afdeling? (hoofdstuk [1](#))
- Wanneer is opname op een medisch-pediatrische afdeling noodzakelijk omwille van medische stabilisatie? (hoofdstuk [2](#))
- Welke parameters zijn relevant in de de risico-inschatting met betrekking tot het refeeding syndroom? (hoofdstuk [2](#))
- Wat zijn de behandeldoelen binnen een medisch-pediatrische afdeling en hoe wordt de kans op succes geoptimaliseerd (hoofdstuk [3](#))?
- Hoe verloopt de hervoedingsfase? (hoofdstuk [4-5](#))
 - o Welke parameters worden opgevolgd om het hervoeden veilig te laten verlopen?
 - o Waaruit bestaat het eetplan?
 - Welk soort voeding wordt aangeboden?
 - Wanneer wordt sondevoeding ingezet?
 - Welke afspraken worden gemaakt rond eet- en beweeggedrag en inzet van sondevoeding?
 - o Naar welk gewicht wordt toegewerkt?
 - Wat is een minimaal gezond gewicht?
 - Wat is het gewenste tempo van gewichtstoename?

- Welke afspraken worden gemaakt rond wegen en gewichtstoename?
- Welke rol speelt het medisch-pediatriesch team in psychisch herstel tijdens de opname? (hoofdstuk [6-7](#))
 - Hoe kan gewerkt worden aan motivatie tot behandeling en herstel?
 - Welke psycho-educatie kan het team geven aan de patiënt en diens omgeving?
- Hoe kunnen ouders omgaan met de eetstoornis van hun kind, om een herstelbevorderende context te creëren? (hoofdstuk [8](#))
- Hoelang duurt de opname en wat zijn de ontslag-criteria voor jongeren met een (restrictieve) eetstoornis na opname op een medisch-pediatrische dienst? (hoofdstuk [9](#))
- Hoe verloopt de aansluiting met vervolgzorg na de opname? (hoofdstuk [9](#))

Dit stappenplan heeft volgende structuur:

1. **Hoofdstuk 1** bevat **algemene informatie rond eetstoornissen** en beschrijft de eigenheid van de populatie met een eetstoornis die terecht komt bij de kinderarts.
 2. **Hoofdstuk 2** geeft richtlijnen voor **lichamelijke anamnese en fysisch onderzoek** die helpend kunnen zijn in het **beslissingsproces tot opname** op de dienst pediatrie.
 3. **Hoofdstuk 3 t.e.m 8** gaan dieper in op verschillende aspecten van de **behandeling**, medisch en psychologisch.
 - a. **Hoofdstuk 3** beschrijft de **algemene behandelingsvisie** en behandeldoelen voor de begeleiding van eetstoornissen op de afdeling pediatrie, nadat de arts heeft beslist om de patiënt op te nemen.
 - b. **Hoofdstukken 4 en 5** geven handvatten voor de **medische aspecten** van de behandeling van een eetstoornis, meer bepaald medische stabilisatie, en herstel van eetgedrag en gewicht.
 - c. **Hoofdstuk 6 en 7** geven de **psychologische aspecten** van de behandeling van een eetstoornis die relevant zijn voor pediatrische afdelingen, meer bepaald werken aan motivatie, regels en structuur; en psycho-educatie rond eetstoornissen.
 - d. **Hoofdstuk 8** geeft suggesties rond **werken met het gezin**, om een herstelbevorderende behandelcontext te creëren.
 4. **Hoofdstuk 9**, tot slot, geeft concrete richtlijnen voor **ontslag en vervolgzorg**.
- Elk hoofdstuk kan als aparte pdf worden gedownload.

Verder worden in de bijlagen nog enkele concrete werkmaterialen toegevoegd.

Met dank aan alle jongeren en hun ouders die op weg zijn naar herstel en ons de toestemming gaven om ervaringen te verwerken in dit stappenplan.

Speciale dank aan L.M., die haar tekeningen ter beschikking stelde voor dit stappenplan om zo aan andere jongeren met een eetstoornis te tonen dat ze niet alleen zijn.

Dit ondersteuningsmateriaal werd ontwikkeld om zorg op maat bij de aanpak van eetstoornissen te ondersteunen. Het vervangt het klinisch oordeel van de arts of afdeling niet, wiens expertise het is de aanpak af te stemmen op de individuele noden van zijn patiënt. Eetexpert ontwikkelde dit ondersteuningsmateriaal voor pediatriediensten met uiterste zorg: u vindt wetenschappelijke onderbouw in bijhorende achtergrondtekst die werd gevalideerd door een expertengroep bestaande uit kinderartsen en gespecialiseerde artsen uit algemene, psychiatrische en universitaire ziekenhuizen. De gebruiker is zelf verantwoordelijk voor het gebruik van de gegeven informatie. Eetexpert kan niet aansprakelijk worden gesteld voor welke schade dan ook geleden door het gebruik van dit ondersteuningsmateriaal.

Inhoudstafel

1	INLEIDING EN BASISCONCEPTEN	13
1.1	VERSTOORD EETGEDRAG, EETPROBLEMEN EN EETSTOORNISSEN	13
1.2	TYOLOGIE VAN EETSTOORNISSEN VOLGENS DE DSM-5 DIE MEEST PREVALENT ZIJN OP EEN ALGEMENE AFDELING PEDIATRIE	15
1.2.1	ANOREXIA NERVOSA	15
1.2.2	BOULIMIA NERVOSA	17
1.2.3	ARFID	17
1.3	LICHAMELIJKE GEVOLGEN VAN EETSTOORNISSEN	18
1.3.1	SOMATISCHE GEVOLGEN VAN ONDERVOEDING	18
1.3.1.1	Adaptatieprocessen bij ondervoeding	19
1.3.1.2	Op korte termijn merkbare complicaties bij ondervoeding	21
1.3.1.3	Irreversibele complicaties van ondervoeding op lange termijn	24
1.3.2	SOMATISCHE GEVOLGEN VAN PURGEERGEDRAG	24
1.3.3	SOMATISCHE GEVOLGEN VAN EEN EETBUI	25
1.4	PSYCHOLOGISCHE GEVOLGEN VAN EEN EETSTOORNIS	25
1.4.1	IMPACT OP DENKEN, VOELLEN EN DOEN	25
1.4.2	IMPACT OP IDENTITEIT EN LICHAAMSBEELD	26
1.4.3	IMPACT OP SOCIALE RELATIES EN HET GEZIN	27
1.5	RISICO- EN BESCHERMENDE FACTOREN IN DE ONTWIKKELING VAN EEN EETSTOORNIS	28
1.6	PREVALENTIE EETSTOORNISSEN	29
2	LICHAMELIJKE ANAMNESE EN KLINISCH ONDERZOEK BIJ AANMELDING PEDIATRIE	30
2.1	LICHAMELIJK FUNCTIONEREN	32

2.1.1	KLINISCH ONDERZOEK	33
2.1.2	TECHNISCHE ONDERZOEKEN	36
2.2	PSYCHOSOCIAAL FUNCTIONEREN	39
2.2.1	(HETERO)ANAMNESE	39
2.2.1.1	Vragen	40
2.2.2	VRAGENLIJSTEN	42
2.3	IS OPNAME OP DE AFDELING PEDIATRIE AANGEWEEZEN?	43
2.3.1	OPNAMECRITERIA	44
2.3.2	WAT ALS HET KIND OF DE JONGERE NIET OPGENOMEN WIL WORDEN?	48
3	ALGEMENE BEHANDELVISIE	49
3.1	STEPPED CARE	49
3.2	MULTIDISCIPLINAIRE WERKING	49
3.3	EEN GEMEENSCHAPPELIJKE TEAMVISIE	50
3.4	EEN WARM EN HELDER ONTHAAL	51
3.4.1	ALGEMENE KENNISMAKING MET HET GEZIN BIJ OPNAME	51
3.4.2	ALGEMENE AFSPRAKEN INFOBROCHURE BESPREKEN MET DE PATIËNT EN ZIJN/HAAR CONTEXT	52
3.4.3	HET ZICH EIGEN MAKEN VAN DE KAMER	52
3.4.4	PRAKTISCHE AFSPRAKEN MET DE CONTEXT	53
3.5	BEHANDELDOELEN OP DE MEDISCH-PEDIATRISCHE AFDELING	54
4	MEDISCHE STABILISATIE	56
4.1	HET BEPALEN VAN HET MINIMAAL GEZOND GEWICHT	56
4.1.1	HOE BEOORDEEL JE (ONDER)GEWICHT BIJ KINDEREN EN JONGEREN?	56
4.1.2	WAT IS HET GEWICHTSDOEL? VERSCHIL TUSSEN MINIMAAL GEZOND GEWICHT (MGG) EN OPTIMAAL GEWICHT (OG)	59
4.1.3	WEEGMOMENTEN	62

4.2	VEILIG HERVOEDEN	62
4.2.1	MEDISCHE OPVOLGING TIJDENS DE BEHANDELING	62
4.2.2	AANDACHTSPUNTEN TIJDENS DE HERVOEDINGSFASE	68
4.2.2.1	Refeeding syndroom	68
4.2.2.2	Mogelijke lichamelijke klachten tijdens de hervoedingsfase	70
5	HERSTEL VAN EETGEDRAG EN GEWICHT	75
5.1	VOEDINGSHERSTEL EN HET BEGELEIDEN VAN EET- EN DRINKMOMENTEN	75
5.2	VOEDINGSADVIES EN METHODEN VAN HERVOEDEN	77
5.2.1	HET GEBRUIK VAN SONDEVOEDING	78
5.2.1.1	Keuzes omtrent sondevoeding	80
5.2.1.2	Het aanbrengen en al of niet (tussentijds) verwijderen van de sonde	82
5.2.2	RICHTLIJNEN OMTRENT CALORISCHE OPBOUW	83
5.2.2.1	Startwaarde	84
5.2.2.2	Toenamewaarde	85
6	WERKEN AAN MOTIVATIE TOT HERSTEL	88
6.1	MOTIVEREN VAN DE PATIËNT	88
6.1.1	AUTONOMIE	89
6.1.1.1	Belang van empathie en nieuwsgierigheid	89
6.1.1.2	Maak de patiënt deelgenoot van het proces	90
6.1.1.3	Geef duiding bij structuur en regels	91
6.1.2	VERBONDENHEID	92
6.1.2.1	Invoegen in de leefwereld van de patiënt	92
6.1.2.2	Onvoorwaardelijke acceptatie	93
6.1.2.3	Gebruik de kracht van relaties	93
6.1.3	COMPETENTIE	95

6.1.3.1	Werk in kleine stappen	95
6.1.3.2	Werk krachtgericht	96
6.1.3.3	Duidelijke structuur en regels	96
6.2	MOTIVEREN VAN HULPVERLENERS	97
6.2.1	AUTONOMIE	99
6.2.2	VERBONDENHEID	99
6.2.3	COMPETENTIE	100
7	AANZET TOT PSYCHOLOGISCHE GROEI	101
7.1	PSYCHO-EDUCATIE	101
7.2	EMOTIEREGULATIE	110
7.2.1	ACCEPTATIE	111
7.2.2	ZELFKENNIS	111
7.2.3	AFLEIDING EN RELAXATIE	112
7.2.4	SOCIALE STEUN ZOEKEN	113
7.2.5	OMGAAN MET GEDACHTEN: HEREVALUATIE EN DEMONTAGE TECHNIEKEN	113
7.3	ZELFBEELD	114
7.3.1	LICHAAMSBEELD EN LICHAAMSONTEVREDENHEID	114
7.3.2	LICHAAMSBEELD EN MEDIAGEBRUIK	117
7.4	IDENTITEIT	117
7.5	REGELS EN STRUCTUUR	118
7.5.1	ALGEMENE STRUCTUUR VAN DE BEHANDELING	118
7.5.2	DAGDAGELIJKSE REGELS EN STRUCTUUR	121
7.5.2.1	Huisregels omtrent de dagstructuur	121
7.5.2.2	Huisregels in verband met compenserende en zelfdestructieve gedragingen	122
7.5.2.3	Huisregels omtrent het contact met thuis en sociale contacten	126

8	WERKEN MET DE CONTEXT	128
8.1	INFORMEREN	128
8.2	AANLEREN EN OEFENEN VAN VAARDIGHEDEN	130
8.3	OULDERS ONDERSTEUNEN OM DE (EMOTIONELE) IMPACT VAN DE EETSTOORNIS TE MINIMALISEREN	133
8.3.1	PSYCHOLOGISCHE, SOCIALE EN FINANCIËLE ONDERSTEUNING	133
8.3.2	INZETTEN VAN PROBLEEMOPLOSSENDE STRATEGIEËN OM NORMALE LEVENSPATRONEN TE BEHOUDEN	134
8.3.3	ONDERSTEUNEN EN BESCHERMEN VAN BROERS EN ZUSSEN	134
9	DE OVERGANG NAAR HUIS EN AMBULANTE VERVOLGZORG	135
9.1	HET AMBULANT ZORGPLAN	136
9.2	HET OPBOUWEN VAN DE OVERGANG NAAR HUIS	137
9.2.1	ONTSLAG VOORBEREIDEN BIJ ANOREXIA/BOULIMIA NERVOSA	137
9.2.2	ONTSLAG VOORBEREIDEN BIJ ARFID	138
9.2.3	WAT INDIEN TERUGKEER NAAR HUIS ONVEILIG IS?	138
10	REFERENTIES	140
11	BIJLAGEN EN EDUCATIEF MATERIAAL	150
11.1	BIJLAGE 1. VOORBEELD ONTHAALBROCHURE	150
11.2	BIJLAGE 2. TERUG NAAR HUIS: AANDACHTSPUNTEN IN FUNCTIE VAN VERDER HERSTEL EETSTOORNIS	156
11.3	BIJLAGE 3. FICHE EETCOMPETENTIES	159
11.4	BIJLAGE 4. VOORBEELD VAN EEN DAGSCHEMA VOOR EEN PATIËNT MET EEN EETSTOORNIS OP EEN ALGEMENE DIENST PEDIATRIE	161
11.5	BIJLAGE 5. ILLUSTRATIES EN EDUCATIEF MATERIAAL	162
11.6	BIJLAGE 6. MINIMAAL GEZOND GEWICHT EN OPTIMAAL GEWICHT	167
11.7	BIJLAGE 7. RISICOBEOORDELING VOOR DE BEOORDELING VAN DREIGEND LEVENSGEVAAR [2]	171

1 Inleiding en basisconcepten

1.1 Verstoord eetgedrag, eetproblemen en eetstoornissen

Eetgedrag wordt gezien als een deelaspect van leefgedrag (gezonde leefstijl) dat je moet leren. Net zoals we leren slapen, spelen, werken, moeten we ook vaardigheden ontwikkelen om goed te leren eten. Competent eetgedrag [3] wordt samengevat voor Vlaanderen als de 4 G's:

- **GEREGELD**: De vaardigheid structuur heeft te maken met alles rond het plannen en organiseren van maaltijden
- **GENIETEN**: De vaardigheid attitude heeft te maken met alles rond het plezier dat eten en voeding mag geven.
- **GEVARIEERD**: De vaardigheid variatie heeft te maken met de mate van variatie in het voedingspatroon, en het durven nieuwe voedingsmiddelen uitproberen zonder al te veel schrik.
- **GENOEG**: De vaardigheid regulatie heeft te maken met het luisteren naar wat je lichaam nodig heeft bij zijn groei, het luisteren naar interne honger en verzadigingssignalen van ons lichaam.

De vier vaardigheden kunnen niet zonder elkaar; allen zijn nodig om te kunnen spreken van gezond of competent eetgedrag. De 4 G's worden samengenomen onder de term 'Eetcompetentie'.

Heel wat kinderen en jongeren maken wel eens een tijdelijke hapering door in het eetgedrag, die te plaatsen is binnen een normaal ontwikkelingstraject of specifieke uitdagingen binnen dit traject, maar geen probleem veroorzaakt in hun groei of ontwikkeling. Fluctuaties in de voedselinname zijn immers eigen aan de ontwikkeling van het kind. Het *tijdsaspect* (duur) en *impact* van de hapering op de groei van het kind of jongere zijn hierbij belangrijke factoren om de tijdelijke hapering al dan niet te beschouwen als een eetprobleem of een eetstoornis [4].

Eet- en voedingsproblemen zijn haperingen in het eetgedrag (bijvoorbeeld niet willen, kunnen, durven of mogen eten en drinken) die langer duren (tijdsaspect tijdelijke hapering eetgedrag) en niet meer gezien worden als 'horend bij de normale ontwikkeling'. Het eetmoment verloopt moeilijk, maar buiten de eetmomenten is er weinig impact [4]. Een voedingsprobleem gaat samen met 'gevoed worden', en hoort meestal bij de leeftijdsgroep tussen 0-6 jaar [5].

Eet- en voedingsstoornissen bevatten bovenop het centraal verstoord eetgedrag, ook nog verschillende andere componenten, en zijn dus multifactorieel. Dit verstoord eetgedrag gaat niet enkel over gewijzigde voedselinname (een eetprobleem). Bij eetstoornissen zoals anorexia nervosa en boulimia nervosa speelt ook een verstoord lichaamsbeeld mee (bv. over-evaluatie van gewicht en lichaamsvormen), alsook psychologische kwetsbaarheden (bv. laag zelfwaardegevoel, perfectionisme, identiteitsproblemen), contextuele factoren (sociale isolatie, bepaalde gezinsdynamieken en/of hechtingsproblematieken); en fysieke comorbiditeiten (zoals, spijsverteringsproblemen, osteoporose en cardiale problemen). Bij ARFID is er geen verstoord lichaamsbeeld, maar wel een impact op het fysiek (ondervoeding en gewicht) en sociaal functioneren (denk aan spanningen rond diverse (sociale) eetsituaties). Het spreekt dus voor zich dat de behandeling van een eetstoornis een multidisciplinaire aanpak vereist. We spreken dus van een stoornis op het moment dat de symptomen een beperking geven in het functioneren op een aantal domeinen zoals lichamelijke gezondheid, functioneren binnen het gezin, schools functioneren, op sociaal gebied,...

De meest voorkomende [eetstoornissen bij jongeren tussen 10 en 15 jaar, de doelgroep van dit stappenplan](#), zijn (1) **anorexia nervosa**, waarbij we een restrictief type (AN-R) en een eetbuien/purgerend type (AN-BP) onderscheiden, (2) **boulimia nervosa**, en (3) de **eetbuistoornis**. Recent is er ook meer aandacht voor ARFID, het Engelstalige acroniem van de (4) *vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis*. Anorexia nervosa van het restrictieve type wordt gekenmerkt door **restrictief eet(- en drink¹)gedrag** en een sterke controledrang. Bij anorexia nervosa van het eetbuien-purgerende type, en boulimia nervosa, zien we twee verstoord eetgedragingen, namelijk **compensatiegedrag** en **eetbuien**. Bij de eetbuistoornis zien we enkel eetbuien, zonder compensatiegedrag [6]. De aard van de eetbuien verschilt wel enigszins. Bij anorexia nervosa (AN-BP) gaat het eerder over subjectieve eetbuien, waarbij er controleverlies is maar de hoeveelheid voedsel die gegeten wordt vaak géén objectief grote hoeveelheid is. Bij boulimia nervosa en de eetbuistoornis gaat het om objectieve eetbuien, waarbij er controleverlies optreedt én een objectief grote hoeveelheid voedsel wordt gegeten [7]. Toch dient opgemerkt te worden dat ook bij AN objectieve eetbuien kunnen voorkomen. Bij ARFID is er sprake van ondervoeding, zoals bij AN, maar niet van een verstoord lichaamsbeeld als drijvende kracht [8]. In het stuk hieronder worden de verschillende eetstoornissen meer in detail besproken.

¹ Er kan ook restrictie zijn in vochtinname.

Een eetprobleem/eetstoornis kan zich uiten in een **gewichtsprobleem**, maar dat is niet noodzakelijk zo. Sommige eetproblemen en eetstoornissen hebben geen zichtbaar effect op het gewicht. Bij anorexia nervosa is er ondergewicht of een sterke gewichtsval (op korte tijd)², boulimia nervosa kan voorkomen bij een normaal gewicht of kan gepaard gaan met overgewicht. De eetbuistoornis gaat vaak gepaard met overgewicht of obesitas; terwijl ARFID kan voorkomen bij ondergewicht, normaal gewicht of overgewicht. De afwezigheid van een gewichtsprobleem wil dus niet per definitie zeggen dat er geen eetprobleem of -stoornis is.

1.2 Typologie van eetstoornissen volgens de DSM-5 die meest prevalent zijn op een algemene afdeling pediatrie

In het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; [8]), worden meerdere voedings- en eetstoornissen onderscheiden; namelijk anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuistoornis, vermijdende of restrictieve voedselintakestoornis (ARFID) en – de hier niet verder behandelde – pica en ruminatiestoornis. Hieronder volgt een korte samenvatting van de meest relevante diagnoses op een pediatrie-afdeling, met name anorexia nervosa, boulimia nervosa en ARFID [6].

1.2.1 Anorexia nervosa

Bij anorexia nervosa is de intense vrees om aan te komen in gewicht, behoefte om gewicht te verliezen, of de angst voor verandering van (een deel van) het lichaam zo sterk, dat de patiënt de energie-inname kan beperken tot minder dan de behoefte. Dit resulteert in een opmerkelijk laag lichaamsgewicht in verhouding tot de lengte, leeftijd, gender, ontwikkelingstraject en de lichamelijke gezondheid van de jongere.

Naast het minder eten kan er ook ander aanhoudend gedrag om gewichtstoename te voorkomen aanwezig zijn (zelfs bij een opmerkelijk laag gewicht), zich uitend in:

- onnodig heruitvoeren van taken
- rusteloze hyperactiviteit
- langdurig blijven rechtstaan
- in het geheim bewegen (bv nachtelijk sporten via sit-ups in bed)

² Bij atypische anorexia nervosa kan er snel gewichtsverlies zijn, zonder dat iemand ondergewicht heeft, bv. als de patiënt kampte met obesitas en sterk afvalt. Deze vorm van anorexia nervosa is dus niet minder ernstig.

- koude opzoeken (om zo gewicht te verliezen), bv. leunen tegen het raam, wandelen met lichte kledij aan
- extreem sporten

Hierbij bepaalt de hoeveelheid beweging vaak de hoeveelheid 'toegelaten' calorie-inname en omgekeerd. De beweegdrang houdt aan, ondanks blessures, pijn, vermoeidheid, en duizeligheid. Het sporten of bewegen verhindert sociale – en onderwijsactiviteiten; en er is een toegenomen angst wanneer beweging niet mogelijk is.

Bovendien is er een verstoring in de wijze waarop de betrokkene zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm ervaart; bijvoorbeeld een onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm op de zelfwaardering, of een aanhoudend gebrek aan inzicht of het niet onderkennen van de ernst van het actuele lage lichaamsgewicht. Wat tenslotte vaak in de praktijk gezien wordt, is dat de persoon met anorexia nervosa een preoccupatie kan hebben met extreem gezond eten, met koken (voor anderen) en met de exacte energie-inname (het tellen van kilocalorieën) [6, 8].

Bij anorexia nervosa worden twee types onderscheiden; namelijk het eetbuien/purgerende type (AN-BP), waarbij er sprake is van eetbuien of purgeergedrag (bv. zelfopgewekt braken, misbruik van laxemiddelen, misbruik van diuretica) en het restrictieve type (AN-R), waarbij eetbuien of purgeergedrag niet voorkwamen de voorbije 3 maanden, en het ondergewicht voornamelijk gecreëerd wordt door lijnen, vasten en overmatige lichaamsbeweging.

Bij jonge tieners grijpt anorexia nervosa wat anders in dan bij (jong)volwassenen. Zo is er bij jonge tieners allereerst meer risico op groeivertraging, of zelfs een volledige groeistop, voornamelijk premarche. Kinderen onder de 12 jaar stoppen vaak abrupt met eten of drinken, vertonen sneller en meer gewichtsverlies, schatten minder goed de ernst van hun ziekte in, en er is ook meer comorbide psychopathologie (zoals depressie, obsessief-compulsieve stoornis of andere angststoornissen, ASS). Anderzijds compenseren kinderen onder de 12 jaar wel minder via braken of laxeren, en zijn ze tijdens het herstelproces algemeen gezien minder angstig om in gewicht toe te nemen.

Wanneer een jongere op een medisch-pediatrische afdeling terechtkomt, gaat het meestal over een **anorexia nervosa** problematiek. Dit heeft te maken met de gemiddeld vroegere aanvangsleeftijd van deze stoornis (ongeveer 1/5 van de patiëntengroep ontwikkelt eerste symptomen tussen 10 en 14 jaar) in vergelijking met boulimia nervosa of de eetbuistoornis, die doorgaans ontstaan aan het einde van de adolescentie of in de jongvolwassenheid en terechtkomen op afdelingen voor volwassenen. Het gaat dus doorgaans over patiënten met (ernstig) ondergewicht waarvan het klinisch beeld achteruitgegaan is (zoals gewichtsevolutie, groeistop, bloedwaarden, bloeddruk, hartslag, lichaamstemperatuur), en die nood hebben aan medische stabilisatie.

1.2.2 Boulimia nervosa

Boulimia nervosa kenmerkt zich door terugkerende episodes van eetbuien met terugkerend compensatiegedrag om gewichtstoename te voorkomen.

In DSM-5 [8] worden volgende criteria onderscheiden (vrije vertaling):

- Terugkerende episodes van eetbuien, waarbij een eetbui wordt gekenmerkt door:
 - o Eten in een afgebakende tijdsperiode (bijvoorbeeld 2 uur) van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen zouden eten gedurende dezelfde tijd onder dezelfde omstandigheden.
 - o Een gevoel van gebrek aan controle over het eten gedurende die episode (bijvoorbeeld een gevoel dat men niet kan stoppen met eten; geen controle over wat of hoeveel men eet).
- Terugkerend ongepast compensatiegedrag om gewichtstoename te voorkomen, zoals zelf opgewekt braken, misbruik van laxeremiddelen, diuretica, of andere medicatie, vasten, of excessief bewegen.
- De eetbui en het ongepaste compensatiegedrag komen allebei gemiddeld (minstens) één keer per week voor in de laatste drie maanden.
- De zelfwaardering wordt onevenredig sterk beïnvloed door het figuur en het gewicht.
- De verstoring vindt niet alleen plaats gedurende episodes van anorexia nervosa.

Redenen om kinderen en jongeren met boulimia nervosa op te nemen kaderen voornamelijk in het kader van ernstige ondervoeding en/of lichamelijke gevolgen van het compensatiegedrag (bv. ernstig verstoorde kaliumniveaus ten gevolge van veelvuldig braken).

1.2.3 ARFID

Personen met ARFID eten te weinig (volume, bv. minder vaak eten dan anderen of te snel stoppen met eten), te eenzijdig (ze beperken de soorten voedsel) of beide. Deze eetstoornis wordt het meest gerapporteerd bij jonge kinderen, maar komt voor bij personen van alle leeftijden [8, 123, 124].

Kenmerkend aan ARFID is dat, omwille van het vermijdende/restrictieve karakter, er sprake is van een langdurige tekortkoming van de voedings- en/of energiebehoeften. ARFID kan zich uiten in verschillende subtypes: (1) kieskeurig eten, waarbij het individu vnl. een sensorische aversie heeft van bepaalde voedingsmiddelen, (2) gebrek aan interesse in voeding en (3) angst voor aversieve gevolgen ten gevolge van het eten van bepaalde voedingsmiddelen. Vaak komen patiënten met ARFID in de problemen bij de aanvang van

de groeispurt, doordat hun energie-inname de grotere energiebehoefte in deze levensfase niet meer dekt. Dan kan dit aanleiding geven tot gewichtsverlies en groeivertraging. Belangrijk, dit verstoorde eetgedrag wordt niet veroorzaakt door een verstoord zelfbeeld zoals wel het geval is bij de eetstoornissen anorexia en boulimia nervosa [8]. ARFID komt vaak comorbide voor met ASS.

1.3 Lichamelijke gevolgen van eetstoornissen

Eetstoornissen hebben een belangrijke lichamelijke component. Zo kunnen de kernsymptomen (restrictief eten, purgeergedrag, en eetbuien) zowat elk orgaansysteem beïnvloeden met mogelijke ernstige medische complicaties als gevolg. Deze complicaties kunnen voortkomen uit ondervoeding ten gevolge van restrictief eten, de hoeveelheid en/of snelheid van het gewichtsverlies (gewichtsafname over de tijdseenheid), of de compenserende gedragingen (purgeergedrag, overmatig beweeggedrag,...) [9, 10]. De meeste medische complicaties herstellen zich bij gewichtsnormalisatie en/of stoppen van purgeergedrag. Hieronder worden de somatische gevolgen van ondervoeding, purgeergedrag, en eetbuien verder toegelicht.

1.3.1 Somatische gevolgen van ondervoeding

Ondervoeding (en niet per se het laag gewicht/ondergewicht) ligt aan de oorzaak van een aantal lichamelijke symptomen bij anorexia nervosa en ARFID. Deze symptomen zijn vaak adaptaties aan het energietekort. Zo verstoort ondervoeding de stofwisseling (metabolisme), omdat het lichaam zijn verbruik aanpast aan de voedselinname. De verlaagde stofwisseling is een beschermingsmechanisme van het lichaam [11]. Bij aanhoudende ondervoeding faalt de adaptatie en weerspiegelen de symptomen de onmogelijkheid van het lichaam om de slechte voedingstoestand te compenseren [12, 13]. Het metabolisme daalt sterk, de lichaamstemperatuur kan niet op peil gehouden worden, en bijna elk orgaansysteem komt onder druk te staan [12]. Ook het honger- en het verzadigingsgevoel, die gestuurd worden vanuit de hypothalamus, geraken hierbij ontregeld. Ondervoeding gaat dus gepaard met heel wat hormonale veranderingen. Hieronder vind je een kort overzicht van de belangrijkste lichamelijke gevolgen van ondervoeding [o.b.v. 6, 12, 13, 14, 11, 12, 15, 16, 17, 18]. Doorgaans verdwijnen deze bij herstel van het eetgedrag, maar bij falende adaptatie kunnen ook ernstige complicaties optreden, vandaar het belang van een goede opvolging door een kinderarts.

1.3.1.1 Adaptatieprocessen bij ondervoeding

- De **ademhaling en de hartslag worden trager** (een polsslag van minder dan p3 conform leeftijd en geslacht [121]; zie [Tabel 1a](#) voor referentiewaarden) en de **bloeddruk daalt** [zie [Tabel 1b](#); 122]. Als gevolg hiervan voelen de patiënten zich dikwijls erg moe, duizelig en/of lusteloos.
- Doordat het metabolisme vertraagt, daalt de **lichaamstemperatuur**. Hierdoor gaan de handen en de voeten gemakkelijk blauw kleuren en koud aanvoelen. Soms treedt dit ook op bij de bovenarmen en onderbenen (livido reticulairis).
- Het verlaagde metabolisme speelt ook een rol bij **gastro-intestinale problemen**. Vertraagde maaglediging en spijsvertering dragen bij aan een opgeblazen gevoel bij de patiënten, soms refluxproblemen, en constipatie. Dit kan het herstel tot een normaal voedingspatroon hinderen.
- Bij een slechte voedingstoestand ziet men **broze nagels, uitdroging van de huid en verstoring van de haargroei**: het hoofdhaar valt gemakkelijk uit, terwijl elders sprake is van een donsachtige beharing (lanugo beharing) (gezicht, armen, borst en rug).
- Door extreme vermagering ten gevolge van de ondervoeding kunnen ook **drukplekken en doorligwonden** ontstaan op de rug en stuit.
- Door de eenzijdige of beperkte voedselinname kan een **vertraagde maaglediging** alsook **constipatie** optreden. Hieruit kan een vraag naar laxeermiddelen voortkomen, met mogelijk misbruik hiervan, wat de constipatie nog erger maakt.
- **Eiwittekort** kan de vochtbalans verstoren en veroorzaakt oedeem ter hoogte van de buik, de onderbenen en voeten, en het gezicht. Dit wordt ook hongerooedeem genoemd.
- Bij pre-pubertaire kinderen is er vaak sprake van een uitgestelde puberteit en groeivertraging; en bij meisjes ook van een uitgestelde menarche. Bij adolescente meisjes kunnen **menstruatiestoornissen** optreden: de menstruatie is erg onregelmatig of blijft uit. Amenorroe kan optreden vóór gewichtsverlies, en de menstruatie hervat niet altijd parallel aan gewichtsherstel.

Tabel 1a. Referentiewaarden hartslag en ademhaling

Pediatric respiratory rate and heart rate lower limit, normal range, and upper limit by age*

Age	Respiratory rate (breaths/minute)			Heart rate (beats/minute)		
	Lower limit (1 st percentile)	Normal range (10 th to 90 th percentile)	Upper limit (99 th percentile)	Lower limit (1 st percentile)	Normal range (10 th to 90 th percentile)	Upper limit (99 th percentile)
0 to 3 months	25	34 to 57	66	107	123 to 164	181
3 to <6 months	24	33 to 55	64	104	120 to 159	175
6 to <9 months	23	31 to 52	61	98	114 to 152	168
9 to <12 months	22	30 to 50	58	93	109 to 145	161
12 to <18 months	21	28 to 46	53	88	103 to 140	156
18 to <24 months	19	25 to 40	46	82	98 to 135	149
2 to <3 years	18	22 to 34	38	76	92 to 128	142
3 to <4 years	17	21 to 29	33	70	86 to 123	136
4 to <6 years	17	20 to 27	29	65	81 to 117	131
6 to <8 years	16	18 to 24	27	59	74 to 111	123
8 to <12 years	14	16 to 22	25	52	67 to 103	115
12 to <15 years	12	15 to 21	23	47	62 to 96	108
15 to 18 years	11	13 to 19	22	43	58 to 92	104

* The respiratory and heart rates provided are based upon measurements in awake, healthy infants and children at rest. Many clinical findings besides the actual vital sign measurement must be taken into account when determining whether a specific vital sign is normal in an individual patient. Values for heart rate or respiratory rate that fall within normal limits for age may still represent abnormal findings that are caused by underlying disease in a particular infant or child.

Data from: Fleming S, Thompson M, Stevens R, et al. Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age: A systematic review of observational studies. *Lancet* 2011; 377:1011.

UpToDate®

Tabel 1b. Referentiewaarden bloeddruk [122]

For Children Aged 1–<13 y	For Children Aged ≥13 y
Normal BP: <90th percentile	Normal BP: <120/<80 mm Hg
Elevated BP: ≥90th percentile to <95th percentile or 120/80 mm Hg to <95th percentile (whichever is lower)	Elevated BP: 120/<80 to 129/<80 mm Hg
Stage 1 HTN: ≥95th percentile to <95th percentile + 12 mmHg, or 130/80 to 139/89 mm Hg (whichever is lower)	Stage 1 HTN: 130/80 to 139/89 mm Hg
Stage 2 HTN: ≥95th percentile + 12 mmHg, or ≥140/90 mm Hg (whichever is lower)	Stage 2 HTN: ≥140/90 mm Hg

1.3.1.2 Op korte termijn merkbare complicaties bij ondervoeding

- Door het tekort aan voeding (of een te hoog verbruik) kan een **hypoglycemie**, of een te laag suikergehalte in het bloed ontstaan. Deze toestand kan snel gecorrigeerd worden, maar ernstige hypoglycemie die niet tijdig wordt gecorrigeerd, kan leiden tot een hypoglycemische coma of kan zelfs dodelijk zijn (zeldzaam) [16, 19]. Symptomen van hypoglycemie zijn zweten, trillen, verwardheid, duizeligheid, slecht zien, hoofdpijn en irritatie.
- **Uitdroging** kan ook een gevolg zijn van een verminderde vochtinname, omdat patiënten naast hun voedselinname ook vaak hun vochtinname beperken. In ernstige gevallen kunnen patiënten **nierschade** (acute nierinsufficiëntie) oplopen [19]. Meestal betreft het prenale nierschade, echter wanneer langdurig aanwezig, dan kan het evolueren naar renale nierschade. Symptomen van uitdroging zijn droge mond, bloeddrukval bij het opstaan, duizeligheid en flauwvallen. Let op: Sommige patiënten drinken extreem veel water, bijvoorbeeld om hun gewicht te manipuleren. Dit kan gepaard gaan met een **tekort aan natrium**, die zeer ernstige gevolgen kan hebben, zoals bv. hyponatriemia, gezwollen voeten en benen, verwardheid, eetlustvermindering en uiteindelijk hersenschade [13, 19]. Bij hen dient vochtinname in eerste instantie extern gereguleerd te worden.
- **Cardiovasculaire complicaties** vormen een belangrijke entiteit binnen het klinische beeld van anorexia nervosa en vereisen een grondige uitwerking en follow-up. Structurele en functionele cardiale afwijkingen liggen hierbij aan de grondslag. In het kader hieronder wordt uitgebreider ingegaan op deze cardiovasculaire complicaties. Deze informatie is voornamelijk bedoeld voor kinderartsen.

Uitbreiding cardiovasculaire complicaties

De belangrijkste structurele cardiale veranderingen zijn een vermagering van de hartspier myocard (vnl. de linker kamer), prolaps van de mitraalklep, myocardiale fibrose en pericardeffusie.

- Atrofie van de hartspier, met verminderde ventriculaire wanddikte en een vermagering van de hartspier myocard resulteren in een verminderde cardiale output met gedaalde inspanningstolerantie en subjectieve vermoeidheid. Bij gewichtsherstel wordt een herstel van de cardiale contractiliteit en herwinning van de dikte van de hartspier verwacht over weken tot maanden.
- Mitraalklepprolaps kan resulteren in thoracale pijn en palpitaties. Prolaps kan verklaard worden doordat het structurele weefsel rond de mitraalklep niet atrofieert in tegenstelling tot een afname van het myocard rond de mitraalklep. Bij klinisch onderzoek kan er een laat-systolisch geruis met click worden vastgesteld.
- Myocardiale fibrose werd herhaaldelijk vastgesteld bij patiënten met anorexia nervosa. De klinische repercussie van dit fenomeen is nog niet opgehelderd. Hierbij ontstaat er littekenweefsel wat onomkeerbaar is, en ook in de toekomst het risico op ritmestoornissen met zich meebrengt.
- Pericardeffusie wordt regelmatig opgemerkt bij anorexia nervosa (23 tot 35 % van de patiënten). De oorzaak is vermoedelijk de vermagering van de hartspier waardoor er een holte ontstaat tussen het hartzakje en de hartspier. Deze holte wordt dan opgevuld met vocht. Ook verstoorde thyroïdwerking kan een rol spelen. Cardiale tamponade, een ernstige complicatie bij pericardvochtuitstorting in het algemeen, wordt ook (zeldzaam) beschreven bij AN en volledige remissie is te verwachten bij gewichtsherstel.

Uitbreiding cardiovasculaire complicaties

Significante functionele cardiovasculaire veranderingen zijn bradycardie, hypotensie, verminderde diastolische functie en verminderde variabiliteit van hartfrequentie.

- Bradycardie (hartfrequentie minder dan de vijfde percentiel volgens leeftijd en geslacht) wordt frequent gedetecteerd en een verhoogde parasympatische activiteit ligt aan de basis. Klinisch effect kan zich uiten in vermoeidheid, zwakte en 'ijl gevoel'. Bradycardie is een te verwachten symptoom bij anorexia nervosa en moet in se niet gecorrigeerd, maar wel gemonitord worden. Bij een hartfrequentie in rust van minder dan 40/minuut wordt hospitalisatie geadviseerd. Een plotse evolutie naar een 'normaal' hartritme bij anorexia nervosa vraagt medische aandacht: het kan verklaard worden door angst, bijwerking van medicatie maar kan ook een omineus teken zijn: hartdecompensatie in het kader van refeeding (hervoeden) syndroom.
- Er kan ook een tachycardie bestaan bij uiterste malnutritie of in kader van refeeding syndroom, bij te snel hervoeden.
- Op ECG kunnen ST en T-golf veranderingen, AV block en ventriculaire aritmie worden gezien, maar dit vooral in associatie met hypokaliëmie en hypomagnesiëmie.
- Hypotensie (waarde lager dan de vijfde percentiel volgens leeftijd en geslacht) uit zich als vermoeidheid en zwakte. Orthostasis (hypotensie bij houdingsverandering van lig/zit naar stand) kan voorkomen en is een teken dat de cardiale functie door AN werd gecompromitteerd.
- Abnormale werking van het autonoom zenuwstelsel kan de fysiologische variabiliteit van het hartritme reduceren. Bij hartfalen is dit verlies van variabiliteit een voorspeller van plots overlijden, maar ook in het kader van AN kan dit fenomeen geassocieerd zijn met plots overlijden.

Bronnen: [127, 128, 129]

1.3.1.3 Irreversibele complicaties van ondervoeding op lange termijn

- Bij prepubertaire kinderen en vroeg-adolescenten is het grootste risico **groeivertraging**, het **uitblijven van lengtegroei**, een **groeistop** en **uitgestelde puberteit** door een te lage calorie-inname en een tekort aan bepaalde mineralen en vitamines.
- Hormonale veranderingen geven aanleiding tot **stoornissen in puberteitsontwikkeling en potentiële vruchtbaarheidsproblemen op lange termijn**. De ondervoeding leidt tot stilvallen van de productie van gonadotrofines en dus uitblijven van de puberteit. Bij prepubertaire kinderen leidt dit tot een belangrijk groeivertraging. Bij reeds gestarte puberteit blijft de puberteitsspurts uit. De productie van oestrogenen die belangrijk zijn voor de botopbouw blijft uit. Hierdoor ontstaat het risico op osteoporose
- In combinatie met de hormonale stoornissen is er bij aanhoudende vermagering risico op **botontkalking** (osteopenie, osteoporose) vooral op jonge leeftijd, met groter risico op botbreuken bij mineur trauma.
- Ook in de **hersenen** worden veranderingen opgemerkt, waarvan de oorsprong niet altijd duidelijk is [11]. Het volume witte stof normaliseert zich meestal bij gewichtsherstel, maar de veranderingen in grijze stof lijken vaak te persisteren [12]. In extreme gevallen zijn witte stofletsels niet altijd reversibel (bv. bij zeer ernstige hypoglycaemie).

1.3.2 Somatische gevolgen van purgeergedrag

Er wordt in het algemeen een onderscheid gemaakt tussen 3 vormen van purgeergedrag: braken, misbruik van laxermiddelen, en misbruik van diuretica.

- Door braken, laxeren en gebruik van diuretica ontstaan stoornissen in de **elektrolytenhuishouding**, in het bijzonder een tekort aan kalium. Dit kan leiden tot nier- en leverbeschadiging, spierkrampen en hartritmestoornissen en zelfs tot hartfalen. Het kaliumgehalte dient daarom systematisch te worden opgevolgd bij elk vermoeden van purgeergedrag.
- Ten gevolge van overmatig drinken kan ook een waterintoxicatie optreden.
- Door braken en laxeren gaat er veel vocht verloren. Dit kan leiden tot **uitdrogingsverschijnselen** (duizeligheid en flauwvallen) en ook tot **oedeem** (vochtophoping). Gebruik van diuretica leidt daarnaast ook tot uitdroging en tot oedeem en zo tot de vicieuze cirkel van steeds meer plasmiddelen innemen.
- Door te purgeren gaan ook vitamines en mineralen verloren, zoals bv. Vitamine B12, foliumzuur,...
- Veelvuldig laxeren leidt tot **constipatie** en zo tot de negatieve spiraal van steeds meer laxeren.

- Het herhaalde contact met het zure braaksel tast het gebit, de keel en de slokdarm aan. Daarnaast kunnen ook de speekselklieren zwellen, vnl. de parotis.
- Braken wordt soms ook gestimuleerd door gebruik van bepaalde voorwerpen, waardoor een aspiratie van een vreemd voorwerp kan optreden, bv. een tandenborstel.

1.3.3 Somatische gevolgen van een eetbui

Eetbuien kunnen **maag- en darmklachten** veroorzaken, zoals een opgeblazen gevoel, buikpijn, maagzweren, maagulcus en zweren van de dunne darm. Ook ontsteking van de slokdarm is een mogelijk gevolg. Deze aandoeningen kunnen ernstig zijn (acute maagverwijding of scheur van de maagwand met als gevolg een mogelijk lek leidend tot mediastinitis, peritonitis) en kunnen in sommige gevallen (pancreatitis) een dringende medische interventie vereisen.

1.4 Psychologische gevolgen van een eetstoornis

Kinderen en jongeren met een eetstoornis lopen het risico op psychiatrische complicaties zoals cognitieve dysfunctie ten gevolge van ondervoeding, en psychiatrische co-morbiditeiten zoals depressie, angst, obsessieve compulsieve stoornis, zelfverwondend gedrag, en suicidale ideatie [10]. Hieronder worden de effecten van een eetstoornis op de psychosociale ontwikkeling van kinderen en jongeren in grote lijn weergegeven.

1.4.1 Impact op denken, voelen en doen

- Bij AN is een effect van lijnen en uithongering dat men **voortdurend in gedachten bezig is met voedsel en eten** en vaak over niets anders meer kan denken. Hoe langer men doorgaat met lijnen, hoe meer men geobsedeerd raakt door eten en gewicht [20]. Deze obsessie voor eten en gewicht kan zich reflecteren op verschillende vlakken. Cognitief gezien is men zich voortdurend bewust van wat er wanneer gegeten wordt, en wat dit betekent voor het lichaamsgewicht. Men kent vaak de calorie-waarde van alle voedingsmiddelen, is vaak systematisch bezig met het tellen van calorieën, en men ontwikkelt allerlei **rituelen** bij eten. Er ontstaat een zeer uitgesproken **zwart-wit denken** over voeding: bepaalde voedingsmiddelen zijn verboden (voornamelijk zoet en vet) en mogen niet gegeten worden, of worden enkel toegestaan tijdens eetbuien, of na extreem bewegen of vasten. Er ontstaat niet alleen dwangmatigheid met betrekking tot voedsel en/of gewicht. Het hele denken wordt gekenmerkt door **rigiditeit** (wat vaak afneemt eens de patiënt terug aankomt in gewicht of wanneer het eetpatroon zich herstelt).
- Andere reversibele cognitieve effecten van ondervoeding zijn een **vertraagde informatieverwerking, moeilijkheden met het kortetermijngeheugen, verminderde**

cognitieve flexibiliteit, concentratieverlies en aandachtsproblemen. Deze zaken vertalen zich in moeilijkheden in het verwerken van leerstof en/of het volgen van les.

- De **dagstructuur** wordt in het hoofd van patiënten met AN helemaal gepland rond eten en eetmomenten. Soms wordt de dagindeling zo strikt wat betreft eten, studeren, slapen, sporten, dat de persoon in kwestie het niet verdraagt als dit schema verstoord wordt of als anderen hier geen rekening mee houden. De dwangrituelen zijn vaak dermate groot dat men amper nog tot andere dingen komt. Deze dwangrituelen gaan vaak gepaard met sterke gevoelens van schaamte, die ze voor de buitenwereld verborgen trachten te houden, wat de stap naar hulpverlening extra moeilijk maakt [21]. Daarnaast kan men vaak moeilijk omgaan met onzekerheden en is er een overmatige focus op details [12].
- Op socio-emotioneel vlak kunnen **depressieve symptomen en angst** (paniekaanvallen) worden uitgelokt door het effect van ondervoeding op de werking van de hersenen. Zo kunnen ook bepaalde kwetsbaarheden die premorbide reeds aanwezig waren zoals lichte dwang, angst, stemmingsproblemen versterkt worden door de ondervoeding en ondergewicht. Trekken van ASS kunnen zich daarnaast ook ontwikkelen naar een sterk ASS beeld. Deze zaken verminderen meestal terug bij hervoeding en gewichtsherstel. Toch dient benoemd te worden dat dit een bidirectionele relatie betreft, want soms vormt de eetstoornis ook net een antwoord op de eerdere depressieve en angstklachten. Ook slaapproblemen treden vaak op, enerzijds ten gevolge van de lichamelijke adaptatie aan de ondervoeding [12, 13], en anderzijds bij AN ten gevolge van de hyper-focus op gewicht/voeding waarbij de rigide gedachten ook 's nachts niet kunnen worden gereguleerd.

1.4.2 Impact op Identiteit en lichaamsbeeld

- Streng lijngedrag en vermageren levert bij AN aanvankelijk sterke gevoelens van controle op. Gewichtsverlies geeft 'eindelijk' een gevoel van controle, die men in het dagelijks leven veelal is verloren door een mix van persoonsgebonden kwetsbaarheden en sociale factoren/veranderingen. Het gebrek aan zelfvertrouwen, de faalangst en/of het gevoel er niet bij te horen wordt 'opgelost' door af te vallen en te blijven afvallen richting een ideaalbeeld, waarvan men gelooft dat het een gevoel van diep geluk met zich mee zal brengen. Maar de angst om die controle weer te verliezen is groot. Het paradoxale is dat men na verloop van tijd steeds meer de controle verliest over de eigen lichamelijke behoeften en identiteit [21]. Het strenge lijngedrag evolueert aldus tot een oncontroleerbare/allesoverheersende angst voor voeding en gewichtstoename. Dit vasthouden aan **het extreem lijngedrag wordt een kernaspect van de identiteit**, en dit net in de transitiefase van de jongadolescentie waarin de identiteitsontwikkeling zich snel voltrekt.

- Daarnaast ervaren tieners met AN een lichaamsbeeld dat niet overeenstemt met de perceptie van anderen over hun lichaam. Een **verstoord lichaamsbeeld** is dan ook een centraal kenmerk van AN. Patiënten zijn overtuigd van de gedachte dat ze effectief overgewicht hebben of dat bepaalde delen van hun lichaam dik zijn (bv. buik of billen), ondanks een normaal of zelfs (extreem) ondergewicht. Het is belangrijk te weten dat deze lichaamsontevredenheid oprecht is, en deel uitmaakt van de eetstoornis. Door het gebrekkig ziekte-inzicht brengt dit vertekend lichaamsbeeld veel stress met zich mee bij de jongere. Heel kleine elementen kunnen een grote trigger vormen voor de activatie van negatieve emoties die samengaan met dit verstoord lichaamsbeeld.

1.4.3 Impact op sociale relaties en het gezin

- Het dagelijks leven wordt beheerst door de gevoelens, het denken en het gedrag rondom eten (en gewicht). Dit gaat na verloop van tijd **ten koste van het sociale leven**, immers bij elk contact met anderen bestaat het gevaar dat drinken of eten wordt aangeboden en/of de eventuele mogelijkheid tot compensatie niet voorhanden is. De sociale gevolgen blijven vaak niet uit: het wantrouwen ten aanzien van anderen groeit, er is sprake van verlies van vrienden, uitval op school, sociale isolatie en eenzaamheid [21]. De sociale isolatie treedt ook vaak op binnen het gezin. De jongere met de eetstoornis zondert zich vaak helemaal af van de gezinsleden, door veel tijd door te brengen op de eigen kamer. Vaak gaat het ook zo ver dat de jongere tracht om alle maaltijden alleen op de kamer te nuttigen.
- De eetstoornis tast niet alleen het sociale leven van de patiënt zelf aan, maar grijpt ook in op het leven van zijn/haar directe omgeving. Zo komt het **gezinsleven** vaak - onvermijdelijk - onder druk te staan doordat de eetstoornis wil beslissen waar, wanneer en wat er gegeten wordt. Het gezin moet omgaan met woede-uitbarstingen wanneer de patiënt geconfronteerd wordt met de lijn-strategieën of compensatiegedragingen [11, 22]. De eetstoornissymptomen komen aldus centraal te staan in het gezin dat vaak terecht komt in een modus van overleven in het hier-en-nu. Ouders rapporteren hoe de tijd als het ware tot stilstand is gekomen en hoe het dagelijks leven draait rondom de eetstoornis van hun kind. Het gezin verliest flexibiliteit om met situaties om te gaan. Hierdoor kunnen dysfunctionele patronen versterkt worden en worden normale levensfaseproblemen, waarbij de tienertijd vaak sowieso reeds extra uitdagingen met zich meebrengt, onoverkomelijk. Ouders ervaren heel vaak een groot gevoel van machteloosheid en verliezen het gevoel van ouderlijke competentie [23].

Opmerking: Het algemeen gezinsfunctioneren gaat achteruit, maar het is niet zo dat er een specifiek patroon bestaat voor gezinnen van een kind met een eetstoornis. Ouders ervaren de zorg voor hun kind met een eetstoornis wel negatiever dan ouders van kinderen met een andere ingrijpende psychiatrische stoornis of een chronische ziekte [24], mogelijks door de grote weerstand die patiënten met een eetstoornis vaak vertonen om tot gewichtstoename of meer variatie in voeding te komen. Meer en meer onderzoek toont aan dat de kans op herstel aanzienlijk groeit wanneer het gezin als hefboom gebruikt wordt om de ziekte te overwinnen (zie hoofdstuk 8: Werken met de context).

1.5 Risico- en beschermende factoren in de ontwikkeling van een eetstoornis

Het is moeilijk te voorspellen wie precies een ernstige eetproblematiek zal ontwikkelen. De **balans en het samenspel tussen risico-en beschermende factoren** is immers bepalend in de mate waarin men effectief een eetstoornis ontwikkelt [25, 26]. Typerend voor de adolescentie is dat de ontwikkelingsdynamiek van een eetstoornis zich aan een razendsnel tempo kan ontwikkelen, waarbij onderliggende kwetsbaarheden in interactie met negatieve levenservaringen **op heel korte tijd** geactiveerd kunnen worden en jongeren op enkele weken tijd een ernstige eetstoornis ontwikkelen.

Lichaamsontevredenheid en lijngedrag zijn typische risicofactoren voor het ontwikkelen van AN [27]. Daarnaast zijn risicofactoren voor eetstoornissen met vroege aanvangsleeftijd onder meer: prematuriteit (vroeggeboorte), voedings- en spijsverteringsproblemen in de kindertijd, psychopathologie in het gezin, een eet- of gewichtsprobleem bij de ouder, trauma, een angstgevoelig temperament bij het kind, comorbiditeit met angst, depressie, obsessief-compulsieve stoornis, of een ontwikkelingsstoornis zoals ASS [28, 29]. In onze Westerse maatschappij zien we bovendien dat de druk om slank te zijn al op jonge leeftijd 'doordringt' bij kinderen, en dat ook in de tweede helft van de lagere school zich bij heel wat kinderen bezorgdheden ontwikkelen rond gewicht en lichaamsvormen. Er werd bijvoorbeeld een duidelijk verband gevonden tussen het gebruik van sociale media en het voorkomen van verstoord eetgedrag en verstoorde cognities rond eten en gewicht, een relatie die op steeds jongere leeftijd bevestiging vindt [30, 31, 32]. Verder zijn er een aantal contexten waarin de druk om slank te zijn of om het gewicht en eetgedrag te controleren, nog meer uitgesproken zijn, zoals bij kinderen en jongeren die aan topsport doen. Er kan ook een verhoogde focus op voeding zijn vanuit medische redenen, zoals bij diabetes type 1, van waaruit verstoord eetgedrag kan ontstaan.

Naast risicofactoren, spelen ook beschermende factoren een belangrijke rol in het al dan niet ontstaan van een eetstoornis. Steunende gezins- en vriendschapsrelaties en gezinsmaaltijden binnen een positieve maaltijdsfeer zijn enkele belangrijke beschermende factoren [33].

Opmerking: De typische aanvangsleeftijd van AN is tijdens de puberteit. Het puberteitsniveau heeft echter louter een invloed op de timing van de stoornis, niet óf ze zich ontwikkelt [34]. Een reeds bestaande kwetsbaarheid vanuit het samenspel van risico- en beschermende factoren, kan getriggerd of versterkt worden door de lichamelijke en mentale veranderingen die typisch zijn voor de puberteit, waardoor negatief affect en lichaamsontevredenheid meer op de voorgrond komen en verstoord eetgedrag kunnen uitlokken. Een vroege menarche is dan ook een risicofactor voor een vroege aanvangsleeftijd van een eetstoornis [35].

1.6 Prevalentie eetstoornissen

De internationale HBSC-studie (Health Behaviour in School-aged Children) en de Vlaamse tak 'Jongeren en gezondheid' [36] toont dat Vlaamse jongeren vaak kampen met lichaamsontevredenheid en lijngedrag, twee belangrijke risicofactoren voor eetstoornissen. In 2022 vindt gemiddeld 43.3% van de meisjes en 24.4% van de jongens tussen 11 en 18 jaar zichzelf te dik. Bij meisjes die leiden aan obesitas rapporteert 63.5% ontevreden te zijn met haar lichaam en zich veel te dik te voelen. Daarnaast stelt 51.6% van de meisjes en 30.2% van de jongens tussen 11 en 18 jaar gedrag om af te vallen of vindt dat ze gewicht zouden moeten verliezen. Bij meisjes met overgewicht geeft 49% aan een dieet te moeten volgen; bij meisjes met obesitas is dit 40,7% [36; 37]. Het federale onderzoekscentrum voor volksgezondheid België [37], stelt dat de jongste leeftijdsgroep geïncludeerd in hun gezondheidsenquête (15-24 jaar) met 13,7% de hoogste prevalentie van eetstoornissignalen toont [37]. Tijdens de covid-19 pandemie waren deze prevalentiecijfers zelfs nog hoger. Tijdens de Covid-pandemie bleken er meer specifiek een groter aantal **aanmeldingen van early-onset anorexia nervosa** (= ontstaan van de symptomen voor de leeftijd van 13 jaar) op medische pediatrie-afdelingen, zowel in Europa als wereldwijd [38, 39, 40]. Deze stijging is deels te wijten aan een effectieve toename van anorexia nervosa bij jongeren, en anderzijds aan een betere screening en detectie [41].

2 Lichamelijke anamnese en klinisch onderzoek bij aanmelding pediatrie

Kinderen en jongeren met een eetstoornis komen doorgaans terecht op de polikliniek pediatrie na doorverwijzing door de huisarts. Veelal zijn het de ouders die zich zorgen maken omwille van snel en toenemend gewichtsverlies, veranderingen in gedrag, selectief en/of restrictief eetgedrag en fysieke uitputting. Daarnaast kunnen ook bezorgdheden rond vertraagde groei en ontwikkeling, eetbuien, menstruele onregelmatigheden, extreme pernio, livido reiculaire, syncope, hypotensie, gastro-intestinale symptomen (zoals verlies van eetlust, misselijkheid, constipatie), en veranderingen in de gemoedstoestand (irritatie, angst of depressie) een reden vormen voor het maken van een afspraak bij de kinderarts [2, 6, 42].

Bij (een vermoeden van) een eetstoornis dient, na de uitgebreide anamnese, allereerst een **uitgebreid fysiek onderzoek te gebeuren bij de patiënt(e), ten laatste binnen 5 werkdagen** na de aanmelding op de polikliniek pediatrie [44]. Echter, wanneer er duidelijke 'rode vlaggen' zijn dient dit sneller te gebeuren, en liefst dezelfde dag van aanmelding/opname. Dit uitgebreid onderzoek heeft als doel om de **andere onderliggende mogelijke medische oorzaken van ondergewicht of ondervoeding** vast te stellen en **mogelijke complicaties en overlijdensrisico te vermijden** [45]. Indien er reeds een diagnose van een eetstoornis vanuit ambulante therapie werd gesteld, dient men alsnog een medisch onderzoek plaats te laten vinden om de ernst in te schatten en deze informatie (gevolgen van een eetstoornis op het lichaam) nadien te integreren binnen de psycho-educatie voor de patiënt en zijn familie [6, 17]. Het is aldus een kerntaak van de pediater om met zijn expertise **organische oorzaken van vermagering uit te sluiten** (differentiaal diagnostisch denken, [2, 8, 9, 45]) en de piste van anorexia nervosa, ARFID of een andere eetstoornis te verkennen. Bovendien kunnen ook sociale oorzaken (zoals verwaarlozing, mishandeling, seksueel misbruik, cyberpesten, pesterijen op school) of andere psychiatrische oorzaken (zoals depressie of een andere psychiatrische stoornis) ten grondslag liggen aan het ondergewicht [6]. Ook deze factoren dienen aldus bevraagd te worden. In het kader hieronder lichten we meer specifieke medische informatie uit voor de kinderartsen.

Mogelijke somatische oorzaken voor het ondergewicht [2, 9]

- coeliakie
- chronische infecties
- malabsorptie
- diabetes mellitus type 1
- prikkelbare darmsyndroom
- cardiale aandoeningen
- hyperthyreoïdie
- ziekte van Addison
- intracranieel ruimte innemend proces
- oncologische oorzaken
- nierinsufficiëntie
- longproblemen
- metabole ziekten

OPM: zie ook [9] met Tabel 4, voor meer informatie over alternatieve diagnoses

Idealiter verloopt het onderzoek **multidisciplinair** met hulpverleners die elk hun expertise hebben in pediatrie, diëtetiek, en psychiatrische diagnostiek [14]. Toch is het belangrijk dat één iemand het dossier in handen neemt om alle informatie samen te brengen. Het is bovendien belangrijk dat **ouders of andere zorgfiguren** betrokken worden, tenzij dit niet onder veilige omstandigheden (zoals bij vermoeden van mishandeling) kan gebeuren, aangezien de patiënt zichzelf vaak niet als ziek ervaart en/of complicaties ontkent en/of deze zelf niet aanvoelt [2, 14]. Geef kinderen wel de kans om zelfstandig en onafhankelijk van hun zorgfiguren een (intake)gesprek te hebben en verzeker hen van de vertrouwelijkheid van het gesprek. Eerlijke communicatie omtrent het beperkt delen van informatie in functie van het verzekeren van de fysieke veiligheid van het kind is hierbij alsnog aangewezen [2]. Hiernavolgend wordt een overzicht gegeven van de te onderzoeken domeinen op het vlak van zowel lichamelijk (2.1) als psychosociaal (2.2) functioneren. Het hoofdstuk eindigt met de bespreking van een aantal inschattingscriteria die mede kunnen bepalen of een opname al dan niet aangewezen is voor een kind of jongere met (een vermoeden van) een eetstoornis (2.3).

2.1 Lichamelijk functioneren

Om **medische risico's, eetstoornissymptomatologie, co-morbide somatische problematiek, en alternatieve diagnoses** op te sporen, dient een volledig medisch onderzoek verricht te worden, met minstens een evaluatie van **groeiparameters en vitale parameters** (ademhaling, hartslag, bloeddruk, saturatie, capillaire refill) [9, 42]. Deze (individuele) bevindingen kunnen vervolgens ook gebruikt worden bij het geven van psycho-educatie over de negatieve gevolgen van de eetstoornis op het lichaam van de patiënt. Het is belangrijk op te merken dat er bij laboratoriumonderzoeken niet altijd afwijkingen gevonden worden, ook al is er (ernstige) ondervoeding aanwezig³. Een gebrek aan afwijkende waarden betekent dus niet dat de eetstoornis niet ernstig is [6, 42], en anderzijds kunnen bij ondervoeding bloedwaarden afwijkend zijn zoals bv. schildklierwaarden of lage gonadotrofines met bv. onmeetbaar laag oestradiol, zonder dat dit suppletie eist.

Er bestaat consensus dat, ongeacht de ernst of duur van een eetstoornisproblematiek, een **medisch onderzoek voorafgegaan moet worden aan eender welke vorm van behandeling**. Dit medisch onderzoek helpt bij de beoordeling van de lichamelijke toestand en moet tenminste een bloedonderzoek, urineonderzoek, ECG (EKG 12 afleidingen), en reconstructie van de groeicurve bevatten [6, 42]. In zijn volledigheid stellen we hieronder op basis van literatuur een onderzoeksbilan voor met zowel een klinisch als laboratorium onderzoek. In het kader lees je meer over wat de patiënt en zijn familie zoal kan verwachten van dit medisch onderzoek bij de kinderarts.

Verwachtingen van een gesprek of onderzoek bij de kinderarts [46]

- Is het gewichtsverlies (van mijn kind) ernstig?
- Wat zijn de gevolgen van ondergewicht op het lichaam (van mijn kind)?
- Kan met ondergewicht nog gesport worden, kunnen dagelijkse activiteiten zoals naar school gaan (door mijn kind)?
- Is opname (van mijn kind) nodig?
- Zijn er gevolgen op korte en/of lange termijn op het lichaam (van mijn kind)?
- (Waarom) Is een klinisch onderzoek nodig, als de bloedresultaten (van mijn kind) bij de huisarts in orde zijn?

³ Veel gewichtsverlies op korte tijd geeft gemakkelijker verstoorde bloedwaarden dan gewichtsverlies dat over een langere periode optreedt.

2.1.1 Klinisch onderzoek

Het lichamelijk (klinisch) onderzoek heeft tot doel om de ernst, mate van ondervoeding, eventueel aanwezige complicaties vast te stellen en alternatieve somatische ziekten uit te sluiten die tot gewichtsverlies, voedselvermijding, verlies aan eetlust of selectief eetgedrag kunnen leiden [6]. Verschillende richtlijnen raden aan om onderstaande domeinen, met bijhorende signalen of symptomen die kunnen wijzen op een inadequate energie-inname, ondervoeding, of purgeergedrag, te onderzoeken. De criteria over wanneer een waarde precies afwijkend is, verschillen soms per richtlijn en dienen bijgevolg geëvalueerd te worden door iemand die een geschikt medische oordeel kan vormen (zoals een kinderarts). Aangezien het klinisch onderzoek vaak specifieke resultaten oplevert bestaat het gevaar dat de ernstinschatting niet-adequaat is, net daarom is het belangrijk om steeds volgende domeinen geïntegreerd in kaart te brengen [2]: groeiparameters, algemene klinische indruk, cardiologie en respiratie, abdominaal onderzoek, hydratatietoestand, dermatologie, hoofd en hals, alsook gastro-intestinale, urogenitale, endocriene, neurologische en neuro-psychiatrische klachten. In het kader hieronder staat meer uitgediepte informatie voor de kinderarts. Daarnaast verwijzen we ook graag naar de [MEED richtlijnen](#) [2], wat een systematische samenvatting bevat van alle te onderzoeken domeinen voor de arts. Je kan onderstaand kader ook [downloaden als fiche](#).

Te onderzoeken domeinen bij het lichamelijk onderzoek (combinatie van [2, 6, 9, 42]):

Groeiparameters (kijk na op een afwijking van voorgaande groeicurves)

- gewicht
- lengte
- BMI (in vergelijking met zichzelf (evolutie) en leeftijdsgenoten)
- puberteitsontwikkeling (secundaire geslachtskenmerken: vertraagde of verstoorde pubertaire ontwikkeling)
- spieratrofie
- hoeveelheid vetweefsel

Algemene klinische indruk

- bewustzijnsniveau
- vermoeidheid en verminderde energie
- presyncope (duizeligheid)
- syncope (flauwvallen)
- lichaamstemperatuur (hypothermie)

Te onderzoeken domeinen bij het lichamelijk onderzoek (combinatie van [2, 6, 9, 42]:

Cardiologisch en respiratoir

- hartslag
 - o pols (vaak bradycardie in rust, < 50 bpm)
 - o hartkloppingen en cardiale aritmieën
 - o hartgeruis (mitralisprolaps)
 - o hartgrootte (echo; vocht in hartzakje?)
- bloeddruk (vergelijk dit met leeftijds- en geslachtsgegevens)
 - o in rust (hypotensie)
 - o liggend/staand gemeten (posturale bloeddruk of orthostase met orthostatische afname > 10 mm Hg)
- ademhaling (dyspneu/kortademigheid)

Hydratatietoestand

Tekenen van uitdroging zoals droge lippen, droge mucosa, verminderde huidturgor, verlengde capillaire refill

Dermatologisch

- lanugo haargroei (donshaar)
- haaruitval, broos of breekbaar haar
- acrocyanose (slechte doorbloeding, koud aanvoelen handen en voeten)
- droge vale huid (xerosis)
- oranje huidskleur door caroteenophoping (ophoping van beta-caroteen door eenzijdige voeding zoals bv. wortelen en andere caroteenrijke groenten), voornamelijk op handpalmen en voetzolen
- bleke huid
- littekens (automutilatie op armen, benen,...?)
- wondjes aan vingers of handrug (teken van Russel, gerelateerd aan braken)
- decubitus (doorligwonden)
- pijnlijke plekken, blauwe plekken, of kneuzingen

Endocrien

- trillen, zwakte, zweten,... als mogelijke signalen van hypoglycemie (een significante doodsoorzaak bij eetstoornissen); hoewel hypoglycemie ook asymptomatisch kan zijn
- Uitblijven en niet vorderen van de puberteit (monitoring Tanner stadia)

Te onderzoeken domeinen bij het lichamelijk onderzoek (combinatie van [2, 6, 9, 42]:

Hoofd en hals

- foetor ex ore (halitosis; onwelriekende adem)
- gebit en tandvlees (tanderosie en tandheelkundige cariës)
- mond en keel
 - o cheilitis angularis (mondhoekkloofjes)
 - o snijwonden en petechiën aan de achterkant van de keel
 - o slijmvlies- of gehemeltebeschadiging
- speekselklieren (pijnlijk of vergroot door het eventuele braken)
- droge ogen, wazig zicht
- moeilijkheden om droge voeding of dranken in te slikken

Gastro-intestinaal en urogenitaal

- epigastrisch ongemak
- opgezwollen abdomen of ingevallen abdomen
- vroegtijdig verzadigingsgevoel en misselijkheid
- gastro-oesofageale reflux (maagzuur; veel opboeren)
- hematemesis (bloed in braaksel)
- aambeien en rectale verzakking
- constipatie
- vergrote blaas (vocht vasthouden voor het weegmoment), of verkleining van de blaas door beperkte vochtinname
- andere problemen door ongepaste vochtinname:
 - o pijnlijke mictie, dysurie, pollakisurie, urine-incontinentie (door verslapping van de bekkenbodemspieren)
 - o urineverlies of pollakisurie bij fecale impactie
 - o pijnlijke mictie met bloed, bv. nierstenen, gruis
 - o urineweginfectie

Neurologisch/neuropsychiatrisch

- bradyfrenie (traagheid in het denken)
- concentratiemoeilijkheden en geheugenverlies
- afgenomen spierkracht
- neuropathie (verminderd functioneren van spieren en gevoel door aandoening van de zenuwen van armen en benen)
- smaakverlies, tubadysfunctie van het oor, gevoelsstoornissen, geleidingsproblematiek

2.1.2 Technische onderzoeken

Aanvullende laboratorium- en beeldvormingsonderzoeken dienen, net als het klinisch onderzoek, om medische complicaties op te sporen en alternatieve diagnoses uit te sluiten. De medische richtlijn van de Academy for Eating Disorders [42] stelt dat er minstens een **volledig bloedonderzoek en elektrocardiogram (ECG)** dient te zijn bij patiënten met (een vermoeden van) een eetstoornis. Een overzicht van belangrijke te onderzoeken **parameters** bij een **laboratoriumonderzoek** zijn weergegeven in [Tabel 2](#) [o.b.v. 9, 47, 48, aangevuld met 10, 22, 42 en praktijkinput].

Tabel 2. Belangrijke te onderzoeken parameters aangevuld met mogelijke abnormale bevindingen omwille van een eetstoornis

Diagnostische tests	Mogelijke abnormale bevindingen bij een persoon met een eetstoornis
Een volledig bloedonderzoek om een alomvattend metabool beeld te verkrijgen, inclusief volledig bloedbeeld, elektrolyten, nierfunctie, en leverenzymen	<ul style="list-style-type: none"> - Bloedbeeld: Leukopenie (neutropenie), anemie, trombocytopenie - Glucose: ↓ (weinig voeding) - Natrium : ↓ of ↑ (water loading of Laxative). - Kalium: ↓ (braken, laxativa, diuretica) - Chloride: ↓ (braken, laxativa) - Bloed bicarbonaat: ↑ (braken), ↓ (laxativa) - Osmolariteit in bloed (hydratatietoestand) - Bloed ureum stikstof: ↑ (dehydratie) - Creatinine⁴: ↑ (dehydratie, renale dysfunctie), ↓ (verminderde spiermassa) - Calcium: lichte ↓ (onvoldoende/onevenwichtige voeding ten koste van botten) - Fosfaat: ↓ (onvoldoende/onevenwichtige voeding en vroege fase van refeeding syndroom) - Magnesium: ↓ (onvoldoende/onevenwichtige voeding, braken, laxativa) - Totaal eiwit/albumine: ↑ (bij vroege ondervoeding malnutritie ten koste van spiermassa, ↓ (bij verdere ondervoeding)

⁴ Bij malnutritie en verminderde spiermassa, is creatinine verlaagd, en wordt de nierfunctie overschat.

	<ul style="list-style-type: none"> - Aspartaat aminotransaminase (AST of GOT), Alanine aminotransaminase (ALT of GPT): ↑ (uithongering) - Ferritine ↑ (afsterven van hepatocyten door verminderde circulatie) - lipase ↑ (pancreatitis) ⁵ - zink ↓ (vaak tekort door éénzijdige voeding) - Vitamine D ↓ (vetoplosbaar vitamine, vaak tekort) - Ijzerstatus: Serum ferritine, hemoglobine, MCV
Bezinksnelheid van erythrocyten afzetting (ESR)	ESR ↓ (uithongering)
Thyroid-stimulerend hormoon (TSH) concentratie	<p>TSH: ↓ of normaal</p> <p>T4: ↓ of normaal (euthyroid sick syndrome⁶)</p> <p>T3: ↓ als onder metabolisch gezond gewicht</p>
Gonadotropine (luteïniserend (LH) en follikelstimulerend hormoon FSH) en geslachtshormonen (oestrogeen en testosteron)	LH, FSH, oestradiol (vrouwen) en testosteron (mannen) niveaus: ↓ of laag normaal
Leverfunctie	<p>Verhoogde ALT en/of AST</p> <p>Verhoogde cholesterol⁷</p>
IGF-1	Verlaagd of laag normaal (onderzoeken of er voldoende energie-inname is om aan celherstel te doen)

⁵ In België is het gelijktijdig aanvragen van amylase en lipase niet terugbetaald. Een verhoogde amylaseconcentratie is indicatief voor pancreatitis maar kan ook het gevolg zijn van gezwollen/beschadigde speekselklieren door eetbuien of braken. Bij het vermoeden van een pancreatitis is het dan ook aangewezen om eerder lipase te bepalen.

⁶ Het schildklierhormoon T₄ wordt minder omgezet in het actieve T₃ en er ontstaat meer rT₃, een inactieve vorm van T₃. De hoeveelheid **schilddklierhormoon** is dus normaal, maar de **werkzaamheid is verminderd**. Dit wordt het **euthyroid sick syndrome** genoemd.

⁷ Ondanks een focus op “gezonde” voeding bij eetstoornissen is cholesterol vaak verhoogd als een gevolg van ondervoeding.

Urineonderzoek	Opsporen van hyponatriëmie ⁸
Acute inflammatoir respons	Verhoogd CRP (C-reactief proteïne)
Botdensitometrie	Osteopenie / osteoporose (meer informatie kan je vinden via deze link)
Geslachtshormonen	<p>Geslachtshormonen dienen opgevolgd te worden.</p> <p>Belangrijk: ook wanneer er een verstoorde menstruatie is, dienen meisjes verder beschermd te worden tegen zwangerschap (cfr. LF en FSH hoger). Toch is het belangrijk om orale anticonceptie te stoppen zodat de spontane herneming van de menstruatie geëvalueerd kan worden.</p> <p>Meer info.</p>
Hart (ECG, echo)	<p>Bradycardie, verlengd QTc (>450msec), andere aritmieën, tachycardie (bv. bij zeer ernstige decompensatie fo te snelle refeeding)</p> <p>Hartruis (vooral mitralisklepinsufficiëntie)</p> <p>Pericardwrijven</p> <p>Hartgrootte (echo of NMR)</p>
Blaas en nieren (echo)	<ul style="list-style-type: none"> - Een vergrote blaas (vocht vasthouden voor het weegmoment); een verkleinde blaas (door een beperkte vochtinname) - Niercysten (bij hypokaliëmie o.b.v. braken), nierstenen, nefrolithiase, nierschade (corticomedullaire differentiatie)

Noot. De Tabel is een vrije vertaling van [9, 47, 48, aangevuld met 22, 42].

⁸ Uit de praktijk: Bv. via een urinedichtheid van minder dan 1.010; Alfa-1-microglobuline (merker van nierschade); osmolariteit urine (bij misbruik van diuretica))

De waarden van laboratoriumonderzoeken blijken echter **vaak normaal en/of lastig te interpreteren** bij patiënten met een eetstoornis. Resultaten in een normale range betekenen immers niet noodzakelijk dat er geen ernstige eetstoornis aanwezig is of de patiënt medisch stabiel zou zijn [9]. Verder is er bij patiënten met ARFID, waarbij ondergewicht niet plots ontstaat maar van langdurige aard is, vaak een zekere fysiologische aanpassing aan het lage gewicht, wat de ernstparameters moeilijker te interpreteren maakt [2]. Een **aanvullend ECG** is dan ook steeds belangrijk bij diegenen met belangrijk gewichtsverlies, abnormale cardiovasculaire symptomen, of abnormale elektrolytenwaarden [9], vooral omdat ondervoeding en elektrolytstoornissen levensbedreigende hartafwijkingen kunnen veroorzaken [6]. **Andere aanvullende onderzoeken, naar zowel bloedparameters als beeldvormingsonderzoek** (MRI hersenen, [botdensitometrie](#), RX handd botleeftijd, echo abdomen, echo cardio ...), kunnen een zinvolle aanvulling zijn om alternatieve diagnoses uit te sluiten.

2.2 Psychosociaal functioneren

2.2.1 (Hetero)anamnese

Bij (een vermoeden van) een eetstoornis is het belangrijk om informatie te verzamelen aan de hand van een gesprek met de patiënt (**anamnese**) en diens ouders en/of relevante zorgfiguren (**hetero-anamnese**) [2, 9]. Bij de anamnese is het van belang om de jongere met de eetstoornis rechtstreeks aan te spreken door te vragen naar bv. leeftijd, huidige school en richting, hobby's, sport buiten school die gevolgd wordt of werd, medicatiegebruik en lichamelijke klachten,... Dit geeft vaak meer opening tot verder gesprek. Er kan ook gepolst worden naar het tijdstip van ontstaan van de eetstoornis. Een hetero-anamnese is enerzijds belangrijk om abnormale eetgedragingen van het kind in beeld te brengen die door het kind zelf worden ontkend of geminimaliseerd (wat kan voortkomen uit angst voor behandeling; [9]), anderzijds om de bezorgdheden omtrent de veranderingen in stemming, sociaal en schools functioneren in kaart te brengen, en tevens zicht te krijgen op het compensatiegedrag (overmatig bewegen, water drinken)⁹.

Eén van de richtlijnen [22] beveelt aan om pas een psychosociale assessment *bij de patiënt* te plannen nadat de hervoedingsfase is gestart. Informatie omtrent psychosociaal functioneren wordt dan initieel enkel verkregen via hetero-anamnese. Bij medisch instabiele patiënten kan dit inderdaad een goed advies zijn omwille van bijvoorbeeld moeilijkheden om zaken uit te spreken of te benoemen, al blijft het belangrijk de patiënt voldoende te betrekken in zijn behandelproces.

⁹ Wees voorzichtig dat je geen compensatiegedrag induceert door het na te vragen; schat bijvoorbeeld in of je dit beter bevraagt via hetero-anamnese.

Naast de algemene psycho-sociale ontwikkelingsanamnese (vragen voor ouders/verzorgers over onder andere de zwangerschap en bevalling, de neonatale periode, de sociaal-emotionele ontwikkeling, de psychomotorische ontwikkeling inclusief taal- en spraakontwikkeling, ziektes en lichamelijke klachten van het kind, inclusief medische antecedenten), dient er binnen het psychosociale onderzoek een grondige evaluatie plaats te vinden van de voedingsmatige en psychiatrische ontwikkelingsgeschiedenis [9]. Zo worden **eetstoornissymptomen en comorbide psychiatrische symptomen, alsook algemene psychosociale factoren** vanuit een ontwikkelingsperspectief in kaart gebracht [2, 14]. Objectieve factoren rond eten en gewicht worden normaliter reeds door de pediater bevraagd. Volgende vragen kunnen concreet helpen om eetstoornissymptomen (abnormale manier van denken over gewicht, lichaamsbeeld, voeding en beweging), psychiatrische symptomen en psychosociale factoren in kaart te brengen [2, 6, 9, 14, 10, 15, 22, 47, 42]. Belangrijk is dat dit geen exhaustief overzicht is, maar gebruikt kan worden als inspiratiebron. Bijkomend, dit alles dient niet in 1 keer bevraagd te worden en kan ook verdeeld worden over de verschillende hulpverleners. Dan is het wel van belang dat afgestemd wordt onderling wie wat zal opnemen met de patiënt.

2.2.1.1 Vragen

Eetpathologie

- **Lichaamsbeeld** (ook belangrijk in differentiaaldiagnose tussen AN en ARFID)
 - o Welk gewicht vind je dat je zou moeten hebben? Wat voelt er als een te hoog gewicht? Wat voelt er te laag?
 - o Wat is een gezond gewicht voor iemand van jouw leeftijd?
 - o Zijn er lichaamsdelen die je stress of ongemak bezorgen, of ongelukkig doen voelen? Zo ja, welke zijn deze?
 - o Kijk je regelmatig je lichaam na (bv. jezelf wegen, spiegel checken, ..)? of vermijd je net heel sterk om naar jezelf te kijken?
 - o Hoeveel tijd per dag denk je aan je lichaam of aan voedsel?
- **Eet- en drinkpatroon**
 - o Wat heb je de afgelopen 24 uur gegeten?
 - o Tel je ooit calorieën, vet, suikers? Hoeveel daarvan sta je toe?
 - o Welke soort voeding vermijd je? Sinds wanneer?
 - Kan je iets vertellen rond waarom je deze voeding vermijdt?
 - o Heb je bepaalde eetrituelen? Kan je daarover meer vertellen?
 - o Eet je liever alleen?
 - o Heb je je ooit schuldig gevoeld als je eet? Hoe ga jij om met die schuld (bv. sporten, braken, minder eten)
 - o Voel je controleverlies als je eet?
 - o Zijn er veranderingen in je eetpatroon of voedingsmiddelen de loop van de tijd?

- Gedachten over eten en gewicht: Hier kan je peilen naar zwart-wit denken bij jongeren, ideeën over voedingsmiddelen (bv. verboden voedsel), stigma's rond gewicht, denkidéeën rond hoe eten een rechtstreekse impact heeft op gewicht,...
- Eetbuien: Heb je ooit een eetbui gehad (dit is ongecontroleerd grote hoeveelheid voedsel innemen binnen een bepaalde tijdsperiode)? Bij welk eten? Hoe vaak? Hoeveel zou je dan eten? Triggers?
- Bevraag ook de 4 G's van het competent eetgedrag (zie hoofdstuk [1](#)).
 - Eet je volgens een geregeld eetpatroon (bv. 3 hoofdmaaltijden)?
 - Kan je genieten van eten?
 - Durf je proeven van een nieuw voedingsmiddelen? Of lokt dit angst uit?
 - Herken je hongersignalen?
 - Kan je stoppen met eten als je genoeg hebt?
- **Compensatiegedrag en zijn frequentie**

Hier is het belangrijk op te merken dat dit niet standaard in een checklist bevraagd dient te worden. In eerste instantie dient een inschatting gemaakt te worden of het navragen van compensatiegedragingen mogelijks niet kan leiden tot het induceren van dit gedrag.

 - Zijn er dingen die je doet om gewicht te controleren of voedselinname te compenseren?
 - Heb je ooit gebraakt? Zo ja, hoe vaak, hoe veel, en hoe snel na een maaltijd?
 - Gebruik je medicijnen? Laxeermiddelen, diuretica, afslankpillen, of cafeïne? Welke types? Hoe vaak en hoeveel?
- **Beweeggeschiedenis** (frequentie, intensiteit, duur)
 - Sport of beweeg je? Welke activiteiten? Hoe vaak? Hoe intens? Is de intensiteit recent veranderd/vermeerderd?
 - Hoe gestresseerd ben je als je niet kan sporten?
 - Waarom wil je precies sporten?
- **Sociale mediagebruik**
 - Gebruik je sociale media?
 - Welke apps gebruik je?
 - Welke inhoud kom je op deze apps tegen?
 - Welke invloed hebben die inhoud op jou?
 - Hoe vaak gebruik je sociale media?
- **Familiale geschiedenis** (eventueel te bevragen via de ouders)
 - Heeft iemand in de familie een geschiedenis van diëten of een eetstoornis?
 - Iemand met obesitas?
 - Geschiedenis van algemene psychiatrische problematieken binnen de familie?

- Neemt iemand in de familie medicatie i.f.v. stabilisatie psychiatrische toestand?
- Belangrijke familiale gebeurtenissen?

Comorbide psychiatrische symptomen

- **Depressie, suïcidale gedachten en gedrag**
 - Hoe voel je je? Ben je toegenomen geïrriteerd? Gevoelens van depressie, hopeloosheid?, Heb je gedachten die je niet uit je hoofd kan zetten, die dwingend aanvoelen? Gedragingen die je steeds herhaalt, van jezelf 'moet' stellen?
 - Heb je jezelf ooit opzettelijk verwond (bv. gesneden, geslagen, verbrand)
 - Heb je ooit gewenst dat je dood bent? Hoe vaak heb je die gedachten? Wanneer was de laatste keer? Ooit gedacht om zelf een einde aan je leven te maken? Heb je ook nagedacht hoe je dat wilde doen? (of: had je ook een plan hoe je dat wilde doen)? Heb je ooit een zelfmoordpoging ondernomen?
 - Geschiedenis van fysieke of emotionele mishandeling?
 - Voorgaande psychologische zorg?
 - De huidige emotieregulatie vaardigheden van de patiënt (en ouders)
 - De eigen identiteit (interesses, passies, zaken waar men zichzelf in terugvindt los van voeding/eten)
 - Gezinsdynamieken, rolmodellen, hechting, traumatische events binnen het gezin
- **Middelengebruik**, gebruik van stimulantia of anabole steroïden? Gebruik van cafeïne?
- **Insomnia**
- **Verminderde cognitieve flexibiliteit, creativiteit, spontaneïteit**
- **Paniek aanvallen**

Seksuele ontwikkeling

- Bevragen van genderidentiteit
- Bevragen van incidenten waarin seksueel overschrijdend gedrag plaatsvond

2.2.2 Vragenlijsten

Naast het gebruik van observatie en gesprek, zoals bovenstaand beschreven, kan ook het gebruik van vragenlijsten en eventuele registratie opdrachten worden ingezet. Binnen een ziekenhuiscontext wordt best met een beknopte vragenlijsttool voor de patiënt en zijn/haar context gewerkt. Meer specifiek kan diagnostisch aan de slag gegaan worden aan de hand van de volgende tools:

- ChEDE-Q (Child Eating Disorder Examination Questionnaire): 8-16 jaar, zelfrapportagevragenlijst, 20-30 minuten. De vragenlijst bestaat uit vier subschalen

met totaal 22 items. Deze items zijn verdeeld in 4 subschalen; lijnen, piekeren over eten, piekeren over lichaamsvormen en piekeren over gewicht (vrij verkrijgbaar)

- NIAS (Nine-Item ARFID Screen): korte vragenlijst gebruikt voor de zelfrapportage van symptomen veroorzaakt door ARFID. De NIAS vragenlijst werd ontwikkeld om te screenen voor de symptomen van ARFID rekening houdende met de drie subtypes [123; 125].
- FEEL-KJ: 8-18 jaar, zelfrapportagelijst en ouder vragenlijst die bevestigt hoe kinderen en jongeren omgaan met boosheid, angst en verdriet, 90 items (voor elke emotie 30 vragen over wat iemand doet of denkt als hij/zij boos, bang of verdrietig is), scores voor 15 emotieregulatie strategieën, die worden onderverdeeld in drie categorieën: adaptieve strategieën, maladaptieve strategieën en externe regulatiestrategieën.
- Optioneel: Triade van AN (perfectionisme, zelfvertrouwen, ambitie).
- Optioneel: DIPSI: 6-18 jaar, dimensionele beschrijving van persoonlijkheidspathologie op jonge leeftijd aan de hand van vijf brede dimensies en 27 meer specifieke facetten.
- Optioneel: SRS-2, 3-18 jaar, bij vermoeden van autismespectrumstoornis, gezien de gekende comorbiditeit met anorexia nervosa en ARFID in voorgaand onderzoek [49, 50, 124, 126]. Belangrijk: kennen een hoge comorbiditeit. Los van de SRS kan het dus belangrijk zijn om, in het geval dat er klinische aanwijzingen zijn vanuit de anamnese (sensorische sensitiviteit, rigiditeit, geen aansluiting meer vinden in het sociaal weefsel bij intrede van de adolescentie), er comprehensieve diagnostiek naar ASS wordt uitgewerkt. Hier is het belangrijk om dit bij anorexia nervosa pas na medische stabilisatie te organiseren aangezien er een fenomenologische overlap is in ASS - en ES symptomen in de acute fase van anorexia nervosa.

De meerwaarde van het afnemen van vragenlijsten is casusspecifiek. Voor sommige patiënten en gezinnen is dit een waardevolle aanvulling (bv. moeilijk informatie onder woorden kunnen brengen), terwijl dit voor andere patiënten momentaan (cognitief en/of emotioneel) te belastend is.

2.3 Is opname op de afdeling pediatrie aangewezen?

In de praktijk stelt zich vaak de (niet-evidente) vraag of een opname al dan niet aangewezen is voor een kind of jongere met (een vermoeden van) een eetstoornis. Welke medische, psychologische, sociale redenen zijn er om een opname op pediatrie te laten plaatsvinden in het kader van een eetstoornis? De inschattingcriteria geven eveneens een indicatie voor de ernstinschatting van de eetstoornis weer.

De noodzaak tot opname van kinderen en jongeren met een eetstoornis vraagt een **alomvattende klinische inschatting van fysieke, psychische en sociale factoren** [2, 15, 52]. Hierbij dient een medisch-instabiele patiënt steeds op een medische afdeling te verblijven [14]. Opname dient zo kort mogelijk in de tijd, nabij het ouderlijk huis, en op een leeftijdsgeschikte afdeling te gebeuren (bv. niet binnen de volwassenenpsychiatrie) [44, 51].

De noodzaak tot en doel van een pediatrische opname dient steeds **verduidelijkt en overeengekomen te zijn met het kind of de jongere en de familie** [15]. Toch dient opgemerkt te worden dat de patiënten zelf vaak niet akkoord zijn door het beperkte ziekte-inzicht. In de praktijk is het dus vaak de beslissing van de ouders in samenspraak met de pediater.

Er bestaan **enkele internationale, evidence-based richtlijnen** die gebruikt kunnen worden om een beslissing over de noodzaak tot opname te nemen, maar deze zijn vaak gebaseerd op expert consensus zonder wetenschappelijke validatie [2]. Het managen van een (acuut) medisch onstabiele patiënt, om geassocieerde mortaliteit te voorkomen, blijkt vaak de belangrijkste reden tot opname op pediatrie [14, 15, 52]. Concrete indicaties zijn wisselend per richtlijn, en dienen dus niet “zwart-wit” opgenomen te worden maar steeds klinisch geëvalueerd te worden door iemand die een geschikte medische beoordeling kan vormen (zoals een kinderarts). Om toch enkele handvatten mee te geven, bespreken we hieronder **een aantal criteria** uit de [‘Medical Emergencies in Eating Disorders: Guidance on Recognition and Management \(MEED\)’](#) richtlijn [2]. Binnen deze richtlijn zijn naast medische parameters ook een aantal psychologische inschattingcriteria opgenomen (zie punt 8-10), waarbij overleg met een psycholoog een meerwaarde biedt. In de [originele richtlijn \(MEED\)](#) [2] kan men een alomvattende risicobeoordeling (kader voor ernstinschatting) terugvinden, gebaseerd op verschillende internationale evidence-based richtlijnen (indien gewenst ook een overzicht per richtlijn in Appendix 2, Tabel B). De kleurencodes om een ernstinschatting aan te duiden zijn vooral zinvol om de ernst binnen domeinen, in plaats van tussen domeinen, te vergelijken.

2.3.1 Opnamecriteria

De aanwezigheid van één of meerdere “rode” criteria of 2 of meer “oranje” criteria verantwoorden een (medische) opname bij kinderen en jongeren, aangezien deze een aanwijzing geven voor een levensbedreigende situatie [2]. Hieronder geven we de criteria voor een (ernstig) levensbedreigende situatie (rode criteria) obv [de MEED-richtlijnen](#) [2]: (voor mogelijke interventies bij bepaalde afwijkingen van parameters: zie Tabel 4)

1. Laag gewicht, snel gewichtsverlies of gestaakte groei en ontwikkeling:

- **BMI:** %mBMI < 70% (%mBMI = huidige BMI gedeeld door BMI op het 50^e percentiel voor leeftijd en geslacht, vermenigvuldigd met 100, ook bekend als gewicht-voor-lengte percentage of gewichtsindex) [2, 42, 52]
- **Recent snel en ernstig gewichtsverlies:** meer dan 1 kg per week tijdens de laatste 2 (opeenvolgende) weken bij een ondervoede patiënt; of snel gewichtsverlies bij eender welke gewichtsstatus (bv. bij obesitas, of bij ARFID) [2]

2. Dehydratatie, complete weigering van vocht of voedsel [2, 22, 46, 47, 52]

- Complete weigering van voedsel of vocht [2]
- Ernstige dehydratie (10%): verminderde urineproductie, droge mond, verminderde turgor van de huid, daling van de posturale bloeddruk, ingevallen ogen,... [2]

3. Biochemische abnormaliteiten en elektrolytenstoornissen

Tabel 3

Hypokaliëmie (mogelijk omwille van braken of ander purgeergedrag)	< 2.5 mmol/L
Hypoglycemie	< 50 mg/dl (of < 3mmol/L)
Hypoalbuminemie	i.k.v. voedingstoestand
Hyponatriëmie (water loading/dehydratie)	Na < 130 mmol/L, overweeg intensieve pediatrische zorg indien < 125 mmol/L
Hypofosfatemie (<1 mmol/L) & dalend fosfaat/fosfor	Indiceert hoog risico op refeeding syndroom
Metabole acidose of alkalose	Wijst vaak op purgeergedrag Kan ook wijzen op algemene dehydratie door weinig/ niet te eten (zonder purgeergedrag)
Hypocalciëmie	i.k.v. risico op refeeding syndroom; Hypocalciëmie <1,1 mmol/L kan leiden tot tetanie, stridor, toevallen, zwakte, atrioventriculair blok, verlengd QTc-interval, aritmieën en een risico op een plotse, onverwachte dood [2].
Transaminasen 3x normale range	Verhoogd i.k.v. ernst ondervoeding en risico op refeeding syndroom; kan ook wijzen op sepsis, hepatitis, toxiciteit door drugs of medicatie (cave!: paracetamol) of alcoholmisbruik. Daarnaast kan er ook een infectieuze oorzaak zijn voor verstoorde leverwaarden.

Patiënten met diabetes mellitus: HbA1C >10%	i.k.v. glycemische controle
Leukopenie – anemie – trombocytopenie	i.k.v. ernst ondervoeding/risico refeeding syndroom Medische opname geïndiceerd bij neutrofielen < $1.0 \times 10^9/L$ [14]; gaat gepaard met verhoogd risico op bacteriële infecties Het bloedbeeld bij ondervoeding kent een volgorde in afwijkingen: eerst leukopenie, dan anemie en als laatste trombocytopenie
Hemoglobine <10g/L ¹⁰	i.k.v. ernst ondervoeding/risico refeeding syndroom

Noot: Bekijk ook de referentiewaarden van het geraadpleegde labo. De [RCPCH](#) heeft ook een overzicht van referentiewaarden aangepast voor leeftijd en geslacht.

4. Cardiovasculaire toestand:

- lage hartslag in rust (bradycardie): < 40 bpm [2]
- staande systolische bloeddruk lager dan Percentiel 3 voor de leeftijd gepaard gaand met terugkerende syncope en posturale daling van de systolische bloeddruk van >20mmHg of stijging van de hartslag met meer dan 35 slagen per minuut¹¹
- verlengd QTc interval > 450 msec (jongens) ; > 460 msec (meisjes) met elke andere significante ECG-afwijking [2] (ga ook na of er QTc verlengende medicatie gebruikt wordt)

5. **Lichaamstemperatuur:** Hypothermie: < 35.5 graden (gemeten aan trommelvlies) of <35° aan oksel [2]

6. **Acute medische complicaties door ondervoeding** of snel en ernstig gewichtsverlies waardoor er verschillende fysieke tekens merkbaar zijn bv. syncope, convulsies, hartfalen, pancreatitis, maagdilatatatie, ernstige cognitieve vertraging, [2]

7. Verstoord eetgedrag

- Acute weigering van voedsel [2]
- Geschatte calorie-inname van <500 Kcal per dag, voor 2 of meer dagen; [2]

¹⁰ Soms ook indikking van bloed (en dan valse, normale of hoge waarde van hemoglobine)

¹¹ Praktijktip: Actief opsporen door bloeddruk en hartslag (1) staand, (2) liggend en (3) rechtstaand na enkele minuten liggen te meten.

8. *Spierfunctie*

- Handgreepkracht: <30.5kg (jongens) en <17.5kg (meisjes) (=P3) [2]
- Mid-upper arm circumference (MUAC): < 18cm [2]
- SUSS test: niet in staat zijn om vanuit een liggende positie te gaan rechtzitten, of om vanuit squat positie recht te staan, of enkel met behulp van de bovenste ledematen (*scoring: zie [filmpje of afbeelding](#)*)

9. *Medewerking patiënt aan het behandelplan*

- Lichamelijke strijd met hulpverleners en/of ouders over voeding of vermindering beweging
- Gebrek aan ziekte-inzicht of motivatie

10. *Beweging en Activiteit:* Hoge niveaus van dysfunctionele beweging in combinatie met malnutritie (> 2u/dag)

11. *Purgeergedrag:* Meerdere keren per dag gebruik van laxativen en/of braken als purgeerstrategieën.

12. *Middelengebruik:* Check ook op significant alcoholgebruik, druggebruik, nicotinegebruik, (misbruik van) medicatie

13. *Automutilatie en suicide-ideeën:* zelfvergiftiging, zelfmoordgedachten met matig tot hoog risico op zelfdoding. Hier kan de vraag gesteld worden naar een psychiatrische inschatting en/of crisisopname.

Naast bovenstaande criteria, gebaseerd op de MEED-richtlijnen, worden onderstaande criteria meegegeven, op basis van andere wetenschappelijke bronnen, gezien hun klinische relevantie.

14. *Een patiënt die blijft achteruitgaan ondanks maximale ambulante therapie [15, 22, 42]*

bijvoorbeeld omwille van medische of psychiatrische co-morbiditeiten die de geschikte ambulante behandeling verhinderen, bemoeilijken of limiteren (bv. diabetes mellitus, ernstige depressie, suïcidale ideatie, obsessief compulsieve stoornis);

15. *Een uitgeput gezin of ontoereikende mantelzorg* waarbij opname dient om de draaglast van de omgeving te verminderen [15, 42]

- ernstige familiale spanningen, stress, of agressie
- ernstige eetgestoorde gedragingen (ongecontroleerde eetbuien, braken, excessieve beweegdrang) die de jongere en het gezinsfunctioneren onder druk zetten

16. *Onzekerheid over de diagnose* van een eetstoornis of verdere noodzaak naar observatie en onderzoek

De volledige MEED-tabel rond risico-inschatting is te vinden [Bijlage 7. Risicobeoordeling voor de beoordeling van dreigend levensgevaar \[2\]](#)

2.3.2 Wat als het kind of de jongere niet opgenomen wil worden?

Wanneer een kind of jongere wordt doorverwezen naar een opname-afdeling is het belangrijk om hem of haar hierop voor te bereiden en geïnformeerde toestemming en uitleg te geven [14]. Dit helpt alvast om de motivatie tot behandeling te versterken. Zo kan informatie gegeven worden over de reden waarom doorverwijzing noodzakelijk is, wat de opname-afdeling juist is, en hoe deze werkt [14]. Voor meer info, zie ook hoofdstuk [6](#): 'Werken aan motivatie tot herstel'.

Wanneer de jongere zelf geen toestemming geeft voor behandeling maar de fysieke gezondheid van deze jongere een groot risico loopt omwille van de eetstoornis en de behandeling enkel veilig kan plaatsvinden in een opnamesetting, kan via de ouders of zorgfiguren toestemming tot opname gevraagd worden. In de wet op de patiëntenrechten staat dat ouders de patiëntenrechten van hun minderjarige kinderen uitoefenen. Wel moeten ze hun kind daarbij betrekken, rekening houdend met de leeftijd en maturiteit. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat wilsonbekwaamheid een genuanceerd begrip is. Wanneer een patiënt er medisch erg aan toe is, kunnen ouders op advies van arts beslissen tot een opname op pediatrie. Doch, dit betekent niet per se dat ouders ook sowieso de behandeling kunnen beslissen. Hier zal opnieuw een inschatting rond wilsbekwaamheid gemaakt worden bij het kind / jongere. De beslissing tot medische veiligheid (vb. opname op pediatrie) is makkelijker over te nemen door de ouders dan de beslissing tot verplichte therapie (vb. sondevoeding), waarbij de zinvolheid in vraag gesteld kan worden. Bekwame minderjarige patiënten kunnen zelf hun patiëntenrechten uitoefenen. In geval van anorexia nervosa kan echter in sommige gevallen gesteld worden dat het kind op dat ogenblik niet bekwaam is om deze rechten uit te oefenen.

3 Algemene behandelvisie

Voor de behandeling van eet- en gewichtsproblemen binnen de medisch-pediatrische setting is een duidelijk visie van belang. De behandelingsvisie volgt enkele belangrijke basisprincipes van kwaliteitsvolle zorg bij eetstoornissen [2, 14, 17, 51, 54, 55, 56]. Hiernavolgend wordt de behandelingsvisie beschreven als stepped-care (3.1), multidisciplinair (3.2) en vertrekkende vanuit een gemeenschappelijk gedragen visie (3.3). Vervolgens wordt geschetst hoe deze visie binnen een warm en helder onthaal op de medisch-pediatrische afdeling aan patiënten met een eetstoornis kan worden overgemaakt (3.4). Het hoofdstuk sluit af met een concretisering van de behandeldoelen tijdens de begeleiding van eetstoornissen op een medisch-pediatrische afdeling (3.5).

3.1 Stepped care

Bij de aanpak van eet- en gewichtsproblemen pleit men voor een *stepped care* benadering, waarbij de hulp wordt aangeboden die minimaal noodzakelijk is overeenkomstig de ernst van de problematiek, en waarbij zorg opgeschaald of afgebouwd kan worden naargelang de verdere evolutie [14,17]. Dit wil zeggen: basiszorg als het kan, en het invoegen van meer gespecialiseerde zorg wanneer de ernst toeneemt. Indien bij de behandeling van een jongere met een eetstoornis een (medische) opname noodzakelijk is, dient deze zo kort mogelijk in de tijd, en zo dicht mogelijk bij de woonplaats van het kind te zijn [44]. De patiënt gaat terug naar de specialistische behandelaar (al dan niet ambulant of residentieel) wanneer de fysieke toestand dit terug toelaat. De medische opname gaat vaak ook vooraf aan een gespecialiseerde eetstoornisbehandeling omwille van het niet onmiddellijk beschikbaar zijn van residentieële gespecialiseerde hulp (wachtlijden). Voor het bekomen van duurzame resultaten binnen stepped-care behandeling is continuïteit van zorg vereist. Van bij de start van het opname-traject op pediatrie dient er daarom nagedacht te worden omtrent de aanmelding bij een specialistische behandelaar (ambulant) en/of residentieële gespecialiseerde hulp (eetkliniek) die men kan aanspreken indien de hulp op algemene pediatrie ontoereikend zou zijn (voor meer informatie zie hoofdstuk [9](#)).

3.2 Multidisciplinaire werking

Eet- en gewichtsproblemen vragen om een integrale en multidisciplinaire aanpak. Verkenning van voeding, beweging, somatisch en psychosociaal functioneren is nodig, en de behandeling is multidisciplinair. De aanpak van eetstoornissen richt zich zowel op herstel van het eetpatroon en het gewicht als op psychosociale groei.

Het belang en de **noodzaak om multidisciplinair samen te werken** bij de behandeling van een eetstoornis wordt duidelijk naar voren geschoven in de literatuur [6, 15, 41, 45, 51, 57, 58, 59, 60]. Zo blijken er tal van voordelen voor het kind of de jongere met een eetstoornis, zijn gezin, zorgverleners, beleidsmakers en blijken er algemene economische redenen te zijn om een multidisciplinaire zorg voor eetstoornissen aan te bieden [44, 54].

Het multidisciplinaire **team** op pediatrie bestaat meestal uit een **pediater, psycholoog, diëtist, pediatrisch verpleegkundige, en een spelbegeleider, ergotherapeut en kinesitherapeut**,... waarbij iedere hulpverlener vanuit zijn **eigen expertise een aanvullende inbreng doet** [45, 46, 58, 59]. Zo beoordeelt en volgt de pediater de medische gezondheid van de jongere op, staat de psycholoog in voor de psychische en sociale aspecten, staat de diëtist in voor de voedingsaanpak, de spelbegeleider voor het invullen van de vrije tijd vanuit een krachtgericht perspectief, en de verpleegkundigen voor de dagelijkse monitoring van de patiënt op de afdeling [22, 54, 59]. Specifiek dient de pediater ook in nauwe samenwerking en communicatie te staan met een **(liaison) kinder- en jeugdpsychiater** [15]. Idealiter blijft de kinder- en jeugdpsychiater deel uitmaken van een vervolgbehandeling na de opname zodat de continuïteit van zorg gewaarborgd blijft. Tenslotte mogen **ouders of andere belangrijke steunfiguren, broers en/of zussen**, niet vergeten worden als teamgenoot bij de behandeling van de eetstoornis. Idealiter heeft ieder teamlid affiniteit en ervaring met eetstoornissen en wordt er supervisie van een expert in eetstoornissen voorzien [2, 15].

3.3 Een gemeenschappelijke teamvisie

Een gedeelde teamvisie is in de begeleiding van eetstoornissen cruciaal, zodat de eerstoornis geen ruimte krijgt om partijen tegen elkaar uit te spelen [51, 45]. Een **goede coördinatie, heldere communicatie, en duidelijke rolverdeling** blijkt hierbij zelfs belangrijker te zijn dan de individuele vaardigheden van iedere hulpverlener apart [22, 54]. Bij wijze van voorbeeld gaan patiënten tijdens hun verblijf op pediatrie vastgestelde regels (bv. m.b.t. voeding, beweging, ontslag) vaak bij verschillende hulpverleners aftoetsen. Onduidelijkheden of zelfs kleine onenigheden tussen de zorgverleners onderling gaan de eetstoornis vaak activeren en het behandeltraject voor de patiënt bemoeilijken. Een gemeenschappelijk teamvisie betekent in de praktijk dus onder meer het schetsen van een goede afbakening van rollen naar de patiënt. De psycholoog kan voor vragen van de patiënt omtrent voeding gerust doorverwijzen naar de diëtist. Een op papier uitgewerkt behandelplan, dat door de verschillende disciplines onderschreven wordt, kan hierbij ook helpend zijn. Binnen deze duidelijke rolverdeling is frequent overleg en afstemming tussen de hulpverleners onderling natuurlijk noodzakelijk.

3.4 Een warm en helder onthaal

Vanuit de klinische praktijk blijkt dat een warm en helder onthaal heel belangrijk is voor het effectieve behandelverloop. In dit stuk wordt weergegeven, vanuit de klinische praktijk, hoe je binnen een medisch-pediatische context hier naartoe kan werken.

De algemene behandelingsvisie dient van bij het begin van de opname aan de patiënt en zijn gezin overgemaakt te worden. Dit bepaalt mede het therapeutisch klimaat waarbinnen de begeleiding plaatsvindt, wat een voorwaarde is voor het welslagen van de begeleiding. Het opbouwen van een *therapeutische relatie* met de patiënt en het gezin staat hierbij centraal, vanaf de prille start van de opname. Verder vormt het beklemtonen van de ondersteuning die zal worden gegeven vanuit het team een aandachtspunt i.f.v. het opbouwen van vertrouwen. Gezien de cruciale rol van de psycholoog start de opname bij voorkeur op een dag waarop de psycholoog op de dienst aanwezig is. Toch dient opgemerkt te worden dat dit niet altijd realistisch is, aangezien patiënten geregeld via bv. spoedgevallendienst binnenkomen, en dus vaak ongepland. Onderstaand wordt een overzicht gegeven van enkele belangrijk richtlijnen voor een warm en helder onthaal. Hierbij verwijzen we ook naar de Onthaalbrochure (zie [Bijlage 1. Voorbeeld onthaalbrochure](#)).

3.4.1 Algemene kennismaking met het gezin bij opname

Op de dag van opname is het van belang dat er een vaste verpleegkundige per shift (vroeg-dag-laat-nacht) het gezin bijstaat, en dat de patiënt reeds kort kan kennismaken met de andere hulpverleners die deel uitmaken van het team (kinderarts, psycholoog, diëtist, spelbegeleiding). Indien de patiënt en het gezin dit aankan, kan het nuttig zijn dat elke hulpverlener kort schetst wat zijn/haar rol is doorheen de opname. Echter, de start van een opname kan ook een crisismoment zijn voor de patiënt en zijn/haar gezin waardoor dit heel overweldigend kan zijn. Het blijft dus een klinische inschatting of deze kennismaking met de hulpverleners kan op deze eerste dag, of beter gespreid kan gebeuren. Tijdens deze kennismaking gelden de principes van motivationeel en niet-oordelend werken. Zo wordt het gesprek vanuit een zorg naar de jongere toe opgestart, zonder straffend te zijn. Het is hierbij ook van belang om voldoende aandacht te hebben voor de identiteit van de patiënt zonder de eetstoornis (bevragen van hobby's, interesses, leefwereld, etc.).

Opmerking: Binnen een ziekenhuissetting is er vaak een vaste en automatische start van de ziekenhuismaaltijden. Bij patiënten met een eetstoornis is het belangrijk dit proces goed af te stemmen op de patiënt. Indien mogelijk is het zeer helpend als de diëtist kan kennismaken met de patiënt voor de eerste maaltijd aangeboden wordt en indien mogelijk in de eigen kamer. Echter, dit laatste is niet altijd haalbaar aangezien de maaltijden onder toezicht dienen te gebeuren. Indien er dus meerdere eetstoornispatiënten opgenomen zijn, kunnen vaak niet meerdere verpleegkundigen deze taak opnemen.

3.4.2 Algemene afspraken infobrochure bespreken met de patiënt en zijn/haar context

Naast de algemene kennismaking worden er, indien haalbaar voor de patiënt in de slechte somatische toestand, binnen het eerste gesprek met de psycholoog ook reeds een aantal belangrijke waarden en concrete afspraken besproken (dit kan bv. a.d.h.v. een aantal kernwoorden: Vertrouwen, Eerlijkheid, Respect, Structuur, Verbondenheid, Openheid en Samenwerking¹²). Uitleg over de reden van opname, de eetstoornis, de werking van de pediatrie-afdeling, algemene afspraken op de afdeling (cf. huisregels omtrent beweging/langdurig rechtstaan, gebruik van de rolstoel, regels omtrent het verlaten van de afdeling, invulling van de tijd, contact met thuis) komen hierbij aan bod.

De infobrochure (zie [Bijlage 1. Voorbeeld onthaalbrochure](#) voor een voorbeeld uit de praktijk) wordt nadien afgegeven aan de patiënt en zijn/haar ouders, zodat alle mondeling verstrekte informatie ook nog eens rustig kan worden nagelezen [22, 44]. Bij het overlopen van de afspraken is het belangrijk om voldoende aandacht te besteden aan het benoemen van de striktheid van het beleid *ten aanzien van de schadelijke effecten van de eetstoornis* (bv. *schaden van het lichaam, kans op overlijden door de eetstoornis*), niet *ten aanzien van de patiënt*. Deze afspraken zijn aldus niet-onderhandelbaar om fysieke, psychologische of voedingsmatige veiligheid te waarborgen. Voorbeelden zijn: monitoring van eetmomenten, supervisie op momenten dat men last heeft van beweegdrang.

3.4.3 Het zich eigen maken van de kamer

Na de eerste kennismaking en het bespreken van algemene afspraken krijgt het gezin de tijd om zich te installeren in de kamer. Het herwinnen van de eigen identiteit staat centraal in de strijd tegen de eetstoornis. Het is daarom van belang om tijdens het onthaal in te zetten op de mogelijkheid om de kamer zelf in te richten (cfr. lampje, eigen dekentje, foto's, kadertjes met positieve quotes,...). Dit helpt patiënten om zich sneller thuis te voelen en de gekozen objecten kunnen een motiverende werking hebben tijdens het herstelproces. Het hebben van een eigen vaste kamer van bij de start van de opname en doorheen de volledige duur

¹² VERTROUWEN (cfr vertrouwelijkheid van info versus gedeeld beroepsgeheim), EERLIJKHEID (cfr link naar het wegstoppen van voeding, doorspoelen,... als strategie die de eetstoornis hanteert maar waarover eerlijkheid nadien echt nodig is in de strijd tegen de eetstoornis), RESPECT (we respecteren de grenzen die patiënten aangeven en hebben geen oordeel over hun fysieke conditie; om tegemoet te komen aan het gevoel van schaamte dat er soms is), STRUCTUUR (cfr dagstructuur, ook als manier om voorspelbaarheid te creëren ifv meer mentale rust), VERBONDENHEID (cfr met het gezin maar ook met vrienden/school waar gewenst), OPENHEID (we staan open voor elke vorm van feedback die de patiënt en/of ouders hebben, een goede afstemming is noodzakelijk voor het creëren van een veilige context waarbinnen het traject loopt)

tot aan het ontslag is dus ook van belang omwille van deze identiteit gerelateerde en motivationele redenen.

3.4.4 Praktische afspraken met de context

Opname op de dienst pediatrie brengt ook grote veranderingen met zich mee voor de context van de patiënt (gezin, school). Patiënten maken zich hierover zelf ook vaak zorgen. Het is dan ook belangrijk om deze praktische afspraken met de context reeds van bij het begin van de opname te communiceren. De psycholoog maakt een weekschema op samen met **het gezin**, waarop vermeld staat wie wanneer aanwezig zal zijn als steunfiguur tijdens en na de eetmomenten. Het is hierbij aan te bevelen om de patiënt zelf te betrekken bij de opmaak van dit schema, waarbij er actief gezocht wordt naar vertrouwde figuren binnen het eigen netwerk, zodat er niet louter teruggevallen wordt op de ouders. Binnen de werking van veel pediatrie-settings lijkt het middagmaal het makkelijkste eetmoment te zijn om door het personeel te laten ondersteunen, terwijl ochtend- en avondmaaltijden mogelijks door de ouders of een andere steunfiguur worden ondersteund, indien dit voor de gezinsleden haalbaar is. Ouders/verzorgingsfiguren worden door de psycholoog van de dienst of via een ambulante oudertraining ondersteund in hoe ze deze eetmomenten het best kunnen begeleiden (zie hoofdstuk [8](#)). Indien haalbaar is het nuttig om alle maaltijden door verpleging of spelbegeleiding te laten ondersteunen, zodat ouders van deze taak 'ontlast' kunnen worden en er herstel kan optreden in de ouder – kind relatie.

De psycholoog of maatschappelijk assistent maakt daarnaast ook afspraken met de patiënt i.f.v. contactopname met **de school** en de haalbaarheid van (gedeeltelijke) continuïteit van het onderwijs via online lessen of opdrachten en/of ziekenhuisschool. Nadat de patiënt zelf beluisterd werd gaat de psycholoog (in overleg met de arts) in gesprek met de school (de zorgcoördinator) om vanuit de verschillende disciplines gezamenlijk te bepalen wat vereist is om te kunnen slagen en wat haalbaar is voor de patiënt, gegeven de medische en psychologische toestand op dat moment. Het is hierbij van belang om duidelijk aan de patiënt terug te koppelen welke schoolse afspraken werden gemaakt (vb. casusafhankelijk kan vanuit de school beslist worden dat een leerling geen (eind)examens dient af te leggen om te kunnen doorstromen naar het volgende jaar). Sommige pediatriediensten stellen in hun schools beleid dat school volgen tijdens opname op de pediatrie niet mogelijk is. Toch wordt dan een uur per dag ziekenhuisschool aangeboden, maar zonder schoolse inhoud. Vanuit deze richtlijn wordt naar voren geschoven dat na ontslag niet naar school gegaan mag worden als er meer dan 7kg ondergewicht is, een halftijds traject kan gevolgd worden tot 2 kg ondergewicht. Sporten op school en fietsen naar school kan pas vanaf een gezond gewicht (klinische ervaring; experts groep).

3.5 Behandeldoelen op de medisch-pediatrische afdeling

Tijdens een medisch-pediatrische opname kan niet worden verwacht dat de jongere 'geneest' van de eetstoornis. Het herstel van een eetstoornis duurt immers in het algemeen lang, veel langer dan de duur van de medische opname. Het is belangrijk dat de patiënt, het gezin en de zorgkundigen zich hiervan bewust zijn zodat verwachtingen helder afgestemd kunnen worden op de mogelijkheden. Lichamelijk herstel (een hersteld BMI en eetgedrag) en psychosociaal herstel (afname in dwangmatige cognities over gewichtstoename en het ontwikkelen van een positief lichaamsbeeld) bij anorexia nervosa duurt gemiddeld meerdere jaren, hoewel er natuurlijk grote verschillen bestaan tussen individuen met betrekking tot de duurtijd van de ziekte als de mate (en definities) van herstel [61, 62]. Bij het herstelproces hoort vaak ook (gedeeltelijke) terugval.

Het gesprek rond de behandeldoelen is van cruciaal belang, en dient zowel met patiënt als met de context grondig besproken te worden. Binnen dit gesprek dient duidelijkheid gebracht te worden rond het behandelkader, rond wat de bedoeling is van de behandeling tijdens de opname en wat aangepakt zal worden (bv. somatische veiligheid, uit het gevaar door de eetstoornis geraken,...) alsook rond wat niet aangepakt zal worden. Op die manier dient zowel patiënt als context controle en voorspelbaarheid ervaren. Een grondig gesprek rond behandeldoelen is primair bij de start van de opname.

Het is daarom belangrijk om realistische behandeldoelen voor ogen te hebben bij een relatief kortdurende medisch-pediatrische opname. Het pediatrieteam kan hierbij een belangrijke bijdrage leveren aan de gewichtstoename en het vergroten van het inzicht in de ziekte door in te zetten op goede psycho-educatie en herstel van het eetgedrag via duurzame motivering [46].

Meer concreet wordt op maat van iedere jongere een **zorgplan** opgesteld [44]. Deze planning wordt in overleg met de jongere en zijn zorgfiguren opgemaakt, gebaseerd op zijn/haar specifieke fysieke, psychologische en sociale noden. De **behandeldoelen in termen van gewichtstoename** worden hierbij duidelijk omschreven. Deze omvatten volgende informatie

- Het minimaal gezond gewicht en het optimaal gewicht, en de wijze waarop dit werd bepaald op basis van de eigen groeicurve. Het wel of niet communiceren van deze gewichtsdoelen en de gewichtsevolutie (per week) dient afgestemd te worden per individuele patiënt. Het kan een valabele keuze zijn om blind te wegen indien de patiënt dit wenst en er toch stappen gezet worden naar herstel. Anderzijds kan het vermelden van het huidige en te behalen gewicht (op termijn) ook noodzakelijk zijn voor de patiënt om zijn of haar angst te overwinnen omtrent lichaamsgewicht. Binnen het behandelteam dient een eenduidige visie te zijn per patiënt wat op welk moment toegepast wordt. Meer concreet kan er dus bv.

begonnen worden met blind wegen en als doel gesteld worden om er naar toe te groeien dat de patiënt op een bepaald moment wel het gewicht weet bij weegmomenten. Maar ook een andere werkwijze is mogelijk en verdedigbaar.

- De nodige gewichtstoename (per week)
 - o De stappen bij het niet behalen van de nodige gewichtstoename: aanpassing eetschema, starten bijvoeding, verhogen bijvoeding, opstart van sondevoeding
 - o Praktisch voorbeeld: Een visuele curve die wekelijks wordt besproken (of tussenin indien gewenst) zodat de patiënt informatie krijgt omtrent de gewichtstoename of -afname. Deze curve kan desgewenst worden aangeboden via kleurcodes, indien het expliciteren van het effectieve gewicht te confronterend zou zijn (groen = veilige zone, oranje = potentiële gevarezone, rood = lichaam in nood).

Hierbij wordt er steeds gestart met een strikt en sterk gestructureerd eetbeleid. Bij stappen richting herstel kan er meer keuzevrijheid gegeven worden.

Het zorgplan dient doorheen de opname goed te worden opgevolgd, waarbij systematische evaluatiemomenten dienen ingepland te worden. Reeds bij aanvang van de opname dienen evaluatiemomenten (bv. evalueren en (her)berekenen minimaal gezond gewicht) en ontslagcriteria klaar te liggen [44, 47, 51]. Tijdens deze evaluatiemomenten worden de individuele behandeldoelen (zie zorgplan) geëvalueerd en beloond. Zo kan de beloning er bv. uit bestaan dat de patiënt stapsgewijs vaker en voor een langere tijd naar huis mag gaan (bv. een namiddag in het weekend naar huis na het behalen van een gewichtsdoel), meer rolstoelvrije tijd krijgt, of een bepaalde activiteit mag ondernemen, zoals bv. school.

Samengevat, in een kortdurende medisch-pediatrische opname kunnen volgende behandeldoelen vooropgesteld worden:

Medische behandeldoelen:

Medische stabilisatie (zie hoofdstuk [4](#))

Gewichtsherstel (zie hoofdstuk [5](#))

Psychologische behandeldoelen:

Versterken van motivatie en ziekte-inzicht (zie hoofdstuk [6](#))

Psycho-educatie (zie hoofdstuk [7](#))

4 Medische stabilisatie

Omwille van de complexe interactie tussen medische en psychiatrische noden van de patiënt met een eetstoornis is er een nauwe observatie en begeleiding nodig om zijn of haar veiligheid en medische stabiliteit te waarborgen. Zo is het noodzakelijk om **fysiologische (naast psychologische) tekenen van achteruitgang** te monitoren, zoals veranderingen in gewicht, cardiovasculaire of metabole status, en verstoord eetgedrag [52, 69]. Het is met name **belangrijk om routineus medisch te monitoren** (elektrocardiografie en metingen van orthostatische vitale kenmerken) en **dagelijks de inname van voedsel, medicatie, fysieke activiteit, eetbuien, compensatiegedragingen, mentale status en ander gedrag** (bv. zelfverwonding) **te monitoren** [47]. Vaak hebben verpleegkundigen de sleutelrol om deze vroege signalen van (fysieke) achteruitgang te observeren en daarbij een ondersteunende, consistente, empathische zorg op dagdagelijkse basis te bieden [47]. De consistente opvolging van vitale kenmerken en eetstoornisgerelateerde gedragingen in combinatie met consistente voedingsondersteuning omvatten de hoofdtaken van pediatrie, namelijk medisch stabiliseren en veilig hervoeden. Hiernavolgend wordt beschreven hoe men binnen de afdeling het minimaal gezond gewicht van de patiënt kan bepalen (5.1), de patiënt medisch kan opvolgen tijdens de behandeling (5.2) en het begeleiden van eet- en drinkmomenten kan vormgeven (5.3) [2, 47].

4.1 Het bepalen van het minimaal gezond gewicht

4.1.1 Hoe beoordeel je (onder)gewicht bij kinderen en jongeren?

Om over (onder)gewicht te praten, is vooreerst een duidelijk begrip van een normaal of gezond gewicht noodzakelijk. Een te hoog, te laag of zelfs normaal gewicht is immers niet per definitie gezond of ongezond. Verschillende factoren kunnen het gewicht beïnvloeden, zoals botstructuur en spiermassa, zodat een relatief hoge BMI niet automatisch betekent dat men te zwaar zou zijn. Anderzijds is een eerder tengere lichaamsbouw door aanleg mogelijk, waardoor een lage BMI niet automatisch problematisch ondergewicht betekent. Wat verstaan we juist onder een normaal gewicht en is dit hetzelfde als een gezond gewicht?

Een **gezond** gewicht wil zeggen dat er geen gezondheidsproblemen te verwachten zijn die enkel en alleen veroorzaakt worden door het gewicht, of door de manier waarop het gewicht wordt bereikt. Een gezond gewicht zegt dus iets over de gezondheidsrisico's die een bepaald gewicht met zich meebrengt én over de leefstijl.

Kwantitatief is een gewicht **normaal** te noemen, zolang het niet te sterk afwijkt van de verwachte normen volgens ontwikkeling, met inachtneming van lengte, geslacht, leeftijd en etnische origine. Door gebruik te maken van groeicurven wordt het belang om aan te haken op het individueel groeitraject van de jongere onderstreept. Iedereen wordt immers geboren met een eigen gewichtsaanleg en erfelijkheid, waarbij de gewichtscurve informatie geeft over hoe lengtegroei en gewichtsgroei in balans verlopen. Let op, een BMI geeft geen aanduiding over het vetgehalte of de vetverdeling [70].

Bij de beoordeling van ondergewicht van een kind is met andere woorden de individuele **gewichtsevolutie** (stabiël, stijgend, dalend) essentieel: wat is het gewichtsverloop tijdens de ontwikkeling, en is er een opvallende afwijking in de curve binnen een bepaalde tijdseenheid? Daarom wordt bij de beoordeling bij voorkeur gebruik gemaakt van **vroegere gegevens over de ontwikkeling van het kind**. Zowel de huis- of kinderarts, de CLB-arts, als Kind en Gezin beschikken over die antropometrische groeigegevens.

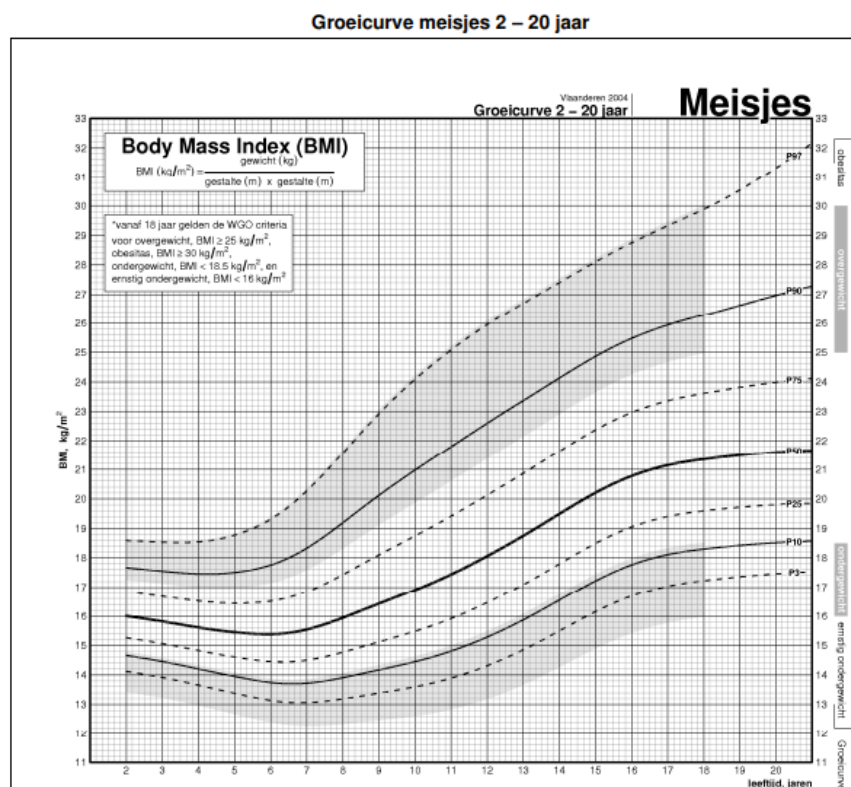
Naast de gewichtsevolutie maken we ook gebruik van **groeicurven** als een manier om in te schatten of het **gewicht van een kind past bij zijn/haar leeftijd, geslacht en lengte**. Deze vergelijken de (evoluitie in) BMI (afgeleid van lengte en gewicht, uitgedrukt in kg/m²) met een referentiegroep. Bij kinderen onder de 18 jaar speelt de absolute BMI-waarde dus niet dezelfde rol als bij volwassenen (mogelijkheid tot vaststellen van een normaal gewicht aan de hand van absolute BMI-cijfers), omdat de verhouding tussen gewicht en lengte bij kinderen verandert met de leeftijd, gezien ze nog in volle groei zijn.

In Vlaanderen wordt doorgaans gebruik gemaakt van **Vlaamse groeicurven 2004**, met een referentiegroep van Vlaamse jongens en meisjes (zie onderstaand [Figuur 1](#) ter illustratie en [Tabel 4](#); blanco BMI-groeicurven te raadplegen via [deze link](#) [71]). De Vlaamse groeicurven zijn geschikt voor kinderen met ten minste één ouder van Vlaamse herkomst, en de andere ouder afkomstig uit België, of uit één van de volgende landen: Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk, Engeland, Denemarken, Ierland, Noorwegen, Zweden, Oostenrijk. Ze zijn in principe niet geschikt voor kinderen met ouders van een andere herkomst (ander Europees of niet-Europees land). Deze kinderen kunnen (vanaf 2-jarige leeftijd) opgevolgd worden aan de hand van de **internationale gewicht-naar-lengte-curven (voor meisjes en voor jongens) en de BMI-curven van de WHO (vanaf 5jaar)** ([72], te raadplegen via [deze link](#)). Deze curven zijn universeel toepasbaar [73], behalve bij kinderen van Zuid-(Oost-)Aziatische afkomst, waaronder Hindoestaanse kinderen, die een andere lichaamssamenstelling en vetverdeling hebben. Meer info over gewichtsoپvolging per leeftijdscategorie vind je [hier](#).

Om de mate van ondergewicht in vergelijking met de referentiegroep uit te drukken, kunnen verschillende kwantitatieve maten gebruikt worden. Al dient deze populatievergelijking (a.d.h.v. **groei-curven**) steeds in combinatie met de individu-specifieke **gewichtsevolutie** overheen de tijd te gebeuren. De mate van ondergewicht kan uitgedrukt worden in **percentielscores** (beschrijft hoeveel procent van de referentiegroep de bepaalde score of lager heeft) of **standaarddeviatiescores** (beschrijft de mate van spreiding rond het gemiddelde, ook z-scores genoemd). In België worden percentiellijnen en standaarddeviatielijnen overheen de ontwikkeling gebruikt, met grenswaarden die overeenkomen met een Vlaamse referentiepopulatie uit 2004. In Nederland en internationaal gebruikt men vaker de standaarddeviatiescores voor lengte en gewicht, met -2 als grenswaarde voor ondergewicht. Bij een normale verdeling heeft per definitie 2,3% van de kinderen een gewicht of lengte lager dan -2 standaarddeviaties (SDS) [73].

PRAKTIJKTIP

Teken de individuele gewichtsevolutie van de patiënt uit op de bijhorende groei-curve. Dit biedt een duidelijk uitgangspunt voor zowel de zorgverstrekkers als voor het gezin tijdens het hersteltraject. Men kan er voor kiezen om hierbij in het begin met kleurzones te werken (rood -oranje – groen), in plaats van met het concrete gewicht indien het horen van het gewicht in deze eerste acute behandelfase te confronterend zou zijn.



Figuur 1. BMI-groei-curve

Tabel 4. Gewichtsinschatting bij kinderen vanaf 2 jaar (of vanaf 9 jaar en 1 maand in de CLB-context) op basis van de Vlaams groeicurven (percentielscores)

Indicator (BMI-groeicurven)	Interpretatie
BMI-waarden boven de hoge grijze zone	Obesitas
BMI-waarden binnen de hoge grijze zone	overgewicht
BMI-waarden tussen de hoge en lage grijze zone	normaal gewicht
BMI-waarden binnen de lage grijze zone	ondergewicht/laag gewicht
BMI-waarden onder de lage grijze zone	ernstig/zorgwekkend ondergewicht

Noot. tabel overgenomen uit stappenplan basiskennis eetstoornissen en gewichtsproblemen kinderen [70]

De verschillende groeicurven zijn te raadplegen via www.eetexpert.be/vlaamse-groeicurven.

Meer informatie over de interpretatie van de BMI-groeicurves voor jongens en meisjes

De curven die op 18-jarige leeftijd de BMI-grenzen van 25 en 30 bereiken, geven de respectievelijke grenswaarden voor overgewicht en obesitas. De curven die op 18-jarige leeftijd de BMI-grenzen van 18,5 en 16 bereiken, geven de respectievelijke grenswaarden voor ondergewicht en ernstig ondergewicht. Deze waarden werden geëxtrapoleerd naar de jongere leeftijden. Op die manier worden ook de zones “overgewicht” en “ondergewicht” aangeduid in het grijs.

Tegenwoordig wordt ook gesproken over **laag gewicht** (in plaats van ‘ondergewicht’) en **zorgwekkend ondergewicht** (in plaats van ‘ernstig ondergewicht’). Deze nieuwe termen beschrijven beter de werkelijkheid en het klinische belang [70, 73].

4.1.2 Wat is het gewichtsdoel? Verschil tussen minimaal gezond gewicht (MGG) en optimaal gewicht (OG)

Het is belangrijk dat de patiënt een gewicht bereikt dat terug binnen de gezonde range ligt, aangezien deze gewichtstoename een basisvoorwaarde vormt voor psychologisch herstel van een eetstoornis. [51]. Het bepalen van het minimaal gezond gewicht is echter geen exacte wetenschap en vraagt een klinische blik. In tegenstelling tot volwassenen, zijn kinderen en jongeren nog in groei, en moet hun gewichtsdoel dus regelmatig herberekend worden tijdens de behandeling [47, 74]. Hierbij wordt er een opdeling gemaakt naar de definiëring en berekening van het ‘minimaal gezond gewicht’ en het ‘optimaal gewicht’. Het gewichtsdoel dient altijd besproken te worden in een multidisciplinair overleg.

Het **minimaal gezond gewicht (MGG)** is het noodzakelijke gewicht dat de jongere ondersteunt in zijn lichamelijk, emotioneel, en cognitief herstel.

Hoewel er niet één overkoepelende methode is voor het bepalen van MGG, gebeurt het steeds op een **individuele specifieke manier** rekening houdend met het oorspronkelijke **groeitraject** van de jongere (eerder gewicht, lengte, en puberteitsstadium). Ook de leeftijd, geslacht, etniciteit, de leeftijd waarop de puberteit startte, eerdere voedings- en activiteitengeschiedenis, en (indien toepasbaar) de leeftijd van menarche en gewicht waarop menstruaties stopten (menstruele grensgewicht) kunnen gebruikt worden [74]. Net omwille van de individuele inschatting en dynamische groei en ontwikkeling bij kinderen en jongeren, wordt het MGG **regelmatig geëvalueerd**. Zo wordt, zeker bij niet-volggroeide jongeren, het MGG idealiter **elke 3 tot maximaal 6 maanden** opnieuw berekend vertrekkend vanuit de eerder vastgestelde BMI-**groeicurve** [42, 52, 75]. Voor nog groeiende jongeren is er de good practice het MGG te verhogen met één kilogram per gegroeide centimeter [Expertengroep]. Regelmatig wordt het gewicht dan terug op de BMI-groeicurve uitgetekend om na te gaan of de curve die vooropgesteld was, gevolgd wordt.

Er zijn verschillende manieren om het MGG te berekenen (voor een kort overzicht zie [Tabel 1 bij \[74\]](#)). In de literatuur en verschillende centra lijkt het reconstrueren van de oorspronkelijke BMI en/of gewicht en lengtegroei percentiellijnen een gangbare praktijk om daaruit het MGG gewicht, rekening houdend met de huidige leeftijd en lengte, te bepalen [47, Expertengroep]. Sommige bronnen in de literatuur raden voor hormonaal herstel een (minimaal) BMI-percentiel tussen p14 en p39 aan, anderen spreken over een (minimaal) BMI-percentiel tussen p13 en p30 [14]. Al blijft het steeds essentieel om het MGG te berekenen op een individuele specifieke manier en bij jongeren in de groei elke 3 tot 6 maand een herberekening te doen van het MGG.

PRAKTIJKTIP

Bepaal het MGG voor de patiënt op basis van o.a. het individuele groeitraject en de BMI-groeicurve. Er wordt bewust gekozen voor de term 'minimaal gezond gewicht', omdat de ervaring leert dat bij de term 'minimaal gezond gewicht' de gewichtstoename stagneert bij het bereiken van het 'minimaal gezond gewicht'.

Het **optimaal gewicht** (OG) is het gewicht waarop het normale groei- en ontwikkelingstraject van de jongere zich herstelt.

Het OG moet rekening houden met de groeicurven (gewicht, lengte, BMI) vóór de eetstoornis, de leeftijd waarop de puberteit startte, en het huidige puberteitsstadium [52, 76]. Het is in ieder geval niet zo dat je een OG op de BMI-groeicurven kan afleiden op basis van populatiegegevens, het OG is dus niet per se het mediaan BMI. Bij vrouwen kan de menstruatie dienen als een indicator voor een gezond gewicht voor dat individu. Zeker bij atypische anorexia nervosa of diegene zonder ondergewicht is de bepaling van het OG een moeilijke aangelegenheid [75].

In de literatuur en verschillende centra lijkt het reconstrueren van de oorspronkelijke BMI en/of gewicht en lengtegroei percentiellijnen een gangbare praktijk om van daaruit het OG, rekening houdend met de huidige leeftijd en lengte, te bepalen [41, 47, webinar pediatrie]. De adviezen omtrent het OG volgens de groeicurven tonen echter grote verschillen. De Franse richtlijn geeft geen specifieke streefwaarden, de Duitse richtlijn adviseert het 25e percentiel van de voor leeftijd aangepaste BMI-groeicurven (met het 10e percentiel als minimum) en de Deense richtlijn hanteert het 50e percentiel op de gewicht-voor-lengte curve [77]. Ook hier blijft het steeds essentieel om het OG te berekenen op een individu specifieke manier met een ervaren klinische blik [Expertengroep].

PRAKTIJKTIP

Bepaal het OG voor de patiënt op basis van o.a. het individuele groeitraject en de BMI-groeicurve. Neem een spreiding rond de 2 à 4 kg voor het OG zodat de jongere ziet dat het normaal is dat het gewicht schommelt en men zich niet op het getal gaat fixeren. Een voorbeeld: wanneer je als OG 50 kg hebt, is het belangrijk dat je aan de cliënt spreekt over 48 – 52 kg zodat het kind / de jongere zich niet vastpint op 1 specifiek getal (met name 50 kg).

Zie [Bijlage 6. Minimaal gezond gewicht en optimaal gewicht](#) voor een ondersteunende fiche.

4.1.3 Weegmomenten

Op **regelmatige tijdstippen**, idealiter steeds op hetzelfde moment van de dag, **vindt een gewichtsmeting plaats om gewichtsherstel te evalueren**. De frequentie van de weging kan verschillen tussen de ziekenhuizen, maar vindt minstens 2 keer per week plaats [22, 46, 47]. De patiënt draagt tijdens het wegen één dunne laag kledij, geen schoenen of andere accessoires zoals juwelen of gsm of extra gewichtjes, heeft droge haren, en heeft een lege blaas [22, 47]. Zo laten sommige ziekenhuizen patiënten zich nuchter, na het opstaan en plassen, in hun ondergoed wegen [46]. Er dient specifiek gelet te worden op eventueel bijdrinken vlak voor de weging, en indien nodig kan vochtinname beperkt worden of de badkamer of kraan afgesloten worden voor de weegmomenten [46]. Zoals hierboven reeds vermeld, dient de manier van weging afgestemd te worden per individuele patiënt, meer specifiek bv. (starten met) blind wegen of gewichtsdoelen en gewicht bij wegen (meteen of op termijn) meedelen aan de patiënt.

4.2 Veilig hervoeden

4.2.1 Medische opvolging tijdens de behandeling

Wat betreft medische opvolging, worden hiernavolgend enkele parameters uit de literatuur kort samengevat. Meer uitgebreide richtlijnen kunnen teruggevonden worden in de [MEED-richtlijnen](#). [Tabel 5](#) geeft, gebaseerd op de MEED-richtlijnen [2], mogelijke interventies bij bepaalde afwijkingen van parameters. Op pediatrie is het aangeraden om frequent, zelfs dagelijks, **cardiaal te monitoren** (onder meer regelmatig een ECG afnemen, dagelijks hartslag, bloeddruk) [zie fysieke gevolgen hoofdstuk [1](#) en [2](#); 47, 52]. De frequentie van cardiale monitoring (voornamelijk ECG) wordt verhoogd indien er een ernstige verstoring van de elektrolyten of een onregelmatige of trage hartslag is (<50 slagen/min) [11, 12]. Ook frequente **bloedtesten** (volledige bloedtelling, glucose, elektrolyten...) zijn dagelijks tot wekelijks aangeraden [47]. Controleer verder de elektrolyten (ureum, creatinine, natrium en kalium) in het bloed [78]. Een **verstoorde elektrolytenhuishouding** kan immers levensbedreigend zijn. Alertheid voor **dehydratatie** is daarnaast ook belangrijk. Uitdroging kan snel leiden tot een medische crisis door verminderde bloedsomloop en nierfalen. Daarom is het belangrijk dat alle patiënten nauwkeurig getest worden op uitdrogingsverschijnselen. Sommige patiënten drinken **extreem veel water**, bijvoorbeeld om hun gewicht te manipuleren bij een weegmoment. Dit kan leiden tot een tekort aan natrium en een verdunning van het bloed [11, 79]. In eerste instantie wordt de vochtinname bij deze patiënten beperkt [14]. Hoe vaak en wanneer de parameters nagekeken worden, is afhankelijk per ziekenhuis en richtlijn. Het is vooral belangrijk dat er **vaste afspraken** rond bestaan.

Tabel 5. Mogelijke interventies bij bepaalde afwijkingen van parameters

Controleer of meet	Aandachtspunten	Wanneer bezorgd zijn/welke assessment nodig	Specifieke aanpak
Hartslag	<ul style="list-style-type: none"> • Bradycardie • Posturale tachycardie 	<ul style="list-style-type: none"> • <40 slagen per minuut (bpm) in rust • Symptomatische posturale tachycardie 	<ul style="list-style-type: none"> • Voeding • Monitor ECG
ECG (vooral bij bradycardie, bij start en opvolging van bepaalde psychofarmaca (*), of een andere complicatie van het cardiovasculaire systeem)	<ul style="list-style-type: none"> • Andere oorzaak voor bradycardie (bv. atrioventriculair blok) • Aritmie • Controleer QTc-interval • Controleer elektrolyten • Check geneesmiddelen (bepaalde psychofarmaca¹³ geven QTc verlenging) 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlengde QTc • Hartslag <40bpm • Aritmie geassocieerd met ondervoeding en/of elektrolytstoornissen 	<ul style="list-style-type: none"> • Voeding en correctie van elektrolytenafwijkingen • verhoogde QTc: bedrust, bespreken met cardioloog; medicatie voor aritmie of bradycardie zal waarschijnlijk niet helpen
Bloeddruk	Zie Tabel risico-inschatting (bijlage 7)	<ul style="list-style-type: none"> • Systolische bloeddruk <90 mmHg (bij 18+) of <0,4de percentiel (bij -18) voor de leeftijd en geslacht • Syncope 	<ul style="list-style-type: none"> • Voeding en rust tot posturale hypotensie verbetert; • Echocardiogram waarschijnlijk abnormaal bij ondervoeding

¹³ Uit de praktijk: Volgende medicatie wordt vaak gebruikt bij kinderen en geeft een gekende QTc-verlenging, met meer risico bij combinatie van medicatie: Ondansetron, Domperidone, Olanzapine, Ketoconazole, Levofloxacin, Fluoxetine, Erythromycin, Aripiprazole, Azithromycin, Pantoprazole.

Controleer of meet	Aandachtspunten	Wanneer bezorgd zijn/welke assessment nodig	Specifieke aanpak
Hypothermie	Lichaamstemperatuur	<ul style="list-style-type: none"> • $<35,5^{\circ}\text{C}$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Voeding • Dekens (ook sokken, warm ondergoed*), kan reddingsdeken nodig hebben
Dehydratatie	Hypotensie en bradycardie, gewoonlijk te wijten aan ondervoeding	<ul style="list-style-type: none"> • Weigering van vloeistof • Tekenen van uitdroging 	<ul style="list-style-type: none"> • Orale rehydratieoplossing, oraal of via een nasogastrische sonde, tenzij er sprake is van hypovolemie (zie onder); • Pas op met het geven van vochtbolussen, tenzij er sprake is van hypovolemie – risico dat de pompfunctie van het hart onder druk komt te staan of op hyponatriëmie; • Controleer elektrolyten en nierfunctie

Controleer of meet	Aandachtspunten	Wanneer bezorgd zijn/welke assessment nodig	Specifieke aanpak
Hypovolemie (laag circulerend bloedvolume)	<ul style="list-style-type: none"> • Tachycardie of onaangepaste normale hartslag bij ondervoede personen • Hypotensie • Verlengde capillaire refill-tijd 		<ul style="list-style-type: none"> • Beoordeling door een gespecialiseerde/ervaren (kinder)arts • Normale zoutoplossing (NaCl 0,9%) 10ml/kg bolus (over 1u), dan opnieuw bekijken en onderhoud-infuus (glucose-infuus met elektrolyten)* • Indien intraveneuze vloeistoffen worden gebruikt, moet dit gewoonlijk een normale zoutoplossing met toegevoegd KCl zijn, met toegevoegde elektrolyten, bv. fosfaat, indien nodig • Sluit andere oorzaken van hypovolemie uit, bv. intercurrente sepsis
Andere kenmerken van ernstige ondervoeding	<ul style="list-style-type: none"> • Doorligwonden 		<ul style="list-style-type: none"> • Voeding • Vraag advies aan een wondzorgspecialist • Mijd langdurige bedrust; adviseer afwisseling • Gebruik een speciale matras en kussen

Controleer of meet	Aandachtspunten	Wanneer bezorgd zijn/welke assessment nodig	Specifieke aanpak
Tekenen van braken of misbruik van laxeermiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • Laag kaliumgehalte • Metabole alkalose of acidose • Tandglazuurerosie • Gezwollen speekselklieren • Eelt op vingers 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypokaliëmie (zie volgende) • Ongecontroleerd braken met risico op scheuren in slokdarm- of andere ingewanden 	<ul style="list-style-type: none"> • (in residentiële setting) Gespecialiseerde verpleegkundige ondersteuning en toezicht om braken te voorkomen
Hypokaliëmie	<ul style="list-style-type: none"> • Waarschijnlijk te wijten aan purgeergedrag. • Let op: een normale elektrolytenspiegel sluit medisch risico niet uit 	<ul style="list-style-type: none"> • $<3,0\text{mmol/L}$ • Win medisch/ pediatrisch advies in • Overweeg opname en hartbewaking 	<ul style="list-style-type: none"> • Corrigeer kaliumwaarden: geef orale supplementen (bv. ultra K siroop) buiten het eetmoment¹⁴ (*); overweeg in eerste instantie IV indien $<2,5\text{mmol/L}$ (orale supplementen kunnen nog worden uitgebraakt); pas op voor hyperkaliëmie • ECG controleren
Hyponatriëmie	<ul style="list-style-type: none"> • Overweeg water loading (excessief drinken om de gewichtsmeting te manipuleren, honger niet te voelen,...), medicatie, zoals SSRI's, en diuretica. • Bepaal de osmolaliteit van de urine 	<ul style="list-style-type: none"> • Overweeg opname • Win medisch/ pediatrisch advies in 	<ul style="list-style-type: none"> • Gespecialiseerde verpleegkundige supervisie om water loading te voorkomen • IV correctie, ga voorzichtig te werk • Herzie medicatie indien nodig

¹⁴ Praktijktip: Door de orale supplementen buiten het eetmoment aan te bieden, is er minder kans dat ze worden uitgebraakt.

Controleer of meet	Aandachtspunten	Wanneer bezorgd zijn/welke assessment nodig	Specifieke aanpak
Andere afwijkingen in de elektrolyten	<ul style="list-style-type: none"> • Controleer fosfaat/fosfor, magnesium, calcium • Denk aan het refeeding syndroom 	<ul style="list-style-type: none"> • Volg de richtlijnen rond hervoeden 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie beslisboom rond hervoeding
Hypoglycemie	<ul style="list-style-type: none"> • Bloedglucose door middel van een vingerprik en een veneus bloedmonster • Ketonen in urine of bloed 	<ul style="list-style-type: none"> • Komt voor bij zeer ernstige vermagering door lage glycogeenvorraden, meestal vergezeld van ketonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Controleer op bijkomende (b.v. sepsis) of alternatieve diagnoses (bv. ziekte van Addison, insulinemisbruik) • Indien symptomatisch en wakker: geef eerst snelle suikers via voedsel zoals appelsap of druivensuiker, gevolgd door complexe koolhydraten of eventueel sondevoeding (*) • Indien symptomatisch en bewustzijnsverlies (bv. coma): geef IV glucose.
Risico's voor of bescherming van mentale gezondheid/familie	<ul style="list-style-type: none"> • Suïciderisico • Zelfverwondend gedrag • Overschrijding draagkracht familie 	<ul style="list-style-type: none"> • Dringende psychosociale evaluatie • Opname kan nodig zijn voor bescherming en diagnostiek 	<ul style="list-style-type: none"> • Start dringende psychologische/psychiatrische behandeling (bv. in samenwerking met andere dienst of zorgaanbod in de regio)(*)

4.2.2 Aandachtspunten tijdens de hervoedingsfase

Bij het managen van medische risico's op een pediatrieafdeling is het hervoeden van het kind of de jongere het belangrijkste doel. Het opnieuw innemen van voedingsstoffen na een langere periode van restrictief eten, kan mogelijk verschillende lichamelijke effecten uitlokken. Hieronder worden deze lichamelijke klachten en risico's verder toegelicht.

4.2.2.1 Refeeding syndroom

Het refeeding syndroom is een complexe biologische reactie op een toegenomen voedselinname (oraal, enteraal of parenteraal) na een belangrijk voedseltekort gedurende een tijd [42]. Een kleine minderheid van de ondervoede patiënten (schatting van 14 %) ondervindt deze **metabole en klinische veranderingen** wanneer hij/zij veel te snel hervoed (te veel calorie-inname) wordt. Dit treedt meestal binnen de 3 of 4 dagen na de start van hervoeding op, maar kan ook na een week tot 14 dagen optreden [42, 70]. De hoofdkenmerken zijn hypofosfatemie met geassocieerde elektrolytenstoornissen, en het dysfunctioneren van meerdere organen [9]. Dit syndroom is **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.

Kort samengevat vindt het refeeding syndroom plaats wanneer de patiënt terug meer koolhydraten inneemt en verbruikt, waardoor insuline vrijkomt 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 patiënten. 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.

Hoewel elk individu het refeeding syndroom kan krijgen na een belangrijk gewichtsverlies, of na 5 of meer dagen restrictief gegeten te hebben, is het **risico groter naarmate de hoeveelheid van gewichtsverlies groter is, en naarmate de recente voedselinname kleiner is**. Risicofactoren en een kader voor risico-inschatting voor het refeeding syndroom, kan je hieronder terugvinden [9, 42, 47, 90, 91]:

Algemene risicofactoren:

- De mate van ondervoeding, gemeten aan de hand van BMI of snelheid van gewichtsverlies
- Geen tot minimale voedingsinname in de laatste 10 dagen
- Geschiedenis van refeeding syndroom
- Significante alcoholinname
- Geschiedenis van diuretica, laxativa of insuline misbruik (cave: patiënten met comorbide diabetes)
- Abnormale elektrolyten voor het hervoeden

De [MEED richtlijn](#) geeft volgende risicofactoren voor een hoog risico, en hun aanpak [2] ([Tabel 6](#)):

Tabel 6. MEED richtlijnen m.b.t. risicofactoren en aanpak, aangevuld met praktijkadvies (*)

Klinische verschijning	Hoog risico bij	Aanpak
Extreem laag gewicht	m%BMI < 70% BMI < 13	Voorzichtig hervoeden
Aanhoudend lage voedselinname	Weinig of geen voedselinname gedurende > 4 dagen	Voorzichtig hervoeden
Verstoorde elektrolyten	Lage kalium, fosfor, magnesium	Waarden 2x/dag checken en aanvullen indien nodig
Laag aantal witte bloedcellen	< 3.8 (miljard per liter bloed) of bij neutrofielen < $1.0 \times 10^9/L$ of (*)	Monitoren (ook i.k.v. infectierisico)
Risico op te weinig Vitamine B ₁ (thiamine) De precieze behoefte aan vit. B ₁ is niet bekend.	Lage vit B ₁ en andere vitamines	Orale thiamine; en multivitamines ¹⁵ .
Medische comorbiditeiten en/of complicaties	Infectie, bv. longontsteking, hartaandoening, leveraandoening, alcohol- en drugsgebruik, andere ernstige ziekte	<ul style="list-style-type: none"> • Moet worden besproken met een medische eenheid voor acute zorg. Opname op een afdeling voor verhoogde of intensieve zorg moet worden overwogen als de patiënt een ernstige comorbiditeit heeft. • Voorzichtigheid hervoeden

¹⁵ Praktijkvoorbeeld: week 1 thiamine 50mg 2x/dag; week 2 (dag 8) multivitaminepreparaat (bevat ook thiamine)

Andere factoren om in rekening te brengen zijn de snelheid van gewichtsverlies (bv. 15% in 3 à 6 maanden), gebruik/misbruik van medicatie (insuline, maagzuurremmers, diuretica, laxativa, vermageringspillen, druggebruik (bv. XTC)) en ingrijpende medische behandelingen zoals chemotherapie [91].

Het belangrijkste aspect bij het **voorkomen en behandelen** van het refeeding syndroom is diegenen die risico lopen te herkennen. Daarom is het belangrijk dat zowel hulpverleners als de patiënt de **symptomen en risicofactoren van het refeeding syndroom herkennen** [42, 91]. Voor de patiënt en zijn familie is psycho-educatie over het refeeding syndroom en zijn mogelijke signalen dan ook zinvol [47]. In [Tabel 6](#) staan de klinische kenmerken en de laboratoriumwaarden van het refeeding syndroom weergegeven.

4.2.2.2 Mogelijke lichamelijke klachten tijdens de hervoedingsfase

- Onderzoek toont dat een groot percentage van de energie-inname in het begin van gewichtsherstel wordt omgezet in **lichaamswarmte**, in plaats van in het opbouwen van lichaamsmassa (30% gaat naar lichaamswarmte in plaats van de reguliere 14-16%). Patiënten met anorexia nervosa klagen dan ook vaak over **zweetaanvallen** en warmte tijdens de periode van gewichtsherstel [88].
- Wanneer teruggekeerd wordt naar een **regelmatig eetpatroon**, hebben de meeste ondervoede patiënten last van maagpijn, misselijkheid, een opgeblazen gevoel, krampen en diarree. Het duurt meestal een **tweetal weken** voordat het **gastro-intestinaal systeem** zich **herstelt** [19]. Vanuit klinische ervaring blijkt dat vaak een langere periode nodig is voor het herstel van gastro-intestinale klachten (Expertengroep).
- Bij gewichtsherstel is er aanvankelijk meer vetafzetting ter hoogte van de buik en gelaat. Deze **verschuiving van vetafzetting** is tijdelijk, en de patiënt kan hierin gerustgesteld worden [11, 82].
- Bij het begin van het hervoeden treedt vaak een oedeem op (hervoedingsoedeem) dat op zich onschadelijk is, en na enkele weken spontaan verdwijnt. Het is belangrijk de patiënt hiervan op de hoogte te brengen. **Differentiaaldiagnose** met oedeem ten gevolge van **hartfalen** is wel noodzakelijk [83].
 - o Enkele praktische tips om vochtophoping te verminderen:
 - Voet- of hoofdeinde van het bed verhogen, naargelang de vochtophoping in gezicht of onderbenen aanwezig is. Niet aan te bevelen bij diffuse vochttopstapeling;
 - Patiënt de benen omhoog laten leggen (bv. in zetel);
 - Patiënt voldoende laten rusten (rechtstaan beperken).
- **Hervoedingspancreatitis**
 - o Tijdens het begin van het hervoeden kan pancreatitis optreden, maar dit is een **zeldzame complicatie** [18, 19, 89].

Tabel 6. Klinische kenmerken en laboratoriumwaarden van het refeeding syndroom [2]

Opmerking: Niet alle kenmerken hoeven aanwezig te zijn.

1. Ernstig lage elektrolytenconcentraties:
 - a. Kalium $<2,5$ mmol/L
 - b. Fosfaat $<0,32$ mmol/L
 - c. Magnesium $<0,5$ mmol/L
2. Perifeer of diffuus oedeem of acute overbelasting van de vochtcirculatie
3. Verstoring van de orgaanfunctie met inbegrip van ademhalingsfalen, hartfalen of longoedeem, verhoogde levertransaminasen

Medische tips voor zorgverstrekkers voor en tijdens het hervoeden worden hieronder opgelijst (vrije vertaling uit [2, 15, 47, 48]) in het kader. De informatie is voornamelijk gericht op de kinderartsen.

Tips vóór de aanvang van het hervoeden

Check de **serum elektrolyten** (natrium, kalium, fosfor en magnesium) en glucose voor de aanvang van het hervoeden. Let wel dat deze waarden normaal kunnen zijn voor de start van het hervoeden en 3 tot 7 dagen na het hervoeden op hun laagste kunnen zijn. Het is niet nodig deze te corrigeren voor het hervoeden, aangezien dit mits monitoring simultaan kan gebeuren tijdens de hervoedingsfase.

Uit de praktijk – hypokaliëmie

- Hypokaliëmie (= te lage kaliumwaarden in het bloed) uit zich via symptomen van misselijkheid, vermoeidheid, zwakke spieren, constipatie, vaak plassen, gebrek aan eetlust, lusteloosheid, hartritmestoornissen,...
- Normale waarden: 3,5-5,1 mmol/L
- Bij kalium tussen 2,5 en 3 mmol/L is opname in een algemeen ziekenhuis sterk aanbevolen en bij kaliumwaarden onder de 2,5 mmol/L is opname in een algemeen ziekenhuis noodzakelijk
- Dagelijks toedienen van **multivitaminen** voor en tijdens het hervoeden is zinvol bij ondervoede kinderen en jongeren en draagt weinig risico. Overweeg ook Vitamine B₁ (thiamine) suppletie bij de ernstig ondervoede patiënten met risico op Wernicke's encefalopathie.

Tabel 7. Hypokaliëmie

Kaliumwaarde	Suppletie (bv. Ultra-K® = kaliumgluconaat; 4680mg/15ml (= 20meqK ionen) en opvolging
3.0 mmol/L < x < 3.5 mmol/L	10-20 mEq, 2 - 4 keer/ dag; Controle na 3 à 4 dagen
2,5 mmol/L ≤ x ≤ 3.0 mmol/L	20 mEq, 4 keer/ dag; Controle na 3 à 4 dagen
x < 2,5 mmol/L	Snelle orale toediening, 40 mEq, 3 – 4 keer/ dag; Dagelijkse bloedname
Uitgesproken symptomen op gelijk welke kaliëmie	IV substitutie (kaliumchloride of kaliumfosfaat)

Uit de praktijk – supplementen

Patiënten met Anorexia Nervosa hebben vaak een tekorten aan vitamines en mineralen dewelke herstellen bij normaliseren van het voedingspatroon.

- Tijdens het ziekteproces is het aangeraden om supplementen van vitamines en mineralen (inclusief selenium en zink) in te nemen.
- Bij start hervoeden vitamine B1 (Thiamine) 100 mg/dag en foliumzuur max 1 mg per dag bijgeven ter preventie van het refeeding syndrome.
- Overweeg calcium/vit. D supplementen i.k.v. osteoporose en/of amenorrea.
- Bij BMI < 16 start monobasis natriumfosfaat gelule 1g (3 x 2 gelules per dag, magistraal), minimum 3 weken in acute fase, ter preventie van *refeeding* syndroom
- Kaliumsupplementen bij hypokaliëmie (zie boven)
- Bij kinderen en jongeren moet **fosfaat** niet standaard worden bijgegeven ter preventie van refeeding syndroom, enkel als het fosfaatiniveau daalt. Dan wordt aangeraden om aan te vullen met (bruistabletten) natriumzuurfosfaat, 2 à 3 mmol/kg/dag, verdeeld over 2 dosissen en aangepast aan het fosfaatiniveau. Normale niveaus verschillen per leeftijd [2] (zie [Tabel 8](#)).

Tabel 8. Normale fosfaatwaarden per leeftijdscategorie [2].

Leeftijd	Normaal fosfaatniveau
3-10 jaar	1,2-1,8 mmol/L
10-15 jaar	1,1-1,75 mmol/L
> 15 jaar	0,8 – 1,45 mmol/L

Tips tijdens het hervoeden [2, 47]:

- Het risico op hevoedingssyndroom is het hoogst in de eerste dagen, maar gezien het ook later kan ontstaan wordt biochemische monitoring aangeraden tot 2 weken nadat de elektrolytenwaarden zijn gestabiliseerd [2]. In het begin van hervoeding monitoren de hulpverleners de **elektrolytenbalans** (waaronder de fosforwaarden) en **glucose dagelijks** (elke 24 – 48 uur) voor zo'n 1 tot 2 weken (minstens tot deze waarden gestabiliseerd zijn, vaak minstens 72 uur) [47]. Dit monitoren kan enerzijds via **bloedtesten** en anderzijds via verschillende **fysieke symptomen** die op een mogelijk tekort kunnen wijzen (cfr. boven). Hier is het van belang om kritische signalen te blijven monitoren (cfr. medische complicaties). Hiervoor verwijzen we binnen dit stappenplan naar de [MEED richtlijnen](#), zie ook [Tabel 4](#) in dit stappenplan [2].
- Monitor vochtinname om overload te vermijden. Orale rehydratie wordt verkozen. Indien IV-vloeistof noodzakelijk wordt geacht, dienen grote hoeveelheden vloeibare bolussen vermeden te worden omwille van het risico op overbelasting van het hart [2, 47]. Vervang vochtverlies langzaam in plaats van met continue IV bij lage snelheden (bijv. 50 – 75 cc/uur voor volwassen patiënten of ½ normaal onderhoud bij kinderen).
- Gezien refeeding syndroom gemedieerd wordt door insuline, kan het risico verminderd worden door de hoeveelheid koolhydraten initieel te beperken, en voldoende fosfaatrijke voeding op te nemen in het dieet (bv. melkproducten) [2].

Tips indien refeeding syndroom opgespoord is:

- Behoud de huidige calorie-inname eerder dan deze te verminderen [45].
- Bij opgespoorde elektrolytendeficiënties moet je deze herstellen door ze te supplementen. Orale suppletie is verkozen, al kan intraveneuze toediening noodzakelijk zijn [42]. Gerichtere richtlijnen kan je terugvinden in de review van [48].
- Voor adolescenten stelt de [MEED-richtlijn](#) het volgende voor [2]:
 - o Bij **matige hypofosfatemie** (bv 1.1–3.0mg/dl [0.36–0.97mmol/L] – de precieze range hangt af van de leeftijd): **orale suppletie** in een startdosis van 30 à 60mg/kg/dag, verdeeld over drie à vier momenten, afgestemd op herhaalde serumfosfaatmetingen.
 - o Bij **ernstige hypofosfatemie** (bv. < 1.0mg/dl [0.25mmol/L] wordt **intraveneuze suppletie** voorgesteld, onder nauwe monitoring en met verhoogde zorgintensiteit (bv. opname op een afdeling voor verhoogde of intensieve zorgen), gezien het verhoogd risico op hartritmestoornissen bij IV suppletie van fosfaat. Het gaat over een dosis van 20 à 30 mg/kg/dag, verdeeld over verschillende momenten en met een infusietijd van 6 uur.

Uit de praktijk: bij ernstige oedemen kan eventueel een zoutarm dieet worden gestart om het oedeem sneller te doen afnemen.

Bovenstaand werden de voornaamste richtlijnen voor medische stabilisatie tijdens de opname op pediatrie besproken. Patiënten op pediatrie zijn echter vaak helemaal niet gemotiveerd tot herstel, waardoor het hervoeden een heel lastige klus is en opnieuw tot machteloosheid bij de hulpverleners kan leiden. Ook hier is het dus van belang om de doelstelling te specificeren naar de patiënt toe. Op pediatrie zijn patiënten vaak niet klaar om naar herstel toe te werken (bv. eetstoornis ‘afstaan’) maar kunnen ze wel akkoord gaan met doelen als ‘niet sterven’ of ‘uit de gevaren van de eetstoornis geraken’, of ‘geen blijvende letsels oplopen door de eetstoornis’. Zo kan geprobeerd worden om tot een gemeenschappelijke doelstelling te komen met de patiënt. In hoofdstuk [6](#) worden suggesties omtrent het werken aan motivatie tot herstel beschreven met aandacht voor zowel motivationele moeilijkheden bij de patiënt als de zorgverstrekkers. In hoofdstuk [5](#) lees je meer over de concrete aanpak voor het herstel van eetgedrag en gewicht.

5 Herstel van eetgedrag en gewicht

5.1 Voedingsherstel en het begeleiden van eet- en drinkmomenten

Op basis van het individueel groeitraject en de BMI-groecurve werd een individueel minimaal gezond gewicht (MGG) en optimaal gewicht (OG) bepaald (zie hoofdstuk [5](#) en [Bijlage 6. Minimaal gezond gewicht en optimaal gewicht](#)). Afspraken omtrent **de wekelijkse gewichtstoename** om het afgesproken minimaal gezond gewicht te bereiken worden gemaakt. Doorgaans raden aanbevelingen een **gewichtstoename van 0,5 - 1 kg per week** aan bij jonge tieners met een eetstoornis, in opname [15, 44, 45, 92]. Deze aanbeveling ligt dus hoger dan de vooropgestelde gewichtstoename van 0,5 kg per week in de ambulante setting (200-500g/week of 0,3-0,5 kg/week bij chronische en zeer ernstige anorexia nervosa bij oudere individuen) [46, 94]. Toch dient ook vanuit klinische ervaring benoemd te worden dat dit voornamelijk afhangt van de ernst van het ondergewicht. Bij jonge patiënten (<12jaar) of bij ernstige ondervoeding kan het doel op een lagere gewichtstoename gelegd worden, bv. 300g / week (expertgroep).

In de literatuur bestaat er voorzichtige besluitvorming omtrent het gegeven dat er méér gewichtstoename merkbaar is, en daaraan gelinkt minder noodzaak tot gebruik van sondevoeding (nasogastric feeding), wanneer er **eetondersteuning of positieve supervisie** is tijdens de eetmomenten bij patiënten met anorexia nervosa [93]. Hoewel deze besluitvorming hoofdzakelijk gestoeld is op observationeel onderzoek, kunnen er een aantal terugkerende elementen en *good practices* worden opgelijst [expertgroep, 46]. De haalbaarheid van deze richtlijnen dient binnen elke pediatrische setting te worden afgewogen ten aanzien van de bestaande en de logistieke middelen die er zijn [46, 47].

Bij patiënten met anorexia nervosa kunnen volgende richtlijnen meegenomen worden:

- Eetmomenten onder toezicht van een teamlid (bv. leefgroepbegeleider, verpleegkundige)
 - o Indien onvoldoende beschikbaar personeel kunnen ook ouders, familie, vrienden als supervisors eetmomenten dienen.
- Op vaste uren aan tafel met een tijdslimiet (maximaal 30 minuten voor hoofdmaaltijden, maximaal 15 minuten voor tussendoortjes, 5 minuten voor energierijk drankje of bijvoeding).
- Geen discussie of onderhandeling over een geplande maaltijd
- Geen speciale dieetwensen (vegetarisch, vegan, lactosevrij, ...), tenzij langdurige medische of andere aanwijzingen, of testresultaat voor de speciale dieetwens
- Na elke hoofdmaaltijd 45 tot 60 minuten rust / post meal support, en na elke snack 30 minuten rust / post meal support

- Deze “post-meal support” kan door middel van rust op het bed gebeuren (afhankelijk van het medische risico), maar dient vooral om de patiënt door een moeilijke tijd te helpen wanneer de eetoornis de jongere waarschijnlijk verschillende intense emoties zal laten voelen (schuldgevoel, zelfverwijt,...). Deze steun na de maaltijd kan door een afleidende activiteit te doen (praten, bespreken wat de eetoornis zegt op dat moment, lezen, tv kijken, scrollen op gsm), te ontspannen (met voorafgaande geleerde technieken, ademhalingsoefeningen), of een sociale activiteit [47]. Toch dient hierbij opgemerkt te worden dat vanuit klinische ervaring ook blijkt dat dit op een drukke pediatriedienst in realiteit niet altijd even haalbaar is.
- Aanmoedigen om het toiletbezoek vóór de maaltijd en bijhorende rustperiode te plannen (niet tijdens de rust)
 - Een Australische praktijkgerichte gids voor eetstoornissen bij kinderen en jongeren uit 2018 [22] geeft als advies om geen toiletbezoek 1 uur na de maaltijd toe te laten om braken of ander compensatiegedrag te voorkomen
 - Een andere Australische richtlijn uit 2020 [47] geeft als advies om verstoord eet- en beweeggedrag tot 30 minuten na de maaltijd te monitoren
- Monitoren en registreren van voedsel- en vochtinname
- Doelen en grenzen stellen in verband met eten, gewicht en somatische toestand i.f.v. doorbreken compensatiegedrag. Het kan moeilijk zijn om volhardend te zijn over de voedselvereisten, zeker wanneer de patiënt veel stress ervaart. Toch is het belangrijk om grenzen te stellen, verwachtingen te duiden en niet te discussiëren over de vooraf gemaakte afspraken [22]:
 - niet spelen met eten
 - eten ook aanraken met de lippen
 - leren variëren
 - geen servetten of rietjes gebruiken
 - geen eten aan de rand van het bord of kom uitsmeren
 - geen light of magere producten, geen cafeïne
 - geen bruiswater
 - geen kauwgom of muntjes
 - geen voeding van thuis meebrengen (belangrijk: dit is verschillend van bij patiënten met ASS en/of ARFID, zie hieronder)

Bovenstaande kan dus een doelstelling zijn, maar is vaak te moeilijk om onmiddellijk te verwachten.

Bij patiënten met ARFID is er uiteraard ook nood aan positieve ondersteuning, maar dit heeft een deels andere invulling dan bij AN, omdat de ondersteuning gericht is op angst om te proeven overwinnen en niet op angst voor gewichtstoename. Volgende elementen zijn belangrijk:

- een positieve sfeer, waarbij druk om te eten vermeden wordt
- blootstelling, door te ontdekken, op een speelse manier: verkennen met alle zintuigen, gelijkenissen ontdekken tussen voedingsmiddelen etc.
- Bij elke maaltijd veilige voeding aanbieden, gescheiden van nieuwe voedingsmiddelen; voeding van thuis mag gerust meegebracht worden

5.2 Voedingsadvies en methoden van hervoeden

Voedingsadvies omvat **onder meer een maaltijdplanning en psycho-educatie** (over voeding, de algemene werkwijze, aanbevelingen ...) en gebeurt **in overleg met de patiënt (en zijn familie)** [6, 44, 47, 51]. Aangezien personen met een eetstoornis vaak bepaalde gewoonten of rituelen hebben, is het daarnaast de taak van de hulpverlener om met zijn kennis van voeding het **voedingspatroon uiteindelijk (stapsgewijs) te normaliseren** [22]. De hulpverlener heeft hierbij de taak om ook de **ouders** van de patiënt in de behandeling te betrekken, zodat zij hun kind na ontslag voedingsmatig verder kunnen begeleiden [22].

De arts en/of diëtist formuleert, zo snel mogelijk na de aanmelding, een **duidelijke voedingsdoelstelling** met een bijhorend **geïndividualiseerd maaltijdplan** van 3 hoofdmaaltijden en 3 tussendoortjes om gewichtsherstel en normalisatie van het eetpatroon te bekomen [14, 41, 42, 45, 92]. Bij het opstellen van dit maaltijdplan is het van belang dat er ruimte is voor de autonomie van de patiënt, en er samenwerking met de patiënt kan zijn, doch binnen strikte grenzen. Op die manier is het zowel voor patiënt als alle teamleden duidelijk wat er verwacht wordt. Indien de patiënt er niet in slaagt de voedingsdoelstelling per maaltijd te behalen, wordt medische bijvoeding geïntegreerd in het eetschema en indien nodig sondevoeding ter aanvulling of als volledige voeding opgestart [22]. Op voorhand zijn hier duidelijke **afspraken** rond gemaakt en genoteerd in het zorgplan (zie hoofdstuk 3) [42, 45]. Dit dient dus op voorhand zeer duidelijk en voorspelbaar te zijn voor zowel de patiënt, de context en het team. Het eetschema wordt **stapsgewijs** uitgebreid en regelmatig geëvalueerd, waarbij sommige centra 'standaardpakketten' hanteren en andere ziekenhuizen individuele schema's gebruiken op basis van de individuele (energie)behoeften en doelstellingen. Voor een adequaat **individueel** voedingsadvies is informatie nodig over de voedingstoestand, de voedingsbehoefte en de actuele voedingsinname.

Om de motivatie zich aan het voedseladvies te houden en mogelijkheid tot gevarieerd eten te versterken, kan de patiënt **geïnformeerde keuzes** (zie ook hoofdstuk 6) maken omtrent het hervoedingsproces (bv. welk type eten: medische bijvoeding, energierijke voeding of

grotere porties) [22]. Sommige ziekenhuizen starten bijvoorbeeld ook met een eetschema op basis van wat de jongere al kent, zoals bepaalde gezinsgewoontes [46]. De hulpverlener kijkt wel **streng genoeg toe** of de patiënt met zijn keuzes voldoende kcalinname neemt om zijn gewichtsdoelstelling te bereiken [10, 22, 42, 92]. Discussies over **niet-bediscussieerbare onderdelen van de behandeling van AN** (bv. wekelijkse gewichtstoename, maaltijdmomenten, uiteindelijke voedseldoelstelling, ...) worden vermeden. Bij medisch onstabiele patiënten of patiënten die angstig worden door de keuzes, worden de keuzemogelijkheden verkleind [22].

5.2.1 Het gebruik van sondevoeding

Hoewel oraal voedingsherstel steeds de voorkeur heeft, kan (gedwongen) sondevoeding (enterale voeding) bij gehospitaliseerde patiënten met een eetstoornis nodig zijn om ernstige complicaties **af te wenden en overlijden te voorkomen** [2, 9, 42, 48, 95]. Idealiter wordt sondevoeding **zonder dwang en enkel als een laatste redmiddel geïntroduceerd**, aangezien (gedwongen) sondevoeding forse consequenties kan hebben. Zo vergt het inbrengen van de neus-maagsonde een intensieve handeling die de integriteit van de patiënt aantast waarbij hij/zij alle autonomie verliest [95, 6, 58]. Voldoende emotionele ondersteuning bij het inbrengen van de sonde is dus absoluut vereist, alsook het geven van informatie en het kaderen van de sonde als een korte-termijn, tijdelijke, noodzakelijke interventie voor het lichaam-in-nood [2]. Parenterale voeding (via de bloedbaan) is echter niet aangewezen en mag men enkel toedienen bij patiënten zonder functioneel maagdarmsstelsel [42].

Belangrijk, de patiënt moet altijd eerst voedsel voorgesteld zijn. Wanneer de patiënt niet in staat is om de voorgeschreven voedselinname te volgen na 24u, kan sondevoeding¹⁶ overwogen worden. Dit dient altijd in samenspraak te zijn met het kind/de jongere en hun ouders [2], alsook in proportie ten aanzien van het medisch risico. Daarnaast is het van belang om erop te waken dat dit proces (eerst voedsel voorstellen, weigering van voedsel,...) geen uitstel wordt van het krijgen van de benodigde calorieën voor de medische toestand waarvoor de patiënt opgenomen werd. De redenen voor opstart tot sondevoeding dienen dan ook op voorhand besproken te worden met de patiënt en de ouders. Hierbij moet aandacht zijn voor duidelijke informatie omtrent wanneer sondevoeding vereist is, zodat regie/autonomie van de patiënt toch zoveel mogelijk bewaard blijft [2, 46, 95]. Wanneer de beslissing voor dwangsondevoeding genomen is, dienen multidisciplinaire

¹⁶Een voorstel uit de praktijk is om indien mogelijk te kiezen voor isotone sondevoeding, en soms ook lactosevrij, ter vermijding van buikpijn, dumping en refeedingsyndroom. Lactose-intolerantie verdwijnt bij veel patiënten terug bij geleidelijke herintegratie van lactose in het eetpatroon, indien het een gevolg is van selectief eetgedrag.

afspraken gemaakt te worden omtrent het **moment, frequentie, locatie, en hoeveelheid** van toediening van de sondevoeding, die helder en op een psychologisch veilige manier aan de patiënt worden toegelicht.

MEED stelt een aantal criteria voorop wanneer sondevoeding overwogen kan worden [2]:

- Indien de patiënt het vooropgestelde eetschema niet kan opvolgen en/of niet in staat is om de bijvoeding te drinken, om zo de fysieke gezondheid te stabiliseren en/of herstellen [2, 42, 92]
- Indien de patiënt zichzelf niet in staat acht om te eten, maar zelf akkoord gaat met de sondevoeding [2]
- Indien er levensbedreigend gewichtsverlies is (klinische inschatting; richtlijn: %BMI < 70 bij kinderen en jongeren); of bij medische urgentie [2]

Bij hypoglykemie [95]:

- Hypoglycemie < 50 mg/dl (< 2.8 mmol/L) en weigeren van orale voedingsinname. Vanuit klinische ervaring (expertengroep) blijkt dat de patiënt initieel voedingsinname kan weigeren vanuit paniek, maar na enige tijd wel akkoord kan gaan tot voedselinname. Het lichaam van de patiënten is vaak aangepast aan de verlaagde glycemie waardoor er enige marge is vooraleer dwang toegepast dient te worden. Sommige ziekenhuizen kiezen ervoor om te prikken na 1 à 2u, en indien er dan nog steeds een weigering is van voedselinname er overgegaan wordt tot sondevoeding.
- Hypoglycemie < 60 mg/dl (< 3.5 mmol/L) tijdens de dag (< 70 mg/dl (< 4 mmol/L) tijdens de avond/nacht), langer bestaande ondervoeding en weigeren van orale voedingsinname

Bij vochtweigering met pre-renale nierinsufficiëntie tot gevolg:

Indien de patiënt klinische of biochemische instabiliteit vertoont (bv. cfr. refeeding syndroom).

5.2.1.1 Keuzes omtrent sondevoeding

1. Druppelsgewijze sondevoeding via voedingspomp

Enterale sondevoeding (SV) kan **(1) druppelsgewijs (continu of intermitterend) via een voedingspomp of (2) in bolus (per portie) via een voedingsspuut rechtstreeks in de sonde worden toegediend** aan de patiënt. Er zijn voor- en nadelen verbonden aan elk van deze verschillende opties:

Het **continu** toedienen (ononderbroken 24u/24u druppelsgewijze SV via een voedingspomp; of 2x 10u met telkens 2u pauze zodat patiënt zich bv. makkelijk kan wassen) van de sondevoeding heeft als voordeel dat de patiënt zich zowel psychologisch als fysiologisch (metabool) voorzichtig kan aanpassen aan de toenemende voedselinname [22, 48], gezien de erg geleidelijke toediening van de voeding. Het nadeel van deze optie is dat de patiënt geen “eetvrije” tijd heeft doorheen de dag, wat mentaal belastend kan zijn. Ook de stap naar de herstart of opdrijven van eigen orale intake kan als moeilijker worden beschouwd, omdat men de perceptie heeft dat alle nodige voeding toch reeds via de sonde wordt toegediend. Op die manier bestaat het risico dat er een passieve situatie van gevoed worden ontstaat, waarbij de eetstoornis de controle over de patiënt behoudt (AN), hoewel dit voor ARFID wel helpend kan zijn.

Bij **intermitterende druppelsgewijze SV** wordt de nodige hoeveelheid SV verdeeld over een aantal vastgelegde tijdstippen (doorgaans 4). Afdelingen verschillen in de manier waarop ze deze aanpak uitvoeren. Sommige pediatriediensten geven patiënten bij elk voedingsmoment de kans om eerst voldoende inname te bereiken met gewone voeding per maaltijd. Hierin krijgt de patiënt de info dat de calorische waarde van de eigen intake in mindering wordt gebracht bij de daaropvolgende hoeveelheid SV die zal worden toegediend. Het nadeel van deze methodiek is dat ze vrij tijdsintensief is voor zorgverstrekkers en veel motivationeel werken vereist. Deze methodiek kan echter op korte tijd het herstel van het eetgedrag bevorderen, omdat de SV als alternatief voor de eigen intake wordt vooropgesteld, en niet als voeding die erbij komt, bovenop de eigen intake. Andere diensten laten het toedienen van extra sondevoeding niet afhangen van wat er gegeten wordt op het moment zelf; er wordt per 2 à 3 dagen opnieuw geëvalueerd. Dit geeft als voordeel dat er minder conflict en onderhandeling optreedt tussen de patiënt en de verpleegkundige. Wat de strategie rond bijvoeding en sondevoeding ook is, het is **wezenlijk dat er een gedeelde visie is binnen het team**, zodat de moeilijke stap om tot sondevoeding over te gaan, **zo sereen mogelijk** kan verlopen voor patiënt, gezin en zorgteam.

Bij de keuze voor deze intermitterende vorm van druppelsgewijze SV zijn een aantal zaken van groot belang:

- De voeding wordt systematisch 30 minuten voor de aanvang van het SV-moment gesuperviseerd en binnen een positieve sfeer aangeboden. Ook wanneer de patiënt er niet in slaagt om te eten, wordt er opnieuw een eetmoment aangeboden bij het volgende SV-moment. Alleen al de blootstelling (exposure) aan de voeding kan therapeutisch betekenisvol zijn, en een noodzakelijke stap vormen in het herstelproces. Men mag dus niet besluiten dat deze methodiek geen zin heeft, wanneer de patiënt niet eet. Bij deze zeer angstige patiënten kan er in geval van niet-eten ingezet worden op het durven aanraken van het voedsel, een boterham durven smeren, durven proeven van een yoghurtje met het tipje van een lepel,...
- Na 30 minuten wordt het eetmoment stopgezet en wordt de SV opgestart. De patiënt gaat nog even naar het toilet alvorens de SV wordt aangekoppeld, men weet dat men tijdens de SV-uren niet naar het toilet kan gaan. De aankoppeling van de SV wordt gekaderd vanuit “het heel hard geprobeerd hebben om zelf te eten, maar nog niet lukken”. Tijdens deze opstartfase waakt de zorgverstrekker er over dat er het eerste half uur positieve afleiding is (spelletje spelen met familielid, filmpje kijken, mandala voor tieners,...), omdat patiënten met AN tijdens dit overgangsmoment vaak veel emotionele spanning ervaren.
- Gezien de eetstoornisgedachten bij AN gevoelig zijn voor rationele informatie, maar tegelijk sterk onderhandelingsvaardig zijn, moet er tijdens het aanbieden duidelijkheid zijn omtrent de hoeveelheid calorieën van de aangeboden voeding, met daaraan gekoppeld de hoeveelheid SV die in mindering zal worden gebracht wanneer het aangeboden voedsel volledig wordt opgegeten.
- Er wordt niet onderhandeld over tussenoplossingen: enkel wanneer het aangeboden voedsel volledig opgegeten wordt binnen de voorziene tijd, wordt de daaropvolgende SV in mindering gebracht.

Intermitterende SV kan ook louter **tijdens de nacht** worden toegediend. Dit heeft als voordeel dat het eetschema overdag zo min mogelijk verstoord geraakt. De patiënt krijgt hierbij overdag bij elk eetmoment de kans om de vooropgestelde maaltijden te eten en in een tweede stap de niet genuttigde maaltijden bij te passen met bijvoeding. Indien ook bijvoeding niet haalbaar is, wordt de nodige hoeveelheid SV voor 's nachts berekend en wordt de SV sondevoeding aangekoppeld na het laatste eetmoment 's avonds tot vroeg in de ochtend. Het nadeel van deze optie is dat het 's nachts voeden ingaat tegen de natuurlijke fysiologische processen van rust die het menselijk lichaam normaliter doorloopt tijdens de slaap. Daarnaast blijken sommige tieners 's nachts meer slaapproblemen te ervaren, en is de kans groter dat de sonde 's nachts (gezien er dan minder toezicht is) gemanipuleerd wordt, wat bijzonder gevaarlijk kan zijn.

2. Sondevoeding in bolus

Het aanbieden van sondevoeding **in bolus** heeft als voordeel dat de sondevoeding nog beter kan worden afgestemd op de eigen intake van de patiënt, en de normale maaltijdcyclus optimaal kan worden nagebootst. Bijkomend is de tijdsduur van toediening van de SV veel korter, en heeft de patiënt dus veel meer “eetvrije” tijd. Sondevoeding wordt in dit geval toegediend vlak na de maaltijdmomenten, wanneer deze niet volledig werd genuttigd, en dit via een voedingsspuit rechtstreeks in de sonde. De calorische waarde van de sondevoeding is hierbij het equivalent van de calorische waarde van de maaltijd die op dat moment werd voorzien. Hierbij krijgt men eerst de reguliere maaltijd aangeboden, en krijgt men in een tweede stap de kans om het niet-genuttigde deel bij te passen met vloeibare bijvoeding die in een glas wordt gegoten. Wanneer de patiënt er niet in slaagt om de bijvoeding op te drinken wordt de bijvoeding (of het equivalent in SV) met een voedingsspuit opgetrokken en (zichtbaar voor de patiënt) in de sonde gespoten. Tijdens deze verpleegkundige act is het van belang om veilig en geruststellend te blijven communiceren met de patiënt. Het **overdag** aanbieden van sondevoeding in bolus sluit het best aan bij het normale fysiologische eetgedrag van mensen, maar heeft als nadeel dat de relatief grote portie voeding die op korte tijd in de maag terecht komt een gevoel van misselijkheid kan geven. Ook psychologisch melden patiënten een grote psychologische belasting na toediening van SV via bolus, waarbij enerzijds het zware gevoel op de maag (fysieke gewaarwording) en anderzijds het zien van de ‘grote’ hoeveelheid voeding die in één keer wordt toegediend, tot emotionele spanning leidt.

Bovenstaand overzicht toont aan dat er aan elke optie voor- en nadelen zijn verbonden. Het is aan het team om de best passende optie te bepalen in functie van de noden van de patiënt, de visie van het team en de logistieke middelen die het ziekenhuis heeft.

5.2.1.2 Het aanbrengen en al of niet (tussentijds) verwijderen van de sonde

Er bestaat geen eenduidige richtlijn met betrekking tot het al of niet tussentijds verwijderen of laten zitten van de sonde. Hierin kunnen afdelingen verschillen qua beleid. Zo gaan sommige afdelingen de sonde systematisch verwijderen na het eetmoment, terwijl anderen ervoor kiezen om de sonde eenmalig aan te brengen en gedurende de volledige periode waarin sondevoeding toegediend wordt, te laten zitten. Afdelingen die ervoor kiezen om de sonde te laten zitten, doen dit vaak vanuit volgende argumenten: Het plaatsen van de sonde is vaak een moeilijke opdracht bij patiënten met een eetstoornis, daarom kan men er dus voor kiezen om de sonde na plaatsing (en controle van de ligging van de sonde) te laten zitten. Daarnaast lijken patiënten met ernstige ondervoeding vaak hypersensitief voor pijn en vormt het herhaaldelijk plaatsen/verwijderen van de sonde psychologisch een extra belasting. Indien men opteert voor het laten zitten van de sonde, wordt er bij voorkeur gekozen voor een polyurethaan (PUR) sonde. Deze sonde is niet alleen comfortabel en soepel (en veroorzaakt dus minimale hinder voor de patiënt), maar hoeft ook minder vaak

verwisseld te worden dan een siliconen-sonde. Een PUR sonde kan 6-8 weken blijven zitten. Dagelijkse controle van de ligging van de sonde via een pH-meting blijft aangewezen. Het telkens verwijderen van de sonde berust ook op een aantal belangrijke argumenten. Zo kan bij elke maaltijd opnieuw de kans op orale voeding vergroot worden (elke maaltijd is dan een nieuwe kans voor de patiënt om voldoende voedselinname zonder sondevoeding te bereiken). De opstart van sondevoeding houdt namelijk een risico in dat de patiënt met AN niet meer in staat is terug over te stappen naar orale voedselinname [2]. Anderzijds kan het verwijderen van de sonde ook belangrijk zijn omwille van veiligheidsredenen (manipulatie van de sonde, suïcide risico). Het verwijderen van de sonde na het voedingsmoment kan ook irritatie op de huid, in de keel, neus of slokdarm vermijden. Echter, bij ARFID is het systematisch verwijderen (en terug inbrengen) van de sonde na elk eetmoment tegenaangewezen, gezien dit extra druk creëert en gezien de sensorische gevoeligheid (ook in het mondgebied) die vaak aanwezig is bij deze patiënten.

Toch zijn er een aantal belangrijke aandachtspunten. Hier is het opnieuw van belang dat er een **gedeelde visie** is bij het team omtrent het telkens verwijderen van de sonde of het langdurig laten zitten van de sonde. Eender of men er voor kiest om de sonde bij elk voedingsmoment te plaatsen en nadien te verwijderen, dan wel om de sonde langdurig te plaatsen en te laten zitten tot er geen SV meer vereist is, is het belangrijk dat het inbrengen van de sonde **niet als strafmaatregel** gebruikt wordt [95]. **Het creëren van een veilige en verzorgende/begripvolle setting voor het ongemak dat gepaard gaat met de plaatsing van een sonde vormt dus een belangrijk uitgangspunt.** Leg hierbij duidelijk uit wat er gaat gebeuren, wanneer, waarom, waar en hoe de plaatsing van de sonde zal plaatsvinden, aangepast aan het ontwikkelingsniveau van de patiënt. Bied hoop en perspectief, en benoem duidelijk dat het een **tijdelijke interventie** is, die omwille van het lichaam-in-nood absoluut noodzakelijk is, zodat het lichaam de voedingsstoffen krijgt die het nodig heeft. Eenmaal de sonde is aangebracht, is het belangrijk om dit goed te monitoren. Wanneer sondevoeding onvoldoende gemonitord wordt bij patiënten met een eetstoornis, bestaat het gevaar dat de kinderen/jongeren hun sonde proberen te verwijderen, wat gepaard kan gaan met snijwonden maar ook gevaren inhoudt doordat de sonde gemanipuleerd wordt, alsook dat ze de sondevoeding laten verdwijnen in het toilet,... [2].

Meer info omtrent de werkwijze en tips kan je vinden in het document K-EET dwangsondevoeding [95].

5.2.2 Richtlijnen omtrent calorische opbouw

Hoewel de literatuur algemeen gezien op het belang van voedingsherstel bij medisch-pediatrie stabilisatie wijst, verschillen de richtlijnen (en centra) in de starthoeveelheid calorie-inname en de mate van energieverhoging onderling vaak substantieel [9, 96, 97]. Het voedingsadvies wordt aldus best opgesteld op basis van een overleg tussen de

verantwoordelijke kinderarts en de diëtist, waarbij de huidige fysiologische parameters, en de gegevens uit het diëtistisch onderzoek de basis vormen voor het bepalen van het voedingsschema. Het is dan ook belangrijk om een risico-analyse uit te voeren op het refeeding syndroom [2]. Dit is belangrijk aangezien het noodzakelijk is om een balans te vinden tussen voldoende snel in gewicht toenemen enerzijds, en anderzijds het refeeding syndroom voorkomen (zie hoofdstuk 5), gezien het te snel hervoeden ook tot medische complicaties kan leiden en soms zelfs fataal is [2, 9]. Binnen de [MEED-richtlijn](#) wordt ook een beslissingsboom meegegeven die gebruikt kan worden als mogelijk handvat [2]. Deze flowchart is ook weergegeven hieronder in [Figuur 2](#). In tegenstelling tot de klassieke opinie om gewichtstoename geleidelijk te laten verlopen, zowel om 'refeeding syndroom' te vermijden als om de weerstand en angst voor het bijkomen bij de patiënt hanteerbaar te houden, bevelen meer en meer huidige richtlijnen (consensus en literatuur/onderzoek) voor residentiële **behandelingen echter een vrij hoge energieherwinning aan, bij gemiddeld ondervoede patiënten**, waarbij een arts de **risicofactoren** voor het refeeding syndroom monitort [9, 17, 41, 48, 52, 91, 98]. Zo worden elektrolyten en medische complicaties gemonitord en indien nodig fosfaat toegediend. Met een snelle hervoeeding blijkt de ziekenhuisopname immers korter en verhoogt het de mate van gewichtstoename zonder dat het aantal gevallen van refeeding syndroom toeneemt [41, 52].

Samengevat, bij patiënten met **milde tot matige ondervoeding**, is het niet noodzakelijk om te starten met een lage hoeveelheid calorieën en deze langzaam op te bouwen, op voorwaarde dat patiënten medisch worden opgevolgd, bij voorkeur totdat de bloedwaarden genormaliseerd zijn [41, 15]. Bij patiënten met **ernstige ondervoeding** (zie hoofdstuk 3) is het evenwel aanbevolen om voorzichtig te starten met het opbouwen van voeding [98, 9, 17]. Hiernavolgend worden enkele algemene richtlijnen gegeven m.b.t. de bepaling van de passende start- en toenamewaarde. We geven ook de flowchart mee uit de [MEED-richtlijn](#) als mogelijk handvat [2].

5.2.2.1 Startwaarde

De energie-inname waarmee gestart wordt, mag alvast niet lager zijn dan de energie-inname voorafgaand aan de opname om verdere ondervoeding te voorkomen [2, 41, 45]. Verschillende ziekenhuizen en richtlijnen starten met **1200 tot 1400 kcal of meer per dag** bij ernstig ondervoede patiënten. Dit is lager dan bij matig ondervoede patiënten, waarbij de [MEED-richtlijn](#) verwijst naar 1400 à 2000kcal/dag [2], terwijl een andere studie een veilige behandeling aantoont met een initiële calorie-inname van **2200 tot 2600 kcal per dag** [9]. Echter, gezien er een correlatie tussen **ernstig ondervoede kinderen** (<70% median BMI) en het refeeding syndroom is, dienen pediaters bij hen voorzichtiger te hervoeden tot er meer studies zijn [9]. Zo hanteren bepaalde gespecialiseerde eetstoornisklinieken volgende richtlijnen: initieel niet minder eten dan thuis; wanneer er voorafgaand aan de opname een voedingsstop is bij de patiënt en er een groot risico is op refeeding syndroom (vb. BMI < 12),

dan wordt gestart met een calorie-inname van 500Kcal / dag met een dagelijkse monitoring en opbouw.

De [MEED-richtlijn](#) schrijft voor dat constante monitoring nodig is, zonder dat een 'overbezorgde aanpak' nodig is [2]. Vanuit good practice verwachten we eerder een gewichtstoename van 0.5 – 1 kg per week (waarbij 0.5 kg meer realistisch is wanneer er geen sondevoeding wordt toegediend, en enkel louter wordt gewerkt op herstel van eigen intake bij patiënten die dit mentaal aankunnen). Vanuit de MEED-richtlijn kan gesteld worden dat het veilig is, voor de meeste patiënten om het hervoeden te starten met een calorie-inname van 1400-2000kcal/dag, en waarbij 200kcal per dag extra toegevoegd worden. Bij patiënten met een hoger risico op refeeding syndroom moet een individuele inschatting gemaakt worden [2]. Op basis van een andere studie wordt gesteld dat bij een ernstige ondervoeding de startwaarde dus lager zal liggen, van 20 kcal per kg lichaamsgewicht per dag tot zelfs 5 à 10 kcal/kg/dag [88].

5.2.2.2 Toenamewaarde

Om verdere ondervoeding te voorkomen blijft het belangrijk om voldoende calorietoename te voorzien doorheen het behandelproces. Vanuit een klinisch standpunt worden patiënten met anorexia nervosa immers vaak gekenmerkt door **hypermetabolisme** (toename in rustmetabolisme) in de periode van gewichtsherstel. Dit betekent dat ze een **hogere calorie-inname nodig** hebben voor gewichtsstijging/-stabilisatie dan een persoon met een normaal metabolisme [52]. De energie-aanbreng die nodig is voor het herstel van een gezond lichaamsgewicht is individueel bepaald per patiënt, waarbij de klinische ervaring van de diëtist en arts hier doorslaggevend lijkt, aangezien beschikbare formules onbetrouwbaar blijken [94, 99, 100]. Continue opvolging van de energie-inname (bv. onder de vorm van registratie in het EPD) is sterk aanbevolen [41, 77, 101].

Toch zijn er een aantal handvatten voor veilig hervoeden. Recente studies bij volwassenen tonen hierbij een veilige hervoeding bij een startwaarde tussen de 1600 en 2400 kcal met een **toename van 200 tot 500 kcal** elke 1 tot 3 dagen, weliswaar met een nauwkeurige opvolging om het refeeding syndroom op te sporen en te voorkomen [91]. Ook een toename van 300 tot 400 calorieën elke 3 a 4 dagen lijkt veilig te zijn voor het refeeding syndroom om toch voldoende gewicht bij te komen. Bij adolescenten wordt een startwaarde tussen 1400 en 2000kcal/dag¹⁷ naar voren geschoven, met een toename van 200 kcal elke dag [2]. Patiënten met **een ernstige ondervoeding** zullen op termijn een hogere kcal inname (**3500-4000 kcal/dag**) nodig hebben om consistent in gewicht te blijven toenemen nadat ze medisch gestabiliseerd zijn (tijdens de beginfase van hervoeding). Deze verhoogde inname kan in sommige gevallen al op de afdeling gestart worden, en verdergezet worden in

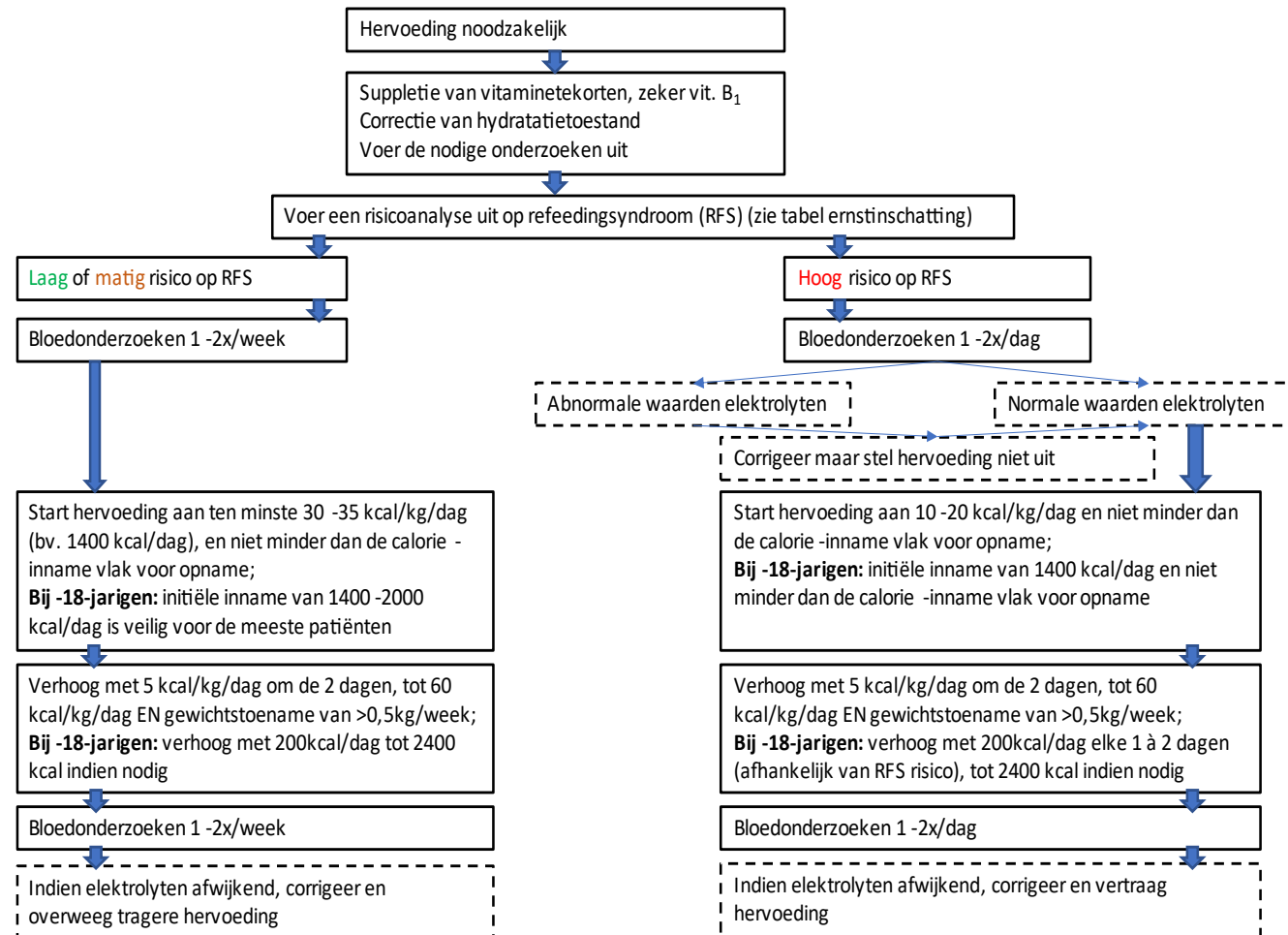
¹⁷ Er is geen specifieke informatie voor kinderen. Op basis van praktijkadvies kan het handvat van 30-35 kcal/kg/dag uit de MEED richtlijn als leidraad dienen.

ambulante opvolging (na ontslag bij medische stabilisatie) tot het ideaal gewichtsherstel bereikt is¹⁸. Bij het bereiken van het herstelgewicht dient een herevaluatie van de voedingsnoden te gebeuren om het behoud van gewicht of groei verder te ondersteunen [91].

Hervoeden van cliënten brengt echter ook heel wat psychologische effecten met zich mee. Het bijkomen in gewicht is absoluut noodzakelijk voor het lichamelijk herstel, maar zorgt er tegelijkertijd ook voor dat de eetstoornisstem bij AN (afhankelijk van de motivationele fase waarin de patiënt zich bevindt) sterker wordt, en de patiënt zich net emotioneel neerslachtiger gaat voelen. Bijkomend zal anorexia de patiënt er proberen toe te brengen om op andere manieren te compenseren voor de extra calorie-inname. Vaak wordt een toename van beweegdrang geobserveerd bij deze patiënten, wat een belangrijk aandachtspunt vormt voor de psycholoog. Ook is het belangrijk om andere afspraken te maken, bv. loszittende kledij voorzien zodat de patiënt geen biofeedback krijgt van kledij die begint te spannen.

¹⁸ In de praktijk blijkt dergelijk hoge calorie-inname doorgaans pas plaats te vinden na de medische opname/stabilisatie. De nood aan gewichtstoename op korte termijn moet ook afgewogen worden tegen de impact van interventies op de autonomie van de patiënt en de duurzaamheid van het herstellende eetgedrag. Een lagere calorie-inname kan wel impliceren dat een langere opname nodig is om tot het herstelgewicht te komen.

De [MEED richtlijn](#) stelt volgende flowchart voor in functie van het risico op hervoedingssyndroom, met afzonderlijke waarden voor minderjarigen.



Figuur 2. Beslisboom rond hervoedingssyndroom, gebaseerd op MEED [2], p. 69

6 Werken aan motivatie tot herstel

Hoewel we verwachten van kinderen en jongeren met een eetstoornis dat ze gemotiveerd zijn om los te komen van de eetstoornis, is motivatie vaak een ambivalent gegeven voor deze patiënten. Bij AN heeft de eetstoornis namelijk een **functie** voor de patiënt; zo fungeert het verstoord eetgedrag bijvoorbeeld als een manier om met verschillende problemen om te gaan en geeft het een gevoel van controle en houvast. Dit gevoel van controle wordt niet graag opgegeven, zeker indien er nog geen andere copingmechanismen voorhanden zijn. Verder is er bij AN doorgaans beperkt **ziekte-inzicht**, dit maakt deel uit van de stoornis. Een jonge leeftijd en eventuele comorbiditeiten zoals ASS kunnen het bekomen van ziekte-inzicht eveneens onder druk zetten.

Eetstoornissen kunnen ook bij hulpverleners ambivalentie oproepen. Enerzijds roepen eetstoornissen bij hulpverleners gevoelens van zorg en medeleven op maar ook gevoelens van kwaadheid, machteloosheid, en angst kunnen worden uitgelokt. Dit maakt dat hulpverleners soms onnodige druk zetten, te vroeg over veranderthema's beginnen, vaak te snel willen werken en het idee krijgen dat de jongere niet gemotiveerd is om zijn gedrag te veranderen. Hou er rekening mee dat de eetstoornis een enorme greep kan hebben op het kind/de jongere, en probeert om die grip te houden. Van daaruit kan het kind gedrag stellen dat leugenachtig of manipulatief overkomt. Hou in gedachten dat dit de stoornis is, niet het kind (d.i. externaliseren van de eetstoornis).

Hiernavolgend staan we stil bij hoe we als hulpverlener de patiënt kunnen motiveren (6.1), alsook hoe we als hulpverlener zelf de motivatie kunnen blijven behouden (6.2).

6.1 Motiveren van de patiënt

We hebben de persoon zelf en zijn omgeving nodig om samen de eetstoornis aan te pakken [46]. Het **motiveren van de patiënt is dus van belang om (langdurige) gedragsverandering te kunnen bewerkstelligen, en geldt doorheen de behandeling steeds als basisprincipe**. Motiverende gesprekstechnieken zijn essentieel om een coachende rol te kunnen aannemen en zo samen met het kind en zijn gezin op weg te gaan naar herstel, van aanmelding tot ontslag. Eigenlijk komt het er vaak op neer om eerst te verkennen waartoe iemand reeds gemotiveerd is, om vervolgens motivatieversterkend in te voegen. Er zijn verschillende theoretische kaders die hierbij houvast kunnen bieden. De vraag waartoe iemand reeds gemotiveerd is en waar en met welke interventies dus op ingevoegd kan worden, wordt beantwoord via de veranderingscirkel van Prochaska en Diclemente [63]. De zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci [64, 65, 66] kan hierbij houvast bieden bij de vraag hoe er motivatieversterkend kan worden ingevoegd. De vraag hoe er motivationeel versterkend gecommuniceerd kan worden, kan gebaseerd worden op het werk van Miller en Rollnick [67], binnen hun kader van motivationele gespreksvoering.

Voor dit stappenplan zullen hiernavolgend een concreet aantal handvaten worden voorgesteld bij het creëren van een motiverende context. Om optimaal samen te werken met de patiënt is het nodig dat er een context gecreëerd wordt waarbinnen optimaal tegemoetgekomen wordt aan de basisbehoeften van de patiënt en zijn/haar context. Hierbij is er in het bijzonder aandacht voor het **autonoom functioneren** van het kind, **verbondenheid** binnen en buiten de ziekenhuiscontext, en het voeden van de **competentie** van het kind of de jongere in het omgaan met de uitdagingen tijdens het herstelproces. Het inzetten op autonomie (6.1.1), verbondenheid (6.1.2) en competentie (6.1.3) werkt motiverend en verhoogt vaak de inzet van de patiënt. Via volgende linken kan extra informatie teruggevonden worden rond de verschillende motivatiekaders: [Basisinfo motivatiekaders](#), [Samenvattingsfiche](#) en [E-learning](#).

6.1.1 Autonomie

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

Hiernavolgend worden drie basisrichtlijnen gegeven voor het inzetten op autonomie [64, 65, 66].

6.1.1.1 Belang van empathie en nieuwsgierigheid

Autonomie ondersteunen vertrekt altijd vanuit empathie. Het houdt in dat jij als hulpverlener benieuwd bent naar de patiënt en zijn leefwereld.

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

- Wie is de patiënt? Ook al heeft de jongere een eetstoornis, de jongere IS geen eetstoornis. Wie is/was de patiënt los van de eetstoornis (persoonlijkheid, hobby's, interesses)?
- Welke voordelen levert de eetstoornis op voor de patiënt (gedragingen en gedachten die voortvloeien uit de eetstoornis fungeren vaak als een manier om te overleven in een complexe wereld).

- Wat is het probleem volgens de patiënt? Hoe denkt de patiënt dat de problemen zijn ontstaan? Bij AN kan het helpen om de **eetstoornis als een overlevingsstrategie** te zien die er niet zomaar is gekomen.
- Wat vindt de patiënt van begeleiding? Wat verwacht hij/zij van de begeleiding?
- Hoe denkt de patiënt dat de problemen aangepakt moeten worden?
- Wanneer heeft hij/zij haar doelen bereikt? Hoe ziet het einddoel er voor hem haar uit?

6.1.1.2 Maak de patiënt deelgenoot van het proces

Wees eerlijk en open over het traject. Geef de patiënt **inspraak bij beslissingen**. Voor kinderen moet het beslissingsevenwicht leeftijdsgepast zijn waarbij ouders of andere zorgfiguren betrokken worden indien noodzakelijk [14]. Binnen de begeleiding van eetstoornissen geldt bovendien dat behandeldoelen (bv. het te behalen minimaal gezond gewicht) door het pediatrische team worden bepaald, hierbij is er vanzelfsprekend geen keuze bij de patiënt. Belangrijk is in dit geval dat de rationale voor deze behandeldoelen voldoende vaak wordt herhaald ('het waarom' van het belang van toenemen in gewicht) alsook keuzevrijheid te voorzien in hoe men naar dit gewicht wenst toe te werken. Zo wordt steeds op een respectvolle, open, en eerlijke houding gecommuniceerd en geïnformeerd over de (keuzes bij de) behandeling. Hier kan met de patiënt besproken worden dat er een aantal zaken zijn waarover niet onderhandeld kan worden, bv. over de hoeveelheid energie-inname die nodig is (non-negotiables); maar ook dat er een aantal zaken zijn die wel bespreekbaar zijn, zoals bv. hoe de energie-inname gebeurt (vaste voeding, bijvoeding of sondevoeding) (= negotiables).

Bijvoorbeeld

"Op dit ogenblik zien we dat je lichamelijke gezondheid fel achteruit gaat, en dat je lichaam nood heeft aan voeding. Als we niet ingrijpen dan zal het hoogstwaarschijnlijk nog verder achteruit gaan. Daarom word je nu een korte tijd opgenomen in het ziekenhuis. Hierbij zal je begeleiding en steun krijgen bij de maaltijden en kunnen we de toestand van je lichaam goed opvolgen. Om je gezondheid verder te verbeteren kunnen we ofwel kiezen voor een opstart met sondevoeding ofwel vertrekken we van wat je zelf nog kan eten met al dan niet een aanvulling van bijvoeding. Er zijn voor- en nadelen aan beide mogelijkheden verbonden, zou je die graag eens willen horen?"

Belangrijk: Wanneer je als hulpverlener deze terminologie gebruikt, bv. bijvoeding, dan is het van belang om af te toetsen of de jongere goed begrijpt wat dit betekent en wat dit inhoudt. Wanneer jongeren bv. veel in gewicht zijn afgenomen maar bij wie nog geen ambulant voortraject plaatsvond bij een huisarts of diëtist bv., dan is deze terminologie vaak nog niet gekend.

- Waar wil hij/zij eerst mee aan de slag?
- Heeft de patiënt een idee hoe hij/zij hiermee aan de slag zou willen gaan?
- Wanneer wil hij/zij bepaalde doelen bereikt hebben?
- Verduidelijk het aanbod ("ik kan je wat technieken uitleggen, we kunnen samen zoeken hoe jij hier zelf mee aan de slag kan gaan") en laat de patiënt mee kiezen.

6.1.1.3 Geef duiding bij structuur en regels

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

Voorbeelden uit praktijkgerichte ervaring

Geef uitleg waarom een medisch-pediatrische opname noodzakelijk is en wat er van de patiënt verwacht wordt tijdens de opname; bijvoorbeeld: "wij / arts / ouders zijn bezorgd om jouw lichamelijke gezondheid, daarom ben je hier de komende nachten en gaan we ook enkele onderzoeken doen om je gezondheid in kaart te brengen."

Geef waar mogelijk keuze in behandelcentra na de opname;

Geef informatie tijdens keuzemomenten;

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

Voorbeelden uit praktijkgerichte ervaring

Wanneer er een plotse beslissing genomen moet worden, licht je de reden toe en geef je informatie. Bijvoorbeeld bij regelmatig braken: “Ik wil morgen bloed prikken om te kijken hoe je bloedwaarden beïnvloed zijn door het regelmatige braken. De reden waarom ik dit zo belangrijk vind en zo snel wil doen is omdat we door het regelmatige braken geen goed zicht hebben op wat het lichaam al dan niet nog opneemt van belangrijke stoffen zoals kalium. Kalium is belangrijk voor het functioneren van het hart en daarom is het belangrijk er (zo snel mogelijk) een goed zicht op te hebben.”

6.1.2 Verbondenheid

Iedereen heeft behoefte aan ‘graag gezien’ worden en een nood aan bevestiging van anderen. Het is belangrijk dat de patiënt voelt dat hij of zij er niet alleen voor staat. Doorheen het volledige traject is het belangrijk om als team aan de zijde van het kind of de jongere en zijn/haar ouders of broers en zussen te staan voor steun, vragen en zorg.

Hiernavolgend worden drie basisrichtlijnen gegeven voor het inzetten op verbondenheid.

6.1.2.1 Invoegen in de leefwereld van de patiënt

Sluit zoveel mogelijk aan bij de leefwereld van de patiënt, blijf bij zijn/haar interesses en doelstellingen. Het kan soms helpen om de woorden, taal en metaforen van de patiënt over te nemen. Erken wat er moeilijk loopt en de gevoelens die de patiënt hierbij heeft.

- Nu praten we veel over de eetstoornis maar als we daar niet over zouden praten, wat is er daarnaast nog waar je graag over praat, iets waar je thuis graag mee bezig zou zijn?
- Patiënten hebben mogelijk andere behandeldoelen dan wat vanuit het pediatrie-team centraal wordt gesteld. Patiënten maken bijvoorbeeld vaker melding van sociale doelen ('ik wil graag nieuwe vrienden maken maar weet niet hoe', 'ik wil aan mijn medeleerlingen vertellen hoe het met me gaat, maar ik durf niet goed'). Ga deze alternatieve behandeldoelen niet uit de weg maar ga ermee aan de slag. Het inzetten op deze persoonlijke hulpvragen van de patiënt werken vaak verbindend en motiverend. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat het niet altijd uitgebreid haalbaar is om met deze doelen aan de slag te gaan binnen een medische-pediatrische opname. Toch is het van belang om er aandacht voor te hebben, en

erkenning te bieden aan deze hulpvragen van de kinderen, jongeren en hun ouders. Zo kunnen ze begrip en acceptatie voelen vanuit jou als hulpverlener voor hun bezorgdheden.

6.1.2.2 Onvoorwaardelijke acceptatie

Blijf achter de patiënt staan, niet alleen op de momenten dat het goed loopt maar ook op de momenten dat het niet zo goed loopt. Wanneer patiënten voelen dat ze **altijd bij het team terecht kunnen**, ook als het moeilijk loopt, zal het ook mogelijk zijn om in moeilijke periodes te werken aan verandering. Zorg voor vaste aanspreekpunten binnen het team. Reageer nieuwsgierig i.p.v. verwerpend bij verschil in mening tijdens de begeleiding: 'je reageert niet helemaal zoals ik gedacht had, maar je zal er wel je reden voor hebben. Kan je mij even vertellen waarom je ...' Daarnaast is het belangrijk om van bij het begin afspraken over vertrouwelijke informatie te maken [45]. Bij verplichte zorg dienen ethische en juridische kwesties in acht worden genomen [45].

Tracht volgende zaken aan bod te laten komen i.f.v. duidelijkheid en opbouw van vertrouwen en verwachtingen:

- Hoe gaat het team om met patiënten met een eetstoornis, en hoe wordt de eetstoornis aangepakt? Wie heeft welke verantwoordelijkheid?
- Het effectief voorstellen van teamleden aan het kind of de jongere en de ouders

6.1.2.3 Gebruik de kracht van relaties

Vraag naar **betekenisvolle anderen** in het leven van patiënt. Inventariseren van het netwerk is essentieel voor het maximaliseren van de behoefte aan verbondenheid. Tracht steunfiguren bij de behandeling te betrekken, in functie van het creëren van een veilig netwerk. Ook in situaties waarin patiënten zelf nog niet veel meerwaarde zien van verandering, kan de **steun van anderen erg belonend werken**. Gebruik de kracht van relaties.

Aandachtspunten bij het verkennen van krachtbronnen in relaties:

- Let er op wie er bij eetmomenten betekenisvol aanwezig is, en welke rol deze personen nog zouden kunnen spelen los van het eetbeleid.
- Heb aandacht voor personen over wie de patiënt spreekt tijdens toevallige gesprekjes; ga voorzichtig na wat ze zouden kunnen betekenen doorheen het traject (een grootouder of ander familielid, vriend/vriendin, een bevriend buurmeisje of-jongen, ...)
- Wat kan de klasgroep betekenen voor de patiënt, welke veilige relaties bestaan er binnen of op het niveau van de groep? Kan er vanuit de school steunende

communicatie komen (een kaartje, een klasposter met helpende gedachten, een playlist met steunende muziek,...), of is het voor de patiënt eerder veilig om de klasgroep wat op afstand te houden in de eerste fase van de behandeling?

- Betrekken van broers of zussen tijdens de behandeling (bv samen een spelletje spelen na een eetmoment ter afleiding).

Verbondenheid betekent ook **continuïteit van het schools functioneren** waar mogelijk. In samenspraak met de patiënt, de ouders en de zorgcoördinator van de school is het belangrijk om een haalbare planning op te stellen en/of kan er een klasbuddy worden aangesteld die mee zorg draagt voor de info-overdracht of de praktische zaken (bv. het connecteren van de laptop/computer bij online les).

Tot slot kunnen ook korte positieve contactmomenten met jongeren uit de dichte vriendenkring op maat van het herstelproces van de patiënt geïnitieerd worden vanuit de patiënt zelf. Indien contactmomenten voor de patiënt een te grote stap zijn, kan er ook op zoek worden gegaan naar alternatieven. Zo kan er binnen crea-activiteiten tijdens de opname iets geknutseld worden met de spelbegeleiding dat kan worden afgegeven (bv. vriendschapsbandjes). Dit kan de drempel tot contact verlagen en verhinderen dat de patiënt sociaal geïsoleerd geraakt.

Indien er terzelfdertijd meerdere jongeren met een eetstoornis op de dienst verblijven kan ook lotgenotencontact steunend zijn. Het is echter wel belangrijk dat dit vanuit de dienst voldoende wordt opgevolgd. In een eerste fase is het voldoende dat jongeren op de hoogte zijn dat er nog een patiënt is opgenomen met een eetstoornis. Het gevoel dat men niet de enige is binnen deze strijd werkt vaak helend. In een tweede fase kunnen kinderen of jongeren iets voor elkaar knutselen tijdens de crea-activiteiten of een briefje schrijven. Er wordt in dit laatste geval wel afgesproken met het kind of de jongeren dat een zorgverlener deze brief diagonaal naleest en er niet over eten, lijnen of eetgedrag wordt gecommuniceerd (bij AN). Indien kinderen of jongeren elkaar graag willen ontmoeten, kan dit ook worden ingepland in de vorm van gezamenlijk crea-activiteiten, het samen bekijken van een film, puzzelen of spelen van een gezelschapsspel. Hierbij is steeds een hulpverlener (of een hulpverlener in opleiding) of geïnformeerde ouder aanwezig. Zonder toezicht kan dit bij AN immers leiden tot competitie waarbij ze elkaar (onbewust) aanmoedigen in verstoorde eetgedragingen. Bij een fysieke ontmoeting is het tevens van belang om op voorhand goed af te spreken dat elkeen zich degelijk aankleedt, en weinig verhullende kleding wordt vermeden. Het onder toezicht samen laten eten van jongeren met een eetstoornis is mogelijk maar kan eveneens competitie- en (ongewenst) leergedrag uitlokken. Op een algemene dienst pediatrie lijkt dit in de praktijk niet erg haalbaar, omwille van de vaak verschillende eetmomenten/verschillend eetbeleid en het gebrek aan een neutrale ruimte waar de patiënten ongestoord en onder toezicht samen kunnen eten.

6.1.3 Competentie

Het overwinnen van de invloeden van een eetstoornis is moeilijk. Gevoelens van moedeloosheid en uitzichtloosheid zijn heel normaal binnen dit proces. Om met deze gevoelens om te gaan is het belangrijk dat er een duidelijke structuur is waarin de concrete verwachtingen zijn ingebed, zodat de patiënt en het gezin weten waar er naartoe wordt gewerkt. Daarnaast trachten we gevoelens van competentie ook te voeden vanuit de kwaliteiten die het kind of de jongere heeft en mogelijks nog niet ten volle heeft ontdekt. Het merendeel van de kinderen of jongeren kan naast de eetstoornis ook nog deels gezond aan het ontwikkelen zijn [46]. Deze groeigerichte visie helpt de hulpverlener invoegen bij het gezonde deel van het kind of de jongere als een groeicoach [6, 46]. Hiertoe kan de psycholoog samenwerken met de spelbegeleider die op maat van kinderen of jongeren creatieve of spelsessies uitwerkt.

Hiernavolgend worden opnieuw drie basisrichtlijnen gegeven, ditmaal voor het inzetten op competentie.

6.1.3.1 Werk in kleine stappen

Patiënten die de strijd tegen een eetstoornis aangaan kennen vaak weinig rust ('de eetstoornis kent geen dag verlof'). We eten immers elke dag en meermaals per dag. Hoewel dit eigen is aan het herstelproces, is het van belang om hun last en inspanningen binnen deze strijd voldoende te *erkennen* en blijvend *hoop te genereren*. Gezien het vaak moeizame herstelproces is het ook van belang voldoende te *focussen op kleine positieve evoluties en fluctuaties* (Zijn er al kleine dingen die gemakkelijker gaan?).

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

Overloop met het kind of de jongere hoe hij/zij tot concrete kleine tussenstappen en doelen kan komen tijdens de opname met betrekking tot eten, beweegdrang, stress en/of negatief zelfbeeld

- Opnieuw gevarieerd leren eten via stapsgewijze opbouw van variatie in het menu.
- Stapsgewijze opbouw van de hoeveelheid voeding per maaltijd
- Overmatig bewegen afbouwen door te leren kiezen voor activiteiten die systematisch minder beweging met zich meebrengen, maar eveneens voor regulatie van spanning kunnen zorgen en dus functioneler zijn

- ...

6.1.3.2 Werk krachtgericht

Spiegel tijdens veranderingsprocessen regelmatig de **krachten, talenten en capaciteiten** van de patiënt. Leg ook voldoende nadruk op wat wel reeds lukte, en op de inzet die men toont.

Bijvoorbeeld:

- Moedig de patiënt aan: “ik zie dat je super hard je best doet”.
- Indien het eten niet lukt, tracht het dan samen met de patiënt te kaderen vanuit de eetgestoorde gedachten (bij AN) of de sensorische gevoeligheden of angst (bij ARFID), maar beklemtoon dat je weet hoezeer men heeft geprobeerd om te eten.
- Tracht bij AN opmerkingen over het uiterlijk te vermijden. Ook goedbedoelde boodschappen zoals “je ziet er gezonder uit” zijn moeilijk te horen voor jongeren met AN. Als je een complimentje wil geven, doe dit dan over hun persoonlijkheid (bv. je straalt vandaag), iets wat ze gemaakt hebben, de wijze waarop ze hun kamer hebben ingericht,...

6.1.3.3 Duidelijke structuur en regels

In geval van anorexia nervosa geven onvoldoende duidelijke structuur en regels de eetstoornis vrij spel en maken deze het moeilijker voor de patiënt. Bij anorexia streven we daarom naar een warm maar sterk gestructureerd beleid “**lief voor de patiënt en streng voor de eetstoornis**”. Een steunende en consequente houding op de pediatrie-afdeling kan op verschillende manieren geuit worden, bijvoorbeeld [46]:

- Er wordt niet onderhandeld over afspraken rond voeding, rust en beweging;
 - o Anorexia oefent zijn invloed uit op de jongere en zal altijd proberen onderhandelen. Maar wanneer behandelaars hierin meegaan, geeft dit verwarring voor de patiënt. Zorg dus voor consequente en voorspelbare afspraken. In hoofdstuk 7 wordt meer in detail ingezet op duidelijke huisregels binnen verschillende relevante domeinen tijdens de behandeling.
 - o “Dit is het plan en daar blijft iedereen bij, hoe moeilijk dat ook is. We helpen je om samen de eetstoornis te verslaan en dit samen aan te kunnen maar het plan blijft zoals afgesproken.” Geef daarbij ook uitleg over hun huidig gewicht en wat ze moeten behalen om terug medisch stabiel en gezond te functioneren. Geef bijvoorbeeld ook uitleg over wat een eetschema is.
- Uitleg geven maar geen discussie toelaten;
 - o De eetstoornis zal op alle vlakken onderhandelen of ‘manipuleren’, dus het kan moeilijk en lastig zijn om bepaalde afspraken of boodschappen over te

brengen. Net daarom is het opnieuw belangrijk om consequent te blijven en regels op te stellen.

Bij ARFID is het belangrijk om te werken met de veilige voeding van de patiënt en aan te vullen met medische bijvoeding of sondevoeding. Opbouwen van variatie in de voeding dient stapsgewijs te gebeuren via gespecialiseerde hulpverlening na opname.

6.2 Motiveren van hulpverleners

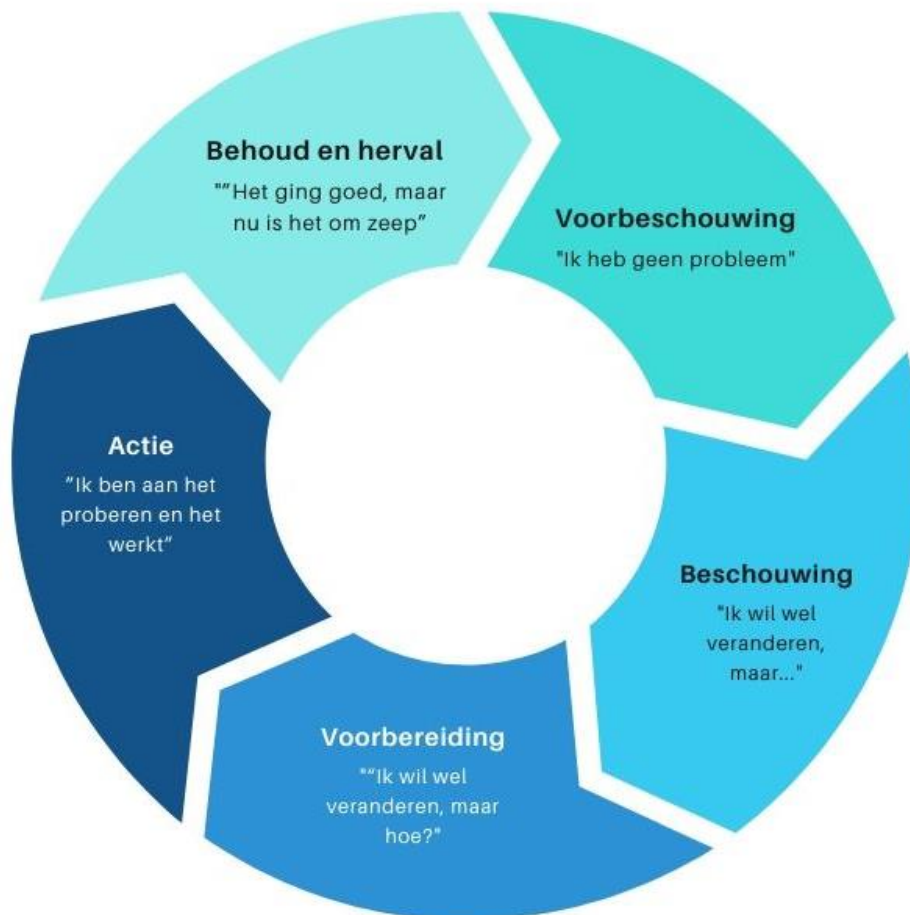
Onderzoek toont aan dat hulpverleners die werken met patiënten met een eetstoornis en hun ouders reacties kunnen vertonen zoals **boosheid, angst, hulpeloosheid en onmacht** [2, 68]. Deze intense gevoelens zijn te verwachten aangezien de patiënt vanuit een allesoverheersende angst om bij te komen (bij AN) of angst voor de sensorische gewaarwording/desinteresse in voeding (bij ARFID) allerlei gedragingen stelt om dit te vermijden, wat onvermijdelijk conflicten geeft in de omgeving van de patiënt.

De veranderingscirkel van Prochaska en Diclemente (zie [Figuur 3](#)) toont concreet hoe het proces van gedragsverandering in verschillende stappen verloopt. Het bewustzijn van deze stappen kan ons als zorgverlener helpen het tempo van de patiënt te respecteren, correcte verwachtingen te scheppen en afhankelijk van in welke fase van het veranderingsproces een persoon zich bevindt, de persoon te helpen zijn eigen motivatie voor verandering te versterken [63].

In de eerste stap van het model, de **precontemplatie** fase, is de patiënt zich niet bewust van het probleem en heeft hij/zij geen intentie om te veranderen. In de tweede stap, de **contemplatiefase**, wordt de patiënt zich bewust van het probleem en begint hij/zij zich af te vragen of er iets aan zijn eetgedrag (of ander gedrag dat verstoord is i.k.v. de eetstoornis) moet veranderen. In de derde stap, de **voorbereidingsfase**, begint de patiënt plannen te maken voor verandering en begint hij/zij met het zetten van eerste verkennende stappen, zoals het proberen proeven van een voorheen “verboden” voedingsmiddel. In de vierde stap, de **actiefase**, gaat men daadwerkelijk meer eten en minder bewegen, en begint men met het opbouwen van een leven zonder de eetstoornis. In de vijfde stap, de **consolidatiefase**, probeert men het nieuwe gedrag te bestendigen en te integreren in het dagelijkse leven. En ten slotte kan de patiënt **terugvallen**, maar dit maakt deel uit van het veranderingsproces en met de juiste hulp kan hij/zij zich weer herpakken.

Rekening houdend met het vaak moeizame herstel komen hieronder een aantal algemene tips aan bod om als zorgverlener met gevoelens van onmacht om te gaan [2, 22]. Net zoals

de patiënt heeft de hulpverlener immers een inherente basisbehoefte aan autonomie, verbondenheid en competentie; alsook bevindt de hulpverlener zich vaak in een andere fase van de gedragsveranderingscirkel dan de patiënt.



Figuur 3. De veranderingscirkel van Prochaska en Diclemente [63]

6.2.1 Autonomie

Het is normaal dat iedere hulpverlener vanuit zijn eigen referentiekader omgaat met patiënten, en mede op basis hiervan interpretaties geeft aan gebeurtenissen die zich voordoen tijdens de behandeling. Vanuit praktijkervaring blijkt dat deze verschillen niet volledig weggewerkt hoeven te worden binnen een pediatrisch-team. Niettemin is er wel nood aan een **gezamenlijk behandelplan** waar elke hulpverlener zich in kan vinden, zodat men als zorgverstreker het gevoel krijgt autonoom en overtuigd te kunnen handelen, wat de motivatie van de zorgverlener ten goede komt. Praktijkgerichte ervaring leert dat systematische overlegmomenten met het team en duidelijke info-overdracht van groot belang zijn om een gezamenlijk behandelplan te onderschrijven en eventuele verschillen inzake visie te bespreken. Door één en dezelfde behandelvisie aan te houden en zich consistent aan gemaakte afspraken te houden, worden gemengde boodschappen en gevoelens, kansen tot niet-helpende discussies, en misverstanden gereduceerd [22]. Dit teamoverleg bestaat primair uit een overleg tussen de kinderarts, diëtiste en psycholoog waarbij elkeen bij aanvang van het overleg de relevante info heeft verzameld (i.e. fysiologische parameters, eetgedrag, psychologische events, informatie vanuit de verpleegkundige overdracht). Het vastleggen/bijstellen van de doelen en het beleid wordt na het overleg op transparante wijze aan de verpleegkundigen gecommuniceerd (gebaseerd op praktijkervaring).

PRAKTIJKTIP

Gezien de therapie-doelen doorheen de behandeling een dynamisch gegeven zijn, is het zinvol om wijzigende doelen/aandachtspunten/afspraken heel concreet te vermelden in het opname-dossier, zodat ook het verplegend personeel (dat frequente wissels kent qua diensturen) een continuïteit in informatie en updates krijgt, en niet louter afhangt van het overdrachtsmoment na het teamoverleg.

6.2.2 Verbondenheid

Een eetstoornis kan druk zetten op de **therapeutische relatie** die je als hulpverlener hebt **met de patiënt**. Maak een onderscheid tussen de eetstoornis en het kind of de jongere: interpreteer verstoorde eetgedragingen als een inleefbare reactie op een waargenomen dreiging uit de eetstoornis (namelijk meer moeten eten of niet mogen bewegen) in plaats van een persoonlijke motivatie vanuit de patiënt om het de hulpverlener “lastig te maken”. Externaliseer de eetstoornis en zijn gerelateerde gedragingen, ze zijn immers maar een deel van het kind of de jongere (het probleem is niet het kind of de jongere zelf maar de eetstoornis), en tracht voorzichtig connectie te maken met het gezonde, vaak ondergesneeuwde deel van de identiteit van de patiënt. Verstoorde eetgedragingen

kunnen op die manier beschouwd worden als een onweersaanbare drang die voortkomt uit de eetstoornis (en niet uit de patiënt). Zonder bijkomende steun van het zorgteam en oprechte interesse van de hulpverlener in wie de patiënt echt is, is het moeilijk voor de patiënt om deze dysfunctionele gedragingen te reduceren [2].

De soms moeizame behandeling van eetstoornissen op een dienst kan mogelijks ook druk zetten op **de professionele relatie met collega hulpverleners**. Identificeer moeilijke momenten en situaties (bijvoorbeeld eetmomenten) en ondersteun teamleden om hiermee om te gaan. De psycholoog binnen het team kan hier mogelijks een rol opnemen om af te toetsen waar mogelijke frustraties zich bevinden. Normaliseer moeilijke momenten als onderdeel van het begeleiden van een eetstoornis en geef aan wat teamleden kunnen doen. Zo kunnen teamleden moeilijke momenten onderling bespreken (ventileren) om een escalatie van stress te voorkomen. Schakel bijvoorbeeld tijdelijk meer begeleiding in om voor afleiding te zorgen tijdens het eetmoment indien dit erg beladen verloopt. Indien mogelijk of wenselijk, kan de hoofdverpleegkundige in overleg met de andere verpleegkundigen, ervoor kiezen om zoveel als mogelijk dezelfde verpleegkundigen in te schakelen voor de verzorging van de patiënten met een eetstoornis. Deze continuïteit verhoogt vaak de transparantie in communicatie, afstemming en vertrouwen tussen de verpleegkundige en de patiënt.

6.2.3 Competentie

Hulpverleners die werken met patiënten met een eetstoornis worden wel vaker uitgedaagd wat betreft hun gevoel van competentie als hulpverlener. Het is belangrijk om in het werken met eetstoornispatiënten binnen een kortdurende medisch-pediatrische opname realistische behandeldoelen voor ogen te hebben. Daarnaast zijn bovenvermelde **duidelijke en consequente huisregels** van belang. De eetstoornis zet patiënten namelijk veelal aan om het behandelplan en de kennis van zorgverstrekkers in vraag te stellen. Een gezamenlijk onderschreven behandelplan en duidelijke afspraken helpen als **houvast** wanneer moeilijke gevoelens opduiken. Tracht hierbij een concrete vraag van de patiënt omtrent een verandering in het beleid of een extra gunst, steeds even te parkeren en eerst af te stemmen met de verantwoordelijke hulpverleners alvorens reeds afspraken met de patiënt te maken of beloftes te doen.

Naast een gemeenschappelijk behandelplan en teamvisie kan het team ook nagaan wat ieder nodig heeft om zich competent te voelen in het werken met deze doelgroep. Vanuit Eetexpert wordt bv. een e-learning Eetstoornissen op pediatrie (aan te vragen bij secretariaat@eetexpert.be) aangeboden. Een open klimaat waarbinnen hulpverleners vanuit verschillende disciplines bij elkaar te rade kunnen gaan voor vragen en advies is bevorderlijk voor een goede samenwerking.

7 Aanzet tot psychologische groei

Zoals omschreven in hoofdstuk [1](#) heeft de eetstoornis een effect op het psychosociaal functioneren van de jongere. Hoewel motivatie (hoofdstuk [6](#)), medische stabilisatie (hoofdstuk [4](#)) en herstel van eetgedrag en gewicht (hoofdstuk [5](#)) belangrijke kerntaken zijn, blijkt ook het aanbieden van **psychologische steun, zelfs bij medisch onstabiele patiënten, van cruciaal belang** [41, 92]. De kiem leggen van psychologische groei binnen de opname kan immers als een opstap dienen naar verdere psychologische hulpverlening [45, 57]. Binnen deze psychologische begeleiding tijdens de opname kunnen een aantal cruciale bouwstenen voor de lange termijn- behandeling aan bod komen: psycho-educatie, aanleren van emotieregulatievaardigheden, versterken van het zelfbeeld, (her)ontdekken van de eigen identiteit, het installeren van structuur in het dagelijkse leven ter ondersteuning van gezond eetgedrag en hanteerbare beweegdrang, en het aanpakken van interpersoonlijke moeilijkheden via de eigen context.

Elk van deze bouwstenen kan niet gezien worden als te behalen doelen tijdens het verblijf op de dienst pediatrie. Afhankelijk van de mogelijkheden van de patiënt en de dienst vormt het wel het doel om hierbij de eerste grondvesten te leggen, waarop de verdere psychologische hulpverlening (ambulant of binnen een residentieel verblijf eetstoorniskliniek) dan kan verder bouwen. Deze bouwstenen worden hiernavolgend meer uitgebreid besproken. Uiteraard worden deze bouwstenen niet chronologisch aangeboden, maar lopen ze in de praktijk vaak door elkaar. Toch is het zo dat **psycho-educatie altijd als een basiscomponent** wordt beschouwd, welke reeds bij aanvang van het traject expliciet dient aan bod te komen.

7.1 Psycho-educatie

Binnen een medische opname is uitgebreide psychotherapie niet mogelijk. Het team kan wel een enorme gezondheidswinst bereiken door te werken rond motivatie en ziekte-inzicht, o.m. via het geven van psycho-educatie. Binnen de literatuur is er evidentie dat het geven van psycho-educatie bij medische opname even belangrijk is als psychotherapie bij psychiatrische opname [41, 93]. Het geven van psycho-educatie is een **proces dat gedragingen en gedachten op weg naar een betere algemene gezondheid**, en fysiek en psychologisch herstel **ondersteunt**, en vindt daarom reeds plaats van bij de start van de opname.

Informatie aan de jongere verschaffen heeft tot doel om [22]:

- de behandeling uit te leggen
- symptomen, bloedtestresultaten en gewichtsveranderingen in perspectief te brengen

- minder helpende ideeën te corrigeren of in perspectief te plaatsen
- de persoon te ondersteunen om zelf meer verantwoordelijkheid op te nemen
- de persoon klaar te maken voor ontslag van de medische dienst en de start van (of terugkeer naar) de psychologisch/psychiatrische behandeling, toekomstige uitdagingen te formuleren en de kans op het behoud van het herstel dat reeds werd bereikt

Binnen psycho-educatie is het in een eerste fase belangrijk te bepalen wat de patiënt en zijn context dient te weten over de problematiek. Daarnaast is het in de eerste plaats van belang om stil te staan bij *hoe* je deze info zal overbrengen.

Wat betreft de **hoe-vraag** biedt het kader van [motivationale gespreksvoering](#) een specifieke techniek voor het geven van psycho-educatie die zich ontvouwt als een drietrapsraket [2, 67]:

1. In eerste instantie vraag je aan je patiënt **wat hij/zij al weet of wat hij/zij graag zou weten** over het onderwerp en of het goed is als je hem/haar 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 interpretatie van deze info door de patiënt en de context: 'Wat betekent dit voor jou/jullie?', 'Wat vind je daar van?'.

Omtrent voeding wordt er niet in termen van goed of slecht, gezond of ongezond gesproken, maar voedsel wordt eerder gezien als iets waarvan men op een gematigde manier kan genieten en dat voedend is voor het lichaam [60].

De **hoe-vraag** kan bovendien gekoppeld worden aan de stadia van gedragsverandering (zie hoofdstuk 6). Als een patiënt in de precontemplatiefase zit, kan zelfs het geven van psycho-educatie niet helpend zijn. In dit geval is het belangrijk om te vragen of het oké is dat je hierover psycho-educatie geeft, maar dat het ook helemaal oké is wanneer de cliënt het dan niet eens is met jou. Deze stap (vraag tot mandaat) gaat vooraf aan de eerste stap van de drietrapsraket. Als je dit niet doet, kan je weerstand krijgen in het gesprek. Het is dus belangrijk dat de informatie op het juiste moment in het herstelproces plaatsvindt. Daarnaast is het van belang dat deze informatie eenvoudig (gebruik geen complexe woorden) of aangepast aan het niveau van de jongere (bv. bij sterk begaafde jongeren kan

het negatief overkomen als het te eenvoudig wordt uitgelegd), relevant, gelimiteerd in de tijd en neutraal (niet-emotioneel) is. Ter ondersteuning van de psycho-educatie kan schriftelijk voorlichtingsmateriaal of betrouwbare internetwebsites en sociale mediakanalen worden doorgegeven [22]. Het (her)kaderen van kennis over gezondheid staat hierbij centraal, zonder een discussie met de patiënt over de behandeling te starten [22].

Voor de **wat-vraag** kan men zich beroepen op de basiskennis die binnen dit stappenplan wordt aangereikt (zie hoofdstuk [1](#)). Het is van belang om de patiënt uitgebreide informatie te geven rond de eetstoornis, het in kaart brengen van potentiële factoren die een rol spelen bij het tot stand komen van de eetstoornis, en het in kaart brengen van factoren van belang bij herstel (zie hoofdstuk [1](#), [2](#) en [3](#)). In de praktijk wordt vaak bij aanvang van de opname informatie gegeven over de invloed van de eetstoornis op het gedrag, lichaam, denken, en voelen om zo de jongere procesmatig ziekte-inzicht bij te brengen.

Doorgaans geeft de kinderarts bij de beslissing tot opname reeds heel wat basisinformatie in een gezamenlijk gesprek met de ouders en de jongere tijdens het medisch consult. Het kan daarom van belang zijn om als psycholoog de meer diepgaande informatieve sessie apart te organiseren voor ouders, op de opnamedag. Dit eerste gesprek heeft vaak een hoge emotionele lading voor ouders. Ze hebben meestal reeds intensieve weken of maanden achter de rug waarin toenemende ongerustheid over de gezondheidstoestand van hun kind het gezin domineert. Daarnaast is het aangewezen om ook aan broers en zussen de nodige informatie te geven, aangepast aan de leeftijd van deze kinderen.

In de literatuur verschillen de richtlijnen echter over de timing en hoeveelheid psycho-educatie die gegeven wordt tijdens de opname. In [Tabel 9](#), worden een aantal krijtlijnen aangaande het gebruik, de doelen en de functie van psycho-educatie weergegeven, mede gebaseerd op de 'NSW Eating Disorders Toolkit' [22], gefaseerd volgens het tijdstip van het opname-traject.

Tabel 9. Pijlers bij psycho-educatie

Opnamefase	Inhoudelijk
Begin van de opname Wanneer een opname noodzakelijk is, betekent dit dat de jongere op dat moment geen verantwoordelijkheid over zijn gezondheid en voeding kan nemen omwille van de sterk aanwezige eetstoornis. Onmiddellijke medische stabilisatie, herstel	<ul style="list-style-type: none"> - Geef heel concrete informatie omtrent wat een eetstoornis is, welke rol en impact de eetstoornis heeft en herhaal waarom een opname nodig is. - Tracht een eerste stap te zetten richting erkenning van de ziekte en ziekte-inzicht: Welke gedachten dringen zich op, hoe

<p>van hydratatie, en opbouw van energie-inname vormen het hoofddoel in deze fase. Psycho-educatie moet in deze fase beperkt zijn tot de essentie en hoofdzakelijk vertrekken vanuit het doel om tot geruststelling te komen en vertrouwen te installeren. Het is aangewezen om de informatie helder en in eenvoudige taal over te brengen, omwille van de hoge stress en doorgaans beperktere cognitief-reflectieve vaardigheden door de ondervoeding en uitputting. Werk met visuele ondersteuning ter facilitering van de informatieverwerking</p>	<p>klinkt deze 'stem', is er een personalisatie van de eetstoornis? (zie illustraties in Bijlage 5. Illustraties en educatief materiaal ter ondersteuning van deze gesprekken)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Indien sondevoeding noodzakelijk is, leg dan uit dat dit niet de normale manier is om voeding binnen te krijgen, zeker over een langere tijdsperiode heen, maar op dit moment noodzakelijk voor het lichaam-in-nood - Geef uitleg bij gastro-intestinale en andere fysieke ongemakken, in functie van angstreductie. De eetstoornis wil de patiënt immers graag doen geloven dat de ongemakken het 'bewijs' zijn voor de gedachte dat eten ongezond is.
<p>Tijdens de opname</p> <p>Sessies van psycho-educatie vinden bij voorkeur niet plaats tijdens de eet- en rustmomenten, omwille van de te verwachten emotionele impact van het eten. In deze fase kan naargelang de gewichtstoename en toenemende reflectieve vaardigheden meer gericht worden ingezet op ziekte-inzicht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Geef uitleg omtrent en illustreer de effecten van ondergewicht en ondervoeding op de verstoring van hongergevoelens, het metabolisme, cognitief functioneren (concentratie, geheugen), en gemoedstoestand-Informeer de patiënt omtrent het belang van voeding voor een normale groei en ontwikkeling (ev. samen met de diëtist) -Tracht samen met de patiënt tot inzichten te komen omtrent het effect van restrictief eetgedrag en purgeergedrag op het sociaal functioneren -Benoem de drang tot bewegen en welke functie deze bewegingen voor de eetstoornis hebben. Informeer de patiënt waarom het aangewezen is om samen toe

	te werken naar “veilige bewegingen” (ev. samen met de kinesist)
Afrondingsfase In deze fase wordt informatie gegeven over het belang van vervolgzorg en een concreet management-plan op het moment dat de patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen. (zie ook Bijlage 2. Terug naar huis: Aandachtspunten in functie van verder herstel eetstoornis)	-Geef informatie omtrent het belang van het aanhouden van het eetschema en regelmaat /planning van eetmomenten. Benoem dat deze externe ondersteuning nodig is om honger en verzadigingsgevoelens verder te reguleren tot er volledig herstel optreedt, waarbij men opnieuw kan vertrouwen op lichamelijke signalen -Informeer de patiënt omtrent het belang van evenwicht tussen rust en activiteit, eens de structuur van het ziekenhuis wegvalt. -Geef uitleg bij de concrete nazorg die wordt voorzien en bij de rol die elkeen zal spelen in de opbouw van zelfvertrouwen, stress-regulatie en flexibiliteit bij sociale activiteiten

Noot. vrije vertaling en aanpassing uit [22]

De invloed van de eetstoornis op het concrete eetgedrag is vaak snel duidelijk voor de patiënt en het gezin. Men dient de focus echter ook te verbreden naar het leren herkennen van de invloed op andere domeinen zoals bewegen, sociale contacten, identiteit, en lichaamsbeeld. Tijdens het geven van psycho-educatie omtrent deze zaken, is het van belang voldoende ruimte te laten voor de ambivalentie van de eetstoornis. Naast de negatieve invloed van anorexia nervosa zorgt deze eetstoornis namelijk vaak voor houvast en veiligheid, en vult de eetstoornis dus een bepaalde functie in voor de patiënt. Het bekomen van deze inzichten bij de patiënt is vaak een moeilijk gegeven, en kan ondersteund worden via onderstaande tips:

PRAKTIJKTIP

Bij het geven van psycho-educatie omtrent de invloed van Anorexia Nervosa is het werken via metaforen een krachtige techniek die kan worden ingezet om verkregen informatie op een goede manier te verwerken.

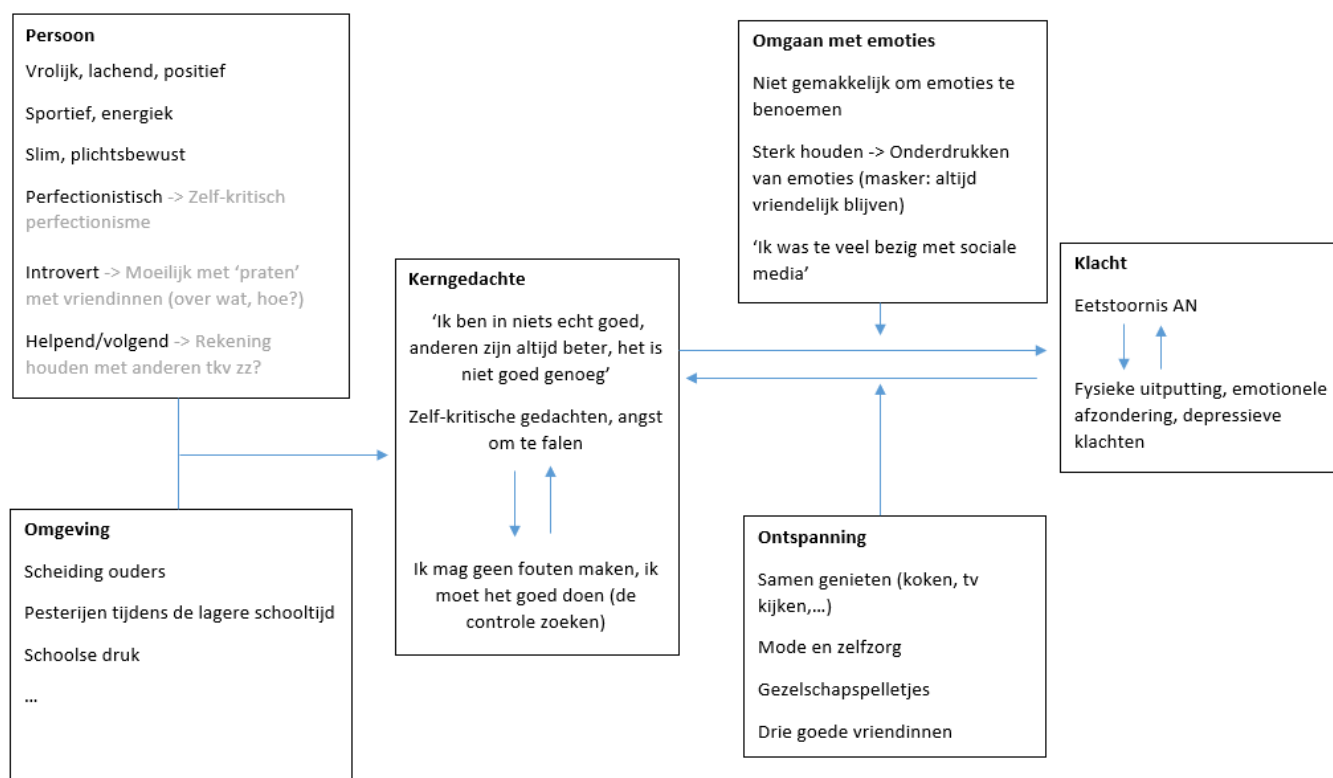
Bv. Metafoor van de eetstoornis als externe parasiet. De parasiet (zoals een parasitaire plant op een boom) ent zich op de gastheer, gebruikt de krachten van de gastheer om te blijven bestaan maar komt de gastheer niet ten goede. Deze metafoor benadrukt ook het vaak sluipende maar intrusieve karakter van de eetstoornis en de vaak onzichtbare wijze waarop de eetstoornis de patiënt en het gezin aanvankelijk binnendrong. Deze informatie is enerzijds van belang voor het cultiveren van de tweedeling 'identiteit eetstoornis' versus 'identiteit patiënt' (zie ook 7.4 Identiteit), alsook het ontschuldigen van de context via de nadruk op het sluipende karakter.

Bv. Metafoor van de ballonnen... Als hulpverlener kan je een rode en een blauwe ballon meenemen om de metafoor te illustreren. Deze metafoor is ook helpend voor ouders (zie [toolkit voor ouders](#))

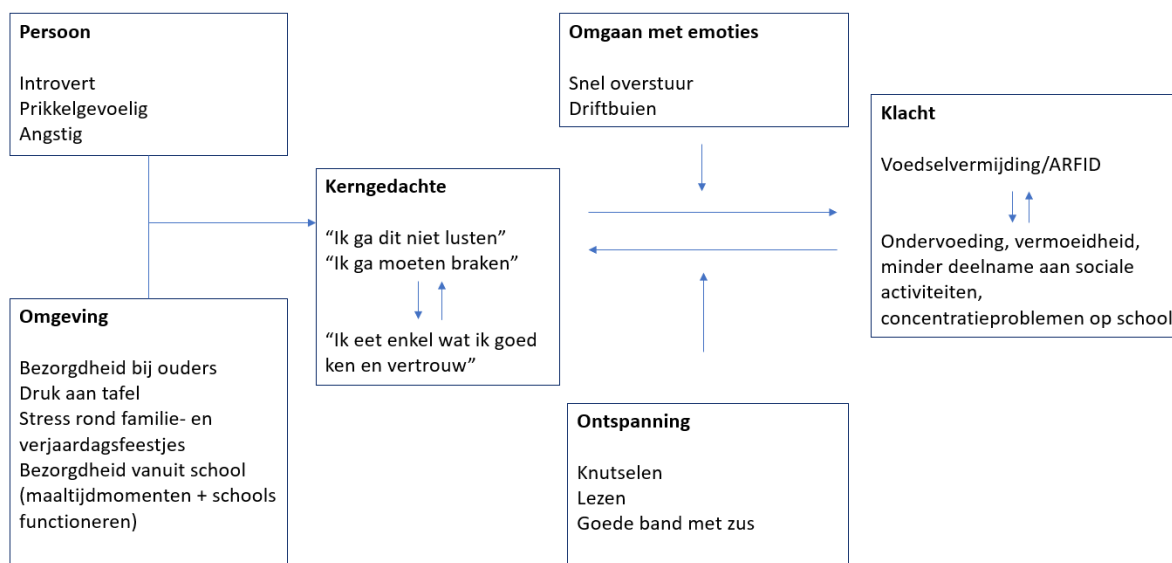
In dit verhaal staat de blauwe ballon voor het gezonde stuk in de persoon/patiënt, het stuk dat kan terugvallen op een sociaal netwerk en een paar gezonde copingstrategieën. De rode ballon staat voor het ongezonde, onzekere en zieke stuk in de persoon/patiënt. We hebben allemaal een rode en een blauwe ballon in ons. En bij de meeste van ons is de blauwe ballon het merendeel van de tijd groter. Op een slechte dag kan de rode ballon wat groter zijn en meer ruimte innemen en op het einde van zo'n dag zijn we meestal moe en erg prikkelbaar. Gelukkig hebben we dan genoeg lucht in onze blauwe ballon om daar tegenin te gaan. We praten eens met iemand, nemen een warm ontspannend bad en slapen eens goed en vervolgens is de rode ballon terug naar zijn gewone kleine vorm. Voor iemand met een eetstoornis is die rode ballon de eetstoornis en zal die elke dag een beetje groeien. Het is heel makkelijk om met al onze zorgende aandacht de focus te leggen op die rode ballon, op het zieke stuk, méér dan op het gezonde stuk in die persoon. Het is heel natuurlijk dat de ouder in de val trapt van het aangaan van de discussie met logica en willen overtuigen: 'Komaan meid/jongen, als je niet méér gaat eten zal je nog eindigen in de kliniek..'. Hoe meer de eetstoornis groeit hoe meer de ouder de discussie zal aangaan en mogelijk ook forser zal worden in uitspraken, uitspraken zullen kritischer en ook vijandiger worden. 'Stop nu met die onzinnige oefeningen, als je niet oppast kom je in het ziekenhuis en ga je hieraan dood'. De strategie om te focussen op de rode ballon/eetstoornis zal niet werken, integendeel, de rode ballon zal nog groter worden en de blauwe ballon zal steeds minder aandacht krijgen. Als ouder is het belangrijk om te leren om een stapje achteruit te zetten, om wat afstand te nemen van het verstoorde eetgedrag dat we willen controleren en om te focussen op de goede kenmerken die je kind had en die momenteel ondergesneeuwd zijn geraakt door de eetstoornis. Het is belangrijk dat de ouder de rode ballon leert zien als een ongewenste gast die naast hun zoon/dochter aan tafel zit.

PRAKTIJKTIP

Bij het geven van psycho-educatie omtrent de oorzakelijke en instandhoudende factoren van Anorexia Nervosa is het opstellen van een probleemsamenhang vaak helpend. Op basis van theorie (zie hoofdstuk [1](#)) en casusgebonden informatie kan een persoonlijke probleemsamenhang per casus worden opgesteld (zie hieronder). Dergelijk schema kan op een overzichtelijke manier de meest belangrijke info in kaart brengen voor het gezin en als uitgangspunt dienen voor behandeling. Het uitwerken van de probleemsamenhang is ook een handige tool voor overdracht in functie van vervolgzorg (zie ook hoofdstuk [9](#)). Uiteraard kan dit pas worden opgemaakt nadat er voldoende informatie werd verzameld vanuit verschillende informatie-bronnen.



Figuur 4. Voorbeeld probleemsamenhang bij een patiënt met Anorexia Nervosa.



Figuur 5. Voorbeeld probleemsamenhang bij een patiënt met ARFID.

PRAKTIJKTIP

Bij het aanbieden van informatie (wat-vraag) is het werkzaam om de patiënt en zijn context ook zelf actief aan de slag te laten gaan tijdens het verzamelen van kennis. Via het aanreiken van gepaste literatuur en/of registratieopdrachten kunnen patiënten inzichten vergaren. Merk op: lezen gaat vaak moeilijker voor patiënten met een eetstoornis omwille van vermoeidheid en verminderde concentratie. Pas de opdracht daarom voldoende aan in functie van realistische doelen.

Literatuur patiënt met een eetstoornis:

- Boek: 'Liefs, ik' (Kato Marynissen) – Nederlands – voor personen met AN
- Boek: 'Do it for yourself' (Kara Cutruzzula) – Engels – algemeen boek motivatie
- ARFID te lijf (Rita Maris) – Nederlands – voor jongeren en (jong)volwassene met ARFID

Literatuur voor de ouders en andere dichte zorgfiguren (zie ook hoofdstuk 8):

- [Informatiepakket voor ouders van Eetexpert](#)
- Boek: “samen de eetstoornis aanpakken” (Janet Treasure en Grainee Smith) - Nederlands – voor ouders, partners of gezinnen
- Boek: “ouders als bondgenoot” (James Lock) - Nederlands – voor ouders van kinderen met een eetstoornis zoals AN of BN
- Over leven met ARFID (Rita Maris) – Nederlands – voor ouders van kinderen met ARFID

Registratieopdrachten t.b.v. erkennen invloed eetstoornis:

- ‘Vergelijk jezelf dagelijks met anderen zonder eetstoornis op het vlak van wat je niet meer kan: Wat kunnen personen zonder een eetstoornis, wat ik niet meer kan?’ (bv. heel energiek zijn, chips eten, samen gaan pick-nicken)
- ‘Maak een lijst van fysieke, cognitieve en mentale gevolgen van de eetstoornis en kruis dagelijks aan wat die dag voorkwam’. (bv. het koud hebben, verminderde concentratie, vermoeidheid,...)
- ‘Wat doet de eetstoornis met jou? Ondervind je in je leven, onder meer op gebied van relaties, op het denken, of op het lichaam een impact? Concretiseer elk van deze domeinen samen met de patiënt indien nodig.

Naast het bieden van basiskennis kunnen teamleden bij AN ook een belangrijke bijdrage leveren via 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 groot toilet gaan, anders ben ik geconstipeerd”, ...*

Zowel binnen gesprek als via gerichte oefeningen kan iedere hulpverlener met zijn expertise de patiënt gezondere, realistische cognities aanreiken. Bijvoorbeeld:

- De diëtist geeft aan wat normaal eetgedrag is [102], wat de nadelige effecten zijn van lijnen, het belang van regelmatig eten (zie [Bijlage 3. Fiche eetcompetenties](#))
- De diëtist helpt aan de hand van gerichte oefeningen (bv. realiteitscheck) foute cognities als het bang zijn om kilo's aan te komen na het eten van een iets grotere portie dan gepland.
- De kinesitherapeut (of arts indien er geen kine beschikbaar is) geeft aan wat een normaal beweegpatroon is, wanneer het beweegpatroon problematisch is, wat een gezonde attitude is ten opzichte van beweging [103]

7.2 Emotieregulatie

Emotieregulatie heeft betrekking op **het vermogen om met eigen emoties en de emoties van anderen om te gaan.**

Bij het ontstaan en voortbestaan van eetstoornissen speelt emotieregulatie vaak een rol [zie hoofdstuk [1](#), 104]. Zo worden vaak allerlei strategieën aangewend om bv. Belastende (minder fijne) emoties te onderdrukken, wat lijngedrag, eetbuien of purgeergedrag in de hand kan werken [105]. Het terugdringen van de invloed van een eetstoornis is een harde strijd. Voldoende emotieregulatie vaardigheden en adaptieve emotieregulatie strategieën zijn hierbij van belang [106, 107]. Tijdens de opname stelt de diëtist een voedingsschema op, maar de eetstoornis wil dit natuurlijk ondermijnen. Hoe kan je als psycholoog samen met de jongere zoeken naar hulpmiddeltjes om op dat moment te vechten tegen de eetstoornisstem? Vaak voorkomende gevoelens bij eetstoornispatiënten zijn onder andere angstgevoelens (angst om te falen, angst om bij te komen, angst om niet voldoende te zijn) en schuldgevoelens (schuldgevoelens t.a.v. zowel de eetstoornis, als t.a.v. de omgeving).

Het is belangrijk dat de patiënt **leert luisteren naar lichamelijke gewaarwordingen en leert om belastende emoties en gedachten niet langer te vermijden en/of te onderdrukken**, maar ze beter leert te verdragen en er adequaat op leert te reageren [105, 106, 107]. Er is niet zoiets als dé beste emotieregulatie strategie. Het is voornamelijk

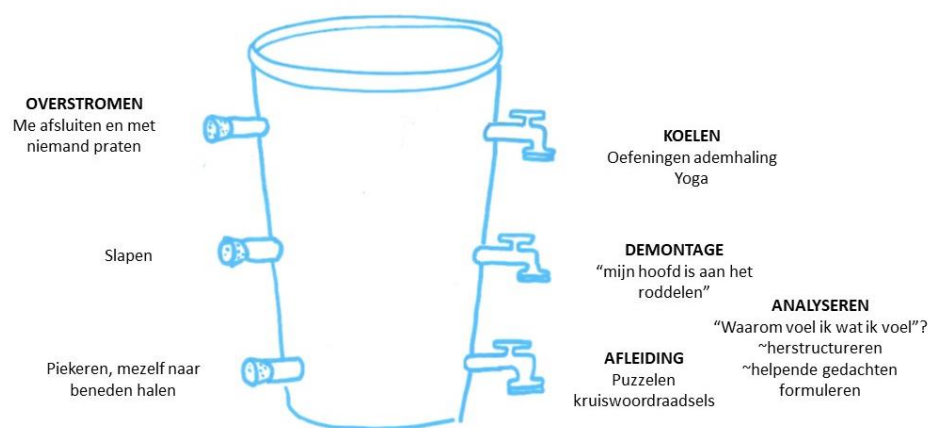
belangrijk dat een kind of jongere meerdere strategieën kan toepassen (emotionele flexibiliteit) [108]. Het is bijvoorbeeld niet maladaptief af en toe een probleem te vermijden (zeker niet als het om een klein probleem gaat), maar dit mag niet de enige strategie zijn die gebruikt wordt. Hiernavolgend volgt een overzicht van hoe binnen de begeleiding kan worden ingezet op het versterken van adaptieve emotieregulatie vaardigheden van de patiënt. Enkele belangrijke bouwstenen hierbij zijn acceptatie, zelfkennis, relaxatie en afleidende activiteiten, sociale steun, en cognitieve herevaluatie alsook demontage. Onderstaand volgt een beknopt overzicht over hoe men binnen de dienst pediatrie op deze bouwstenen kan inzetten. Een samenvatting kan je terugvinden op [deze fiche](#).

7.2.1 Acceptatie

Tijdens de behandeling kan aan jongeren geleerd worden dat negatieve episodes in het leven en hierbij horende sterke gevoelens heel menselijk zijn. Binnen de opname is het belangrijk een sfeer van veiligheid te creëren, waarin patiënten moeilijke emoties (vb. kwaadheid, moedeloosheid) mogen uiten. Onderzoek toont aan dat jongeren beter met hun moeilijke momenten kunnen omgaan wanneer ze niet vechten tegen hun (belastende) gevoelens, maar deze erkennen en er actief mee aan de slag gaan (door er bijvoorbeeld over te praten) [109].

7.2.2 Zelfkennis

Wanneer we willen inzetten op het versterken van adaptieve emotieregulatie vaardigheden bij de patiënt is het van belang om eerst zicht krijgen op de huidige strategieën. Het verkennen van deze strategieën kan enerzijds via vragenlijsten gebeuren (vb. FEEL-KJ, [110, 111]), anderzijds aan de hand van reflectieopdrachten. Aan de hand van de emmer metafoor (zie [Figuur 6](#)) kan de patiënt een weergave geven van de 'kraantjes' (emotieregulatie tools) waarover hij/zij reeds beschikt om water uit de emmer te laten stromen zodat deze niet hoeft over te lopen. Welke tools zijn dit bij kleine of matige emoties (kraantjes onderaan de emmer), welke tools zijn dit bij heel hevige emoties, als de emmer bijna vol is? Sommige strategieën zijn namelijk al dan niet helpend, afhankelijk van de intensiteit van de emoties. De patiënt leert via dergelijke technieken dysfunctionele strategieën te herkennen (vb. devalueren, rumineren) en meer adaptieve strategieën te verkennen ('Welke strategie kan helpen bij welke intensiteit van emoties?'). Deze differentiatie kan ook op de emmer worden aangeduid (rechts = helpende strategieën, kraantjes die water doen weglopen, links= niet-helpende strategieën, kraantjes waar een stop op zit). Er kan ook een integratie worden gemaakt, waarbij de strategieën zoals uitgewerkt binnen de FEEL-KJ gevisualiseerd worden met de emmer-metafoor.



Figuur 6. Voorbeeld van een uitgewerkte emmer-metafoor

7.2.3 Afleiding en relaxatie

Eén van de mogelijke emotieregulatie tools die binnen de begeleiding kan worden aangeleerd is afleiding en relaxatie. Angst- en schuldgevoelens kunnen heel intens zijn tijdens de behandeling van een eetstoornis. Na deze gevoelens te (h)erkennen, accepteren en inzicht te verkrijgen in waar deze gevoelens vandaan kunnen komen is het belangrijk om met deze gevoelens om te leren gaan. Hierbij wil men niet overmatig inzetten op hoe deze gevoelens weg te laten gaan want dit is binnen de opname vaak een onrealistisch doel. We gaan daarentegen op zoek naar manieren om momenten waarop deze gevoelens de bovenhand nemen zo aanvaardbaar mogelijk te overbruggen. Het inzetten op afleidende activiteiten en relaxatie kunnen hierbij belangrijke zijn.

Afleiding kan helpend zijn tijdens het overbruggen van moeilijke momenten (bv. onrust tijdens en na een eetmoment). Ga samen met de patiënt op zoek naar afleiding op maat (bv. crea, praten, muziek, etc). De reeds bestaande eerder maladaptieve emotieregulatie strategieën (bv. extreem bewegen) kunnen ook als basis gebruikt worden voor de opbouw van alternatieve, adaptieve strategieën (bv. het leren herkennen van beweegdrang en deze actie omzetten in een activiteit die tevens fysiek maar niet belastend en minder dwingend is, zoals bv. repetitieve bewegingen maken met een potlood op papier).

Naast afleiding kunnen relaxatie technieken worden ingezet op momenten van overspoeling. Samen met de patiënt wordt gezocht naar relaxatie op maat. Het kan hierbij gaan om buikademhaling, progressieve spierrelaxatie, een geleide fantasie-oefening ("mooie plek waar men tot rust kan komen"), massage van de handen, yoga. Let op: Relaxatietechnieken dienen aangeleerd en voldoende geoefend te worden alvorens ze kunnen worden ingezet tijdens intense momenten. Laat de patiënt daarom elke dag

oefenen met de aangeleerde relaxatie technieken op neutrale momenten en breid deze oefeningen geleidelijk aan uit naar meer intense momenten.

7.2.4 Sociale steun zoeken

Sociale isolatie is vaak onderdeel van de eetstoornis. Het is belangrijk dat dit sociaal isolement geleidelijk aan doorbroken kan worden. De manier waarop dit isolement gedeeltelijk wordt weggewerkt verschilt per patiënt. Voor sommige patiënten is het helpend dat de hulpverlener samen met hen een boodschap of berichtje formuleert voor de klasgroep, voor een goede vriend(in), of in het contact met familie leden. Voor andere patiënten is dit een te grote stap maar kan er wel terug toenadering gezocht worden op een meer indirecte manier (bv. via het maken van een vriendschapsbandje). Terwijl sommige patiënten meest baat hebben bij contacten met reeds aanwezige vrienden en familie in hun netwerk hebben andere patiënten net meer aan het contact met lotgenoten. Op de dienst pediatrie is het geregeld zo dat er meerdere eetstoornispatiënten op de dienst aanwezig zijn. Je kan er als dienst in dit geval voor kiezen om patiënten kennis te laten maken. Bouw dit contact dan gestaag op en laat dit steeds onder toezicht verlopen. Er kan bv. gekozen worden om aanvankelijk het contact via briefjes te laten verlopen. Deze briefjes kunnen, na diagonale lezing (in samenspraak met de patiënt) door de zorgverstrekkers aan de patiënten worden doorgegeven. Later kan er live contact georganiseerd worden waarbij de patiënten onder begeleiding van de speltherapeut een crea opdracht uitvoeren. Dit kan je bijvoorbeeld ook doen door psycho-educatie in groep te geven, waardoor de jongeren elkaar leren kennen en er toch een psycholoog aanwezig is die kan bewaken dat het contact gezond is. Let op, het is bij contact tussen patiënten met een eetstoornis steeds belangrijk om afspraken te maken over wat wel en niet besproken kan worden. Voor patiënten kan het namelijk triggerend zijn indien eetstoornisgedachten van andere patiënt worden gedeeld.

7.2.5 Omgaan met gedachten: Herevaluatie en demontage technieken

Bij patiënten met een eetstoornis spelen niet-helpende gedachten vaak een grote rol. Het kan daarom belangrijk zijn om samen met de patiënt dergelijke gedachten te leren herkennen en zich hiervan bewust te zijn. Dit kan bv. aan de hand van een registratie opdracht (GGG-schema) of door het samen kijken naar een filmfragment (vb. [Filmfragment Alfred & Shadow omtrent zelf-kritische gedachten, Alfred & Shadow](#)). Wanneer de destructieve gedachten in kaart zijn gebracht is het belangrijk op zoek te gaan naar helpende strategieën om met deze gedachten om te gaan. Herevaluatie en demontage zijn hierbij twee mogelijkheden.

- Bij herevaluatie gaat men de niet-helpende gedachten uitdagen (bv. via het bedenken van alternatieve hypothesen of aan de hand van werkmateriaal zoals de doos met helpende gedachten).

- Naast herevaluatie blijkt demontage ook een wenselijke strategie. Deze techniek komt vanuit de stroming Acceptance en Commitment Therapy. Via demontage is het de bedoeling dat de patiënt afstand neemt van zijn/haar gedachten door de gedachten te zien als wat ze zijn – niets meer of minder dan woorden. Door tegen pijnlijke gedachten en gevoelens te blijven vechten worden ze soms alleen maar groter. Demontage wenst een nieuwe manier voor te stellen om met deze gedachten om te gaan, bv. door gedachten te vergelijken met ruis op de radio, probeer de radio niet te negeren maar laat hem gewoon kwebbelen en houd je aandacht bij wat je aan het doen bent. De demontage technieken hebben tot doel dat de patiënt de eetstoornisstem leert herkennen en deze stem kan externaliseren zodat het onderscheid met de eigen identiteit en waarden terug aan bod kan komen (zie 7.4). Afhankelijk van de patiënt kan dit op grafisch-creatieve manier vormgegeven worden dan wel via gesprek.

7.3 Zelfbeeld

7.3.1 Lichaamsbeeld en lichaamsontevredenheid

Binnen het globale zelfbeeld, de neiging om onszelf op een positieve of negatieve manier te beoordelen op verschillende domeinen zoals sportieve competenties, schoolse competenties, vriendschappen, fysieke verschijning, ... kan het lichaam een belangrijke rol spelen.

De gedachten, gevoelens, en percepties die gelinkt zijn aan het lichaam worden samengevoegd tot een multidimensioneel concept: het lichaamsbeeld.

Een lichaamsbeeld bevat zowel positieve als negatieve evaluaties over je eigen lichaam. Het gaat over hoe iemand zijn/haar lichaam ervaart, wat iemand gelooft over zijn/haar eigen lichaam, over hoe iemand zich voelt bij zijn/haar lichaam, over hoe iemand denkt over zijn/haar eigen lichaam alsook over hoe je jou gedraagt ten opzichte van je lichaam. Een lichaamsbeeld bevat verschillende componenten: uiterlijk (hoe ziet mijn lichaam eruit?, een bepaald lichaamsdeel, lichaamsvormen,...), gezondheid, bewustzijn, functie van je lichaam, plezier en diversiteit. Een lichaamsbeeld is dus niet gelijk aan hoe iemand denkt over zijn/haar uiterlijk. Het uiterlijk is maar een klein deeltje van een lichaamsbeeld. Wel is het zo dat bij kinderen en jongeren met een eetstoornis zoals AN, niet bij ARFID, het lichaamsbeeld zo goed als volledig bepaald wordt door de component uiterlijk. Meer informatie kan gevonden worden in [deze fiche](#).

De (late) kindertijd is een belangrijke periode voor de vorming van het lichaamsbeeld, en het lichaamsbeeld in de kindertijd (positief/negatief) heeft een sterke samenhang met het lichaamsbeeld in de volwassenheid [112, 113].

Het is normaal dat we niet (altijd) tevreden zijn met en/of onzeker zijn over ons lichaam, zeker bij adolescenten, en sterker bij meisjes. Wanneer er echter te veel waarde of tijd geïnvesteerd wordt aan het uiterlijk (binnen de identiteit) wordt het risico op meer problematische gedragingen (bijvoorbeeld verstoord eetgedrag) groter. Studies tonen aan dat **lichaamsontevredenheid** een rol kan spelen in het ontstaan en/of blijven bestaan van verstoord eetgedrag en eetstoornissen, en is dan ook een centraal kenmerk van anorexia nervosa en andere eetstoornissen [22, 114].

Uit theorieën over de verklaring van een negatief lichaamsbeeld (bv. Het ‘*tripartite influence model*’, de objectiveringstheorie en het cognitief-gedragsmatige model) kunnen aangrijpingspunten voor interventies ter bevordering van het lichaamsbeeld gehaald worden, zowel door het **inzetten op intra- als interpersoonlijke factoren**. Daarbij is het dus belangrijk om niet alleen op het niveau van het individu te werken, maar ook aandacht te hebben voor de omgeving zoals de rol van vrienden, ouders, alsook de ruimere omgeving zoals school en mediaboodschappen (zie “lichaamsbeeld en mediagebruik” hierna) [114, 115].

Let wel, het thema lichaamsbeeld en lichaamsontevredenheid is vaak heel gevoelig en bedreigend voor patiënten met AN. Daarbovenop komt dat de patiënten voor wie opname vereist is, vaak lichamelijk uitgeput zijn, wat hun reflectieve vaardigheden en cognitieve flexibiliteit aantast. Er kan daarom in samenspraak met de patiënt en zijn context ook **beslist worden om dit thema te parkeren naar een later moment tijdens de behandeling**, bv. tijdens het vervolgtraject. Het kan niet de verwachting zijn dat de patiënt tijdens het verblijf op de dienst pediatrie een positiever zelf- en lichaamsbeeld ontwikkelt. Dit is vaak een **proces van jaren**. Het kan ook enige druk van de schouders van de patiënt nemen wanneer aangegeven wordt dat een verbetering in het lichaamsbeeld en de tevredenheid vaak een laatste stap tijdens het herstelproces is. De beperktere reflectieve vaardigheden en cognitieve flexibiliteit spelen natuurlijk ook een rol bij elk van de andere bovenstaande domeinen. Het is daarom belangrijk om de **verwachtingen met betrekking tot het begeleiden van psychologische groei voldoende realistisch te stellen**. Te hoge verwachtingen en te intense opdrachten binnen de behandeling kunnen namelijk ook een invloed uitoefenen op het zelfbeeld van de patiënt (‘Ik kan het niet’). Ondersteun het zelfvertrouwen van je patiënt daarom doorheen de begeleiding door bijvoorbeeld activiteiten aan te bieden die de patiënt uitdagen maar haalbaar zijn. De moeilijkheid van de activiteiten kan daarna gestaag toenemen.

PRAKTIJKTIP: Nuttige tools lichaamsbeeld en lichaamsontevredenheid

Fiche Eetexpert rond het ondersteunen van een positief lichaamsbeeld: je vindt deze fiche [hier](#).

Er kan psycho-educatie gegeven worden aan patiënten m.b.t. lichaamsbeeld en lichaamsontevredenheid. De onderstaande tekening kan hierbij helpend zijn. Deze tekening is een duidelijk weergave van hoe de psyche de waarneming kan beïnvloeden. De tekening kan ook teruggevonden worden in [Bijlage 5. Illustraties en educatief materiaal](#)

Psycho-educatie kan ook gegeven worden aan de hand van het Minnesota Starvation Experiment. Deze klinische studie werd uitgevoerd aan de Universiteit van Minnesota kort na de Tweede Wereldoorlog en onderzoekt onder andere de psychologische gevolgen van uithongering. Naast andere cognitieve en emotionele gevolgen (zoals verminderde concentratie en depressieve gedachten) blijkt dat deze proefpersonen zichzelf vreemd genoeg niet te mager vinden. Integendeel, ze beginnen te denken dat iedereen anders te dik is. Een houding die onderzoekers later ook bij anorexiapatiënten terugvinden.

Patiënten met een eetstoornis hebben vaak een hyperfocus op gewicht en lichaamsvormen. Binnen de begeleiding kan het helpend zijn om de patiënt terug een ruimer en meer genuanceerde kijk op lichaamsbeeld te laten ontdekken. Aan de hand van een taartdiagram kunnen de verschillende aspecten aan bod komen. Vb. lichaamsbeeld = lichaamsgewicht + algemene uiterlijke kenmerken + unieke uiterlijke kenmerken + houding + innerlijke kenmerken + stijl + functies van het lichaam + diversiteit + gezondheid + Patiënten krijgen de opdracht het eigen taartdiagram (huidige diagram en gewenste toekomstige diagram) voor zichzelf op te maken.



7.3.2 Lichaamsbeeld en mediagebruik

Adolescenten gebruiken dagelijks (sociale) media (bv. smartphone, televisie, laptop, spelconsole) waarbij ze schoonheidsidealen voorgeschoteld krijgen, zoals vrouwen die een laag lichaamsgewicht hebben en mannen die gespierd zijn. Deze mediaboodschappen over uiterlijk kunnen via **internalisering** (het eigen maken van ideeën) **en sociale vergelijking** leiden tot een negatief lichaamsbeeld en gerelateerde gedragingen, al is dit **effect afhankelijk van het mediatype, gender en leeftijd** [113].

Een belangrijke bijkomende interventie ter bevordering van het lichaamsbeeld betreft dan ook het **stimuleren van mediawijsheid**. Breng jongeren kennis en vaardigheden bij die hen helpen om zoveel mogelijk negatieve gevolgen van mediagebruik te vermijden en zoveel mogelijk positieve gevolgen te ervaren. Leer jongeren zich bewust worden van ‘*body positivity*’ boodschappen op media, leer ze vaardigheden om kritisch te zijn over mediaboodschappen (‘zien die personen er in het echte leven wel zo uit?’, ‘welke processen en filters zijn er aan die instagramfoto voorafgegaan denk je?’, de link leggen tussen zoekgeschiedenis en huidige inhoud die sociale media tonen), of leer hen focussen op wat het lichaam kan (‘body functionality’) [116].

7.4 Identiteit

De eigen identiteit zit vaak ondergesneeuwd onder de identiteit van de eetstoornis. Het is van belang binnen het herstelproces om de eigen identiteit en de identiteit van de eetstoornis terug los van elkaar te trekken en te verstevigen. “Wie ben ik, wat zijn mijn talenten en hoe kan ik stevig blijven staan in mijn eigenheid?” Onderstaand worden enkele tools ter bevordering van de ontwikkeling eigen identiteit opgelijst.

- **Taartdiagram identiteit:** ‘Hoeveel ruimte neemt de eetstoornis op dit moment in (hoeveel % is de eetstoornis, hoeveel % ben je nog jezelf); welke interesses zijn ondergesneeuwd door de eetstoornis, hoe kan ik terug inzetten op deze interesses?’
- **‘Hoe kan ik mijn positieve eigenschappen inzetten in het aansterken van mijn zelfvertrouwen, in plaats van mijn eetstoornis misbruik te laten maken van deze eigenschappen?’** Bv. een eetstoornis kan zich enten op de eigenschap ‘sociaal’ door een hyperfocus op de mening van anderen. Het is binnen de begeleiding belangrijk om terug te gaan naar de kern van deze eigenschap en te onderzoeken hoe de patiënt zijn sociale ingesteldheid kan gebruiken om nu door deze moeilijke periode te komen.
- **‘Hoe kan ik mijn vrije tijd invullen met zaken die niet met eten te maken hebben, geen competitie-element inhouden en waar ik rust in kan vinden?’**
- **Oefening Rots en water:** jongeren met een eetstoornis zijn vaak individuen die volgens de basisprincipes van “Rots en Water”, te veel water en te weinig rots zijn. Ze gaan in voortdurende aanpassing richting anderen, in functie van externe

verwachtingen, idealen,... Vooral wanneer ze 'sterke anderen' ontmoeten (degenen die rots kunnen zijn) wijken ze net als water, telkens opnieuw voor de ander, waardoor ze na verloop van tijd niet meer weten wie ze zijn. Via visuele ondersteuning (de jongere zelf water en rotsen laten tekenen) kunnen kernwoorden worden geformuleerd die helpend kunnen zijn in het méér rots worden. Deze oefening kan ook praktisch worden vertaald in een lichamelijke oefening (enkel wanneer de medische conditie dit toelaat), waarbij de jongere stevig gaat staan en iemand anders in de ruimte tracht om de jongere gedurende 1 minuut negatief te beïnvloeden of negatief toe te spreken (een stagiaire die op voorhand geïnstrueerd wordt, iemand van de spelbegeleiding,...). De jongere krijgt de opdracht om stevig te blijven staan, waarbij de psycholoog de jongere verbaal ondersteunt. Na afloop van deze oefening kan met de jongeren worden stilgestaan bij de emoties en gedachten die optraden en welke elementen helpend waren om stand te houden.


- **Kwaliteiten versus valkuilen:** Het is belangrijk dat de patiënt terug inzicht krijgt in zijn eigen kwaliteiten en valkuilen [117]. A.d.h.v. het kwaliteitspel [118] kunnen eigenschappen door de patiënt en/of zijn context geselecteerd worden die passen bij de patiënt. Tijdens deze oefening kan in een tweede stap, ook gevraagd worden aan de patiënt om deelverzamelingen te maken op basis van de vraag van welke eigenschappen de eetstoornis misbruik heeft gemaakt versus welke van de eigenschappen (nog) niet ondergesneeuwd zijn door de eetstoornis. Deze eigenschappen kunnen mogelijks ook gebruikt worden in de strijd tegen de eetstoornis. De oefening kan afgerond worden met het neerschrijven van de kernkwaliteiten op papier of crea materiaal. Zo kan er bv. gekozen worden om de kernkwaliteiten op een blanco popje te schrijven, of aan de hand van de gekozen kwaliteiten een *mood-board* te maken.
- **Het tekenen van de eigen levensboom,** vertrekkende vanaf het kerngezin (de wortels), de kindertijd (de stam), de ontwikkeling van takken (deelementen van wie ze als persoon zijn), de kruin (het sociaal weefsel) worden gepersonaliseerd. Allerlei varianten kunnen hierop worden gemaakt, waarbij barsten in de stam bv bepaalde gebeurtenissen kunnen representeren, een gebroken tak kan een vriendschap zijn die niet heeft bijgedragen tot positieve groei, een klein twijggje kan een nieuw ontdekt talent zijn,...De levensboom kan het inzicht vergroten in hoe men zich in het nu verhoudt tov anderen en waar bronnen van groei zich bevinden. Tegelijk kan het inzicht bieden in de takken die men mogelijks beter loslaat, of geen energie meer geeft in functie van zelfbehoud.

7.5 Regels en structuur

7.5.1 Algemene structuur van de behandeling

Een duidelijke structuur is van belang binnen het doorlopen van het herstelproces. Voor het bieden van structuur binnen de algemene behandeling kan het opstellen van een flowchart helpen om tussentijdse doelen te bepalen, rustperiodes in te plannen (bv. stabilisatie van

het gewicht) en motivatoren te concretiseren (bv. hervatten hobby). De flowchart biedt ook de mogelijkheid om binnen de begeleiding in te zetten op monitoring van het gewicht en grenzen stellen naar bewegingsdrang. Hierbij is het van belang dat de hulpverlener reeds het mandaat heeft verkregen van de patiënt om deze richtlijnen te bepalen. Dit mandaat is geen evidentie en moet bevestigd worden. Bovendien is het hierbij belangrijk om te benadrukken dat het gaat om richtlijnen tav de eetstoornis (eerder dan richtlijnen tav de patiënt). **Figuur 7** geeft een idee van een mogelijke flowchart.

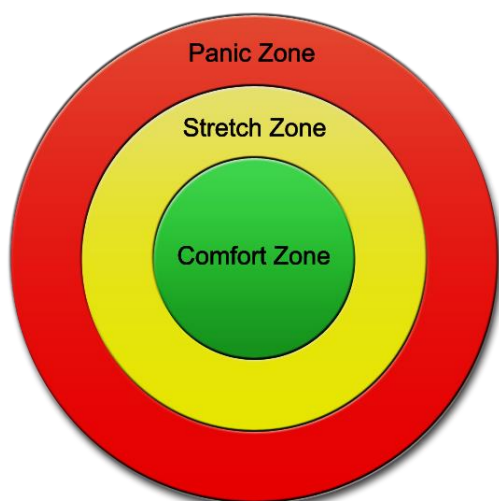
46kg		46,5kg		47kg		47.5kg		48kg
19/06 16/06 ontslag ziekenhuis	26/06	03/07	10/07	17/07	24/07	31/07	07/08	14/08
Consult K.A. (19/06, 9u) + consult psy (19/06, 10u)	Consult K.A. (26/06, 10u) + consult psy (26/06, 11u)	Consult K.A. (30/06, 9u) + consult psy (30/06, 10u) + diëtist (11u)	Consult K.A. (07/07, 14u) + consult psy (07/07, 15u)	Consult K.A. (18/07, 14u) + echo hart (18/07, 15u)	Consult K.A. (24/07, 9u) + consult psy (24/07, 10u)	Consult K.A. (31/07, 9u) + oudergesprek (31/07, 10u)	Consult K.A. (07/08, 9u) + consult psy (07/08, 10u) + diëtist (11u)	Consult K.A. (14/08, 9u) + consult psy (14/08, 10u)
								
Energie- vragende activiteiten (max 1500 stappen) / Ontspannende activiteiten onbeperkt: schilderen, serie kijken, skin-care,...		Vertrek kamp 01/07 enkel indien doel werd bereikt.	In geval van vertrek, korte onderbreking van het kamp voor medische opvolging kinderarts	Rustweek na het kamp. Indien echo hart ok dagje zee	Gezinsreis	Gezinsreis		Sportkamp afhankelijk van de bereikte doelen; halve dagen, volle dagen of medisch niet te verantwoorden
Zie schema diëtist		Zie schema diëtist. + 1 sojadrink vanille avond	Zie schema diëtist	Uitbreiding middagmaal: meer variatie qua vlees en groenten + saus	Zie schema diëtist	Zie schema diëtist	Zie schema diëtist	Zie schema diëtist

Na eetmoment: afleiding buiten (wandelen, op bankje kruiswoordraadsel, boek lezen). Zo wordt de kamer geen vat voor emoties en blijft het een plek waar je je goed voelt

Noot. K.A. = kinderarts, psy = psycholoog...

Figuur 7. Voorbeeld van een gepersonaliseerde flowchart

Er kan ook structuur geboden worden binnen het eetgedrag. De behandeling van een eetstoornis kan algemeen vergeleken worden met de behandeling van een angststoornis. Het opstellen van een **angsthiërarchie** met nieuwe uitdagingen en het belang van **graduele exposure** zonder compensatie wordt hierbij uitgelegd. Een rigide houding ten opzichte van voeding kan mede behandeld worden door het stapsgewijs introduceren van verboden of moeilijke voedingsmiddelen. Aan de patiënt 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 (bv. drinken van koffie met melk, pizza eten met vriendinnen). 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 [102]. Exposure op maat kan worden uitgelegd aan de hand van het comfort-stretch-paniek model (zie [Figuur 8](#)). Het model schuift 3 'zones' naar voren: de comfort zone, de stretch zone en de paniekzone. Het model stelt dat mensen pas in staat zijn om iets te leren wanneer ze uitgedaagd worden, en dus uit hun vertrouwde, bekende comfort zone komen. Wanneer je enkel dingen doet die je vroeger al gedaan hebt en waarvan je weet dat je ze goed kan, dan zal je niets bijleren. Het is door iets nieuws te proberen, door iets te doen waarvan je niet weet of je het wel zal kunnen, door jouw vaardigheden uit te dagen,... dat je uit je comfortzone treedt en de stretchzone betreedt. De stretchzone kan je begrijpen als de leerzone. Hier probeer je nieuwe dingen uit waaruit je nieuwe vaardigheden kan leren, nieuwe competenties kan leren en je informatie kan uithalen. Wanneer we als hulpverlener echter de patiënt te ver pushen, dan kan de patiënt paniek ervaren (paniek zone). Dan is de nieuwe ervaring te onbekend of te beangstigend. Vaak ligt de nieuwe ervaring dan te ver weg van de reeds aanwezige competenties bij de patiënt waardoor de patiënt er niets kan uit leren op dat moment. De patiënt is er op dat moment dus nog niet klaar voor. Wanneer patiënten in deze 'paniekzone' terechtkomen is dit vaak een negatieve ervaring waardoor het nadien vaak langer duurt vooraleer ze opnieuw iets nieuws durven proberen. Het is dus belangrijk als hulpverlener om de patiënt te stimuleren om de leerzone (stretchzone) op te zoeken, zonder hen over de grens naar de paniekzone te duwen. Belangrijk is ook dat er voldoende afwisseling kan zijn tussen de stretchzone en de comfort zone om het de patiënt op lange termijn te laten volhouden.



Figuur 8. Comfort-stretch-paniek model

7.5.2 Dagdagelijkse regels en structuur

Het is van belang een warme, veilige, en voorspelbare omgeving te creëren voor personen met een eetstoornis [22, 47]. Hieronder worden thematisch enkele suggesties uit de literatuur en ‘good practices’ weergegeven die idealiter zo maximaal mogelijk worden toegepast bij de aanpak van eetstoornissen op een pediatrie-afdeling. Meer specifiek worden huisregels besproken in verband met (a) dagstructuur (activiteiten, rustmomenten), (b) compenserende en/of zelfdestructieve gedragingen, en (c) contact met thuis en sociale contacten.

We zijn er ons van bewust dat het instellen van alle huisregels niet altijd even haalbaar is, aangezien medische afdelingen verschillen in de mate dat ze beschikken over personeel dat expliciet, met activiteiten, voor een warm en gestructureerd klimaat kan zorgen (zoals leefgroepbegeleiders, kinesitherapeuten, ergotherapeuten) [22]. Het is daarnaast niet altijd evident om de balans te vinden tussen de noden van de kinderen die opgenomen zijn voor een medische aandoening en diegenen met een eetstoornis.

7.5.2.1 Huisregels omtrent de dagstructuur

Om een positieve omgeving voor de jongere met een eetstoornis te creëren, kan een teamlid een activiteitenprogramma opstellen, implementeren, en opvolgen. Dit programma dient steeds afgestemd te zijn op de leeftijd, interesses en wensen van het kind of de jongere (bv. leeftijdsgeschikte activiteiten). Drie belangrijke domeinen om op te nemen in het programma zijn **zelfzorg** (bv. zichzelf wassen, aankleden, eten), **productiviteit en educatienoden** (bv. school) en **vrijetijd** (kunst, muziek, creatief bezig zijn, sociaal contact). Enkele handvaten die kunnen ondersteunen om een activiteitenprogramma op te stellen:

- Geef de patiënt, binnen de mogelijkheden van het ziekenhuis, ruimte om normale sociale rollen en routines te ontwikkelen en beoefenen (bv. vrijetijd, zelfzorg, productiviteit)
- Benoem en ga aan de slag met problemen van verminderde activiteit of sociale isolatie. Vraag bijvoorbeeld welke activiteiten de patiënt graag doet of bij wie hij zich comfortabel voelt om iets samen te doen op de afdeling.
- Bekijk steeds per patiënt of hij/zij fysiek in staat is om bovenstaande activiteiten uit te voeren. Maak aanpassingen indien nodig [2]. Kan de patiënt zich bijvoorbeeld voldoende concentreren op de online les?

Stel uit dit algemene activiteitenprogramma daadwerkelijk ook een dagschema op voor de jongere. Hang dit schema uit op hun kamer of de afdeling en creër op die manier een voorspelbare omgeving [46]. Integreer de mogelijkheid om plezier te hebben en deel te nemen aan voldoening gevende activiteiten.

Naast de activiteiten bestaat de dagstructuur uiteraard ook uit eetmomenten. Verder is het bij AN tevens belangrijk dat er na de eetmomenten verplicht gerust wordt. Kortom, een dagstructuur bevat (zelf)zorgtaken, activiteiten (school, vrije tijd, sociaal/bezoek...), eetmomenten en rustmomenten.

Een voorbeeld van een dagschema kan je vinden in [Bijlage 4. Voorbeeld van een dagschema voor een patiënt met een eetstoornis op een algemene dienst pediatrie.](#)

7.5.2.2 Huisregels in verband met compenserende en zelfdestructieve gedragingen

Gezien de intense angst om bij te komen bij anorexia nervosa is het niet verrassend dat kinderen en jongeren gedragingen stellen die deze wens tot gewichtsverlies in de hand werken [2]. Naast compenserende gedragingen (vb. excessief bewegen, voedsel verstoppen, sonde manipuleren) kunnen er uit de angst en stress die schuilgaat achter de eetstoornis ook andere zelfdestructieve gedragingen (zelfverwondend gedrag, suicidale ideatie) tot uiting komen. Het is dan ook belangrijk dat het zorgpersoneel op de hoogte is van mogelijke verstoord eet- en beweeggedrag en andere zelfdestructieve gedragingen zodat ze deze structureel kunnen managen op een empathische manier [15].

Wanneer elk teamlid bij het observeren van bepaalde verstoorde eetgedragingen een **vooraf afgesproken, gestructureerd management** toepast, helpt dit om consistente zorg aan te bieden en zal het 'splitting' tussen de teamleden vermijden (i.e. een onderscheid maken tussen 'goede' en 'slechte' teamleden, die tegen elkaar worden uitgespeeld [2, 15]). Door structureel in te grijpen wordt de toename in verstoorde eetgedragingen voorkomen, een veilige omgeving gecreëerd, en de weg naar herstel bewerkstelligd [15, 22]. Het team kan ook met een **registratiesysteem** werken over wanneer een bepaald probleemgedrag zich voordoet, zo is het hele team op de hoogte na bijvoorbeeld een shiftwissel [15, 22].

Bovendien kunnen strategieën als het sluiten van slaapkamers en badkamers om verborgen overmatige beweging te voorkomen, het inschakelen van meer personeel, en de behandeling laten plaatsvinden in observeerbare ruimtes, helpen om verstoorde eetgedragingen aan te pakken [2]. Indien al deze maatregelen geen effect hebben, is een ondersteunde één-op-één observatie van de patiënt aangeraden [2]. Het managen van de gedragingen kan op de pediatrie-afdeling omwille van onderbenaming een grote uitdaging zijn.

Fysieke activiteit maakt deel uit van een gezonde levensstijl maar kan bij een medisch of fysiek instabiele situatie, bijvoorbeeld bij onvoldoende energie- en vochtinname, net schadelijk zijn voor de gezondheid [22, 46]. Het is een uitdaging om **de rol van beweging** bij een eetstoornis tijdens de behandel- en herstelfase te begrijpen. Er is enerzijds een **pathologisch gebruik** en risico van te veel beweging dat gezien kan worden als een symptoom van de eetstoornis, anderzijds ook een **gezond gebruik** van beweging als een emotieregulatiestrategie en met gezondheidsvoordelen bij een gezond gewicht [22, 119].

Om verdere medische achteruitgang te voorkomen, raadden de meeste richtlijnen en praktijken voorheen aan om medisch onstabiele patiënten volledige bedrust te geven en verplaatsingen met een rolstoel te laten gebeuren tot het behandelend team oordeelt dat de vitale parameters verbeterd zijn (bijvoorbeeld geen orthostatische veranderingen meer, hartslag boven 50 slagen per minuut, stabiele temperatuur boven 35,5 graden [15, 22, 47]). Recente literatuur wijst nu echter aan dat volledige bedrust en rolstoeltransport niet ondersteund wordt en best vermeden wordt omwille van bijhorende risico's (zoals het aanhouden van psychologische stress, en fysieke complicaties als doorligwonden, spieratrofie, infecties, en verhoogde botabsorptie) [2]. Vanuit klinische ervaring op pediatriediensten wordt soms volgende 'regel' naar voren geschoven: geen rolstoel op leefgroep of op de kamer, maar wel voor verplaatsingen in het ziekenhuis wanneer patiënt meer dan 7kg ondergewicht heeft, en voor langere wandelingen wanneer meer dan 5 kg ondergewicht. Overmatige, pathologische beweging moet wel beperkt worden (met uitleg aan de patiënt over het belang van het beperken van het gedrag, zie later) en dit kan door gesuperviseerde bewegingsalternatieven aan te bieden [2]. Zo zou **gemanagede, gesuperviseerde beweging** (bv. 2 keer per dag een wandeling of andere activiteit naar keuze) de periode tot stabilisatie van vitale parameters zelfs inkorten en geen gewichtsafname teweegbrengen [41]. Hierbij verwijzen we ook graag naar [de Safe exercise at every stage- richtlijnen \(SEES\)](#). Binnen deze richtlijn wordt aangegeven welke vorm van activiteit kan/mag afhankelijk van de medische situatie van de patiënt. Een gestructureerd beleid rond beweging kan dus een rol spelen in het herstel van (ernstige) anorexia, hoewel er momenteel geen duidelijke richtlijnen rond bestaan. We voegen ter inspiratie de **algemene richtlijnen omtrent beweging op een pediatrie-afdeling en het managen van overdreven beweeggedrag** toe gebaseerd op een voorgesteld beleid uit de [NSW Eating Disorders Toolkit 2018](#) [22]). Algemene richtlijnen rond beweging kunnen ook

teruggevonden worden bij het Vlaams Instituut Gezond Leven ([Beweging & sedentair gedrag](#) | [Gezond Leven](#)).

Algemene richtlijnen rond fysieke activiteit op de afdeling [2, 22]

- Verlengde bedrust is af te raden, tenzij dit medisch geïndiceerd is;
- Om de veiligheid van de patiënt te garanderen bij functionele taken (bv. zichzelf wassen) dient er een assessment van zijn of haar functionele vaardigheden en mobiliteit te gebeuren. Zo kan de (mate van) nodige ondersteuning ingeschakeld worden (bv. bij een risico om te vallen door een verminderd evenwicht is er hulp om zich naar de badkamer te verplaatsen aangewezen).
- Een kinesitherapeut dient een gradueel bewegingsprogramma op te stellen en superviseren;
- Geschikte activiteitsniveaus dienen per patiënt beslist te worden door het behandelend team, gedocumenteerd te worden als onderdeel van het management plan en duidelijk gecommuniceerd te worden naar de patiënt, zijn familie en personeelsleden;
- Patiënten worden niet aangeraden om *individueel* te sporten, bijvoorbeeld lopen, heen en weer de gang lopen, op en neer springen,... ; onder supervisie en afgebakend in tijd en intensiteit zijn er wel mogelijkheden
- Patiënten mogen, tenzij ze zich verplicht in een rolstoel dienen te verplaatsen tgv ernstig ondergewicht, rustig door de afdeling wandelen, al dient dit best gemonitord te worden;
- Als de voedingsstatus verbetert, kan het activiteitsniveau verhoogd worden. Vermijd het bediscussiëren en onderhandelen over fysieke activiteit en de verhouding met het eetprogramma;
- Bewegingsrichtlijnen voor ontslag dienen met de patiënt, familie en toekomstige hulpverleners besproken te worden.

Managen van overmatige (excessieve) beweging in contact met de patiënt [22]

- Identificeer het overmatig, pathologisch bewegingsgedrag
- Help de jongere om zijn bewegingsgedrag als overmatig en onveilig te identificeren. Dit kan door de jongere aan te spreken
 - o “Het lijkt of je het moeilijk vindt om stil te zitten, je bent precies overmatig aan het bewegen vandaag.”
 - o “Herinner je je de bewegingsafspraken van deze week? Laten we samen naar ons bewegingsdoel gaan kijken op het zorgplan”
- Identificeer stressoren die leiden tot deze gedragingen (bv. voor of na een maaltijd, alleen of in groep)
- Maak samen met de jongere een plan op om het bewegingsgedrag te managen (bv. plan afleidende activiteiten in tijdens moeilijke situaties, gesuperviseerde badkamertoegang, ...)
 - o “laten we even kijken welke dingen jou helpen om jezelf af te leiden.”
- Zet samen met de patiënt en het team geleidelijk aan een limiet op solitair bewegingsgedrag
- Pak onjuiste opvattingen rondom beweging aan en verschaft correcte informatie
- Geef dagelijks de mogelijkheid om het voorgeschreven fysieke activiteitenplan te volgen. Op die manier wordt de angst verlaagd en kan er een gezond gebruik van beweging ervaren worden.

Wat kan je doen op het moment dat je excessief bewegingsgedrag vaststelt?

- Valideer (erken) de stress die de patiënt ervaart
- Kader de bewegingslimieten als een veiligheidsmaatregel, niet als een straf
- Vermijd onderhandelingen
- Verwijs naar de wekelijkse bewegingsdoelen en het managementplan
- Bespreek het gestelde gedrag met de patiënt en verleg de focus van gewicht en beweging naar het managen van hun stress (bv. welke activiteiten helpen om met stress om te gaan?)

Extra verdieping hieromtrent kan je vinden bij:

- [NSW Eating Disorders Toolkit 2018](#), hoofdstuk “physical activity” p. 60-63
- Verslag lezing Michel Probst: [Beweegadviezen voor personen met eetproblemen en eetstoornissen](#).
- [De Safe exercise at every stage- richtlijnen \(SEES\)](#)

7.5.2.3 Huisregels omtrent het contact met thuis en sociale contacten

De eetstoornis is vaak meer en meer verstrengeld geraakt in alle aspecten van het leven van het kind of jongere. Ook de relaties met vrienden, ouders, broers en zussen worden beïnvloed door de eetstoornis. Het lijkt tijdens de ziekenhuisopname wel of de jongere geen interesse of motivatie heeft om deel te nemen aan activiteiten die andere leeftijdsgenoten of zichzelf vroeger van zouden genieten. Zoals bovenstaand beschreven (zie hoofdstuk 6; Verbondenheid) is het toch belangrijk om tijdens de opname de **connecties met hun leven naast de eetstoornis aan te spreken en aan te wakkeren**. Dit kan enerzijds al door het verkennen van sociale relaties (vrienden, familie,..) en interesses tijdens gesprekken, anderzijds door effectief de sociale contacten en hobby's op de afdeling te laten plaatsvinden [22]. Opnieuw is het belangrijker om hierbij een **eenduidige structuur en duidelijke afspraken of regels** te hanteren. Maak bijvoorbeeld steeds afspraken omtrent bepaalde voorwaarden, duurtijd, mogelijke momenten van bezoek en bijhorende regels [2]. Hieronder worden enkele richtlijnen gegeven over hoe dit er concreet kan uit zien.

7.5.2.3.1 Contact met thuis

- Moedig, in de mate van het mogelijke binnen het behandelplan, regelmatig bezoek en telefonisch contact met de ouders of belangrijke steunfiguren uit de omgeving aan [22]. De familie (ouders, broers, zussen, grootouders) dienen best regelmatig in contact te staan met de jongere tijdens zijn opname op pediatrie. Dit kan via sociale media of via voorafgesproken bezoeken [22, 46].
 - o Idealiter is er ook een afgebakende tijdsperiode zonder bezoeken waarbij de jongere een individuele dagstructuur heeft.
 - o Het al dan niet blijven slapen van ouders op de afdeling is (vooraf) te bespreken binnen het team waarbij er steeds duidelijke afspraken zijn.
- De afdeling (regelmatig) voor een korte periode verlaten kan wanneer de jongere medisch stabiel is. Koppel dit verlaten van de afdeling aan vooraf afgesproken uren en duidelijke regels [22, 46].
- Bezoek aan huis kan opgebouwd worden (namiddag, hele dag, overnachting), enkel indien de patiënt medisch veilig is en de maaltijden relatief goed verlopen.

7.5.2.3.2 Sociaal netwerk

- Ondersteun en moedig de patiënte aan om terug contact op te zoeken met hun vrienden. Tijdens de opname kan dit contact via sociale media, telefonisch of via geschreven brieven. Wanneer de patiënt de afdeling tussentijds of definitief - bij ontslag - mag verlaten, kan hij/zij ook met hen afspreken.
- Breng de jongere in contact met hun schoolwerk en klasgenoten.
- Moedig activiteiten binnen de afdeling aan die aanleunen bij de interesses van de jongere (bijvoorbeeld lezen, dieren verzorgen, ...) [22,46].

8 Werken met de context

Tenzij er tegenaanwijzingen (bv. vermoeden van misbruik) zijn, worden ouders of andere belangrijke zorgfiguren als bondgenoot in de strijd tegen de eetstoornis betrokken, zowel tijdens de diagnostische als behandelfase [14, 51, 54, 53]. Dit kan op een drie-ledige manier door de ouders (1) te informeren, (2) vaardigheden bij te brengen, en (3) te ondersteunen om zo de (emotionele) impact van de eetstoornis op de omgeving te verminderen [120].

Praktisch gezien kan de contextbegeleiding op meerdere, flexibele manieren ingezet worden. Zo kan deze plaatsvinden binnen de dienst pediatrie of daarbuiten aan de hand van externe organisaties. Ook de frequentie, intensiteit, en wijze (individueel, groep, online, telefonisch) kan verschillen. Als zorgverlener stem je de begeleiding van de context af op de huidige fase van de behandeling, de ontwikkelingsfase van de patiënt, en familiale en/of culturele overwegingen. Zo kan een verhoging van de ondersteuning aangeraden zijn bij een acuut ernstige fase van de eetstoornis, bij jongere kinderen, of wanneer het familiesysteem sociaal geïsoleerd is [120].

8.1 Informeren

Concreet kan het team de ouders informatie geven (zie inspiratiebronnen onderstaand) en betrekken bij belangrijke beslissingen in de zorgplanning [6, 22, 45, 53]. Op die manier kunnen de ouders ook hun kind ondersteunen wanneer hij of zij terug naar huis mag of een andere transitie in de zorg doet [14, 44, 45, 93].

Een aantal educatie onderwerpen kunnen de volgende zijn (vrije vertaling uit [120]) :

- Een eetstoornis begrijpen (zie hfdst 1: basiskennis; [informatiepakket ouders](#))
 - o Rond ARFID is er deze [infopagina](#) en een [ondersteuningsfiche](#)
- De behandeling van een eetstoornis begrijpen: accuraat, evidence-based informatie over behandelmanieren en te verwachten uitkomsten (zie hfdst 2: behandeling; [informatiepakket ouders](#))
 - o **Een voorbeeld:** er kan psycho-educatie gegeven worden aan ouders over de impact van langdurig ondervoeding op zowel lichaam als geest door het Minnesota starvation experiment uit te leggen:
De Minnesota Semi-Starvation Study is een onderzoek dat aan het einde van de Tweede Wereldoorlog (1944- 1945) werd uitgevoerd door de Amerikaanse hoogleraar Ancel Keys om de impact van langdurig vasten op lichaam en geest systematisch te onderzoeken bij 36 jonge, mannelijke vrijwilligers. Na een controleperiode van 12 weken, waarin de mannen een gevarieerd dieet van ongeveer 3200 calorieën per dag aten, verminderde Keys hun calorieën in de hongersnoodfase met de helft. In 12 weken onder

deze beperkte calorie-inname werden de mannen geobserveerd. De gevolgen van dit 1 jaar durende experiment waren zeer opmerkelijk: bijna alle mannen ontwikkelden een anorexia en/of boulimiaproblematiek en allen werden angstig en depressief. Alle mannen waren obsessief bezig met hun lichaam en eetpatroon en sommigen gingen over tot zelfverwonding. Ook wanneer zij in de laatste fase van het experiment uitgenodigd werden om weer om te schakelen naar een normaal eetpatroon bleven velen extreem angstig om opnieuw meer te gaan eten en anderen ontwikkelden boulimia. Op grond van dit onderzoek vermoeden de onderzoekers dat langdurig vasten ook het beloningssysteem in ons brein beïnvloedt. Langdurig vasten

PRAKTIJKTIP: Inspiratiebronnen om informatie, vaardigheden, en ondersteuning te bieden aan de ouders

Informatie omtrent het belang van voeding als behandeling

[Engelstalig boekje](#)

Brochures voor ouders, broer, of zus van iemand met een eetstoornis

[Hier](#) te downloaden

Boeken

Ouders als bondgenoot" van J Lock

Eten zonder angst van Renee Beer

Over leven met ARFID van Rita Maris

Samen de eetstoornis aanpakken van Janet Tressure en Grainee Smith

[Informatiegids voor ouders](#)

[Toolbox voor ouders van Eetexpert](#)

Diverse thematische fiches voor ouders

[Afwisselend eten](#)

[Lief zijn voor jezelf](#)

[Omgaan met emoties](#)

[Ondersteuningsfiche rond ARFID \(voor ouders\)](#)

ANBN: De vereniging Anorexia Nervosa - Boulimia Nervosa is een informatie- en ontmoetingsplaats waar iedereen met vragen of zorgen rond eetstoornissen welkom is.
<https://www.anbn.be/>

zorgt ervoor dat het eten van voedsel angst en spanning veroorzaakt en dat het niet eten als belonend wordt ervaren. En mogelijk heeft dit te maken met veranderingen in bepaalde hormonen in het brein die het beloningssysteem regelen.

- Informatie over de werking van de dienst (zie [Bijlage 1. Voorbeeld onthaalbrochure](#))
- Informatie over planning na ontslag (zie [Bijlage 2. Terug naar huis: Aandachtspunten in functie van verder herstel eetstoornis](#))

8.2 Aanleren en oefenen van vaardigheden

De ouders doen waarschijnlijk meer dan ooit hun best en willen hun kind van de eetstoornis afhelpen. De strategieën die ze hiervoor gebruiken (bv. extreme focus op de hantering van de eetmomenten), kunnen echter soms net het tegenovergestelde effect hebben (eetstoornissymptomen laten toenemen) [60]. Daarom is het belangrijk om de familie **vaardigheden** aan te leren om adequater te reageren en om te gaan met eetstoornissymptomen [60]. Het bijbrengen van vaardigheden aan de context kan het best bereikt worden a.d.h.v. o.a. regelmatige oudergesprekken. Onderstaand worden een aantal concrete tools beschreven die centraal kunnen staan binnen deze ouderbegeleiding. Er werd bewust gekozen voor een beperkte lijst van 9 tips zodoende een aantal haalbare handvatten op maat te bekomen, eerder dan de ouders te overspoelen met advies. Er kan binnen de begeleiding vertrokken worden vanuit de vraag van de ouders (vele ouders willen bv. graag gerichte info m.b.t. hun houding tijdens de eetmomenten), aangevuld met informatie die voor deze patiënt van belang is. Naast het aanreiken van specifieke tools voor ouders, is het binnen het werken met de context ook belangrijk om te verkennen wat systeemtheoretisch gezien de functie van de eetstoornis zou kunnen zijn binnen het gezin. Heeft de eetstoornis een eventuele **signaalfunctie** binnen het gezin? Kan deze functie worden opgenomen op een meer adaptieve manier? Kan de context hierbij helpen? Binnen ouder-kind gesprekken kan bv. worden ingezet op communiceren binnen het gezin.

Enkele aandachtspunten voor ouders (meer uitgebreide in de [Toolbox](#))

1. **Inleving:** Probeer te begrijpen (voorbij ongerustheid) via psycho-educatie bv. [Alfred & Shadow](#). Tracht zoveel mogelijk te differentiëren tussen je kind (het gezonde deel) en de eetstoornis (die je kind gijzelt), en in te zetten op ondersteuning van het gezonde deel van je kind (bv. vertolken van de milde stem; 'Je verdient het om...').

Opmerking: Probeer ook aandacht te hebben voor het verlenen van voldoende info omtrent de eetstoornis aan de andere kinderen in het gezin (eventueel via externe ambulante hulp indien nodig).

Enkele aandachtspunten voor ouders (meer uitgebreide in de [Toolbox](#))

2. **Erkenning:** Erken de strijd van je kind. Bevestig de kracht die je ziet in je kind om de eetstoornis te willen verslaan. Maak, indien je kind dit wil, samen een stappenplan met kleine, haalbare doelen. Verken welke moeilijkheden je kind ervaart om te kunnen veranderen.

3. **Mildheid:** Er bestaat een sterke relatie tussen perfectionisme en eetstoornissen. Het is van belang dat kinderen/jongeren en hun context de transitie van maladaptief naar adaptief perfectionisme maken. Leg de lat realistisch (i.p.v. meedogenloos) hoog binnen en buiten het herstelproces, zowel voor de patiënt alsook voor jezelf als ouder (modeling).
 - bv. Restaurant bezoek uitstellen en eerst inzetten op herstel eetpatroon thuis. Indien stap naar restaurant wordt gezet, dan eerst kiezen voor “veilige opties”.
 - bv. Deeltijds onderwijs of alternatieve dagbesteding uitwerken (zorgboerderij, ervaringsgericht leren, ateliers)
 - bv. Afstemmen vakantieplanning i.f.v. haalbare activiteiten (zowel fysiek als psychologisch), voldoende momenten van rust inbouwen

4. **Vinger aan de pols.** Veronderstel niet dat als je kind er beter/goed uit ziet, hij of zij ook hersteld is. Een verbetering qua lichaamsgewicht brengt soms net een mentaal lastigere periode met zich mee. Hou de vinger aan de pols i.p.v. de vinger aan de weegschaal. Heb oog voor mindere dagen en durf deze te benoemen, zonder meer (je kind wil mogelijk geen lange gesprekken over de eetstoornisgedachten omdat deze reeds veel ruimte innemen). Modeling: Kinderen/jongeren leren ook vanuit observatie. Durf een mindere dag benoemen, toon hoe je als ouder zelf omgaat met negatieve ervaringen, emoties, teleurstellingen.

5. **Ban schuldgevoelens.** De nadruk moet bij het oplossen van de problemen liggen.

Verleg je perspectief van schuldgevoelen door je focus te leggen op wat je nu kan doen voor jezelf, je kind en je gezin.

 - bv. Focus op de kleine dingen die je KAN doen ter ondersteuning van de eetmomenten en herstel (samen kleine uitdagingen vooropstellen).
 - bv. Focus op leren wat je moet weten i.v.m. je kind, hun groeiproces en de eetstoornis (zie punt 1 inleving).

Enkele aandachtspunten voor ouders (meer uitgebreide in de [Toolbox](#))

6. **Ondersteuning vs. supervisie.** De balans tussen ondersteuning en supervisie is moeilijk. Wees mild voor jouw kind, wees streng voor de eetstoornis.
 bv. Keuze van de maaltijd ligt bij de ouder (i.s.m. de diëtist) maar bespreek wel met je kind of het helpend kan zijn een moeilijke maaltijd (weekmenu) aan te kondigen.
 bv. ondersteuning: Samen “oefenen” hoe een bepaalde portie afgewogen voeding er visueel uit ziet op een bord.
 bv. supervisie: Na mandaat van het kind directief durven optreden naar de eetstoornis toe wanneer er heimelijk wordt bewogen (nachtelijke episodes of stiekem sporten op de kamer).
 Ga nooit in discussie met de eetstoornis. Je kan niet winnen!
7. **Hoop.** Blijf hoopvol, terugval maakt deel uit van het herstel. De weg naar herstel is een marathon, geen sprint.
8. **Je energie op pijl houden.** Vind tijd om voor jezelf te zorgen (focus op andere zaken, blijf dingen doen voor jezelf of als koppel die niets te maken hebben met de eetstoornis).
9. **Eigen focus onder de loep.** Welke betekenis geef je zelf aan gewicht en fysieke activiteit? Geef je kritiek op mensen die zijn bijgekomen of zwaarder zijn? Spreek je zelf heel vaak over het belang van gezonde voeding? Tracht genuanceerd te communiceren over deze zaken met je kind, en geef boodschappen mee als : “eens niets doen is ook ok”, “af en toe chocolade of chips eten is niet erg”,....

Opmerking: Een oudergesprek is vaak intens voor ouders. Het is voor ouders daarom vaak helpend om de meest belangrijk info op papier mee naar huis te krijgen zodat deze nog even kan worden nagelezen. Rond het oudergesprek af aan de hand van een print met de meest belangrijk tools.

Ouders kunnen ook doorverwezen worden naar een psycho-educatieve oudertraining (in groep). Via [de toolbox voor ouders](#) van Eetexpert kunnen de geplande trainingen in Vlaanderen teruggevonden worden.

8.3 Ouders ondersteunen om de (emotionele) impact van de eetstoornis te minimaliseren

Aangezien veel ouders eerder gefocust zullen zijn op hulp te krijgen in functie van de noden van hun kind met een eetstoornis, in plaats van op de noden van zichzelf of andere familieleden, is het belangrijk om bij aanvang **de begeleiding van de context als een “opt-out” in plaats van een “opt-in” proces aan te bieden**. De **sterktes en noden** van de familie dienen daarom in kaart te worden gebracht, met aandacht voor ondersteunende interventies die de draagkracht van het gezin kunnen verhogen doorheen het langdurige verloop van de behandeling van de eetstoornis [120].

Een aantal thema's die aan bod kunnen komen binnen deze persoonlijke zorg en ondersteuning zijn:

- Psychologische, sociale en financiële ondersteuning (eventueel ook via de sociale dienst van het ziekenhuis)
- Inzetten van probleemoplossende strategieën om normale levenspatronen te behouden
- Ondersteunen en betrekken van broers en zussen (brussen) op vlak van het geven van informatie, het uitwerken van de rol die zij kunnen spelen en tegelijk het voorzien van ruimte voor brussen om binnen het gezin voldoende aan bod te kunnen komen als persoon, los van de eetstoornis van hun broer of zus

Hiernavolgend worden enkele van deze thema's meer in detail uitgewerkt.

8.3.1 Psychologische, sociale en financiële ondersteuning

Omwille van de verwachte lijdensdruk van de zorgfiguren is het belangrijk om de psychologische, sociale, en financiële noden van de ouders of andere familieleden te beluisteren en hierop in te spelen door gepaste informatie, psycho-educatie, training en indien nodig ook psychotherapie te geven [44]. Ouders zijn immers niet de oorzaak van of schuldig aan het ontstaan van een eetstoornis, maar kunnen verstrikt geraken in de dynamieken die spelen bij een eetstoornis.

Het gedrag dat de eetstoornis uitlokt bij de patiënt kan bij ouders eigen emotionele reacties oproepen (schuldgevoel, angst, boosheid). Het is belangrijk ouders te ondersteunen en met deze gevoelens te leren omgaan. Het kan bijvoorbeeld helpen om de eetstoornis te externaliseren (i.e., de eetstoornis als een aparte entiteit te zien en bespreken als iets dat losstaat van de identiteit van de jongere, maar wel de controle kan overnemen), het herkennen van de “trucs” die de eetstoornis “gebruikt” om hulp te ondermijnen, structuur te brengen in het dagelijks leven, en grenzen te stellen [22, 60]. Bijkomend is het belangrijk dat ouders hun eigen emotionele en gedragsmatige reacties leren herkennen. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de dier-metaforen [120; [informatiepakket ouders](#); [toolkit ouders](#)]

8.3.2 Inzetten van probleemoplossende strategieën om normale levenspatronen te behouden

Ouders dienen aangespoord te worden om zoveel mogelijk het normale levenspatroon te behouden. Daarbij aansluitend is het belangrijk ouders ook te laten stilstaan bij de tijdsduur van aanwezigheid in het ziekenhuis. Bespreek de nadelen van lange dagen in het ziekenhuis aanwezig te willen zijn, en hoe ze door tijd voor zichzelf uit te trekken de eigen batterijen kunnen opladen om er nadien terug helemaal te kunnen zijn als bondgenoot van hun kind in de strijd tegen de eetstoornis. Binnen de begeleiding van ouders is het aldus belangrijk om vanuit het team in te zetten op de bewustwording bij ouders omtrent het leren aanvoelen van hun eigen grenzen, en zelfzorg. Dit betekent dat significante anderen mogelijk moeten worden ingezet op bepaalde dagen/dagdelen. Vanuit het team kunnen hier pro-actief voorstellen worden gedaan, eens men een goed zicht heeft op de krachten van het netwerk rondom het gezin/de patiënt.

8.3.3 Ondersteunen en beschermen van broers en zussen

Aangezien de eetstoornis een impact op het hele gezin en omgeving van de patiënt kan hebben, is het aangeraden om **brussen en/of vrienden** te betrekken tijdens de behandelfase. Op die manier kunnen zij de jongere ook helpen op weg naar herstel. Tenslotte is het belangrijk om de eventuele stress, angst, en zelfverwijt bij de omgeving aan te pakken.

Kinderen en jongeren kunnen als zus of broer betrokken zijn bij iemand die een eetstoornis heeft. Deze kinderen en jongeren hebben bovendien ook zelf een hoger risico op het ontwikkelen van een eetstoornis en net daarom is het cruciaal om ook bij hen geschikte contextbegeleiding op te starten zodat hun gezonde ontwikkeling en welzijn gewaarborgd blijft [120].

Volgende informatie moet minstens aan bod komen:

- Wat de eetstoornis betekent voor het familielid met een eetstoornis
- Hoe ze, als bruis, kunnen interageren met hun familielid
- Hoe ze de situatie aan anderen kunnen uitleggen
- Hoe ze hun eigen emoties kunnen uitdrukken en managen
- Hoe ze problemen kunnen oplossen
- Hoe ze hun eigen fysieke en mentale gezondheid kunnen behouden

9 De overgang naar huis en ambulante vervolgzorg

Hoewel bepaalde literatuur een opname van (maximaal) drie weken suggereert voor kinderen en jongeren met een restrictieve eetstoornis op een algemene afdeling pediatrie, is de duur van opname in de praktijk vooral afhankelijk van de mate waarin herstel in eetgedrag wordt bekomen, alsook van de mogelijkheden tot ondersteuning van de omgeving [2]. De **criteria voor ontslag zijn multifactorieel**, net zoals de redenen voor opname. Zo kan de medisch strikt genomen “onstabiele” patiënt bijvoorbeeld bij normalisatie van elektrolyten in het bloed, en na het behalen van 85 % van het minimaal gezond gewicht (MGG) en het vertonen van adequaat zelfstandig eetgedrag ontslagen worden [47]. Naast medisch herstel vormen een herstel in eetgedrag, het installeren van een veilig sociaal netwerk, een voldoende stabiel psychologisch functioneren, en een stabiele thuissituatie aldus ook belangrijke criteria die de timing van ontslag mee bepalen [52]. Het is met andere woorden dus niet nodig dat het MGG behaald wordt om effectief op ontslag te gaan, mits goede vervolgzorg [46, 58]. Anderzijds kan de duur van drie weken worden overschreden wanneer het behandelend team na overleg aanvoelt dat er positieve veranderingsprocessen optreden in termen van eetgedrag en psychologische stabilisatie, maar waarbij de patiënt iets meer tijd nodig heeft om de vooropgestelde doelen te behalen. Vanuit good practices kan hierbij worden vermeld dat een opnameduur van zes weken in deze gevallen tot een herstellenniveau leidt dat meer veiligheid en houvast biedt om naar huis te gaan, dan wanneer het ontslag strikt na drie weken zou plaatsvinden.

De *‘Queensland Health Guideline’* [47] hanteert specifieke ontslagcriteria in functie van ambulante opvolgzorg zijn en kunnen hierbij als leidraad fungeren:

- Men volgt consistent de vooropgestelde maaltijdplanning, zowel thuis als in het ziekenhuis
- Het team beoordeelt de toestand van de jongere niet meer als medisch kritiek
- De context kan de jongere voldoende ondersteunen tijdens en na eetmomenten. Tijdens de opname dienen er dus reeds momenten van naar huis gaan ingepland te worden om dit te exploreren.
- Er werd een concreet follow-up zorgplan uitgewerkt

Na ontslag dient er onmiddellijke continuïteit in zorg te worden voorzien [22, 58]. Vanuit *good practices* kan hierbij worden vooropgesteld dat de behandelend kinderarts die verantwoordelijk was voor de patiënt tijdens het opname-traject, tevens de patiënt ambulant opvolgt via poli-klinische consulten. De kinderarts vormt voor de patiënt en het gezin immers een vertrouwd gezicht en kan een belangrijke baken vormen in het ambulante vervolgtraject, waarbij vaak nieuwe hulpverleners vanuit andere disciplines het gezin omringen. Daarnaast dient de opvolgzorg te bestaan uit minimaal een diëtist en een psycholoog [2, 41, 46], die al of niet reeds betrokken waren tijdens de opname in het ziekenhuis. Sommige pediatriediensten geven de patiënt de mogelijkheid om tijdens de opname ook op consultatie te blijven gaan bij de eerder betrokken psycholoog, om zo te blijven investeren in de therapeutische relatie. Het is de verantwoordelijkheid van de psycholoog op de pediatrie om de coördinatie van deze opvolgzorg te voorzien, en reeds een contactmoment te initiëren tussen de toekomstige hulpverleners en het gezin vóór het ontslag. Zoals vermeld in het luik “psycho-educatie” dient men hierbij duidelijk te communiceren over het doel en vorm van deze ambulante opvolgzorg [58].

Bij het ontslag voorziet de psycholoog een geïntegreerd verslag van alle relevante info, indien externe diensten de opvolgzorg overnemen. In geval de opvolgzorg voorzien wordt door het ziekenhuis zelf, kan men binnen het lopende medisch dossier de info-overdracht continueren. [Hier](#) kan je meer uitleg terugvinden rond het **zorgtraject bij eetstoornissen**.

9.1 Het ambulant zorgplan

Het verslag voor externe opvolgdiensten omvat minimaal volgende elementen:

- Relevante (medische) voorgeschiedenis;
- Traject dat doorlopen werd tijdens de opname:
 - Eetgeschiedenis en gewichtsevolutie tijdens de opname;
 - Behandeldoelen tijdens de opname;
 - Bevindingen van het behandelteam;
- Gemaakte afspraken en doelstellingen bij ontslag;
 - Eetschema en porties
 - Uitdagingen die met betrekking tot voeding werden vooropgesteld
 - Management-plan rond activiteit en rust
- Handvatten met betrekking tot terugvalpreventie
 - Afgesproken noodsignalen
 - Aandachtspunten rond gezinsfactoren

9.2 Het opbouwen van de overgang naar huis

Al vanaf het begin van de opname is het belangrijk om in samenspraak met de patiënt en de ouders een duidelijke **ontslagplanning** op te stellen omtrent wanneer het kind of de jongere klaar is om naar vervolgzorg over te stappen [44, 47, 58]. Van zodra het team zicht krijgt op een mogelijke ontslagdatum, is het van belang dit duidelijk te communiceren aan de patiënt en het gezin, en ruimte te laten voor hun inbreng (twijfels en zorgen). Het team dient met zorg het ontslag voor te bereiden, aangezien de onderbreking van continuïteit van zorg steeds een risico met zich meebrengt op klinische achteruitgang. De patiënt en ouders voorbereiden, informeren en begeleiden over hoe ze hun kind kunnen ondersteunen bij maaltijden, (signalen van) herval, crisismanagement, familiale angst, ... is dan ook belangrijk [47, 53, 58, 93].

9.2.1 Ontslag voorbereiden bij Anorexia/Boulimia Nervosa

Bij de overgang naar huis is het hierbij van essentieel belang dat de verworven vaardigheden en de geïnstalleerde structuur mee de transfer maken naar huis. Van zodra er enige routine in het eetgedrag wordt bekomen en het competentiegevoel van ouders voldoende groot is, dienen er daarom eetmomenten thuis te worden georganiseerd. Ouders worden hierbij door het team ondersteund om zelf de maaltijdondersteuning en activiteitenmanagement stapsgewijs te leren coördineren. Via een **graduele opbouw van de eetmomenten thuis** (in een eerste stap samen een tussendoortje eten, in een tweede stap een broodmaaltijd, in een derde stap een warme maaltijd) die sterk lijken op de structuur van het ziekenhuis (herkenbare voeding, porties via foto's die de diëtist voorziet, dezelfde duur van de eetmomenten) kan de overgang naar huis zacht verlopen. Ouders spreken hierbij beurtelings af wie de steunfiguur zal zijn en wie de eetstoornis zal 'bewaken'. Het kan helpend zijn indien de diëtist onmiddellijk elke aanpassing in het voedingspatroon in het ziekenhuis doormailt aan de ouders. Zo kan er thuis geen discussie ontstaan.

Ook de **duur van de thuismomenten**, te beginnen met een uurtje en uitbreidend tot een volledig dagdeel, dient te worden opgebouwd alvorens het definitief ontslag plaatsvindt. Op die manier krijgen zowel ouders als kind voldoende leermomenten aangereikt omtrent de tijdsinvulling thuis en kan er gezocht worden naar balans in termen van activiteit en rust. Ouders en kind leren moeilijke momenten/plaatsen in huis te verkennen, maar (her)ontdekken ook zaken waar men plezier en verbinding in vindt, en welke steunfiguren binnen de eigen context betekenisvol zijn in het concrete verloop van de dag. Het gezin brengt deze ervaringen mee terug naar het ziekenhuis, en op basis van deze thuismomenten kan er dan een **concreet management-plan** worden opgesteld in de laatste dagen vóór ontslag, dat voor de patiënt als een *road-map* kan worden gebruikt, en afgestemd is op de specifieke noden van de patiënt en op de stoornis. Op de dag vóór

ontslag kan dit managementplan visueel worden uitgewerkt door de patiënt zelf onder de vorm van een “prikbord” met kernwoorden (zie [Figuur 9](#) voor een voorbeeld), dat op een zichtbare plek in huis kan worden opgehangen ter ondersteuning van het gezin (zie ook [Bijlage 2. Terug naar huis: Aandachtspunten in functie van verder herstel eetstoornis](#)).



Figuur 9. Uitgewerkt voorbeeld van een *road-map* ter ondersteuning van de terugkeer naar huis.

9.2.2 Ontslag voorbereiden bij ARFID

Bij de overgang naar huis is het belangrijk dat ouders concrete handvaten meekrijgen over hoe thuis om te gaan met de eetmomenten (de [infofiche](#) rond eetvaardigheden voor ouders van kinderen met ARFID kan hierbij ondersteunen). In het ambulante vervolgtraject worden ouders hierin uitgebreid begeleid. Het herstellen van het eetgedrag bij ARFID vraagt immers veel tijd en verloopt in kleine stappen.

9.2.3 Wat indien terugkeer naar huis onveilig is?

In geval er geen of te weinig klinische vooruitgang wordt geboekt, en het netwerk rondom de patiënt te klein is om veilig naar huis te kunnen gaan, **dient de ambulante piste te worden verlaten en moet het team gericht inzetten op een transfer naar een gespecialiseerde eetkliniek**. Ook in dat geval dient er echter in de eigen omgeving van het gezin reeds opvolgplanning te worden ingepland. Hoewel de timing van de start van deze opvolgzorg in deze gevallen nog onduidelijk is en afhangt van de duur van het residentieel

traject, vormt de uitwerking van deze opvolgzorg door het team van algemene pediatrie absoluut een belangrijke schakel in het bieden van duurzame en efficiënte zorg. Immers, de procedurele taaklast voor 3e lijns-gespecialiseerde eetklinieken kan op die manier gereduceerd worden, zodat men aldaar meer kan focussen op de klinische behandeling van kinderen en jongeren met een eetstoornis die binnen een algemene pediatrie niet tot herstel komen.

10 Referenties

1. APA (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Association.
2. Medical Emergencies in Eating Disorders: Guidance on Recognition and Management (2022). College Report CR233
3. Satter (2007) Eating Competence: Definition and Evidence for the Satter Eating Competence J Nutr Educ Behav ;39(5 Suppl):S142-53.
4. Moens, E., Goossens, L., Braet, C., Verbeken, S., Van Durme, K., Vandewalle, J., & Matton, A. (2013). Voedings- en eetstoornissen. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (red). *Basisboek psychopathologie* (pp. 111-126). Utrecht, De Tijdstroom.
5. Moens, E., & Vandewalle, J. (2011). Over selectieve eters: een strijd aan tafel. *Psychopraktijk*, 3, 16-19.
6. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (2019) *Richtlijn Ondergewicht*, NVK, Utrecht
7. Goossens, L., Jansen, A., Braet, & C. (2014). Eetproblemen in de adolescentie. In P. Prins & C. Braet (Eds). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Revisie* (pp. 443-466). Houten, Nederland: Van Loghum.
8. American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
9. Hornberger, L. L. & Lane, M. A. (2021). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics (Evanston)*, 147(1). doi:10.1542/PEDS.2020-040279
10. *Eating Disorders Toolkit: A Practice-Based Guide to the Inpatient Management of Children and Adolescents with Eating Disorders* (2019) Centre for Eating and Dieting Disorders Website (<http://cedd.org.au/>)
11. Vandereycken, W., & Noordenbos, G. (2008). *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: de Tijdstroom.
12. Rosen, D. S. (2010). Clinical report: Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126, 1240-1253.
13. Scanelli, G., Schlagenauf, P., & Degli Esposti, L. (2013). *Endocrine abnormalities in eating disorders*. In R. Strumia (ed.), *Eating Disorders and the Skin* (pp. 31-36). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag
14. Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., & Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977–1008. doi:10.1177/0004867414555814
15. Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa (2012). College Report CR168
16. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; Trimbos-instituut. (2006). *Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en*

- behandeling van eetstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut in opdracht van Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ
17. Akwa GGZ, GGZ Zorgstandaard Eetstoornissen (2017)
 18. Walsh, J. M., Wheat, M. E., & Freund, K. (2000). Detection, evaluation, and treatment of eating disorders: The role of the primary care physician. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 577-590.
 19. Athey, J. (2003). Medical complications of anorexia nervosa. *Primary Care Update OB/GYNS*, 10, 110-115.
 20. Keys, A., Brožek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation* (2 vols). Oxford: University of Minnesota Press.
 21. Noordenbos, G. (2007). *Gids voor herstel van eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
 22. NSW Eating Disorders Toolkit (2018) *A practice-based guide to the inpatient management of children and adolescents with eating disorders*
<https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Pages/nsw-eating-disorders-toolkit.aspx>
 23. Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104-131.
 24. Depestele, L., Lemmens, G. M., Dierckx, E., Baetens, I., Schoevaerts, K., & Claes, L. (2016). The role of non-suicidal self-injury and binge-eating/purging behaviours in the caregiving experience among mothers and fathers of adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 24, 257-260.
 25. Haines, J., Kleinman, K. P., Rifas-Shiman, S. L., Field, A. E., & Austin, S. B. (2010). Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(4), 336-343.
 26. Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130(1), 19.
 27. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
 28. Nicholls, D., Lynn, R., & Viner, R. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 295-301.
 29. Nicholls, D., & Viner, R. (2009). Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 791-799.
 30. Goossens, L., Braet, C., Bosmans, G., Decaluwé, V. (2011). Loss of control over eating in pre-adolescent youth: The role of attachment and self-esteem. *Eating Behaviors*, 12, 289-295.

31. Matton, A., Goossens, L., Braet, C., & Van Durme, K. (2013). Continuity in primary school children's eating problems and the influence of parental feeding strategies . *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 52-66.
32. Wilksch, S. M., O 'Shea, A., Ho, P., Byrne, S., & Wade, T. D. (2020). The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 53, 96-106.
33. Langdon-Daly, J. & Serpell, L (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal of Eating Disorders*, 5.
34. Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer H. & Agras, W. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy," *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.
35. Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., Schmidt, U., & Crosby, R. D. (2014). Risk factors for binge eating and purging eating disorders: differences based on age of onset. *The International journal of eating disorders*, 47(7), 802–812. doi:10.1002/eat.22299
36. WHO (2020). HBSC study 2017-2018. https://www.who.int/europe/health-topics/child-health#tab=tab_1
37. Dierckens, M., Schrijvers, K. & Deforche B. (2023). Studie Jongeren en Gezondheid, Voeding [Factsheet]. Opgehaald van: [https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/5_Factsheet_Voeding.pdf]
38. Matthews, A., Kramer, R. A., Peterson, C. M., & Mitani, L. (2021). Higher admission and rapid readmission rates among medically hospitalized youth with anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa during COVID-19. *Eating Behaviors : an International Journal*, 43, 101573–101573. doi:10.1016/j.eatbeh.2021.101573
39. Otto, A. K., Jary, J. M., Sturza, J., Miller, C. A., Prohaska, N., Bravender, T., & Van Huysse, J. (2021). Medical admissions among adolescents with eating disorders during the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics (Evanston)*, 148(4). doi:10.1542/peds.2021-052201
40. Haripersad, Y. V., Kannegiesser-Bailey, M., Morton K, & et al. (2021). *Arch Dis Child* 106:e15. doi:10.1136/archdischild-2020-319868
41. Herpertz-Dahlmann (2021). Intensive treatments in adolescent anorexia nervosa. *Nutrients*, 13(4), 1265. doi:10.3390/nu13041265
42. Academy for Eating Disorders' Medical Care Standards Committee (2021) Eating disorders: A guide to medical care, 4th edition
43. The Royal College of Psychiatrists (2022). Guidance on Recognising and Managing Medical Emergencies in Eating Disorders. Annexe 3: Type 1 diabetes and eating disorders (T1DE). https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr233---annexe-3.pdf?sfvrsn=c45bd860_14
44. NHS England with NICE and the National Collaborating Centre for Mental Health (2019). *Appendices and Helpful Resources for the Inpatient and Intensive Day Care*

- *addendum to the community eating disorder guidance*. Publishing approval number: 000957
45. Robinson, P.H., & Nicholls, D. (2015). *Critical Care for Anorexia Nervosa: The MARSIPAN Guidelines in Practice*. Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-08174-8
 46. Vandeputte A., Maes, K., & Van den Eede, U. (2020, December 14) *Eetstoornissen op pediatie* [Webinar]. Eetexpert. <https://eetexpert.be/medisch-pediatrische-zorg-rond-eetstoornissen/>
 47. Queensland Health Guideline: Assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders in Queensland (2020). Document Number: QH-GDL-961:2020
 48. Proulx-Cabana, S., Metras, M.-E., Taddeo, D., Jamoulle, O., Frappier, J.-Y., & Stheneur, C. (2022). To Improve the Initial Inpatient Management of Adolescents Admitted with Severe Anorexia Nervosa: A Narrative Review and a Convenient Protocol. *Nutrients*, 14(1), 229. doi:10.3390/nu14010229
 49. Saure, E., Laasonen, M., & Raevuori, A. (2021). Anorexia nervosa and comorbid autism spectrum disorders. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 569-575.
 50. Westwood, H., & Tchanturia, K. (2017). Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: An updated literature review. *Current Psychiatry Reports*, 19(7):41.
 51. National Institute for Health and Care Excellence (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment*. Nice Guideline 69. UK, NICE.
 52. Golden, N. H., Katzman, D. K., Sawyer, S. M., Ornstein, R. M., Rome, E. S., Garber, A. K., Kohn, M., & Kreipe, R. E. (2015). 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*, 56(1), 121–125. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.10.259
 53. Lock, J., La Via, M. C., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) (2015). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(5), 412–425. doi:10.1016/j.jaac.2015.01.018
 54. Mairs, R., & Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 101(12), 1168–1175. doi:10.1136/archdischild-2015-309481
 55. Eetexpert (2020). *Eerstelijnsdraaiboek*. Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Brussel.
 56. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2022). *Eating disorders: A national clinical guideline*. Edinburgh
 57. Webb, H., Dalton, B., Irish, M., Mercado, D., McCombie, C., Peachey, G., Arcelus, J., Au, K., Himmerich, H., Louise Johnston, A., Lazarova, S., Pathan, T., Robinson, P., Treasure, J., Schmidt, U., & Lawrence, V. (2022). Clinicians' perspectives on supporting individuals with severe anorexia nervosa in specialist eating disorder

- intensive treatment settings. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 3–3.
doi:10.1186/s40337-021-00528-z
58. O'Brien, A., McCormack, J., Hoiles, K. J., Watson, H. J., Anderson, R. A., Hay, P., & Egan, S. J. (2018). Consensus-based perspectives of pediatric inpatient eating disorder services. *The International journal of eating disorders*, 51(5), 401–410.
doi:10.1002/eat.22857
 59. Lock, J., & La Via, M. C. (2015). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(5), 412–425.
doi:10.1016/j.jaac.2015.01.018
 60. Ariail, A., Carpenter, E., Smith, T., & Sacco, B. (2018). Effective treatment of pediatric eating disorders. *Pediatric Annals*, 47(6), e250–e253. doi:10.3928/19382359-20180517-01
 61. Khalsa, S.S., Portnoff, L.C., McCurdy-McKinnon, D. & Feusner, J.D. (2017). What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5: 20.
 62. Berends, T., van Meijel, B., Nugteren, W. et al. (2016). Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study. *BMC Psychiatry*, 16, 316.
 63. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change.
 64. Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985) Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum.
 65. Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. *American Psychologist*, 55, 68-78
 66. Ryan, R., & Deci, E. (2017) *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development and wellness*, New York: Guilford Press.
 67. Miller, W. R. & Rollnick, Stephen (2014). *Motiverende Gespreksvoering: Mensen helpen veranderen*, derde editie. Ouderkerk a/d IJssel, Uitgeverij Ekklesia
 68. Couturier, J., Ma, Z., Rahman, L., & Webb, C. (2021). A mixed methods exploratory evaluation of burnout in frontline staff implementing dialectical behavior therapy on a pediatric eating disorders unit. *Journal of eating disorders*, 9(1), 98.
doi:10.1186/s40337-021-00453-1
 69. Williams, P. M., Goodie, J., & Motsinger, C. D. (2008). Treating eating disorders in primary care. *American Academy of Family Physicians*, 77, 187-197
 70. Eetexpert (2020). *Basisdraaiboek kinderen*. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw)
 71. Vrije Universiteit Brussel, *Groeicurven Vlaanderen*, VUB, Brussel, 2004.
 72. Belgian Association for the Study of Obesity (2020). *Consensus BASO 2020: Een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas*.

73. Eetexpert & VVWJ (2018). *Standaard gewicht en de aanbevelingen voor vroegdetectie en preventie van eetproblemen van kinderen en jongeren. Deel 1: draaiboek clb & deel 2: praktijkleidraad voor de systematische contacten.* Geraadpleegd op 5 april 2022. <https://www.vvwj.be/nl/integrale-richtlijn-gewicht>
74. Norris, M. L., Hiebert, J. D., & Katzman, D. K. (2018). Determining treatment goal weights for children and adolescents with anorexia nervosa. *Paediatrics & Child Health*, 23(8), 551–551. doi:10.1093/pch/pxy133
75. Golden, N. H., Katzman, D. K., Sawyer, S. M., Ornstein, R. M., Rome, E. S., Garber, A. K., Kohn, M., & Kreipe, R. E. (2015). Update on the Medical Management of Eating Disorders in Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 56(4), 370–375. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.11.020
76. Misra, M., & Klibanski, A. (2014). Endocrine consequences of anorexia nervosa. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2, 581–592.
77. Resmark, g., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., & Zeeck, A. (2019). Treatment of anorexia nervosa—New evidence-based guidelines. *Journal of Clinical Medicine*, 8(2), 153. doi:10.3390/jcm8020153
78. Central West Eating Disorder Program. (2010). *Putting Eating Disorders on the Radar of Primary Care Providers: Assessment Tools, Guidelines and resources.* Canada: CWEDP
79. Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen. (2006). *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen.* Utrecht: Trimbos-instituut
80. Vandewoude, M., De Cort, P., Eneman, M., Haekens, A., & Jorens, H. (2010). Anorexia Nervosa: Het somatisch onderzoeken de nutritionele ondersteuning bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis. *Psychiatrie & Verpleging*, 86, 201–209.
81. Leonard, D., & Mehler, P. S. (2001). Medical issues in the patient with anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 2, 293–305.
82. Vermassen, A., Vanderlinden, J., & Pieters, G. (2012). Eetstoornissen in de huisartsenpraktijk: diagnose en behandeling. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 68, 1035–1049.
83. Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375, 583–593.
84. Conviser, J. H., Fisher, S. D., & Mitchell, K. B. (2014). Oral care behavior after purging in a sample of women with bulimia nervosa. *The Journal of the American Dental Association*, 145, 352–354.
85. Mank, A. P., Raber-Durlacher, J. E., de Zinger, A., Smit, M., & van Bommel, J. M. (2010). *Richtlijn klachten van de mond (herziening).* Amsterdam.
86. GGD. *Voorlichting mondgezondheid 4-t/m 18-jarigen.* Regionaal overleg preventieve jeugdtandzorg, regio Hart voor Brabant.
87. Eetexpert (2017). *Detectie en somatische opvolging van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk.* Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw).

88. Marzola, E., Nasser, J. A., Hashim, S. A., Shih, P. B., & Kaye, W. H. (2013). Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry*, 13, 290 (13p).
89. Mehler, P. S. (2011). Medical complications of bulimia nervosa and their treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 95-104
90. Marikar, D., Reynolds, S., & Moghraby, O. S. (2016). Junior MARSIPAN (Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa). *Archives of Disease in Childhood. Education and Practice Edition*, 101(3), 140–143. doi:10.1136/archdischild-2015-308679
91. Academy for Eating Disorders nutrition working group (2020). *Guidebook for nutrition treatment of eating disorders*
92. Centre of Excellence in Eating Disorders (2021) *Eating Disorders Care and Recovery Framework*
93. Couturier, J., Isserlin, L., Norris, M., Spettigue, W., Brouwers, M., Kimber, M., McVey, G., Webb, C., Findlay, S., Bhatnagar, N., Snelgrove, N., Ritsma, A., Preskow, W., Miller, C., Coelho, J., Boachie, A., Steinegger, C., Loewen, R., Loewen, T., Waite, E., ... Pilon, D. (2020). Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of eating disorders*, 8, 4. doi:10.1186/s40337-020-0277-8
94. Eetexpert (2020). *Aanpak van Eetstoornissen. Draaiboek voor ambulante gespecialiseerde diëtisten*. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw).
95. K-EET (2020). *Leidraad bij het voorkomen, verminderen en toepassen van dwang(sonde)voeding bij eetstoornisproblematiek*. [Leidraad-bij-het-voorkomen-verminderen-en-toepassen-van-dwangsondevoeding-bij-eetstoornisproblematiek-DEF.pdf \(naeweb.nl\)](#)
96. Joint German Guideline (2018) Diagnosis and treatment of eating disorder
97. Hilbert, Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423– 437. doi:10.1097/YCO.0000000000000360
98. Garber, A. K., Sawyer, S. M., Golden, N. H., Guarda, A. S., Katzman, D. K., Kohn, M. R., Le Grange, D., Madden, S., Whitelaw, M., & Redgrave, G. W. (2016). A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 49(3), 293–310. doi:10.1002/eat.22482
99. Rocks, T., Pelly, F., & Wilkinson, P. (2014). 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*, 114(6), 897–907. doi:10.1016/j.jand.2013.11.022
100. Kochavi, B., Mendelowitsch, S., Enoch-Levy, A., Yaroslavsky, A., Toledano, A., Modan-Moses, D., & Stein, D. (2020). Resting energy expenditure in acutely ill and

- stabilized patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 53(9), 1460–1468. doi:10.1002/eat.23301
101. Lizarondo, L. (2020). *Evidence Summary. Anorexia Nervosa: Nutritional Management*, The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid
 102. Barneveld, D. , Brand, J., Groot, J., Peeters, S., & van Veen, Z. (2015) *Dieetbehandelingsrichtlijn Eetstoornissen*. Uitgevers, Rotterdam, Nederland
 103. Cook, B. J., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Thompson, R., Sherman, R., & Mccallum, K. (2016). Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 48(7), 1408–1414. doi:10.1249/MSS.0000000000000912
 104. Mallorquí-Bagué, N., Vintró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., ... & Fernández-Aranda, F. (2018). Emotion regulation as a transdiagnostic feature among eating disorders: Cross-sectional and longitudinal approach. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 53-61
 105. Noordenbos. (2018). *Handboek Eetstoornissen* (3de, herziene druk). De Tijdstroom.
 106. Berking, M., Whitley, B. (2014). The adaptive coping with emotions model (ACE model). *Affect regulation training: a practitioners' manual*, 19-29.
 107. Berking, M., & Lukas, C. A. (2015). The Affect Regulation Training (ART): a transdiagnostic approach to the prevention and treatment of mental disorders. *Current Opinion in Psychology*, 3, 64-69.
 108. Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 263-278.
 109. Debeuf, T., Verbeken, S., Boelens, E., Volkaert, B., Van Malderen, E., Michels, N., & Braet, C. (2020). Emotion regulation training in the treatment of obesity in young adolescents: protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21, 1-17.
 110. Grob, A., & Smolenski, C. (2005). FEEL-KJ. *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber.
 111. Braet, C., Cracco, E., & Theuwis, L. (2013). FEEL-KJ: vragenlijst voor emotieregulatie bij kinderen en jongeren.
 112. Goossens, L. (2022) *Zelfbeeld en lichaamsbeeld bij eet- en gewichtsproblemen* [verslag webinar]. Eetexpert. <https://eetexpert.be/zelfbeeld-en-lichaamsbeeld-bij-eet-en-gewichtsproblemen/>
 113. Maes C. (2022) *Media en lichaamsbeeld: Kan mediagebruik bevorderend zijn voor het lichaamsbeeld van adolescenten?* [verslag webinar]. Eetexpert. <https://eetexpert.be/media-en-lichaamsbeeld/>
 114. Wang, S. B., Haynos, A. F., Wall, M. M., Chen, C., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2019). Fifteen-year prevalence, trajectories, and predictors of body dissatisfaction from adolescence to middle adulthood. *Clinical Psychological Science*, 7, 1403-1415. doi:10.1177/2167702619859331

115. Alleva, J. M., Sheeran, P., Webb, T. L., Martijn, C., & Miles, E. (2015). A meta-analytic review of stand-alone interventions to improve body image. *PLoS ONE*, 10(9), Article e0139177. doi:10.1371/journal.pone.0139177
116. Alleva, J. M. & Tylka, T. L. (2021) Body functionality: A review of the literature. *Body Image*, 36, 149-171. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.11.006
117. Ofman, D. (2014). *He ik daar..?!: ontdek en ontwikkel je persoonlijke kernkwaliteiten met het kernkwadrant*. Servire.
118. Gerrickens, P. & Verstege, M. (2012). Kwaliteitenspel plus
119. Probst M. (2021) *Bewegingsadviezen voor personen met eetproblemen en eetstoornissen* [verslag webinar]. Eetexpert.
<https://eetexpert.be/bewegingsadviezen-voor-personen-met-eetproblemen-en-eetstoornissen/>
120. An Integrated Response to Complexity National Eating Disorders Framework (2012)
121. Fleming, S., Thompson, M., Stevens, R., Heneghan, C., Plüddemann, A., Maconochie, I., ... & Mant, D. (2011). Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age: a systematic review of observational studies. *The Lancet*, 377(9770), 1011-1018.
122. Flynn, J. T., Kaelber, D. C., Baker-Smith, C. M., Blowey, D., Carroll, A. E., Daniels, S. R., ... & Urbina, E. M. (2017). Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*, 140(3).
123. Białek-Dratwa, A., Szymańska, D., Grajek, M., Krupa-Kotara, K., Szczepańska, E., & Kowalski, O. (2022). ARFID-strategies for dietary management in children. *Nutrients*, 14(9), 1739. doi:10.3390/nu14091739.
124. Bourne, L., Mandy, W., & Bryant-Waugh, R. (2022). Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 64(6), 691-700.
125. Kambanis, P. E., & Thomas, J. J. (2023). Assessment and treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 1-12.
126. Sanchez-Cerezo, Javier, et al. (2023). "What Do We Know About the Epidemiology of Avoidant/restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents? A Systematic Review of the Literature." *European Eating Disorders Review*, vol. 31, no. 2, 2023, pp. 226–46, doi:10.1002/erv.2964.
127. Docx, Martine K. F., & Paelinck, Bernard P. (2017): Huge pericardial effusion with subcutaneous emphysema, pneumomediastinum and pneumopericardium in anorexia nervosa, *Acta Cardiologica*, DOI: 10.1080/00015385.2017.1363353
128. Docx, M. K., Gewillig, M., Simons, A., Vandenberghe, P., Weyler, J., Ramet, J., & Mertens, L. (2010). Pericardial effusions in adolescent girls with anorexia nervosa:

clinical course and risk factors. *Eating Disorders*, 18(3), 218–225.

doi:10.1080/10640261003719484

129. Docx, M. K., Weyler, J., Simons, A., Ramet, J., & Mertens, L. (2015). Ferritin and body mass index predict cardiac dysfunction in female adolescents with anorexia of the restrictive type. *Acta cardiologica*, 70(4), 395–399.

doi:10.1080/ac.70.4.3094647

11 Bijlagen en educatief materiaal

11.1 Bijlage 1. Voorbeeld onthaalbrochure

Dit is een voorbeeld van een onthaalbrochure. Het is dus heel belangrijk dat elke dienst een eigen onthaalbrochure kan opstellen, geïndividualiseerd naar de werking binnen het eigen centrum. Bijkomend dient ook nagedacht te worden welke aanpassingen nodig zijn i.k.v. op welke eetstoornis de hoofdfocus ligt (bv. AN vs. ARFID).

Inleiding

Welkom op onze dienst. In deze onthaalbrochure vinden jullie een beknopte weergave van de meest belangrijke informatie omtrent de behandelingsvisie, het begeleidingsplan en de gehanteerde structuur. We wensen jullie alle moed toe en trachten jullie als team zo goed mogelijk te ondersteunen doorheen het behandelingstraject.

Behandelingsvisie

Onze behandelingsvisie vertrekt van een bio-psychosociaal kader waarbij er binnen een multidisciplinair team van kinderartsen, psychologen, diëtisten en verpleegkundigen wordt samengewerkt. Doorheen de begeleiding worden de psychologische noden van het kind en zijn/haar context zoveel mogelijk in rekening gebracht. Hierbij is er in het bijzonder aandacht voor het autonoom functioneren van het kind, verbondenheid binnen en buiten de ziekenhuiscontext, en het aansterken van het competentie-gevoel van de jongere in het omgaan met de uitdagingen tijdens het herstelproces.

Autonomie: Eetstoornissen hebben een sterke impact op het functioneren van de patiënt. Het vraagt heel wat moed en doorzettingsvermogen om de invloed hiervan geleidelijk aan terug te dringen. Het inzetten op autonomie werkt motiverend en verhoogt vaak de inzet van de patiënt. Deze motivatie is van groot belang omdat het opnieuw autonoom leren functioneren, los van de sturing van de eetstoornis, heel wat inspanningen vraagt van de patiënt. Het inzetten op autonomie sluit daarenboven aan bij de normale ontwikkelingstaken van adolescenten. Het belang van autonomie (eigen inbreng en keuze in tegenstelling tot controle) wordt van bij de start van de begeleiding vooropgesteld, echter met graduele opbouw. Hoewel er van bij de beginfase keuzevrijheden worden gegeven, is er bij de start tevens een duidelijke structuur en regels tav de eetstoornis die noodzakelijk zijn om goede zorg aan de patiënt te bieden. Doorheen het behandeltraject wordt er steeds meer toegewerkt naar toenemende zelfstandigheid in eetgedrag en het leren herkennen van emoties die gekoppeld zijn aan het eten.

Verbondenheid: De patiënt staat er niet alleen voor. Doorheen het volledige traject staat ons team aan de zijde van de jongere en zijn/haar ouders of broers en zussen voor steun, vragen en zorg. We trachten daarnaast ook andere steunfiguren bij de behandeling te betrekken, in functie van het creëren van een veilig netwerk. De contactmomenten met de patiënt vinden steeds plaats in de kamer, contactmomenten met ouders of andere familieleden kunnen telefonisch of in het ziekenhuis plaatsvinden.

Verbondenheid betekent ook continuïteit van het schools functioneren waar mogelijk. In samenspraak met de patiënt, de ouders en de zorgcoördinator van de school maken we een planning op en stellen we een klasbuddy aan. Tot slot initiëren we ook korte positieve contactmomenten met jongeren uit de dichte vriendenkring op maat van het herstelproces van de patiënt.

Competentie: Het overwinnen van de invloeden van een eetstoornis is moeilijk. Gevoelens van moedeloosheid en uitzichtloosheid zijn heel normaal binnen dit proces. Om met deze gevoelens om te gaan is het belangrijk dat er een duidelijke structuur is met de concrete verwachtingen, zodat de patiënt en het gezin weten waar er naartoe wordt gewerkt. Daarnaast trachten we gevoelens van competentie ook te voeden vanuit de kwaliteiten die de jongere heeft en mogelijks nog niet ten volle heeft ontdekt. Hiertoe werken we samen met onze spelbegeleiding die op maat van jongeren creatieve of spelsessies uitwerkt.

Het begeleidingsplan

Een eetstoornis kan niet louter met medisch zorg behandeld worden. Het begeleidingsplan binnen onze dienst omvat daarom zowel medische als psychologische zorg. Twee tot vier keer per week gaat de psycholoog met jou aan de slag. Op die manier proberen we zicht te krijgen op wie jij bent binnen de context waarin je opgroeit. We trachten hierbij de functie van de eetstoornis goed in kaart brengen, en ook na te gaan wie jij bent zonder de eetstoornis. We zullen geregeld ook oudergesprekken organiseren, want een eetstoornis overwinnen kan je niet alleen. Je ouders vormen een belangrijke bondgenoot in de strijd tegen de eetstoornis en ook zij hebben vragen omtrent hoe ze jou het best kunnen ondersteunen. Er kan jullie doorheen dit proces ook gevraagd worden om een aantal vragenlijsten in te vullen.

De eerste stap in dit begeleidingstraject is het geven van *informatie*: wat is een eetstoornis, welke gedaanten kan een eetstoornis hebben, hoe is de eetstoornis jouw leven binnengeslopen, en welke impact heeft de eetstoornis op jouw lichaam en het ruimer functioneren. Daarnaast lichten we toe hoe we een eetstoornis kunnen aanpakken, en stellen we samen met jou *concrete doelen* voorop.

In een tweede stap werken we rond het opbouwen van een gezonde identiteit, leren herkennen van eetgestoorde gedachten, emotieregulatie strategieën, zelfzorg, en relaxatie.

Parallel aan deze psychologische zorg werken we elke dag rond herstel van het eetgedrag op maat van jou en aan een tempo dat haalbaar is. Hiertoe werken we samen met de diëtist die jullie kwaliteitsvolle en wetenschappelijk onderbouwde voedingszorg zal bieden. De diëtist komt daarom elke dag op de kamer langs voor een voedingsconsult.

Afdelingsafspraken

Een eetstoornis overwinnen vraagt veel inzet en doorzettingsvermogen van jou en je gezin. Vanuit de afdeling willen we jullie bijstaan in deze strijd, waarbij structuur, positieve afleiding, en voorspelbaarheid belangrijke aspecten vormen. Daarom werken we met een aantal afspraken die hieronder worden toegelicht.

De dagindeling

7.30u	verpleegkundige wekt de patiënt
8.00-8.45u	weegmoment en aansluitend ontbijt
8.45u-9.30u:	wassen en aankleden
9.30u-10u15:	sessie psycholoog (ma, di, do); oudergesprek op vrijdag
10.20 -10.40u:	tussendoortje
10.40u – 12.30u:	creatieve sessie met spelbegeleiding of online les/huiswerk (afhankelijk van wat haalbaar is)
12.30-13.00	middagmaal
13.00-14.00	rust op bed (lezen, serie kijken, muziek luisteren)
14.00-15.30u	wandeling met rolstoel (met ouders) of activiteit met spelbegeleiding
15.30-15.50u	tussendoortje
16u-18u30	bezoek
18.30-19u	avondmaal
19.00-20.00u	rust en enkel bezoek van ouders of broers/zussen
20.00-21.30u	uitsluitend bezoek ouders + nutri-drink indien voorgeschreven om 20.30u

21.30u-7.30u nachtrust (ouders blijven in samenspraak met patiënt al of niet slapen)

*In overleg met de patiënt, het gezin en de school kan er continuïteit van deelname aan het klasgebeuren via online les worden voorzien. Hierbij kijken we steeds naar wat haalbaar is, rekening houdend met het medisch advies vanuit ons team. De psycholoog stemt hiertoe af met de zorgcoördinator en vraagt aan de zorgcoördinator om een haalbare planning op te maken op wekelijkse basis. Er wordt tevens gevraagd aan de zorgcoördinator om een buddy aan te stellen in de klas die als vertrouwenspersoon kan functioneren en instaat voor het doorgeven van informatie die belangrijk is en/of het voorzien van een laptop in de klas die de online les mogelijk maakt.

Structuur eetmomenten

Een duidelijke structuur in de eetmomenten draagt sterk bij tot het herstel. We voorzien daarom 5 *eetmomenten* op het tijdstip zoals weergegeven in de dagstructuur. Deze maaltijden worden klaargemaakt door de keukendienst van het ziekenhuis in samenspraak met de diëtist. Er kan geen voeding van thuis worden meegebracht. Voorafgaand aan het vastleggen van dit menu, overlegt de diëtist met jou rond een *aantal mogelijke keuzes in voeding*.

Voedingsbeleid

Het is belangrijk dat het lichaam in nood de vooropgestelde voedingsstoffen toegediend krijgt, maar dat we jou hierin zoveel mogelijk de kans geven om te groeien in het opnieuw leren eten. We werken binnen onze dienst daarom met *drie stappen*. Je krijgt hierbij de kans om de moeilijkheidsgraad van de maaltijd mee te bepalen. In de eerste plaats kan je proberen om de maaltijd zelf te nuttigen. We hanteren hierbij een afgebakende tijdszone omdat een te lange tijdsduur belastend kan zijn (d.i. max. 30 min tijd voor de hoofdmaaltijden; 15 min voor een tussendoortje). Indien dit niet lukt, wordt de maaltijd of tussendoortje vervangen door vloeibare bijvoeding in een tweede stap, of beslist de arts in een derde stap om sondevoeding op te starten. Sondevoeding wordt doorgaans echter niet gestart tijdens de eerste 24h na opname, zodat we een goed zicht krijgen op wat er voor jou nog haalbaar is. Een uitzondering hierop is medische urgentie, waarbij de arts bepaalt wanneer en hoeveel sondevoeding er nodig is.

Wanneer sondevoeding gestart wordt, loopt de voeding doorgaans 's avonds laat of 's nachts in, waarbij we overdag zoveel mogelijk zelf blijven eten. Van zodra het lukt om méér te eten, wordt de hoeveelheid sondevoeding in verhouding verminderd.

Eens sondevoeding gestart is blijft de sonde gewoon zitten zodat je zoveel mogelijk comfort hebt. Overdag wordt de sonde gereinigd en afgekoppeld, maar niet verwijderd.

Steun en aandachtspunten tijdens de eetmomenten.

Tijdens de eetmomenten is er steeds iemand bij jou om steun te bieden. Samen met jou, je ouders, grootouders of andere dichte personen in het eigen netwerk wordt er hiertoe een *planning* vooropgesteld zodat het voor jou duidelijk is wie wanneer aanwezig zal zijn.

De maaltijden worden bewaard in de koelkast van de afdeling en worden steeds opgediend op de kamer door de persoon die jou tijdens deze maaltijd ondersteunt. Zo krijg je geen onverwachts bezoek van de keukendienst die de maaltijd komt opdienen, maar gebeurt dit steeds binnen een veilige context.

We vragen je om niet in bed te eten, maar om een gezonde eethouding aan te nemen op een stoel aan het tafelgedeelte van je kamer. We zoeken samen met jou naar de beste manier om jou tijdens het eten af te leiden zodat het eetmoment zo vlot mogelijk kan verlopen.

Drinkbeleid

Op basis van de algemeen geldende richtlijnen kan je 1 tot maximum 2 liter water drinken per dag. Dit water wordt verdeeld via flessen die op de dienst te verkrijgen zijn. Er kan geen kraantjeswater worden genuttigd. Afhankelijk van de problemen die zich stellen rond drinkgedrag, wordt de fles (met jouw naam-etiket) bewaard door de verpleging, dan wel op de kamer gelaten. Er kan geen bruisend water worden gedronken, er wordt dus enkel plat water voorzien.

Weegmomenten

Bij de start van de opname wordt het huidige en minimaal gezond gewicht meegedeeld door de arts. Tijdens de opname zal je blind worden gewogen op vaste dagen (ma, woe, vr, zondag). Het kan immers extra belastend zijn om elke kleine gewichtsschommeling te registreren en te moeten verwerken. We voorzien wekelijks feedback over jouw gewicht a.d.h.v. kleurcodes (groen, oranje, rood) die worden bepaald op basis van je eigen groeicurve. Zo krijg je realistische informatie over je gewicht en kan je onrealistische gedachten die je hebt ontwikkeld bijsturen. Indien er onvoldoende gewichtstoename is, wordt het eetschema aangepast of dient extra bijvoeding of sondevoeding te worden opgestart. Dit gebeurt steeds in overleg met jou, de arts en de diëtist. In de dagen voorafgaand aan het ontslag werken we toe naar het veilig meedelen van het bereikte lichaamsgewicht.

Bewegen

Een eetstoornis kan er voor zorgen dat je heel veel wil bewegen. Deze beweegdrang belemmert het herstel en kan het jou lastig maken. Daarom proberen we samen met jou te

zoeken naar manieren om je positief af te leiden tijdens rustmomenten (bv. telefonisch contact met mensen die voor jou belangrijk zijn, creatief bezig zijn, muziek luisteren, boek lezen, schrijven, ...). Wanneer je alleen op de kamer bent, wordt daarom ook beslist om de kamerdeur open te laten staan tijdens moeilijke momenten of na eetmomenten, wat helpend kan zijn als extra steun wanneer de eetstoornis de beweegdrang doet toenemen.

Even op stap

Na overleg met de behandelend arts en onder begeleiding van een ouder of familielid, kan een korte wandeling worden gemaakt in de namiddag op de ziekenhuisterreinen in de rolstoel. We zullen je in dat geval steeds vragen om je voldoende warm te kleden naargelang het seizoen, en tijdens de wandeling aandacht te hebben voor de positieve dingen die je waarneemt.

Naar huis

De duur van de opname is zo kort als mogelijk en zo lang als nodig. De terugkeer naar huis wordt gradueel opgebouwd. De datum van ontslag is niet gebonden aan een welbepaald minimaal gezond gewicht maar wordt bepaald op basis van het eet- en beweeggedrag. In overleg met jou en je ouders kan je aanvankelijk naar huis tussen de hoofdmaaltijden door (bv van 13u tot 17u). Wanneer het nuttigen van een tussendoortje thuis lukt, kunnen ook de andere maaltijden thuis geleidelijk worden opgebouwd. Het menu wordt ook hier in samenspraak met de diëtist bepaald. Tijdens de ouder- en gezinsgesprekken wordt besproken hoe men hierbij als gezin een goede ondersteuning kan bieden.

Continuïteit van zorg

Omwille van de lange wachtlijsten voor zowel ambulante begeleiding als opname in gespecialiseerde voorzieningen voor eetstoornissen, en het onvoorspelbare karakter van een eetstoornis werken we van bij de start van de opname standaard vanuit een tweesporenbeleid in functie van continuïteit van zorg. Er wordt hierbij zowel een aanmelding bij een gespecialiseerde eetstoorniskliniek uitgewerkt, als een aanmelding bij een ambulante psycholoog met expertise in eetstoornissen. Dit vervolgtraject kan weliswaar op elk moment worden beëindigd indien dit later overbodig blijkt.

Contact

Dienst xx

Locatie xx

Contactpersoon xx

Tel xx

11.2 Bijlage 2. Terug naar huis: Aandachtspunten in functie van verder herstel eetstoornis

1. Een vaste structuur en invulling van de dag met momenten van activiteit versus rust als leidraad

- ➔ Concrete dagindeling maken: Eetmomenten zijn hierbij prioritair in de eerste fase na thuiskomst en verlopen volgens het eetschema.
- ➔ Momenten van afgebakende fysieke activiteit worden bij voorkeur in de namiddag gelegd wegens opbouw van spanning rond beweegdrang doorheen de dag, heeft aldus meer “positieve impact” later op de dag dan eerder op de dag. Fysieke activiteit beperkt zich de eerste twee weken na thuiskomst tot maximaal 2x30 min of 1x1u per dag onder de vorm van lichte inspanning (wandelen, fietsen). Indien extra activiteiten worden gepland (namiddag naar stad gaan met vriend(inn)en, een uitje naar de zee, een feestje met vrienden,... dan kan dit enkel wanneer er extra voeding wordt ingenomen o.v.v. een extra tussendoortje van minstens 100 kcal.
- ➔ Voldoende aandacht besteden aan rust en inbouwen van concrete momenten van rust (rust is niet noodzakelijk gelijk aan neerliggen, maar refereert naar geen fysieke inspanning).
- ➔ Emotioneel belastende situaties/gesprekken proberen vermijden vlak vóór een eetmoment, zodat de mentale energie naar het eten kan gaan en niet wordt opgeslokt door andere zaken.

2. Toewerken naar een normaal eetpatroon en normaal eetgedrag

- ➔ Ouders beslissen wat de portie is o.b.v. het eetschema (in de eerste fase na thuiskomst via weging van de voedingswaren), er is geen onderhandeling mogelijk.
- ➔ Afgesproken tijdstippen van eten zo goed mogelijk aanhouden, zodat er structuur en voorspelbaarheid wordt bekomen.
- ➔ Met uitzondering van de eetmomenten wordt er in de eerste fase na terugkeer naar huis geen tijd besteed aan zaken die te maken hebben met eten en tot negatieve gevoelens leiden (bv. geen websites rond voeding bezoeken, bv. afspraken maken rond sociale media gebruik)
- ➔ Samen eten met het gezin of met een van de ouders of vertrouwenspersoon is belangrijk. Tijdens het eten neemt de ouders een steunende maar strikte houding aan (indien beide ouders aanwezig zijn kan 1 ouder de strikte houding aannemen, en de andere ouder de steunfiguur zijn)
- ➔ Eetmoment max 30 minuten laten duren, na die 30 minuten wordt het eetmoment stopgezet. Tussendoortjes max 15 min.
- ➔ Na het eten wordt telkens 30 minuten emotionele steun voorzien door ouders of andere vertrouwenspersoon (afleiding via spelletje, samen muziek luisteren, een gesprekje over iets niet voedings-gebonden, of gewoon samen zijn zonder veel

woorden). Dit half uur van emotionele steun kan korter worden gemaakt of meer individueel worden ingevuld naarmate het eetpatroon zich herstelt.

DOEL:

- Installeren van structuur en voorspelbaarheid zorgt voor duidelijkheid, rust en op termijn een gevoel van controle.
- Door een actieve rol toe te kennen aan de ouders omtrent het voedingsschema en porties, valt de verantwoordelijkheid even van de schouders van de jongere zodat er geen strijd moet worden geleverd met de innerlijke stem. Gradueel wordt deze verantwoordelijkheid terug opgebouwd.

3. De moeilijkheden en succesjes rond eten goed blijven monitoren

- ➔ Eetdagboek bijhouden: welke gedachten en gevoelens had je voorafgaand, tijdens en na het eten?
- ➔ Wat speelde er tijdens het eten allemaal mee, zaken die het eten moeilijker of makkelijker maakten?
Bv. soort eten, hoeveelheid, uiterlijke kenmerken van het eten,...
Of bv. aan- of afwezigheid van iemand, de sfeer aan tafel, ...
- ➔ Hoeveel last had je van de stem in je hoofd?
- ➔ Hoe probeerde je die stem weg te duwen?
- ➔ Hoe goed is het gelukt om de stem te verslaan en je portie effectief op te eten?
- ➔ Hoeveel last had je nadien van de stem?
- ➔ Hoe groot was de drang om te bewegen? Hoe probeerde je dit af te remmen? Hoe goed is dit gelukt?

DOEL: een groter inzicht krijgen in de patronen van gedachten en gevoelens die er zich afspelen rondom eten.

~Dit inzicht zorgt er voor dat men beter leert te anticiperen op gedachten/emoties die het eten moeilijk maken én dat men positieve steunfactoren (of personen) leert erkennen die het eten makkelijker maken.

~Inzicht krijgen in de gedachten die je hebt rondom eten (bv. “ik voel me dik”; “ik ga dit niet lusten”) vormt tevens een eerste stap in het herevalueren van die gedachten (“is dat wel zo”?) en het verkennen van meer realistische gedachten die het makkelijker maken om te eten.

Bijkomende doelen doorheen de ambulante hulpverlening:

4. Emoties en spanning beter leren reguleren, technieken leren om compensatiegedrag na het eten tegen te gaan

- Dysfunctionele strategieën die emoties verder doen escaleren (DEVALUEREN EN RUMINEREN) leren benoemen en omzetten in meer adaptieve strategieën (ACCEPTEREN EN HEREVALUEREN)
- Beweegdrang leren herkennen en leren omzetten in een actie die eveneens activiteit omvat maar fysiek niet belastend en minder dwingend is.

5. Wie ben ik, wat zijn mijn talenten en hoe kan ik stevig blijven staan in mijn eigenheid?

- Hoe kan ik mijn positieve eigenschappen inzetten in het aansterken van mijn zelfvertrouwen, in plaats van het gegeven dat mijn eetstoornis misbruik maakt van mijn angsten en onzekerheden?
- Hoe kan ik mijn vrije tijd invullen met zaken die niet met eten te maken hebben en waar ik rust in kan vinden en tegelijk ook van kan genieten?

6. Ouders als rolmodel en bondgenoot

- Lat omlaag is ook ok
- Een mindere dag durven benoemen, tonen hoe je als ouder zelf omgaat met negatieve ervaringen, emoties, teleurstellingen
- Evenwicht zoeken tussen ondersteuning en supervisie
- Resto-bezoek uitstellen en eerst inzetten op herstel eetpatroon thuis. Indien stap naar restaurant wordt gezet, dan eerst kiezen voor “veilige opties”.
- Zelf nieuwe dingen proeven / uitproberen

Deze principes worden toegepast doorheen het multidisciplinair ambulant hulpverleningstraject na de opname. Hierbij worden op regelmatige basis consulten bij de kinderarts, psycholoog en diëtist voorzien en werken we met tussenliggende doelen in overleg met de patiënt en ouders. Afhankelijk van het bereiken van de doelen worden er aanpassingen in het voedings- en of beweegschema voorzien, met stelselmatige toename in vrijetijdsactiviteiten, sport en vrijheid in voedingsinname.

11.3 Bijlage 3. Fiche eetcompetenties

De onderstaande fiches zijn deze voor hulpverleners. Maar we hebben ook fiches ontwikkeld voor [mensen uit de algemene bevolking](#) en voor [ouders](#).



Wat is evenwichtig eetgedrag?

Informatie voor hulpverleners

Eetcompetentie

Een goede herkenning van verstoord eetgedrag vraagt een duidelijke omschrijving van evenwichtig eetgedrag.

Evenwichtig eetgedrag staat daarbij voor meer dan alleen de voeding die men eet.

Evenwichtig eetgedrag staat voor het leren omgaan met voeding en eten, en kunnen we samenvatten in vier vaardigheden. Deze vaardigheden worden samengevat onder het begrip **eetcompetentie** (Satter, 2007).

Binnen Eetexpert noemen we hen de **vier G's van evenwichtig eetgedrag**.

Eten is natuurlijk, voeding mag lekker zijn en genieten van eten en van de gegeten hoeveelheid mag

Genieten

Gevarieerd

Nieuw voedsel schrikt niet af, men durft proeven, nieuwe dingen verkennen en leert iets lekker te vinden

Het belang van evenwicht

De vier vaardigheden kunnen niet zonder elkaar: allen zijn nodig om te kunnen spreken van competent eetgedrag.

Het genieten van eten moet in combinatie staan met vaardigheden rond het luisteren naar honger en verzadigingssignalen, vaardigheden om evenwichtige maaltijden te plannen en samen te stellen en de durf om nieuwe smaken en voeding te proberen.

Dit vormt een **evenwicht tussen te weinig en te veel controle**.

Luisteren naar ons lichaam als we eten: hebben we genoeg of nog honger?

Genoeg

Geregeld

Plannen van maaltijden, tussendoortjes en wat er gegeten wordt

 **Eetexpert**

Werken aan eetcompetentie

Eetcompetentie, een mogelijkheid tot maatwerk

Op welke eetcompetenties komt deze persoon in de problemen?

Genieten Schuldgevoelens over wat/ hoeveel men eet, angst om bepaalde voedingsmiddelen te eten ...	Gevarieerd Beperkt voedingspatroon, moeilijkheden met proberen van nieuw voedsel ...
Genoeg Blijven eten ook al is men verzadigd, honger onderdrukken ...	Geregeld Maaltijden overslaan, eten telkens de mogelijkheid zich voordoet ...



Hapering in eetgedrag

Onderzoek toont aan dat hoogscissors op eetcompetentie **minder symptomen en kenmerken van eetstoornissen** rapporteren.

Brown, Larsen, Nyland & Eggett, 2013; Lohse, Satter, Horacek, Gebreselassie & Oakland, 2007

Maar ook milde haperingen in eetgedrag kunnen in verband worden gebracht met eetcompetenties. Denk aan:

- Te veel nadruk leggen op het **plannen** waardoor men niet meer kan genieten
- Te veel nadruk op **genieten** waardoor er geen structuur is of men moeite heeft om naar honger- en verzadigingssignalen te luisteren
- Moeilijkheden met het **proberen** van onbekende voeding waardoor een volwaardig voedingspatroon in gedrang komt

Wat is dat, "werken aan eetcompetentie"?

- Linken met gevalideerde behandelprotocollen voor eet- en gewichtsproblemen
- Aanbrengen eetstructuur, educatie gezonde voeding – **Geregeld**
- Stoppen met eetbuien – **Geregeld, Genoeg**
- Introductie van "verboden" voedsel – **Gevarieerd, Genieten**
- Leren omgaan met moeilijke momenten – **Geregeld, Genoeg**
- Leren proeven – **Gevarieerd, Genieten**

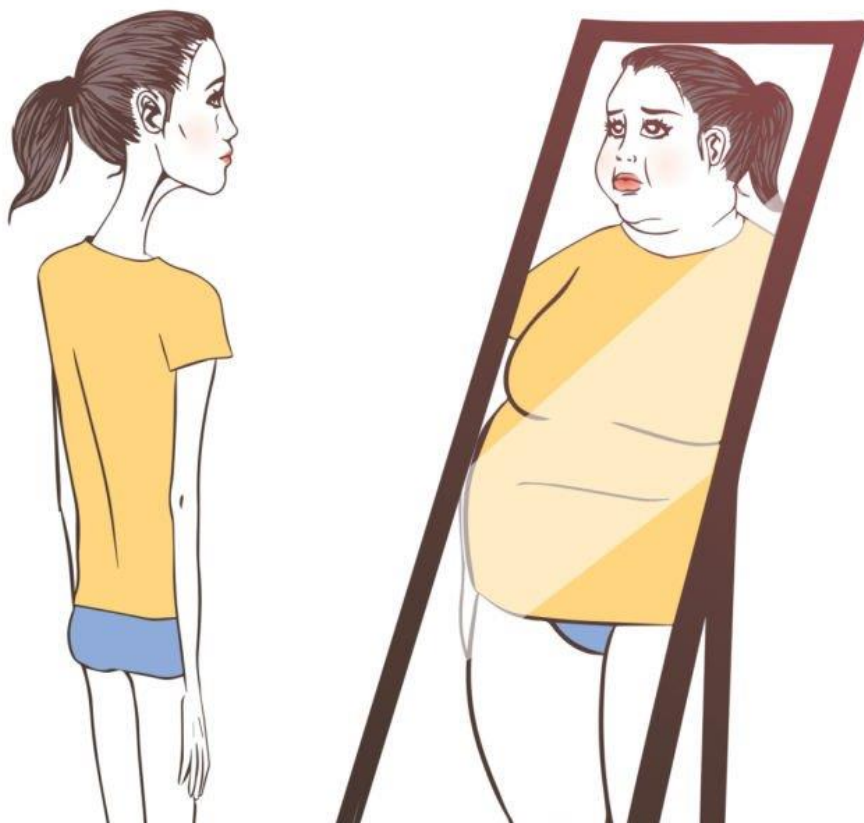
 **Eetexpert**

11.4 Bijlage 4. Voorbeeld van een dagschema voor een patiënt met een eetstoornis op een algemene dienst pediatrie

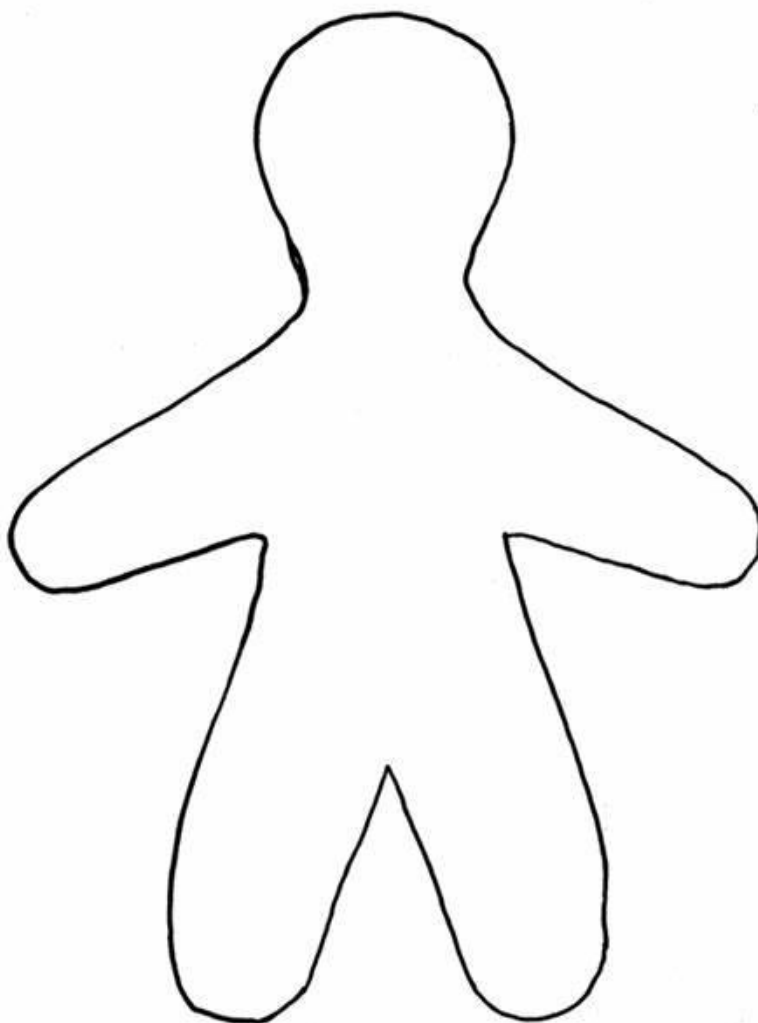
7.30u	verpleegkundige wekt de patiënt
8.00u-8.45u	weegmoment en aansluitend ontbijt
8.45u-9.30u	wassen en aankleden
9.30u-10u15	sessie psycholoog (ma, di, do); oudergesprek op vrijdag
10.20u -10.40u	tussendoortje
10.40u – 12.30u	creatieve sessie met spelbegeleiding of online les/huiswerk (afhankelijk van wat haalbaar is)
12.30u-13.00u	middagmaal
13.00u-14.00u	rust op bed (lezen, serie kijken, muziek luisteren)
14.00u-15.30u	wandeling met rolstoel (met ouders) of activiteit met spelbegeleiding
15.30u-15.50u	tussendoortje
16u-18u30	bezoek
18.30u-19u	avondmaal
19.00u-20.00u	rust en enkel bezoek van ouders of broers/zussen
20.00u-21.30u	uitsluitend bezoek ouders + nutri-drink indien voorgeschreven om 20.30u
21.30u-7.30u slapen)	nachtrust (ouders blijven in samenspraak met patiënt al of niet slapen)

11.5 Bijlage 5. Illustraties en educatief materiaal

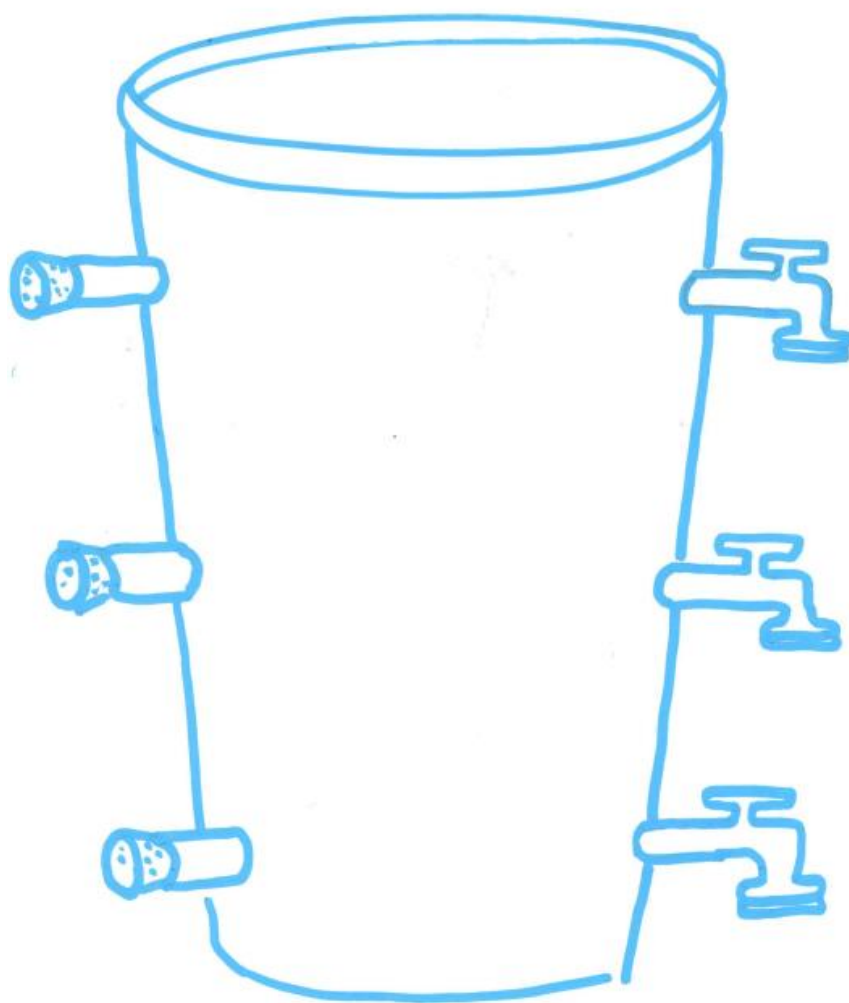
Situering: ter ondersteuning van gesprekken rond de impact van de eetstoornis op de wijze waarop iemand met een eetstoornis naar zichzelf kijkt



Situering: Patroon van een poppetje dat als basis kan dienen om met restjes witte stof een blanco popje te maken en op te vullen met kussenvulling. De creatie van de blanco pop kan een psychologisch veilige insteek vormen binnen een sessie met de spelbegeleiding, waarbij er wordt aangegeven dat dit popje zal gebruikt worden om in een latere fase met de psycholoog te werken rond hoe men naar zichzelf kijkt (beschrijven van eigenschappen op de ene kant van het poppetje) en hoe anderen naar de patiënt kijken (aan de ouders of een andere steunfiguur vragen om eigenschappen van de patiënt op de andere kant van het poppetje te schrijven). Hierop kunnen varianten worden gemaakt binnen psychologische sessies, bv. wie ben ik zonder de eetstoornis (ene kant) en met de eetstoornis (andere kant), wie ben ik nu (ene kant) en wie zou ik willen worden (andere kant),... Het gebruik van zo'n popje kan reeds binnen de opname, maar kan ook vanuit de opname meegenomen worden naar verdere ambulante sessies bij de psycholoog na de opname.



Situering: sjabloon ter ondersteuning van het uitwerken van de emmer-metafoor ter vergroten van het inzicht in emotie-regulatietools en/of strategieën die men hanteert, die enerzijds helpend zijn (rechts, met kraantjes die emmer met emoties tijdig doen afvloeien), en anderzijds niet-helpend zijn (links, met kraantjes waar een stop op zit).



Situering: Visuele voorstelling van “de stem”, getekend door een patiëntje (we kregen expliciete toestemming van de cliënt). Deze tekening kan gebruikt worden als ondersteuning bij een verkennend gesprek rond de concretisering van de eetstoornis. Aspecten die hierin kunnen verkend worden betreft het gegeven van continue twijfel of eten goed dan wel slecht is, de dreiging van de eetstoornis via de strenge blik die allesoverheersend toekijkt op het meisje en het meisje lijkt uit te lachen, het meisje dat gevangen zit in een lichaam als een zeemeermin, zonder handen die haar de nodige bewegingsvrijheid geven. Het lijkt belangrijk om bij de introductie van deze illustratie te situeren dat een andere tiener die dezelfde strijd levert, dit getekend heeft. Deze situering bevordert het gevoel van erkenning en biedt vaak een opening tot gesprek.



Situering: Illustratie ter ondersteuning van gesprekken rond de moeilijkheid van eetmomenten. De rand van het bord illustreert het obsessief bezig zijn met het tellen van calorieën, de boze gezichten op de voedingswaren illustreren de grote aversie die er bestaat voor eten en bovenal de angst die uitgaat van eten. Aan de hand van deze illustratie kan er een gesprekje plaatsvinden rond de concrete angsten en dreiging die de patiënt ervaart en kan er een angsthiërarchie voor voeding worden opgesteld met daaraan gelinkt vooropgestelde doelen qua intake.



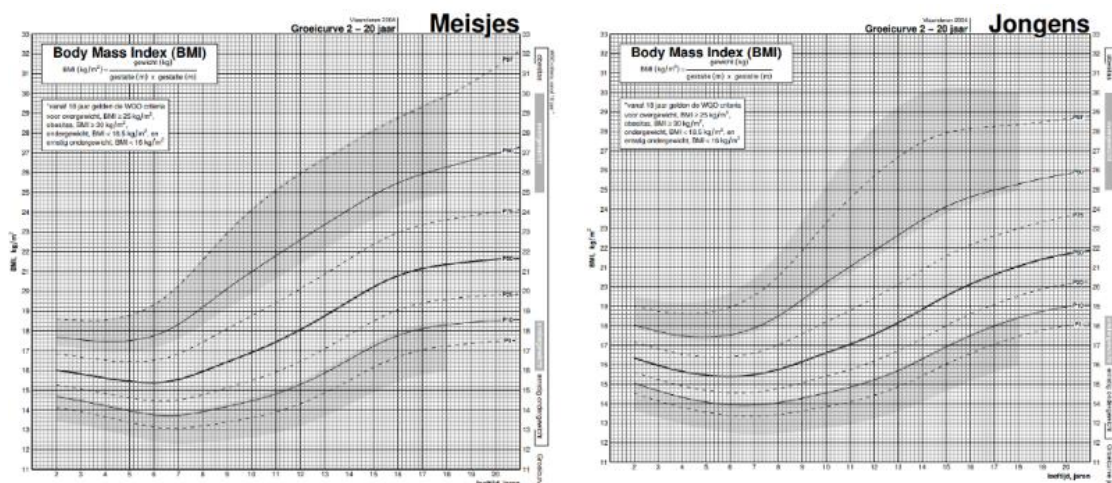
11.6 Bijlage 6. Minimaal gezond gewicht en optimaal gewicht

Hieronder volgt een mogelijke uitwerking van de gewichtsdoelen, gebaseerd op Norris et al. [74] 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 [74]. Een overzicht van verschillende onderbouwde methoden is te vinden in Norris et al. (2018) [74].

Berekening MGG en OG in de praktijk

1. **Vraag het gezin naar een recente uitprint van de BMI-curve** van de persoon met een eetstoornis, verkrijgbaar bij het CLB, huisarts of kinderarts: Dit is de berekende gewicht-voor-lengte groeicurve per geslacht, rekening houdend met leeftijdsspecifieke normen. Hou, indien mogelijk, ook rekening met etniciteit.

Blanco Vlaamse curven te raadplegen op www.eetexpert.be/vlaamse-groeicurven



Universeel toepasbare groeicurven, behalve bij Zuid-(Oost-)Aziatische afkomst, blanco te raadplegen op <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>

2. **Bepaal of de jongere al dan niet volgroeid is:**

- Niet volgroeide jongeren: primaire amenorroe of minder dan 2 jaar na eerste menstruatie
- Jongeren die ongeveer volgroeid zijn: ongeveer 2 jaar na de eerste menstruatie
- Ook het bepalen van de skeletleeftijd kan helpend zijn (RX pols)

3. Bepaal het Minimaal Gezond Gewicht (MGG):

- Niet-volgroeide jongeren: bepaal de **oorspronkelijke BMI-percentiellijn**, en laat jongeren hiernaar terugkeren. Aangezien lengtegroei afgebogen kan zijn, is het ook belangrijk om te kijken naar wat de verwachte lengte is op basis van de oorspronkelijke groeicurve (gewicht-voor-lengte curve) en het MGG te bepalen in functie van de lengtegroei vóór de eetstoornis. Dit kan dan soms tijdelijk een hogere BMI geven, in afwachting van het terug herstellen van de groei.
- Jongeren die ongeveer volgroeid zijn: in eerste instantie **1 percentiellijn lager dan de oorspronkelijke BMI-percentiellijn**, en evalueer vervolgens – indien van toepassing – of menstruatie zich herstelt. Er zijn percentiellijnen voor p3, p10, p25, p50, p75, p90, p97
- Jongeren die uit de gewichtscategorie 'overgewicht' (of obesitas) komen, krijgen een MGG op **percentiel 75**.
- Geef altijd een afgerond gewicht, zonder kommagetallen (afgerond naar boven of onder)

4. Bepaal het Optimaal Gewicht (OG):

- Niet-volgroeide jongeren: aangezien het MGG al op de oorspronkelijke BMI-percentiellijn lijn ligt, wordt het Optimale Gewicht een **2-tal kilogram boven het MGG** gezet (om wat reserve te hebben bij bv. ziekte).
- Jongeren die ongeveer volgroeid zijn:
 - o Het optimaal gewicht ligt op de **oorspronkelijke individu specifieke BMI-curve**.
 - o Bij jongeren die al volgroeid zijn, is terug menstrueren ook een goede parameter (minstens 3 regelmatige menses, zonder gebruik van de anticonceptiepil).
- Jongeren die overgewicht of obesitas hadden voor de aanvang van de eetstoornis, behouden hun OG op **percentiel 75**, net als het MGG.

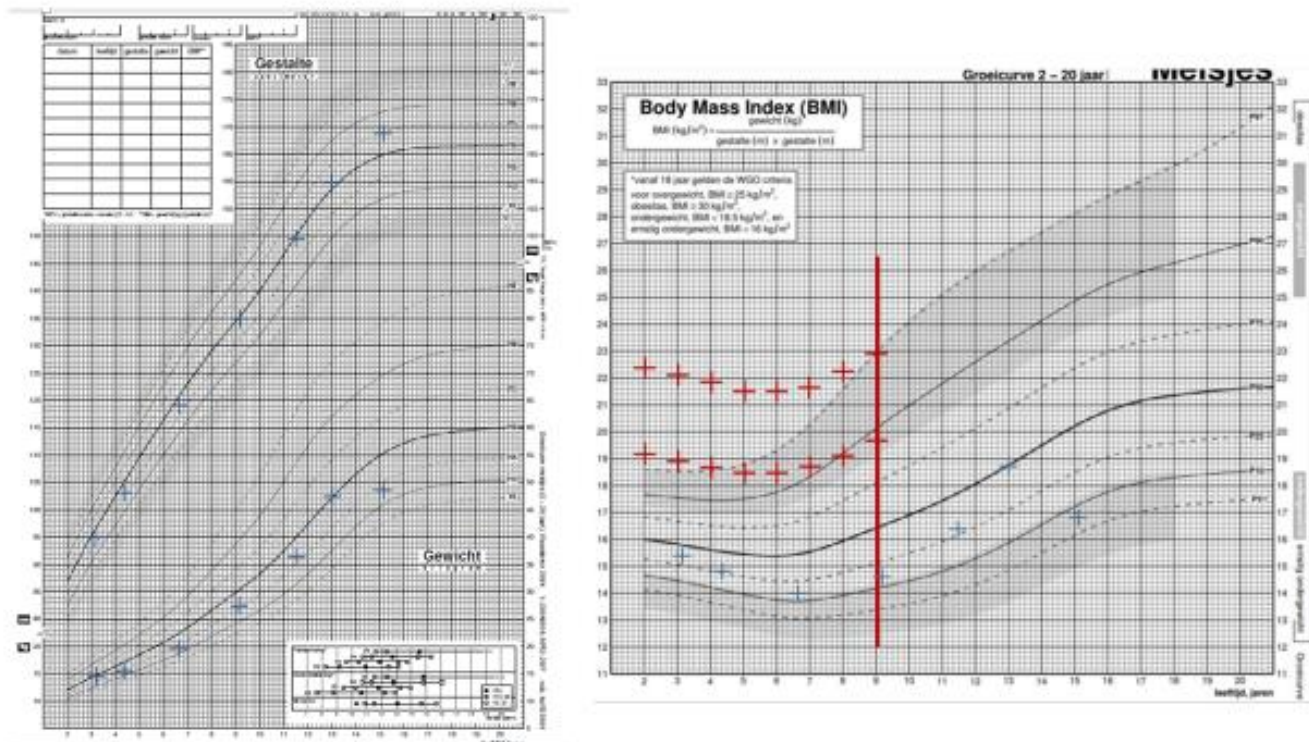
PRAKTIJKTIP

Neem een spreiding rond de 2 à 4 kg voor het OG zodat de jongere ziet dat het normaal is dat het gewicht schommelt, en zich niet op het getal gaat fixeren.

Uitgewerkt voorbeeld

1. BMI-groeicurve

15-jarig meisje, 1m69 (zie lengte curve): oorspronkelijke groeicurve ligt op percentiellijn 25 (schatting op basis van blauwe kruisjes)



Noot. De rode kruisjes geven de gewichtscategorieën 'overgewicht' en 'obesitas' aan volgens de gewichtsindex (relevant in CLB-context t.e.m. 9j0m), voor meer informatie zie https://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek-kinderen/gewichtsproblemen-bij-kinderen#vanaf_2j

De groeicurven zijn te raadplegen via www.eetexpert.be/vlaamse-groeicurven

2. MGG

- a. **Indien niet-volgroeid:** MGG = oorspronkelijke percentiellijn
 - i. Gewicht berekenen aan de hand van BMI formule: minimaal BMI (aflezen bij p25) * lengte² = 18,2 * 1,69² = 51,98 kg
 - ii. Lengtegroei lag oorspronkelijk op p50; indien de lengtegroei verstoord was geweest bij dit meisje, dan zou je het MGG ook op p50 zetten.
 - iii. Besluit: MMG ~p25 = 52 kg
- b. **Indien (ongeveer) volgroeid:** MGG = 1 percentiellijn lager dan oorspronkelijke percentiellijn
 - i. Gewicht berekenen aan de hand van BMI formule: minimaal BMI (aflezen bij p10) * lengte² = 17,2 * 1,69² = 48,12 kg

ii. Besluit: MGG $\sim p_{10} = 48$ kg

3. OG

- a. Indien niet-volgroeid: OG = MGG + 2kg, met range van 2 à 4 kg
 - i. Besluit: OG ~ 54 kg, met een mogelijke spreiding van 52 tot 56 kg
- b. Indien (ongeveer) volgroeid: OG = oorspronkelijke percentiellijn, met een range van 2 à 4 kg
 - i. Besluit: OG ~ 52 kg, met een mogelijke spreiding van 50 tot 54 kg

11.7 Bijlage 7. Risicobeoordeling voor de beoordeling van dreigend levensgevaar [2]

Belangrijk

Dit is een hulpmiddel voor risicobeoordeling en kan een degelijke klinische evaluatie niet vervangen.

Een patiënt wordt vanaf één rode beoordeling of vanaf twee oranje beoordelingen waarschijnlijk als een hoog risico beschouwd.

Als een item "oranje" of "rood" scoort, raadpleeg dan tabel 4 (p.44) voor een doelgerichte opvolging en correcte medische benadering.

Risicoparameters voor volwassenen kunnen niet worden toegepast op kinderen en jongeren zonder aanpassing voor leeftijd en geslacht.

- Voor gewicht en lengte: raadpleeg de Vlaamse groeicurven.
- Voor labotesten: de Royal College of Pediatrics and Child Health heeft referentiewaarden voor leeftijd en geslacht. Je vindt de tabel van de RCPCH hier. Bekijk ook de referentiewaarden van het geraadpleegde labo.

	Rood: Hoog overlijdensrisico	Oranje: Grote bezorgdheid over overlijdensrisico	Groen: laag overlijdensrisico
Anamnese en medisch onderzoek			
Gewichtsverlies	Recent gewichtsverlies van ≥1 kg/week gedurende 2 (opeenvolgende) weken bij een ondervoede patiënt ¹ Snel gewichtsverlies bij elk gewicht, bv. bij obesitas of vermijdende/restrictieve voedselinname-stoornis (ARFID)	Recent gewichtsverlies van 500-999g/week gedurende 2 opeenvolgende weken bij een ondervoede patiënt	Recent gewichtsverlies van <500g/week of gewichtsschommeling en

	Rood: Hoog overlijdensrisico	Oranje: Grote bezorgdheid over overlijdensrisico	Groen: laag overlijdensrisico
BMI en gewicht	<p>Jonger dan 18 jaar: m%BMI <70%²</p> <p>Vanaf 18 jaar: BMI <13</p>	<p>Jonger dan 18 jaar: m%BMI 70-80%</p> <p>Vanaf 18 jaar: BMI 13-14.9</p>	<p>Jonger dan 18 jaar: m%BMI >80%³</p> <p>Vanaf 18 jaar: BMI >15</p>
Hartslag (in rust)	<40	40-50	>50
Cardiovasculaire status	<p>Jonger dan 18 jaar: Staande systolische bloeddruk lager dan 0,4de percentiel voor de leeftijd gepaard gaand met terugkerende syncope en posturale daling van de systolische bloeddruk van >20mmHg of stijging van de hartslag met meer dan 35 slagen per minuut (bij <16 jaar; vanaf 16j 30bpm)</p> <p>Vanaf 18 jaar: Staande systolische bloeddruk lager dan 90, gepaard gaand met recidiverende syncope en posturale daling van de systolische bloeddruk van >20mmHg of stijging van de hartslag met meer dan 30bpm</p>	<p>Jonger dan 18 jaar: Staande systolische bloeddruk lager dan 0,4de percentiel voor de leeftijd gepaard gaand met occasionele syncope en posturale daling van de systolische bloeddruk van >15mmHg of stijging van de hartslag met tot 35 slagen per minuut (bij <16 jaar; vanaf 16j 30bpm)</p> <p>Vanaf 18 jaar: Staande systolische bloeddruk lager dan 90, gepaard gaand met occasionele syncope en posturale daling van de systolische bloeddruk van >15mmHg of stijging van de hartslag tot 30bpm</p>	<p>Normale systolische bloeddruk in staande positie voor leeftijd en geslacht, met verwijzing naar de percentieltabellen</p> <p>Normale orthostatische cardiovasculaire veranderingen</p> <p>Normaal hartritme</p>

	Rood: Hoog overlijdensrisico	Oranje: Grote bezorgdheid over overlijdensrisico	Groen: laag overlijdensrisico
Hydratatietoestand	Weigering van vloeistof Ernstige dehydratatie (10%): verminderde urineproductie, droge mond, daling van de posturale bloeddruk (zie hierboven), verminderde turgor van de huid, ingevallen ogen, tachypnoe, tachycardie	Ernstige vochtbeperking Matige dehydratatie (5-10%): verminderde urineproductie, droge mond, daling van de posturale bloeddruk (zie hierboven), normale huidturgor, wat tachypneu, wat tachycardie, perifeer oedeem	Minimale vochtbeperking Niet meer dan lichte dehydratatie (<5%): kan droge mond hebben of bezorgdheid over risico van dehydratatie met negatieve vochtbalans
Lichaamstemperatuur	<35,5°C tympanisch (oor) of 35,0°C axillair (onder de oksel)	<36°C	>36°C
Spierfunctie: <i>Sit Up - Squat-Stand test (SUSS)⁴</i> (scoring: zie filmpje of afbeelding)	Kan niet gaan zitten vanuit ruglig of kan niet opstaan vanuit hurkzit (score 0) Kan een van deze zaken alleen met behulp van de bovenste ledematen (score 1)	Gaan zitten vanuit ruglig of opstaan vanuit hurkzit lukt enkel met merkbare moeilijkheden (Score 2)	Kan zonder moeilijkheden rechtop zitten vanuit een vlakke positie en opstaan vanuit een hurkzit (Score 3)
<i>Handgreepkracht</i>	Man <30,5kg, vrouw <17,5kg (3e percentiel)	Man <38kg, vrouw <23kg (5e percentiel)	Man >38kg, vrouw >23kg
<i>Mid Upper Arm Circumference (MUAC)</i>	<18cm (ong. BMI<13)	18-20cm (ong. BMI<15,5)	>18cm (ong. BMI>15,5)
Andere klinische situaties	Levensbedreigende medische aandoening, bv. ernstige hematemesis (bloedbraken), acute verwardheid, ernstige cognitieve stoornissen, diabetische ketoacidose, perforatie van het bovenste deel van het maagdarmkanaal, aanzienlijk alcoholgebruik	Niet-levensbedreigende fysieke problemen, bv. lichte hematemesis, doorligwonden	Kenmerken van fysieke weerslag, bv. geringe cognitieve flexibiliteit, slechte concentratie

	Rood: Hoog overlijdensrisico	Oranje: Grote bezorgdheid over overlijdensrisico	Groen: laag overlijdensrisico
ECG	<p><18 jaar: QTc >460ms (meisjes), QTc>450ms (jongens) MET elke andere significante ECG-afwijking</p> <p>Vanaf 18j⁵: QTc > 450ms voor mannen, > 470ms voor vrouwen</p> <p>EN (ECG afwijkingen OF inname QT verlengende medicatie)</p> <p>QTc > 500ms ook zonder ECG afwijkingen</p>	<p><18 jaar: QTc >460ms (meisjes), QTc>450ms (jongens) ZONDER andere significante ECG-afwijking</p> <p>Vanaf 18j⁵: QTc 450-500 ms voor mannen, 470-500 ms voor vrouwen ZONDER andere ECG-afwijking of QT verlengende medicatie</p> <p>Gebruik van medicijnen waarvan bekend is dat ze het QTc interval verlengen</p>	<p><18 jaar: QTc <460ms (meisjes), <450ms (jongens)</p> <p>Vanaf 18j⁵: QTc <470ms (vrouwen), <450ms (mannen)</p>
Laboratoriumonderzoeken en bloedbeeld^{6,7}	<p>Hypofosfatemie⁸ (<1 mmol/L) en dalend fosfaat/fosfor</p> <p>Hypokaliëmie (<2,5mmol/L)</p> <p>Hypoalbuminemie</p> <p>Hypoglycemie (<3mmol/L of < 50 mg/dl)</p> <p>Hyponatriëmie⁸ (130 mmol/L)</p> <p>Hypocalciëmie⁸ (<1,1 mmol/L)</p> <p>Transaminasen >3x normaal bereik</p> <p>Patiënten met diabetes mellitus: HbA1C >10% (86mmol/mol)</p>	<p>Na <135 mmol/L</p> <p>K <3.0 mmol/L</p> <p>Verhoogde transaminase 2-3x normaal bereik</p> <p>Glucose < 70 mg/dl</p>	

	Rood: Hoog overlijdensrisico	Oranje: Grote bezorgdheid over overlijdensrisico	Groen: laag overlijdensrisico
Laboratoriumonderzoeken en bloedbeeld^{6,7}	Leukopenie ⁸ (<18j: neutrofielen < 1000/mm ³ ; +18j: lymfocyten <1000/mm ³) Hemoglobine <10g/L		
Verstoord eetgedrag⁹	Acute voedselweigering of geschatte calorie-inname <400kcal/dag gedurende 4 of meer dagen	Inname <500kcal per dag gedurende 2 of meer dagen	
Medewerking patiënt aan het behandelplan	Lichamelijke strijd met personeel of ouders/verzorgers over voeding of vermindering van lichaamsbeweging Gebrek aan ziekte-inzicht of motivatie	Angst leidt tot (actieve) weerstand tegen gewichtstoename Personeel of ouders/verzorgers zijn niet in staat om het voorgeschreven maaltijdplan uit te voeren	Enig inzicht en motivatie om eetproblemen aan te pakken Angst leidt tot enige ambivalentie maar geen actief verzet
Activiteit en lichaamsbeweging	Hoge niveaus van disfunctionele lichaamsbeweging in de context van ondervoeding (>2u/dag)	Matige niveaus van disfunctionele lichaamsbeweging in de context van ondervoeding (>1u/dag)	Lichte of geen disfunctionele lichaamsbeweging in de context van ondervoeding (<1u/dag)
Purgeergedrag	Meerdere dagelijkse episodes van braken en/of misbruik van laxemiddelen	Regelmatig (3x per week of vaker) braken en/of gebruik van laxemiddelen	
Zelfverwondend gedrag en zelfdoding	Zelfvergiftiging, zelfmoordgedacht en met matig tot hoog risico op zelfdoding	Snij- of soortgelijk gedrag, zelfmoordgedacht en met laag risico op zelfdoding	

Noot. ¹Patiënten die afvallen bij een hogere BMI moeten worden beoordeeld op andere tekenen van medische instabiliteit en strategieën voor gewichtsverlies om het risico te bepalen; ² m%BMI is ook bekend als gewicht-voor-lengte percentage. ³Merk op dat dit geen gezond gewicht is, maar eerder een gewicht waarboven andere parameters in dit risicokader het risico beter kunnen weergeven. ⁴Er is geen onderzoek gedaan naar een spierfunctietest bij patiënten <18 jaar. ⁵Gewijzigd t.o.v. MEED; op basis van (wetenschappelijk onderbouwde) expertinput cardiologie UZ Leuven. ⁶Raadpleeg de referentiewaarden van het geraadpleegde labo. ⁷Waarden voor oranje kolom toegevoegd t.o.v. MEED; waarden voor glucose in mg/dl gegeven conform werkwijze in

België. ⁸Specifieke waarde toegevoegd t.o.v. MEED. ⁹Inconsistentie in MEED richtlijn; waarden in Risicotabel (<500kcal/dag gedurende 2+ dagen) verschillen van waarden in Checklist rond medische noodgevallen voor artsen (appendix)(<400 kcal gedurende 4+dagen); gekozen voor waarden risicotabel als oranje criterium en waarde appendix voor rode criterium.

Legende: °C = graden Celsius; ARFID = avoidant/restrictive food intake disorder of vermijdende/restrictieve voedselinname stoornis; BMI = body mass index; bpm = beats per minute of slagen per minuut; cm = centimeter; ECG = elektrocardiogram; g = gram; u = uur; kcal = kilocalorieën; kg = kilogram; L = liter; mmHg = millimeter kwik; mmol = millimol; mol = mol; ms = milliseconde; QTc = gecorrigeerd QT-interval; SUSS Test = Sit Up-Squat-Stand Test.