

# Aanpak eetstoornissen bij 10-18 jarigen

## Flowchart huisarts bij Stappenplan

### Consultopbouw

#### Aanmelding en screening

- Invoeegen bij de groeithema's van de patiënt
- Hulpvraag = eetstoornis: Start 1e consult
- Hulpvraag ≠ eetstoornis: Screening en plan 1e consult (eventueel na motivatiefase)

#### Motivatieverkenning

- Ervaart de patiënt een probleem?
- Bepaal waar de patiënt zit in zijn veranderingscirkel
- Werk stapsgewijs: eerst relatie-opbouw, dan veranderdoel, veranderwens, actieplan
- Vergroot motivatie via versterken autonomie, verbondenheid en competentie

#### 1e consult: anamnese en klinisch onderzoek

- Anamnese/hetero-anamnese
- Klinisch Onderzoek (of in 2e consult)
- (Plan) bloedanalyse
- Aandacht voor differentiële diagnostiek

#### 2e consult: medische ernstinschatting

- Bespreking bloedanalyse
- (Klinisch onderzoek indien niet in 1e consult uitgevoerd)
- (Urine-onderzoek)
- Bespreek en plan zonodig een ECG
- Bespreek en plan zonodig een botdensitometrie
- Bespreek doorverwijzing en/of opstart zorgtraject met psycholoog en diëtist

#### 3e consult

- ECG afnemen
- Plan van opvolging afspreken

#### Vervolgconsulten

- Frequentie afhankelijk van ernstinschatting en motivatie patiënt
- Bespreken resultaten botdensitometrie
- Opvolging gewicht
- Opvolging algemeen:
  - Dagstructuur
  - Draagkracht (patiënt en gezin)
  - Afwijkingen in bloed
  - Supplementen en medicatie (ook anticonceptie)
- Eventueel coördinatie multidisciplinaire opvolging (zorgtraject)

Zie ook INNOVATE consultatiehandleiding voor de 1ste lijn

Aanmelding en screening

Aanmelding en screening

Anamnese en klinisch onderzoek

Inschatting ernst en indicatiestelling

Opvolging algemeen

Opvolging gewicht

Supplementen en medicatie

Zorgtraject

## Aanmelding

### Invoegen

Maak eerst contact met de persoon, bespreek daarna het probleem.

### Eetstoornisgerelateerde aanmeldingsklachten

Aanmelding is een **klacht** die potentieel kan kaderen in een eetstoornis, bv.

- Maagdarmlklachten
- Menstruatieklachten
- Vragen over diëten en gewicht, zonder met overgewicht te kampen
- Negatieve lichaamsbeleving

### Signalen tijdens routineconsult

Patiënt heeft **signalen** die kunnen wijzen op een eetstoornis, bv.

- Negatieve reacties op wegen
- Opvallende gewichtsverandering

### Risicogroepen

Patiënt heeft **risicoprofiel**, bv.

- Adolescent meisje
- Familiale voorgeschiedenis van alcoholmisbruik, seksueel misbruik, of eetstoornis
- Gewichtsgefocuste context: fotomodellen, balletdansers, topsporters
- Voedingsgefocuste aandoening: diabetes type 1, IBS, LGBTI+ identiteit

Maak onderscheid met **haperend eetgedrag**.

## Verkenning hulpvraag

- Bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt bevragen (Ideas, Concerns & Expectancies - ICE)
- Zicht krijgen op dagelijks functioneren
- Problemen concretiseren (aard, start, verloop)

## Motivatie

Denk jij of iemand anders dat er een probleem is? (best ook hetero-anamnese)

- Wat zou je willen/kunnen veranderen?
- Wat heb je al geprobeerd? Wat heeft gewerkt/wat niet?
- Welke hindernissen ondervind je?
- Wat denk je zelf dat er best gebeurt?
- Waar wil je eerst mee aan de slag?

### Aandachtspunt

- Personen met een eetstoornis hebben vaak een gebrek aan ziekte-inzicht en staan ambivalent tegenover het loslaten van de eetstoornis.

## Screening

### Optie 1: SCOFF

1. Wek je braken op omdat je je met een 'volle maag' niet goed voelt?
2. Ben je bang dat je geen controle meer hebt over de hoeveelheid die je eet?
3. Ben je meer dan 6 kg afgevallen in 3 maanden tijd
4. Denk je dat je te dik bent, terwijl anderen vinden dat je mager bent?
5. Vind je dat voedsel een belangrijke plaats inneemt in je leven?

### mSCOFF (bij diabetes)

1. Wek je braken op omdat je je met een 'volle maag' niet goed voelt?
2. Ben je bang dat je geen controle meer hebt over de hoeveelheid die je eet?
3. Ben je meer dan 6 kg afgevallen in 3 maanden tijd
4. Denk je dat je te dik bent, terwijl anderen vinden dat je mager bent?
5. Gebeurt het dat je minder insuline gebruikt dan je zou moeten?

### Optie 2: ESP (Eating disorder Screen for Primary care)

1. Ben je tevreden over je eetgewoonten? (omgekeerd scoren: nee = 1 punt)
2. Eet je ooit wel eens in het geheim?
3. Heeft je gewicht invloed op hoe je je voelt?
4. Heb je nu last van een eetstoornis, of heb je dat in het verleden ooit gehad?

## Scoring

≥ 2 punten op ESP/SCOFF?

- Neen: geen indicatie eetstoornis
- Ja: anamnese en klinisch onderzoek

# Anamnese en klinisch onderzoek

## Achtergrond

- Gewichtsevolutie (nazicht longitudinale groeicurve, ouders CLB-data laten meebrengen)
- Leeftijd waarop eetstoornis startte
- Eerdere therapeutische trajecten
- Persoonlijke en familiale (psychiatrische) voorgeschiedenis (eetstoornis bij familielid?)
- Invloed van sociale media
- Voedingskeuzes, -voorkeuren, -allergieën (bv. vegetarisme, veganisme)
- Sociaal netwerk
- Risicoprofiel (zie eerder)

## Leefstijl (thema's ALLES)

- **Afwisselend eten (eet- en drinkpatroon):** [eetvaardigheden](#) (genoeg, gevarieerd, gestructureerd, genieten), frequentie van maaltijden, selectief eetgedrag, eetbuien (controleverlies), vochtinname,...
- **Leuk bewegen:** welke beweging, hoeveel, drijfveer, zorg voor het lichaam,...
- **Lief zijn voor je lichaam (lichaamsbeleving):** angst om dik te worden, belang van gewicht en lichaamsvormen in zelfwaardering,...
- **Emoties hanteren:** emoties herkennen, emoties verdragen, flexibiliteit in copingstrategieën
- **Slapen:** slaappatroon, slaapkwaliteit,...

## Compensatiemechanismen

- Braken
- Gebruik laxativa en/of diuretica
- [Excessief bewegen en/of sporten](#):  
Kenmerken zijn o.m.:
  - zich gedwongen voelen om te bewegen, angst/schuldgevoel als de beweging niet kan doorgaan
  - interfereert met schools en/of sociaal leven
  - blijven bewegen ondanks blessure of medische complicatie

## Fysieke impact

- **Fysieke klachten**, bv. vermoeidheid, duizeligheid, spierkrampen, onregelmatige hartslag, koudegevoel, constipatie,...
- **Menstruatie:**(primaire) amenorroe en duur hiervan
- **Groei** (afwijkingen)

## Psychosociale impact

- **Cognities:** zijn er dwingende 'gedachten' of 'stemmen' over eten, gewicht, lichaam?
- **Zelfbeeld en comorbiditeiten:** angst, slaapstoornissen, depressie, zelfverwonding, suicidaliteit,...
- **Dagelijks functioneren:** impact op hobby's, school, relaties,...

## Middelen

- **Medicatie:** anticonceptie, nazicht op QT-verlengende medicatie (zie [tabel](#))
- **Middelengebruik** (alcohol/drugs)

## Aandachtspunt

Werk samen met een kinderarts

## Klinisch onderzoek

- Gewicht, lengte, BMI
- Huidinspectie (lanugo, automutilatie, koude extremiteiten, oedeem)
- Bloeddruk
- Harttonen, ritme en frequentie
- Longen
- Spierkracht: Sit-Up-Squat-Stand (SUSS) test (scoring: zie [filmpje](#) of [afbeelding](#))

## Technisch onderzoek

### Bij elke patiënt: Basisbloedname

- CoFo
- Mineralen: kalium, natrium, bicarbonaat, chloride
- Nierfunctie: creatinine
- Leverfunctie: transaminasen AST en ALT
- Albumine
- Glucose

### Op indicatie

- Uitbreiding bloedname
  - IGF-1 (bij langdurig vasten)
  - Amylase (bij vermoeden speekselklierbeschadiging) of lipase (bij vermoeden pancreatitis)
  - FSH, LH, prolactine (bij aanhoudende amenorroe), testosteron (bij ondervoede mannen)
  - Fosfaat (i.k.v. [refeeding syndroom](#))
  - Magnesium, calcium (i.k.v. refeeding syndroom en bij hypokaliëmie)
  - TSH en T3 (eventueel differentiëren met inactief rT3: [cave Euthyroid Sick Syndrome](#) (= verminderde werkzaamheid schildklierhormoon, geen substitutie nodig))
- Urine (ketonen, proteïnen)
  - Bij vermoeden diabetes insipidus, waterintoxicatie, nierschade
  - Inschatten (de)hydratie
- ECG (zeker bij ernstige ondervoeding, braken en bradycardie)
- Botdensitometrie (bij ondergewicht dat minimaal 6 maanden bestaat of bij primaire of minstens 6 maanden secundaire amenorroe, let op indien hormonale anticonceptie)

## Type eetstoornis

- [Anorexia Nervosa](#)
- [Bulimia Nervosa](#)
- [Eetbuiestoornis](#)
- [Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis \(ARFID\)](#)
- [Andere](#)

Inschatting ernst en indicatiestelling

Aanmelding en screening

Anamnese en klinisch onderzoek

Inschatting ernst en indicatiestelling

Opvolging algemeen

Opvolging gewicht

Supplementen en medicatie

Zorgtraject

## Inschatting ernst en indicatiestelling

Gebaseerd op **MEED** en aangepast aan Belgische situatie o.b.v. Praktijkadvies. Risicobeoordeling: **hoogrisico bij  $\geq 1$  rode of  $\geq 2$  oranje (+ klinisch oordeel)**. Voor labotesten: bekijk ook de referentiewaarden van het geraadpleegde labo.

criterium	Oranje	Rood
<b>Gewichtsvariabelen</b>		
Gewichtsverlies	Recent verlies van $\geq 0,5$ kg gedurende 2 opeenvolgende weken	Recent verlies van $\geq 1$ kg gedurende 2 opeenvolgende weken
BMI	m%BMI 70-80%	m%BMI <70%
<b>Cardiovasculair</b>		
Hartslag (wakker)	Hartslag 40-50 bpm	Hartslag <40 bpm
Bloeddruk	Lage bloeddruk, posturale bloeddrukdaling > 15 mmHg, occasionele duizeligheid	Lage bloeddruk, posturale bloeddrukdaling > 20 mmHg, terugkerende duizeligheid
ECG afwijkingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qtc &gt; 460 ms (meisjes), Qtc &gt; 450 ms (jongens) ZONDER andere significante ECG-afwijking</li> <li>• Gebruik van medicijnen waarvan bekend is dat ze het QTc interval verlengen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qtc &gt; 460 ms (meisjes), Qtc &gt; 450 ms (jongens) MET elke andere significante ECG-afwijking</li> </ul>
<b>Spierkracht</b>		
Spierfunctie	<u>SUSS</u> score 2	SUSS score 0/1
Handgreepkracht	< p5	< p3
<b>Andere</b>		
Lichaamstemp. (oor)	Lichaamstemperatuur < 36 °C	Lichaamstemperatuur < 35,5 °C
Bloedanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na &lt; 135 mmol/l</li> <li>• K &lt; 3,0 mmol/l</li> <li>• Transaminasen 2-3x normale range</li> <li>• Glucose &lt; 70 mg/dl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na &lt;130 mmol/l</li> <li>• K &lt;2.5 mmol/l</li> <li>• Ca &lt; 1.1 mmol/l</li> <li>• Transaminasen &gt; 3x normale range</li> <li>• Glucose &lt; 50 mg/dl</li> <li>• Verhoogd creatinine (of ureum)</li> <li>• Hemoglobine &lt; 10 g/dl</li> <li>• Hypofosfatemie (&lt; 1 mmol/l) en dalend P</li> <li>• Hypoalbuminemie</li> <li>• Patiënten met diabetes: HbA1C &gt; 10%</li> <li>• Leukopenie: neutrofielen &lt; 1000/mm<sup>3</sup></li> </ul>
Klinische situaties	Niet-levensbedreigende fysieke problemen	Levensbedreigende medische aandoening
<b>Eet- en beweggedrag</b>		
Verstoord eetgedrag	Inname < 500 kcal per dag gedurende 2 of meer dagen	Acute voedselweigerings/ inname < 400 kcal per dag gedurende 4 of meer dagen
Hydratatietoestand	Ernstige vochtbeperking, matige dehydratatie	Acute vochtweigerings, ernstige dehydratatie
Purgeergedrag	$\geq 3$ x/week	Dagelijks meerdere episodes
Beweging	> 1u/dag disfunctionele lichaamsbeweging	> 2u/dag disfunctionele lichaamsbeweging
<b>Psychiatrisch risico en motivatie</b>		
Zelfverwonding en suïciderisico	Zelfverwonding, suïcidedgedachten maar met laag risico op suïcide	Matig tot hoog risico op suïcide
Medewerking	Actieve weerstand	Fysieke strijd met personeel/zorgfiguren

Indicatiestelling
<p><b>Beperkt risico:</b> geen medisch of psychiatrisch risico</p> <p><b>Regelmatige check-up</b> i.f.v. ernst en type patiënt en (eerstelijns) multidisciplinaire opvolging (bv. binnen <a href="#">zorgtraject</a> (diagnose AN/BN/BED) of binnen (G)ELP-aanbod)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Belangrijke parameters om iemand frequent te zien: <ul style="list-style-type: none"> <li>Snelle gewichtsdaling</li> <li>Jonge leeftijd</li> <li>Klachten die opvolging vragen</li> <li>Afwijkingen bij KO en TO</li> <li>Braken en/of laxeren en/of gebruik diuretica</li> <li>Ernstige comorbiditeiten</li> <li>Verminderde draagkracht patiënt/familie</li> </ul> </li> <li>Opvolging bloedresultaten en zonodig medicamenteuze opstart/opvolging</li> <li>Bespreken ECG en zonodig aanpassen medicatiebeleid en <a href="#">fysieke inspanningen</a></li> <li>Opvolging botdensitometrie en zonodig medicamenteuze opstart/opvolging</li> <li>Opvolging dagelijkse structuur en draagkracht (ook van gezinsleden)</li> <li>Potentiële somatische complicaties op korte en lange(re) termijn</li> </ul>
<p><b>Matig risico:</b> niet-levensbedreigende fysieke problemen (<u>1 oranje</u>) psychiatrisch risico overschrijden draagkracht onvoldoende behandelresultaat</p>
<p><b>Wekelijkse monitoring</b> en inschakelen <b>specialistische hulp</b> (zorgtraject met diëtist en psycholoog/G-ELP; overweeg inschakelen MAST-team)</p>
<p><b>Ernstig risico:</b> vanaf <u>1 rode</u> of <u>2 oranje</u> indicatoren</p>
<p>Urgente <b>medische opname</b> ter stabilisatie</p>
Psychische impact
Impact van eetstoornissen
<ul style="list-style-type: none"> <li>Verstoord lichaamsbeeld</li> <li>Vetfobie (bij AN)</li> <li>Gebrekkige emotieregulatie, stemmingsklachten</li> <li>Problemen in impulsregulatie</li> </ul>
Comorbiditeiten van eetstoornissen
<ul style="list-style-type: none"> <li>Angst, depressie</li> <li>Zelfverwonding</li> <li>Suïdaliteit</li> <li>Autismespectrumstoornis</li> <li>...</li> </ul>
Gevolgen van ondervoeding
<ul style="list-style-type: none"> <li>Starheid in denken</li> <li>Afgevlakt affect, depressieve symptomen</li> <li>Rituelen rond voeding</li> </ul>

Medische complicaties
Acuut
<p><b>Potentiële acute somatische complicaties</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Maag- en darmstoornissen</li> <li>Hypoglycemie (hypoglycemische coma)</li> <li>Stoornissen in de vocht-, zuur-base-, en elektrolytenhuishouding</li> <li>Cardiovasculaire afwijkingen (ritmeproblemen en/of hartfalen)</li> <li>Beenmergdepressie</li> <li>Renale complicaties</li> <li>Zie Stappenplan: <a href="#">Op te volgen tijdens de behandel fase</a></li> </ul>
Chronisch
<p><b>Potentiële chronische somatische complicaties van een eetstoornis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Impact op het brein</li> <li>Groeivertraging</li> <li>Verstoord botmetabolisme, osteoporose</li> <li>Verstoorde pubertaire ontwikkeling</li> <li>Amenorroe</li> <li>Fertiliteitsproblemen</li> <li>Verder op te volgen, ook bij de herstelde jongere</li> </ul>
Tijdens herstel
<p>Mogelijke complicatie tijdens de herstelfase: <a href="#">Refeeding syndroom</a> (zie <a href="#">tabel ernstinschatting</a>)</p> <p><b>Hoe voorkomen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zeer geleidelijke gewichtstoename</li> <li>Voldoende fosfaatrijke voeding: zuivel, vis, vlees, peulvruchten, noten en volkoren producten</li> <li>Na bloedanalyse eventueel (fosfaat)supplementen</li> <li>Oppassen met koolhydraten</li> <li>Grootste risico in eerst 2 weken van hervoeden</li> <li>Intensieve monitoring meestal residentieel</li> </ul>
Voorbijgaande fenomenen
<p>Adaptatieprocessen bij ondergewicht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zeer geleidelijke gewichtstoename</li> <li>Endocriene veranderingen: verlaagde schildklieractiviteit, menstruatiestoornissen</li> <li>Verstoorde lever- en nierwaarden</li> <li>Lage bloeddruk en hartslag</li> <li>Vertraagde spijsvertering</li> <li>Verlaagde lichaamstemperatuur</li> </ul> <p>Bij braken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gezwellen speekselklieren</li> <li>Verhoogde amylaseconcentratie</li> <li>Oedeem (ook bij andere vormen van purgeren)</li> </ul> <p>Bij eerste weken van herstel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oedeem</li> <li>Spijsverteringsproblemen</li> </ul>

Opvolging algemeen

System	Klinische bevindingen	Aanpak
<b>Hart</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bradycardie/tachycardie</li> <li>• Lage/hoge bloeddruk</li> <li>• Hartritmestoornissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG</li> <li>• Monitoren hart</li> <li>• <b>Doorverwijzing:</b> Consult bij cardioloog</li> <li>• Voedingsanamnese/-toename</li> <li>• Rehydratatie: voorkeur voor orale vloeistoffen wegens risico op hartfalen; glucose-oplossingen kunnen risico verhogen op 'refeeding syndrome'</li> </ul>
<b>Lichaamstemperatuur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypothermie (wat ernstige infectie kan maskeren)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoren, warm houden (externe warmtebron), voedingsherstel</li> </ul>
<b>Endocrien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypoglycemie</li> <li>• Bij diabetes type 1: slechte metabole controle</li> <li>• Amenorroe</li> <li>• Secundair hyperaldosteronisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien in de eerste week van 'refeeding', geef extra vit. B1 en foliumzuur, verzeker een adequate, stabiele voorraad van koolhydraten en monitor de glucosespiegel;</li> <li>• <b>Doorverwijzing:</b> Consult bij een diabetesspecialist</li> <li>• Voedingsherstel tot de menstruatie terugkeert</li> <li>• Verschaf heel traag intraveneuze vloeistof</li> </ul>
<b>Vochtbalans en elektrolyten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekort aan kalium, tekort aan chloride, metabole alkalose</li> <li>• Tekort aan fosfaat</li> <li>• Tekort aan magnesium</li> <li>• Tekort aan natrium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Denk aan purgeren, voorzichtige kalium- suppletie (eerst alkalose corrigeren, blijven monitoren)</li> <li>• Suppletie van fosfaat tot normaal niveau, monitoren</li> <li>• Suppletie van magnesium</li> <li>• Denk aan overmatig water drinken, beperking tot 1,5l/dag opleggen</li> </ul>
<b>Hematologisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemie</li> <li>• Neutropenie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoren, bekijk ijzerwaarden en voorraad aan vit. B12 en foliumzuur en vul aan waar nodig</li> <li>• Verbeter de voedingstoestand</li> </ul>
<b>Gastro-intestinaal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernstige acute pancreatitis</li> <li>• Vergroting van de speekselklieren</li> <li>• Vertraagde maaglediging</li> <li>• Scheurtjes in slokdarm/scheur in slokdarm</li> <li>• Oesofagitis</li> <li>• Constipatie</li> <li>• Verhoogde leverwaarden en verlaagd albumine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Doorverwijzing:</b> geen gewone voeding eten, afvoer maagsap, intraveneuze vloeistof</li> <li>• Geen specifieke behandeling</li> <li>• Kleinere maar frequentere maaltijden</li> <li>• Dringende chirurgische <b>doorverwijzing</b></li> <li>• Bij milde symptomen: symptoomverlichting; bij ernstige vormen: overweeg protonpompinhibitoren</li> <li>• Stel gerust, verhoog vocht en vezels, eventueel niet-agressieve laxeermiddelen (volume-vergrotende laxeermiddelen)</li> <li>• Monitor en verbeter voedingstoestand</li> </ul>
<b>Huid/botten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osteopenie en stressfracturen</li> <li>• Broos haar, haaruitval, donshaartjes</li> <li>• Wonden aan de rug van de hand, bloeditstoringen in de ogen of het gezicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor botdichtheid, herstel van eetgedrag tot menstruatie terugkeert, suppletie van calcium en vitamine D, <b>doorverwijzing</b> naar een specialist</li> <li>• Geen specifieke behandeling</li> <li>• Geen specifieke behandeling</li> </ul>
<b>Gebit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanderosie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Doorverwijzing</b> naar een tandarts</li> </ul>

### Vastleggen Minimaal Gezond Gewicht (MGG)

**Het MGG is het noodzakelijke gewicht dat de persoon ondersteunt in het lichamelijk, emotioneel en cognitief herstel.**

- Individueel
- Inschatten of MGG-waarde al dan niet met patiënt besproken wordt
- Bepaald door groeitraject, leeftijd, geslacht, etniciteit, leeftijd waarop puberteit startte, menarche, gewicht waarop menstruatie stopte, voedings- en activiteitengeschiedenis
- Tijdens de groei om de 3 tot 6 maanden te berekenen (vuistregel: per gegroeide cm MGG verhogen met 1 kg)

#### Berekening

- Hanteer recente BMI curve (via ouders, CLB)
- Is de persoon **volgroeid**? (meestal 2 jaar na de menarche)
  - 1 percentiilijn lager dan de oorspronkelijke [BMI-percentiilijn](#) (p3, p10, p25, p50, p75, p90, p97)
  - Bij bereiken van het MGG evalueren of menstruatie herstelt (bij meisjes)
  - Personen met overgewicht krijgen MGG op percentiilijn 75
  - Geef altijd een afgerond gewicht
- Is de persoon **niet volgroeid**?
  - Bepaal de oorspronkelijke BMI-percentiilijn en laat jongere hier naar terugkeren
  - Kijk naar de te verwachten lengtegroei op basis van de oorspronkelijke groeicurve
  - MGG bepalen in functie van de lengtegroei voor de eetstoornis (dit kan tijdelijk hogere BMI geven- in afwachting herstel groei)

### Vastleggen Optimaal Gewicht (OG)

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

- Bepaald door groeicurven (gewicht, lengte, BMI) vóór de eetstoornis, leeftijd waarop puberteit startte en huidig puberteitsstadium
- Het OG ligt in principe hoger dan het MGG en is erg individueel verschillend
- Inschatten of OG-waarde al dan niet met patiënt besproken wordt

#### Berekening

Hanteer recente BMI curve (via ouders, CLB)

Is de persoon **volgroeid**?

- OG ligt op de oorspronkelijke individu-specifieke BMI curve
- Extra parameter bij meisjes: Gewicht waarbij terug menstruatie optreedt (minstens 3 regelmatige menses, zonder gebruik hormonale anticonceptie)

Is de persoon **niet volgroeid**?

- MGG ligt al op de oorspronkelijke BMI-percentiilijn
- OG wordt een 2-tal kg boven het MGG gezet
- Jongeren met overgewicht/obesitas voor aanvang eetstoornis behouden het OG op percentiel 75 (MMG=OG)

### Praktijktip

Neem een spreiding rond de 2 à 4 kg voor het OG (i.v.m. normale schommelingen gewicht en geen fixatie op specifiek getal).

#### Opstart gewichtsherstel

- Geleidelijke gewichtstoename (0,25 tot 0,5 kg per week)
- Ambulante setting: start met 1400-2000 kcal per dag (30 tot 35 kcal/kg/dag; tenzij hoog risico op refeeding syndroom)
- Bij AN kan er een "hypermetabolisme" zijn waardoor gewichtsherstel niet meteen optreedt. Ook kan bij aanvang gewichtsherstel energie-toevoer omgezet worden in lichaamswarmte ipv opbouw lichaamsmassa (kan zweetaanvallen veroorzaken)
- Werk samen met een diëtist

### Communicatie en praktische tips

- Maak voor jezelf een onderscheid tussen enerzijds de patiënt en anderzijds de stoornis, die de patiënt beïnvloedt.
- Spreek liever over gewichtsherstel i.p.v. gewichtstoename.
- Vermijd (goedbedoelde) opmerkingen over het uiterlijk van de patiënt (met een verstoord lichaamsbeeld). Vermijd bv. te zeggen dat de patiënt er goed/gezond uitziet (kan leiden tot nieuwe gewichtsafname).
- Indien een gewichtstoename weinig emoties losmaakt, kan het zijn dat de patiënt voor het consult veel water dronk.
- Weeg de patiënt best in ondergoed of in lichte kledij (cave sleutels, portefeuille,... met invloed op gewicht).
- Neem een empathische doch realistische houding aan.
- Probeer niet te snel te gaan; indien er geen gevaarscriteria aanwezig zijn, volg je beter het tempo van de patiënt dan verandering door te duwen waarbij de patiënt afhaakt.

## Praktijktip

Start enkel supplementen of medicatie als er ook anamnestiche duidelijke redenen zijn.

### Supplementen

#### Handvatten uit de praktijk

Tekorten aan vitamines en mineralen herstellen bij normaliseren van het voedingspatroon.

- **Supplementen van vitamines en mineralen (inclusief selenium en zink):** Tijdens het ziekteproces
- **Vit B1 en foliumzuur:** Bij start hervoeden en licht tot matig risico op RFS; vitamine B1 (Thiamine) 100 mg/dag en foliumzuur max 1 mg per dag bijgeven ter preventie van het refeeding syndroom
- **Calcium/vit. D:** Overweeg supplementen i.k.v. osteoporose en/of amenorroe
- **Kaliumsupplementen:** bij hypokaliemie; Let op: vanaf kalium < 3 mmol/l opname algemeen ziekenhuis sterk aanbevolen i.f.v. monitoring

### Medicatie

Start medicatie ikv eetstoornissen enkel in overleg met clinicus ((kinder)psychiater) ervaren in eetstoornissen

#### Algemene aandachtspunten

- Uithongering kan depressieve symptomen veroorzaken, dus altijd eerst gewichtsherstel, vooraleer opstart antidepressiva ikv comorbide depressie
- Medicatie heeft enkel een rol in combinatie met psychotherapie

#### Aandachtspunten uit de praktijk

- Hou zicht op de medicatie die de patiënt neemt: wees voorzichtig met QT-verlengende medicatie!
- Vooraleer start SSRI best altijd ECG voor de start en enkele dagen nadien. Indien Qtc > 60 ms is toegenomen, stop SSRI
- Ondervoede patiënten zijn gevoeliger voor bijwerkingen van medicatie
- Hou rekening met verminderde werking van SSRI's bij ondergewicht
- Hou rekening met impact van sommige medicatie op eetlust of gastro-intestinale klachten



## Samenwerkingsverbanden

**Werk samen** met hulpverleners met expertise in eetstoornissen

- Coördinatie door 1 persoon
- Teamleden:
  - Huisarts
  - Kinderarts bij minderjarigen
  - Psycholoog
  - Diëtist
  - (Kinesitherapeut of andere zorgprofessional rond beweging)

**Vind een hulpverlener** met expertise in eetstoornissen via [www.eetexpert.be/](http://www.eetexpert.be/) Check ook het [ELP-aanbod](#).

**Start bij een diagnose AN, BN of BED een gratis zorgtraject** (aparte nomenclatuur) op met een psycholoog en een diëtist.

Laat je eventueel ondersteunen door een **MAST-team** in jouw provincie (zie netwerk GGZ jongeren).

## Gesubsidieerd zorgaanbod

### Ambulant (gesubsidieerd) zorgaanbod

- Beginnende eetproblemen: [ELP-conventie](#) (10 sessies per jaar)
- Eetstoornissen (AN, BN, BED; t.e.m. 23j)
  - [Zorgtraject](#) met diëtist (15 sessies) en psycholoog (20 sessies)
  - Ondersteuning mogelijk door gespecialiseerd multidisciplinair ambulant supportteam (MAST)
- Andere eetstoornis? Check het [\(G\)ELP-aanbod](#) (tot 20 sessies bij psycholoog per jaar) via de ELP-conventie

### Wat houdt een zorgtraject eetstoornissen in voor de behandelende arts?

- Diagnosestelling (AN, BN, BED)
- Ontwikkeling partnerschap met psycholoog en diëtist
- Opstellen en opvolgen [behandelplan](#) en integreren in EMD
- Overleg en communicatie (minstens 2 keer multidisciplinair overleg)
- Apart nomenclatuurnummer: 401295

## Info voor de patiënt

- Een eetstoornis definieert **niet wie je bent**. In jou zit ook een gezonde persoon die sterk bezig is. Waar droom je echt van?
- **Jij staat centraal** in het nieuwe traject: Spreek over wat jij nodig hebt voor jouw herstel.
- Herstellen gaat over **meer dan eten en gewicht**, zoals:
  - Je lichaamsbeleving
  - Je zelfbeleving
  - Je tools om gevoelens op te vangen
- **Laat je helpen**, door:
  - Je arts, een psycholoog en een diëtist
  - Je omgeving; welke steun hebben je vrienden en familie nodig?
  - Ervaringsdeskundigen: [www.anbn.be](http://www.anbn.be)
- **Wees mild** voor jezelf en je herstel, dit gaat met ups en downs. Durf eerlijk zijn bij je hulpverleners en laat je bijstaan.

## Rollen

### Huisarts(praktijk)

Lichamelijke opvolging

- Gewichtsevolutie
- Klinisch onderzoek
- (Verstoorde) bloedwaarden
- Complicaties
- Medicatie
- Alertheid bij elke verandering!

Probleembewustzijn verhogen

- Motiverende gespreksvoering
- Psycho-educatie: evenwichtig eetgedrag, gevolgen van eetstoornissen
- Informatie voor het [gezin](#)
- Dagdagelijks (maatschappelijk) functioneren bespreken

Behandeloptyes bespreken en verwijzen

Centrale doelen:

- Compensatiegedrag stoppen
- Gewichtsherstel (geleidelijk)
- Herstel eetgedrag

Herval (tijdig) detecteren en benoemen

### Diëtist

- Motiverend werk en psycho-educatie
- Gewichtsherstel
- Herstel eetpatroon
- Werken rond nutritionele tekorten
- Afbouwen van compensatiegedrag (indien aanwezig)
- Coördinatie voedingszorg

### Psycholoog

- Motiverend werk
- Opmaak breder zorgplan
- Interventies op maat, afgestemd op het nodige herstel, zoals werken rond zelfbeeld; lichaamsbeeld, sociale isolatie...
- Eventuele behandeling van comorbiditeiten
- Adviseren andere teamleden rond o.a. motivationeel werk
- Ondersteuning familie en context

### Voordelen overleg met betrokken disciplines

- Geeft meer inzicht in de problematiek
- Vormt een steun tijdens je opvolgingstraject met de patiënt
- Gemeenschappelijke behandeldoelen:
  - Herstel tot gezond gewicht
  - Opbouwen evenwichtig eetpatroon
  - Versterken mentaal welzijn en veerkracht



Eetexpert vzw (2024). Behandeling eetstoornissen:  
flowchart huisarts. Leuven: Eetexpert vzw.

[Bijhorend stappenplan:](#)

Eetexpert vzw (2024). Stappenplan eetstoornissen voor de  
huisarts. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van  
Welzijn, Volksgezondheid en Gezin



**Vlaanderen**  
is zorgzaam en  
gezond samenleven