

Aanpak eetstoornissen bij +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.

- Maagdarmklachten
- 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.

- Jonge vrouw
- Familiale voorgeschiedenis van alcoholmisbruik, seksueel misbruik, of eetstoornis
- Gewichtsgefocusste context: fotomodellen, balletdansers, topsporters
- Voedingsgefocusste aandoening: diabetes type 1, IBS, LGBT+ identiteit

Maak onderscheid met **tijdelijke haperingen in eetvaardigheden**.

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? (overweeg 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)

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](#)
- [Boulimia Nervosa](#)
- [Eetbuistoornis](#)
- [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 ≥ 1 rode of ≥ 2 oranje (+ klinisch oordeel)**. Voor labotesten: bekijk ook de referentiewaarden van het geraadpleegde labo.

Criterium	Oranje	Rood
Gewichtsvariabelen		
Gewichtsverlies	Recent verlies van $\geq 0,5$ kg gedurende 2 opeenvolgende weken	Recent verlies van ≥ 1 kg gedurende 2 opeenvolgende weken
BMI	BMI 13-14.9	BMI < 13
Cardiovasculair		
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"> QTc 450-500 ms voor mannen, 470-500 ms voor vrouwen ZONDER andere ECG-afwijking of QT-verlengende medicatie Gebruik van medicijnen waarvan bekend is dat ze het QTc interval verlengen 	<ul style="list-style-type: none"> QTc > 450ms voor mannen, > 470ms voor vrouwen EN (ECG afwijkingen OF inname QT-verlengende medicatie) QTc > 500 ms ook zonder ECG afwijkingen
Spierkracht		
Spierfunctie	<u>SUSS</u> score 2	SUSS score 0/1
Handgreepkracht	Man < 38 kg, Vrouw < 23 kg (< p5)	Man < 30.5 kg, Vrouw < 17.5 kg (< p3)
Andere		
Lichaamstemp. (oor)	Lichaamstemperatuur < 36 °C	Lichaamstemperatuur < 35,5 °C
Bloedanalyse	<ul style="list-style-type: none"> Na < 135 mmol/l K < 3.0 mmol/l Transaminasen 2-3x normale range Glucose < 70 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> Na < 130 mmol/l K < 2.5 mmol/l Ca < 1.1 mmol/l Transaminasen > 3x normale range Glucose < 50 mg/dl Verhoogd creatinine (of ureum) Hemoglobine < 10 g/dl Hypofosfatemie (< 0.8 mmol/l) en dalend P Hypoalbuminemie Patiënten met diabetes: HbA1C > 10% Leukopenie: lymfocieten < 1000/mm³
Klinische situaties	Niet-levensbedreigende fysieke problemen	Levensbedreigende medische aandoening
Eet- en beweggedrag		
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	≥ 3 x/week	Dagelijks meerdere episodes
Beweging	> 1u/dag disfunctionele lichaamsbeweging	> 2u/dag disfunctionele lichaamsbeweging
Psychiatrisch risico en motivatie		
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>Beperkt risico: geen medisch of psychiatrisch risico</p> <p>Regelmatige check-up i.f.v. ernst en type patiënt en (eerstelijns) multidisciplinaire opvolging (bv. binnen zorgtraject (diagnose AN/BN/BED en <24j) of binnen (G)ELP-aanbod)</p> <ul style="list-style-type: none"> Belangrijke parameters om iemand frequent te zien: <ul style="list-style-type: none"> Snelle gewichtsdaling Jonge leeftijd Klachten die opvolging vragen Afwijkingen bij KO en TO Braken en/of laxeren en/of gebruik diuretica Ernstige comorbiditeiten Verminderde draagkracht patiënt/familie Opvolging bloedresultaten en zonodig medicamenteuze opstart/opvolging Bespreken ECG en zonodig aanpassen medicatiebeleid en fysieke inspanningen Opvolging botdensitometrie en zonodig medicamenteuze opstart/opvolging Opvolging dagelijkse structuur en draagkracht (ook van gezinsleden) Potentiële somatische complicaties op korte en lange(re) termijn
<p>Matig risico: niet-levensbedreigende fysieke problemen (<u>1 oranje</u>) psychiatrisch risico overschrijden draagkracht onvoldoende behandelresultaat</p> <p>Wekelijkse monitoring en inschakelen specialistische hulp (zorgtraject met diëtist en psycholoog/G-ELP; overweeg inschakelen MAST-team)</p>
<p>Ernstig risico: vanaf <u>1 rode</u> of <u>2 oranje</u> indicatoren</p>
<p>Urgente medische opname ter stabilisatie</p>
Psychische impact
<p>Impact van eetstoornissen</p> <ul style="list-style-type: none"> Verstoord lichaamsbeeld Vetfobie (bij AN) Gebrekkige emotieregulatie, stemmingsklachten Problemen in impulsregulatie
<p>Comorbiditeiten van eetstoornissen</p> <ul style="list-style-type: none"> Angst, depressie Zelfverwonding Suïcidaliteit Autismespectrumstoornis ...
<p>Gevolgen van ondervoeding</p> <ul style="list-style-type: none"> Starheid in denken Afgevlakt affect, depressieve symptomen Rituelen rond voeding

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

Opvolging algemeen

Aanmelding en screening

Anamnese en klinisch onderzoek

Inschatting ernst en indicatiestelling

Opvolging algemeen

Opvolging gewicht

Supplementen en medicatie

Zorgtraject

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

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

Berekening

- 1 percentiellijn lager dan de oorspronkelijke BMI-percentiellijn (p3, p10, p25, p50, p75, p90, p97)

Percentiellijn	BMI mannen	BMI vrouwen
p3	18	17,5
p10	19	18,5
p25	20	20
p50	22	21,5
p75	23,5	24
p90	26	27
p97	28,5	31

Noot: grenswaarden gebaseerd op de Vlaamse groeicurven 2004

- Bij bereiken van het MGG evalueren of menstruatie herstelt (bij vrouwen)
- Personen met overgewicht krijgen MGG op percentiellijn 75 (BMI 23-24)
- Bij personen met een normaal gewicht of ondergewicht voor de eetstoornis kan percentiellijn 25 (BMI 20) richtinggevend zijn
- Geef altijd een afgerond gewicht

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

- OG ligt op de oorspronkelijke individu-specifieke BMI
- Bij personen met overgewicht voor de eetstoornis ligt het OG opnieuw op BMI 23-24 (p75), net als het MGG
- Bij personen met ondergewicht voor de eetstoornis kan BMI 20 (p25) terug richtinggevend zijn
- Extra parameter bij vrouwen: Gewicht waarbij terug menstruatie optreedt (minstens 3 regelmatige menses, zonder gebruik hormonale anticonceptie)

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 30 à 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 (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
 - Psycholoog
 - Diëtist
 - (Kinesitherapeut of andere zorgprofessional rond beweging)

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

Start bij een diagnose AN, BN of BED (t.e.m. 23 jaar) 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](#) (8 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 of +23j? 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
- **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