

Stappenplan



Detectie en somatische opvolging van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk

Hoofdstuk 3. Detectie en diagnostiek

2024

Inhoudstafel

1	DETECTIE EN DIAGNOSTIEK	3
1.1	AANMELDING	3
1.2	VERKENNING VAN DE HULPVRAAG	5
1.3	SCREENING	6
1.3.1	SCREENINGSVRAGENLIJSTEN	7
1.3.2	AANVULLENDE ITEMS	7
1.4	MOTIVATIE	8
1.5	ANAMNESE	10
1.6	KLINISCH ONDERZOEK EN TECHNISCHE ONDERZOEKEN	12
1.6.1	METEN EN WEGEN	12
1.6.2	KLINISCH ONDERZOEK	16
1.6.3	TECHNISCHE ONDERZOEKEN	17
1.6.3.1	Bloedanalyses	17
1.6.3.2	Electrocardiogram	20
1.6.3.3	Botdensitometrie	20
1.7	DIFFERENTIAALDIAGNOSE	20
1.7.1	BIJ ONDERGEWICHT	20
1.7.2	BIJ OVERGEWICHT	22
1.7.3	BIJ BRAKEN	23
1.8	RISICO INSCHATTING EN URGENTIES	23

1 Detectie en diagnostiek

In dit deel wordt uitgebreid ingegaan op de (vroeg)detectie en het diagnostisch proces bij eetstoornissen in de huisartsenpraktijk. De structuur sluit aan bij de "[Infociche eetstoornissen in de huisartsenpraktijk](#)". Er is een "[Flowchart 10- tot 18 jarigen](#)" en een "[Flowchart volwassenen](#)".

Daarnaast is er ook de [INNOVATE](#) consultatiehandleiding voor de eerstelijns die handvatten biedt voor het gesprek.

1.1 Aanmelding

Kernwoorden

Invoegen

Signalen

Risicogroepen

[Download hier](#) de samenvattingsfiche

Een belangrijk startpunt is om **in te voegen** in het verhaal en leven van de persoon die voor je zit. Deze persoon komt niet noodzakelijk met een vraag rond eten of gewicht, ook als jij je daar als arts wel zorgen om maakt. Maak eerst contact met de persoon voor je het probleem verkent. Verken de initiële hulpvraag, en vraag dan of er ook vragen zijn over voeding, eetgedrag of gewicht. Dit kan een opening geven. Je kan ook expliciet (toestemming) vragen om het even over deze zaken te hebben en hierrond wat informatie te geven.

Niet elke patiënt die zich aanmeldt bij de huisarts kan of hoeft gescreend te worden op een eetstoornis. Tijdens de aanmelding en verkenning van de hulpvraag kan de arts echter oog hebben voor bepaalde signalen die uitnodigen tot screening. Het gaat hier over **eetstoornisgerelateerde aanmeldingsklachten** of bepaalde **signalen** tijdens het routineconsult. Ook is het zinvol om waakzaam te zijn bij bepaalde **risicogroepen**.

Patiënten met een eetstoornis melden zich doorgaans niet aan omwille van een eetprobleem (wegens gebrek aan probleembesef en ziekte-inzicht of vanuit schaamte [10]).

Aanmeldingsklachten betreffen vaak vage klachten, zoals vermoeidheid en duizeligheid, of verstoord welbevinden. Klachten die de arts kunnen alarmeren om te screenen op eetstoornissen zijn maagdarmklachten, menstruatieklachten en patiënten die vragen hebben over diëten en gewicht, zonder met overgewicht te kampen. Ook negatieve **reacties** naar aanleiding van een weegmoment, of opvallende **gewichtsveranderingen** zijn reden tot verdere screening.

Tabel 5. Mogelijke aanmeldingsklachten

Rechtstreekse klachten	Onrechtstreekse klachten
Klachten rond gewicht en/of groei: <ul style="list-style-type: none"> • te dik/ te dun • te klein/ te groot 	Vage klachten, o.a.: <ul style="list-style-type: none"> • maagdarmklachten • gynaecologische problemen • moeheid • hoofdpijn • duizeligheid
Klachten rond voeding en eetgedrag: <ul style="list-style-type: none"> • te veel/ te weinig • te frequent • te selectief • te snel/ te langzaam • braken 	Gedragmatige of psychologische problemen (verstoord welbevinden) <ul style="list-style-type: none"> • problemen op school/werk • moeilijkheden bij sportprestaties • depressieve stemming • concentratieproblemen • angst • gepest worden

Verder zijn er een aantal **risicogroepen**, die een hogere kans lopen op de ontwikkeling van een eetstoornis. Zeker bij vage aanmeldingsklachten kan kennis hierrond helpen om een oordeel te vormen rond wie verder gescreend moet worden.

Eetstoornissen komen het vaakst voor bij **jonge vrouwen (15-25 jaar)** met Westerse schoonheidsidealen. Ook vrouwen die afkomstig zijn uit een niet-Westerse cultuur en na migratie geconfronteerd worden met het slankheidsideaal lopen hierbij risico [3, 14]. Vrouwen zijn echter kwetsbaar in verschillende levensfasen die een sociale transitie (en vaak ook hormonale veranderingen) met zich meebrengen: puberteit, de zwangerschaps- en postpartum periode, menopauze, verandering in relationele status [36].

Personen die actief zijn in **domeinen waar veel nadruk gelegd wordt op uiterlijk en slankheid**, zoals de modellen- of balletwereld, hebben meer kans om een eetstoornis te ontwikkelen.

Diverse internationale studies [37, 38] tonen ook aan dat **topsporters** een iets hoger risico hebben om een eetprobleem te ontwikkelen in vergelijking met wie niet aan topsport doet. Dit blijkt voornamelijk het geval bij vrouwelijke elitesporters binnen bepaalde sporttakken zoals duursporten, esthetische sporten, sporten met gewichtscategorieën, enz.

Verder is er ook een verhoogd risico op eetstoornissen bij personen uit de **LGBTQ+ gemeenschap**, en personen met **emotionele problemen** zoals angststoornis of depressie;

persoonlijkheidskenmerken zoals rigiditeit en perfectionisme, en **ontwikkelingsstoornissen** zoals een [autismespectrumstoornis](#) [39, 36].

Er zijn ook een aantal **familiale risicofactoren**. Kinderen van moeders met een eetstoornis hebben vaker een verstoorde relatie met voeding en lopen meer risico om een eetstoornis [40] en andere emotionele problemen [41] te ontwikkelen. Ook depressie en **angststoornissen bij gezinsleden** vormen risicofactoren voor de ontwikkeling van een eetstoornis bij de patiënt [42]. Ouders met een psychiatrische problematiek kunnen minder sensitief zijn voor de voedings- en verzorgingssignalen van hun kind [43]. **Middelenmisbruik** (bijvoorbeeld alcohol) in het gezin wordt gekoppeld aan een verhoogd risico op boulimia nervosa [42] en eetbuien, wellicht vanuit gedeelde genetische componenten gekoppeld aan een gebrekkige impulscontrole [44]. Bij patiënten met alle types eetstoornissen komt ook vaker een verleden van **seksueel misbruik** naar voor [45, 46]. Seksueel misbruik kan het zelfbeeld en de lichaamsbeleving negatief beïnvloeden [42].

Verschillende studies tonen aan dat **diabetes type 1** een risicofactor is voor subklinische en klinische eetpathologie [47, 48]. De levensstijlaanpassingen die patiënten met diabetes moeten volgen zijn zeer strikt en brengen een sterke focus op voedsel en eetgedrag met zich mee. Tegelijk kunnen patiënten onvoldoende inname van insuline hanteren als middel om af te vallen. Dit kan zich uiten door een verhoogd Hb A1c. De combinatie van diabetes type 1 en een eetstoornis verhoogt het risico op ernstige complicaties sterk [49]. Strikte educatie en opvolging is hier dan ook zeer belangrijk.

Ook andere medische aandoeningen, zoals voedselallergieën, intoleranties, of maagdarmlaatsen, kunnen een verhoogde focus op voeding met zich meebrengen, restrictief eetgedrag, of angsten rond (mogelijke) negatieve gevolgen van voedsel [36].

1.2 Verkenning van de hulpvraag

Kernwoorden

ICE

Dagelijks functioneren

Concretiseren klachten

Eetstoornis bespreekbaar maken

De hulpvraag van de patiënt betekent niet automatisch het verlichten of verdwijnen van de aanmeldingsklacht. Deze laatste kan slechts het “entreekaartje” zijn, terwijl de echte hulpvraag met iets heel anders te maken heeft. In de praktijk blijkt ook dat de hulpvraag die de patiënt zelf formuleert, kan verschillen van de hulpvraag van de omgeving. Waarvoor wenst de patiënt hulp; waar heeft hij last van? Hoe moet deze hulp eruit zien? En wat wil hij

bereiken met de hulp? Hierbij probeert de arts dus zicht te krijgen op de ICE: ideeën (**Ideas**), bezorgdheden (**Concerns**) en verwachtingen van de patiënt (**Expectancies**).

Vervolgens wordt een brede verkenning uitgevoerd van het **dagelijks functioneren**. Wat gaat goed en wat gaat moeilijk in het dagelijkse leven? Dit zal later cruciale informatie geven bij het inschatten van de ernst van het probleem. Concreet inventariseren hoe de patiënt een doorsnee dag invult, geeft erg relevante informatie over sterktes en steunpunten enerzijds en uitdagingen en vaardigheidstekorten anderzijds. Bevraagde topics zijn dan leefomstandigheden, sociaal netwerk, dagactiviteit (studies, werk), dag-nachtstructuur en vrijetijdsbesteding. Zeker de aan- of afwezigheid van een sociaal netwerk (steunsysteem) speelt een belangrijke rol bij het inschatten van de draagkracht van de patiënt. Er wordt nagegaan of er vertrouwenspersonen zijn, hoe de band met de ouders is, hoe de eventuele partnerrelatie verloopt, enz.

Besteed ook aandacht aan het gebruik en de mogelijke impact van **sociale media**, omdat personen met een eetstoornis ook online steun kunnen zoeken, maar daar evengoed gevaarlijke inhoud kunnen vinden [50]. Meer info vind je [hier](#).

Na de verkenning van het dagelijks functioneren zal de hulpverlener overgaan tot de **concretisering van de klachten en problemen** die aanleiding waren tot aanmelding. Hierbij hoort eveneens een **terugblik op het verleden**: Wat zijn de huidige klachten (problemen)? Wanneer en hoe zijn deze volgens de patiënt ontstaan? Welke evolutie ziet de patiënt in de klachten? Zijn er al eerdere therapeutische trajecten geweest?

De **huisarts** is vaak het **eerste aanspreekpunt** voor problemen, een belangrijke vertrouwensfiguur voor de patiënt, en de hulpverlener die het best op de hoogte is van het welzijn en de evolutie van de patiënt. Wanneer de arts een eetstoornis vermoedt, is het voornaamste doel om het **probleem bespreekbaar te maken**. Dit kan meerdere consulten in beslag nemen. Pas als het probleem bespreekbaar is en de patiënt voldoende vertrouwen heeft in de arts, zijn stappen naar behandeling mogelijk [4].

1.3 Screening

Kernwoorden

SCOFF

ESP

Diabetes

Eetbuien

Compulsief bewegen

[Download hier](#) de samenvattingsfiche

1.3.1 Screeningsvragenlijsten

Een **screeningsvragenlijst** is nuttig bij vermoeden van een eetstoornis [51, 4, 5], bv. naar aanleiding van bepaalde aanmeldingsklachten of bij risicogroepen zoals hierboven beschreven. Speciaal ontwikkeld voor de eerstelijnspraktijk zijn de **ESP** [52] en de **SCOFF** [53]. Beide vragenlijsten zijn erg kort. Zij hebben hoge sensitiviteit (weinig valse negatieven), maar een beperkte specificiteit (veel valse positieven). Ze zijn dus in de eerste plaats geschikt **om een eetstoornis uit te sluiten**, niet om een diagnose te stellen. Bij minimum 2 positieve antwoorden op 1 van de vragenlijsten wordt aangeraden verder te onderzoeken op de mogelijke aanwezigheid van een eetstoornis. De kans op een eetstoornis ligt dan tussen 25% en 40% [53, 52]. De ESP wordt doorgaans als minder bedreigend ervaren dan de SCOFF voor gebruik in de eerstelijnspraktijk [5], maar de SCOFF is tot heden het meest onderzochte screeningsinstrument [20].

SCOFF (Sick, Control, One stone¹, Fat, Food)

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

ESP (Eating disorder Screen for Primary care)

- Ben je tevreden over jouw eetgewoonten? (wordt omgekeerd gescoord, nee=1)
- Eet je ooit wel eens in het geheim?
- Heeft jouw gewicht invloed op hoe je je voelt?
- Heb je nu last van een eetstoornis, of heb je dat in het verleden ooit gehad?

1.3.2 Aanvullende items

Bij **patiënten met diabetes** kan aanvullend gepeild worden of de patiënt zijn **aandoening gebruikt om af te vallen**. Zo kan de mSCOFF (modified SCOFF; Amercian Diabetes

Association, 2014) gebruikt worden. Hierbij wordt het laatste item van de SCOFF vervangen door (vrij vertaald) [54]:

- "Gebeurt het dat je minder insuline gebruikt dan je zou moeten"?

Er bestaat verder een specifieke screeningstool (**DEPS-R**) voor eetstoornissen voor jongeren met diabetes type 1 (Diabetes Eating Problems Survey – Revised [55]), waarvan een Nederlandse versie bestaat (Amsterdam UMC, zie [hier](#)) [56, 57]. Verder onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten (in Nederland) is lopende. Er is nog geen validering in een Belgische context.

De APA [20] raadt aan om de **SCOFF** **aan te vullen** met een item dat peilt naar de **Eetbuistoornis**; ze stellen hiervoor volgend item voor uit de Binge Eating Disorder Screener (BEDS-7):

- "Heeft u in de afgelopen 3 maanden perioden gehad van overmatig overeten (d.w.z. aanzienlijk meer eten dan wat de meeste mensen zouden eten in een vergelijkbare tijd)?",
- Een follow-up vraag kan toegevoegd worden om te peilen naar controleverlies: "Tijdens uw perioden van overmatig overeten, had u ooit het gevoel dat u geen controle had over uw eten (bv., niet in staat zijn om te stoppen met eten, zich gedwongen voelen om te eten, of steeds over en weer gaan voor meer voedsel)?"

De SCOFF is minder sensitief voor eetstoornissen bij mannen [20]. Gezien **compulsief bewegen** een meer prominente rol lijkt te hebben bij mannen met een eetstoornis [58], kan het ook zinvol zijn te peilen naar compulsief bewegen. Kenmerken zijn o.m. [59]

- zich gedwongen voelen om te bewegen
- angst/schuldgevoel als de beweging niet kan doorgaan
- interfereert met professioneel en/of sociaal leven
- blijven bewegen ondanks blessure of medische complicatie

1.4 Motivatie

Kernwoorden

Ambivalentie

Beperkt ziekte-inzicht

Motivatiekaders

In de beginfase kan het voor patiënten met een eetstoornis, zeker bij Anorexia Nervosa, erg onveilig voelen om 'symptoomgedrag' los te laten. Het geeft hen vaak al een tijd 'invulling' en 'houvast' om met moeilijke momenten om te gaan. Dit loslaten voelt nieuw en onbeschermd. Patiënten kunnen dus **ambivalent** staan ten opzichte van het loslaten van de eetstoornis. Verder is er doorgaans beperkt **ziekte-inzicht**, dit maakt deel uit van de stoornis.

Ook rond eetstoornissen leven heel wat **vooroordelen** (bv. een eetstoornis hebben is een keuze, iemand met een eetstoornis zoekt gewoon aandacht), waarbij de ernst van deze psychische aandoening wordt onderschat.

Bij het werken met personen met een eetstoornis botsen we vaak op de vraag 'hoe motiveren we deze persoon om gedrag of gewoontes te veranderen?' Maar eigenlijk komt het er vaak op neer om eerst te verkennen waarvoor iemand reeds gemotiveerd is, om vervolgens motivatieversterkend in te voegen. De [stadia van gedragsverandering](#) (verandering van gezondheidsgedrag verloopt in verschillende stadia), de [zelfdeterminatietheorie](#) (we hebben allemaal een nood aan autonomie, verbondenheid en competentie), en technieken uit [motiverende gespreksvoering](#) kunnen houvast bieden.

Kortom:

- Waar zit de patiënt in zijn veranderingscirkel?
- Werk stapsgewijs: eerst relatieopbouw, dan vastleggen veranderdoel, dan veranderwens, en dan actieplan (motiverende gespreksvoering)
- Vergroot motivatie via versterken van autonomie, verbondenheid en competentie (zelfdeterminatietheorie)

Het kan dus meerdere gesprekken duren voor je, na een positieve screening, kan starten met een anamnese. Voeg in bij het verhaal en het leven van de persoon, maak connectie met wie hij/zij is en wat hij/zij belangrijk vindt. Spreek de persoon aan als expert in zijn eigen leven, en probeer zicht te krijgen op waar de persoon mee bezig is, kijk breder dan het probleem en maak ook contact met facetten die goed gaan.

Enkele handvatten

- Stel open vragen (Bv. "Wat denk je van je groei en je gewicht?").
- Vraag toestemming: om over gewicht/eetgedrag te praten, om (bijkomende) informatie te geven.
- Luister eerst voor je advies geeft: Wat zijn de bezorgdheden van de patiënt, wat weet deze al over het probleem, welke stappen werden hierrond al gezet?
- Vat samen en koppel terug: vat in neutrale taal samen wat je gehoord hebt, bekrachtig wat goed gaat, benoem bezorgdheden/moeilijkheden.
- Geef advies op maat: vertrek van wat de persoon reeds doet.
- Zoek samen naar volgende stappen en geef keuze.
- Zorg dat de stappen niet te groot zijn en dat ze betrekking hebben op

Meer info

Motivatiekaders - [tekst en uitleg](#)

Motivatiekaders - [informatiefiche](#)

Stappenplan eetstoornissen voor de eerstelijns - [Negotiëren](#)

1.5 Anamnese

Kernwoorden

Gewicht

Zelfbeeld

Eetpatroon en ruimere leefstijl

Compensatiemechanismen

Fysieke klachten

Middelengebruik

Psychiatrisch risico

[Download hier](#) de samenvattingsfiche.

Na positieve screening, en/of bij (het vermoeden van) een eet-/gewichtprobleem worden systematisch de **kernsymptomen** van een eetstoornis geïnventariseerd [5, 60]:

- **Gewicht:** huidig gewicht (in verhouding tot lengte: BMI¹), gewichtsevolutie (denk aan gewichtsschommelingen, overgewicht in het verleden²)
noteer **minimum- en maximumgewicht tijdens de voorbije jaren**
- **Betekenis en beleving van eigen uiterlijk en gewicht:** overbezorgdheid, sterke preoccupatie, angst om dik te worden, ontkenning van magerheid
- **Leefstijl (thema's ALLES):**
 - **Afwisselend eten:** eetvaardigheden (genoeg, gevarieerd, gestructureerd, genieten), frequentie van maaltijden, selectief eten (vermijden van vetten en zoetigheden), voedingsrituelen, eetbuien of controleverlies tijdens het eten (en drinken), wordt er nog samen in groep gegeten (met familie of vrienden?), overschakeling naar vegetarische of veganistische eetgewoonten?, regelmatige vochtinname, overmatig (water) drinken (waterloading)
 - **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,...
- **Compenserende maatregelen** om het gewicht onder controle te houden: overmatig bewegen, zelf opgewekt braken, gebruik van laxeremiddelen, diuretica (plaspillen) afslankmiddelen, eetlustremmende medicatie (bv. stimulerende medicatie (bv. ADHD-medicatie) of bv. GLP-1-analoog zoals Ozempic®) en eetlustremmende drugs (bv. Cocaïne, XTC en speed)
- **Lichamelijke tekenen of klachten:** duizeligheid, syncopes, hartkloppingen, pijn op de borst, kortademigheid, gezwollen enkels, snel koud hebben/koud aanvoelen, vermoeidheid, fysieke zwakte, onregelmatige of uitblijvende menstruatie, tandbederf, hamsterwangen, infra-orbitale petechiën, gastro-intestinale klachten, groeiafwijkingen bij jongeren [14, 36]
Symptomen van dehydratatie en hypoglycemie (zweeten, beven, duizeligheid, verwardheid, droge mond, plots hevig hongergevoel [3]) moeten zeker bevraagd worden.
- **Middelen:**
 - Gebruik van alcohol en/of drugs
 - Medicatie: anticonceptie, nazicht op QT-verlengende medicatie (zie tabel)

¹ Bij kinderen en jongeren zijn er leeftijds- en geslachtsspecifieke BMI grenzen. Zie [hier](#).

² Sommige patiënten verglijden vanuit (ernstig) overgewicht in een gedragspatroon dat overeenkomt met Anorexia Nervosa (~atypische AN). Zij kunnen nog een normaal gewicht hebben bij aanmelding, maar recent zeer veel zijn afgevallen en soms ook biochemische of klinische afwijkingen hebben (zeker indien er purgeergedrag is).

- **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,...
- **Psychiatrisch risico**
depressieve klachten, (gebrek aan) hoop op beterschap, automutilatie, suïciderisico³

In het gesprek kunnen verschillende **signalen** aan bod komen die kunnen wijzen op de aanwezigheid van een eetstoornis. De [samenvattingsfiche](#) geeft een opsomming van deze signalen om ze gemakkelijker te kunnen herkennen tijdens de consultatie [61]. Patiënten hebben echter de neiging **klachten te verzwijgen** of minimaliseren. Het kan wenselijk zijn om hetero-anamnestiche informatie te verzamelen bij gezinsleden van de patiënt [5].

Het intakegesprek en eventuele aanvullende diagnostiek proberen een breed beeld van de patiënt te creëren voor correcte probleemschatting en advies. Gezien de verwevenheid van eet- en gewichtsproblemen op **lichamelijk en psychosociaal vlak**, is een ruime benadering wenselijk. Daarbij moet ook tijdig beoordeeld worden of het nodig is een beroep te doen op (informatie van) **andere disciplines/hulpverleners** dan de eigen discipline (bijv. psychologisch consult, voedingsadvies). Het is evenwel belangrijk om hierbij het ritme te volgen van de patiënt en niet overhaast verschillende disciplines in te schakelen om verlies van vertrouwen en afhaken te vermijden.

Belangrijke personen uit het **patiëntensysteem** kunnen bij het intakegesprek betrokken worden. Jongeren vanaf twaalf jaar bepalen mee of en wanneer **ouders/voogd/andere naaste** betrokken worden, als ze bekwaam zijn tot een redelijke beoordeling van hun belangen [62]. Patiënten met een partnerrelatie kunnen voorstellen om hun **partner** bij het intakegesprek te betrekken, maar kunnen ook opteren om dat net niet te doen [5].

1.6 Klinisch Onderzoek en technische onderzoeken

[Download hier](#) de samenvattingsfiche.

1.6.1 Meten en wegen

Kernwoorden

Gewicht

³ Voor een concreet stappenplan rond suïcidepreventie, zie [Domus Medica](#).

Lengte
BMI

Eetstoornissen kunnen gepaard gaan met ondergewicht, een normaal gewicht en met overgewicht of obesitas. **Normale gewichtsgrenzen** worden bepaald in functie van geslacht, leeftijd en lengte. Men gebruikt hierbij de *Body Mass Index*, met als streefdoel een BMI **tussen 20 en 25**. Deze regel geldt voor personen van **18 jaar en ouder**. Bij kinderen **tot 18** jaar hangt deze maat nog te sterk af van de lengte, daarom maakt men bij deze leeftijdsgroep gebruik van **groei- of BMI-curven** met indicaties in percentielen.

- De werkwijze rond gewichtsoptimalisatie bij kinderen vind je in het [Stappenplan basiskennis eetstoornissen en gewichtsproblemen bij kinderen](#).
- De groeicurven⁴ kan je [hier](#) downloaden.
- Om het Minimale Gezonde Gewicht en Optimaal Gewicht te berekenen, verwijzen we naar Deel 4 [Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.](#)

Tabel 6. BMI-Grenswaarden voor (extreem) ondergewicht, overgewicht en obesitas voor **jongens** van 2-18 jaar, Vlaamse groeicurven, 2004.

Leeftijd	Bovengrens extreem ondergewicht	Bovengrens ondergewicht	Ondergrens overgewicht	Ondergrens obesitas
2 jaar	13,73	15,14	18,04	19,67
3 jaar	13,33	14,72	17,66	19,36
4 jaar	12,98	14,37	17,38	19,20
5 jaar	12,72	14,12	17,30	19,31
6 jaar	12,53	13,98	17,40	19,71
7 jaar	12,46	13,98	17,73	20,47
8 jaar	12,50	14,11	18,33	21,72

⁴ Groeicurves kunnen weergegeven worden met percentielscores of met standaarddeviaties (SD). Dit is een term uit de statistiek, die aangeeft hoe groot de normale spreiding is rond het gemiddelde. Boven de gemiddelde curve liggen de curven +1, +2 en +2,5 SD, eronder liggen de curven -1, -2 en -2,5 SD. Een **gemiddelde BMI** is de BMI die precies samenvalt met de nullijn (of middelste lijn). Een **normale BMI** is een BMI die ligt tussen de groeicurven waarbij +2 en -2 staat. De score maakt direct duidelijk in hoeverre de BMI afwijkt van wat 'gewoon' of 'normaal' is. De Vlaamse BMI-curves voor jongeren werken (momenteel) met percentielscores.

Tabel 6. BMI-Grenswaarden voor (extreem) ondergewicht, overgewicht en obesitas voor **jongens** van 2-18 jaar, Vlaamse groeicurven, 2004.

Leeftijd	Bovengrens extreem ondergewicht	Bovengrens ondergewicht	Ondergrens overgewicht	Ondergrens obesitas
9 jaar	12,61	14,34	19,12	23,38
10 jaar	12,78	14,62	19,98	25,22
11 jaar	12,97	14,91	20,77	26,86
12 jaar	13,25	15,30	21,55	28,24
13 jaar	13,62	15,78	22,34	29,29
14 jaar	14,12	16,38	23,13	29,96
15 jaar	14,67	17,01	23,81	30,23
16 jaar	15,18	17,59	24,31	30,20
17 jaar	15,62	18,08	24,69	30,08
18 jaar	16	18,5	25	30

bron: Vlaamse groeicurven, 2004, VUB, Laboratorium Antropogenetica

Tabel 7. BMI-Grenswaarden voor (extreem) ondergewicht, overgewicht en obesitas voor **meisjes** van 2-18 jaar, Vlaamse groeicurven, 2004.

Leeftijd	Bovengrens extreem ondergewicht	Bovengrens ondergewicht	Ondergrens overgewicht	Ondergrens obesitas
2 jaar	13,63	14,91	17,42	18,79
3 jaar	13,33	14,60	17,17	18,61
4 jaar	13,02	14,31	17,01	18,59

Tabel 7. BMI-Grenswaarden voor (extreem) ondergewicht, overgewicht en obesitas voor **meisjes** van 2-18 jaar, Vlaamse groeicurven, 2004.

Leeftijd	Bovengrens extreem ondergewicht	Bovengrens ondergewicht	Ondergrens overgewicht	Ondergrens obesitas
5 jaar	12,72	14,05	17,00	18,82
6 jaar	12,43	13,85	17,17	19,37
7 jaar	12,31	13,84	17,62	20,35
8 jaar	12,37	14,04	18,36	21,67
9 jaar	12,49	14,32	19,16	23,02
10 jaar	12,63	14,61	19,91	24,20
11 jaar	12,85	14,98	20,66	25,19
12 jaar	13,21	15,46	21,42	26,05
13 jaar	13,69	16,06	22,18	26,79
14 jaar	14,29	16,74	22,95	27,49
15 jaar	14,92	17,42	23,68	28,20
16 jaar	15,45	17,96	24,28	28,84
17 jaar	15,80	18,31	24,71	29,43
18 jaar	16	18,5	25	30

bron: Vlaamse groeicurven, 2004, VUB, Laboratorium Antropogenetica

Praktijkadvies: de grenswaarden voor ondergewicht bij jongeren zijn lager dan bij volwassenen, gezien jongeren nog groeien. Bij grote kinderen, die dus eerder een 'volwassen' lengte hebben, kunnen deze een vertekend beeld geven van de ernst van het ondergewicht, en kan het dus zinvol zijn de grenswaarden voor volwassenen te nemen voor (ernstig) ondergewicht.

1.6.2 Klinisch Onderzoek

Kernwoorden

Bloeddruk
 Harttonen/hartslag
 Longauscultatie
 Abdominaal onderzoek
 Lichaamstemperatuur
 Evaluatie extremiteiten
 Spierzwakte
 Abdominaal onderzoek
 Huid, nagels, tanden, haar

Medische complicaties en het niveau van **medisch risico** moeten nagegaan worden.

Bij het **klinisch onderzoek** volstaat het meestal om de **bloeddruk** en **hartslag** te bepalen, abdomen te palperen en **hart** en **longen** te beluisteren [4, 5, 63]. Door hartslag zittend en rechtstaand te meten, kan nagegaan worden of er sprake is van bradycardie of van tachycardie na minimale inspanning, door een slechte hartconditie. Ook bloeddruk wordt best in beide posities gemeten. Ook **lichaamstemperatuur** kan toegevoegd worden aan het klinisch onderzoek, en het kan zinvol de **extremiteiten** te onderzoeken (verkleuringen, koude) en de **spierzwakte** te testen [5, 60, 64]. Tests voor spierzwakte zijn [64]:

- a) Neerhurken en terug rechtekomen zonder armen en handen te gebruiken
- b) Neerliggen en terug rechtekomen zonder armen en handen te gebruiken

Tijdens het lichamelijk onderzoek kan de arts **opmerkzaam zijn voor** uitdrogingsverschijnselen, cardiale symptomen, stofwisselingsymptomen, spijsverteringsproblemen, infra-orbitale petechiën, hamsterwangen (door het braken: zwelling speekselklieren en uitzakking van de huid), problemen met huid, nagels, haar, en tanden.

Kijk zeker of er lanugobeharing (donshaartjes op het lichaam) aanwezig is.

Maak altijd een inschatting van het psychiatrisch risico (zelfverwonding (vaak op voorarmen en bovenbenen) en suïcidaliteit). Zelfverwondend gedrag⁵ is vaak een act ter emotieregulatie, dus het is belangrijk om hier de nodige aandacht en zorg aan te besteden. Hoewel er bij zelfverwondend gedrag geen intentie is om zichzelf te doden, vormt de aanwezigheid van zelfverwondend gedrag bij een persoon wel een risicofactor voor (toekomstige) suïcidale gedachten en gedragingen⁶. Bij de risico-inschatting is het belangrijk te weten dan een derde van de overlijdens bij eetstoornissen te wijten is aan **suïcide** [60].

1.6.3 Technische onderzoeken

1.6.3.1 Bloedanalyses

Bloedanalyses⁷ zijn bedoeld om metabole **complicaties** en **onderliggende aandoeningen** uit te sluiten [4].

1.6.3.1.1 Minstens één keer bepalen

In de eerstelijns wordt volgend laboratoriumonderzoek aanbevolen (minstens 1 keer [5]):

Hemoglobine, leukocyten, natrium, kalium⁸, bicarbonaat, chloride, ureum, creatinine, aspartaat amino transferase (AST/GOT), alanine amino transferase (ALT/GPT), albumine en glucose [4, 17]. Een urineonderzoek wordt ook aanbevolen (dipstick) [5, 60, 65]. Zowel in de eerstelijns als in de gespecialiseerde zorg kunnen volgende tests toegevoegd worden: Trombocyten, fosfaat, magnesium, sedimentatie, thyroïd stimulerend hormoon (TSH) [4] en insuline-achtige groeifactor-1 (IGF-1) (verstoord bij vasten, geeft informatie of ondervoeding al geruime tijd bezig is) [5, 66].

⁵ <https://www.opgroeien.be/kennis/themas/zelfverwonding/wat-zelfverwonding>

⁶ Zie onder meer [onderzoek van Glenn Kiekens](#)

⁷ Domus Medica ontwikkelde een richtlijn rond laboratoriumtests door huisartsen [108]. De richtlijn bevat ook informatie rond de procedure voor correcte bloedafname. De richtlijn vind je [hier](#) (na login)

⁸ Kaliumgehalte in het bloedserum is gevoelig voor hemolyse. Bij hemolyse zullen de bloedbestanddelen die zich in de erythrocyten bevinden in het plasma/serum terecht komen. Kalium bevindt zich in hoge concentratie in de erythrocyten. Bij het vrijkomen van dit intracellulaire kalium zal de concentratie in het serum dus foutief te hoog worden gemeten. Verder kan het serum kaliumgehalte normaal zijn, terwijl het totale kaliumgehalte in het lichaam toch te laag is. Ook bij een normaal kaliumgehalte in het bloedserum is het dus belangrijk klinische verschijnselen na te gaan. Voor richtlijnen rond afname kalium, zie bovenstaande richtlijn van Domus Medica, p. S3

Deze testen geven voldoende **informatie over de meest voorkomende stoornissen**, zoals dehydratatie, anemie, leukopenieën, verlies van mineralen en elektrolyten, nierfunctie- en leverfunctiestoornissen [14]. Ze laten ook toe onderscheid te maken met de **voornaamste andere oorzaken van ondergewicht**, zoals inflammatie, infecties, tumoren en leukemie. Aanvullende onderzoeken en bepalingen zijn enkel nodig als daar indicatie voor is [4].

Tabel 8. Basis bloedonderzoeken in de eerste lijn [4, 60, 18]

	Eetstoornisrisico	Differentiaaldiagnose
Hematologie		
Hemoglobine Leukocyten Trombocyten ¹	Anemie en leukopenie bij ondervoeding	Onderliggende bloedziekte, vit. B ₁₂ -tekort
Elektrolyten		
Natrium & kalium Bicarbonaat & Chloride Fosfaat ¹ & magnesium ¹	Verstoord bij purgeren, en bij refeeding syndrome	Ziekte van Addison (Na↓,K↑)
Eiwitten		
GPT (ALT) & GOT (AST)	Verhoogd (tot x2) bij ondervoeding	>x2: onderliggende leverinsufficiëntie, ratio geeft indicatie voor diagnose
Albumine Creatinine ² , ureum BSE ¹	Voedingstoestand Ondervoeding, dehydratatie	Nierinsufficiëntie Infectiezieken auto-immuunziekten
Koolhydraten		
Glucose	Hypoglycemie bij ondervoeding Hyperglycemie bij te beperkte insuline bij type 1 diabetes [63, 16]	
Hormonen		
TSH ¹	Geen eetstoornis-specifiek risico	Hyperthyreoïdie
IGF-1 ¹	Laag bij vasten	

Noot: ¹extra in 2^{de} lijn. ²Bij de interpretatie van creatinine moet rekening gehouden worden met het gewicht/de spiermassa [65].

Aandachtspunt

Eetstoornissen komen vaker voor bij Diabetes type 1. Patiënten met insuline-afhankelijke diabetes misbruiken hun insuline-afhankelijkheid soms om af te vallen. Een verhoogd HbA1c kan hierdoor soms optreden. Een hyperglycemie kan dan wijzen op het onvoldoende doseren of uitstellen van insuline [16].

Eenmaal er **biochemische afwijkingen** vastgesteld worden, moeten deze verder opgevolgd worden [67]. Ook bij **toenemend gewichtsverlies** of als de patiënt op korte tijd **sterk bijkomt** (bijvoorbeeld meer dan 0,5 kg per week) is een **nieuwe bloedname** nodig om complicaties door hervoeden uit te sluiten (refeeding syndrome).

1.6.3.1.2 Aanvullend

Extra bloedonderzoeken⁹ bij patiënten die sterke symptomen hebben [65]:

- Calcium [17, 65]
- Ijzer [5, 65]
- Bij vermoeden parotitis: amylase
- Bij vermoeden pancreatitis, nierziekten: lipase
- 24-uurs urine in kader van creatinine [65]
- Bij vermoeden gastro-intestinale bloedingen: analyse stoelgang [65]
- Bij vermoeden misbruik van laxeermiddelen: testen op bisacodyl, extracten van sennapreparaten zoals rheïne, emodine, sennosiden (via urine- of stoelgangonderzoek) [65]
- Geslachtshormonen bij aanhoudende amenorroe ondanks normaal gewicht [65], testosteron bij jongens of mannen met ondervoeding [36]
- Toxicologisch onderzoek bij patiënten met vermoeden van middelenmisbruik (in het bijzonder AN eetbuien-purgerende type en BN [65])

Nuttige testen in de *differentiaaldiagnose* van amenorroe en gewichtsverlies zijn schildklierfunctietesten, de bepaling van follikelstimulerend hormoon (FSH), luteïniserend hormoon (LH), prolactine en een thoraxfoto [5].

⁹ Deze onderzoeken kunnen door de huisarts worden aangevraagd, of door/in samenwerking met de tweede lijn.

1.6.3.2 Electrocardiogram

Een ECG is geïndiceerd bij patiënten met ondervoeding (BMI < 15) [64], purgeren [67, 3, 17, 64], of bij gebruik van QT-verlengende medicatie. Andere indicaties zijn een ernstige verstoring van de elektrolyten of een onregelmatige of trage hartslag (<50 slagen/min.) [4, 17]. Meestal worden enkel in ernstige gevallen (extreem ondergewicht/purgeergedrag) duidelijke afwijkingen gevonden, en bij 'refeeding syndrome'. Na hervoeden treedt een normalisatie van de QT-tijd en de QT-tijd dispersie op [3].

1.6.3.3 Botdensitometrie

Een botdensiteitsscan wordt aangeraden vanaf een ondergewicht dat 6 à 12 maanden bestaat of bij (secundaire) amenorroe die 6 maanden bestaat¹⁰ [14, 68, 17, 69, 23]. De huisarts heeft hiervoor een motiverende en een doorverwijsfunctie [5]. Bij onvoldoende herstel of bij afwijkende waarden van een botscaan wordt dit onderzoek herhaald na 12 maanden.

Een EEG wordt niet routinematig aanbevolen in het kader van eetstoornisdiagnostiek [4, 17].

1.7 Differentiaaldiagnose

[Download hier](#) de samenvattingsfiche.

1.7.1 Bij ondergewicht

Het klinisch onderzoek is ook van belang om andere lichamelijke oorzaken van ondergewicht uit te sluiten [4, 51]. Naast de **lichamelijke symptomen** is de **psychologische component** heel belangrijk in de differentiaaldiagnose. Bij de lichamelijke oorzaken van ondergewicht is er geen **bewuste wens om af te vallen**, en is er geen **verstoord lichaamsbeeld**. Het is echter belangrijk te weten dat sommige patiënten met Anorexia Nervosa ontkennen of minimaliseren dat ze willen afvallen. Ook zijn er patiënten die effectief aangeven niet te willen afvallen, maar zo bang zijn om bij te komen dat ze toch gedrag stellen waardoor ze blijven afvallen [63].

¹⁰ Het kan ook gaan om primaire amenorroe, of om situaties waarbij de arts geen zicht heeft op de normale menstruatie door het gebruik van hormonale anticonceptie.

Tabel 9. Differentiaaldiagnose bij ondergewicht [4, 63]

Aandoening	Kenmerken	Verskil met ES
Hyperthyreoïdie	Verhoogde stofwisseling Snelle hartslag Hoge bloeddruk Warme huid, transpiratie	Vertraagde stofwisseling Trage hartslag Lage bloeddruk Koud aanvoelen
Infectieziekten en aids	Hogere lichaamstemperatuur	Lagere lichaamstemperatuur
Tumoren en leukemie	Verhoogde stofwisseling	Vertraagde stofwisseling
Achalasie (zwellingslokdarm)	Verminderde peristaltiek Belemmering doorgang naar maag Pijn en beklemd gevoel	
Coeliakie (glutenovergevoeligheid)	Gewichtsverlies Vermoeidheid Diarree en buikklachten	
IBD (Ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa)	Gewichtsverlies Vermoeidheid Diarree en spijsverteringsproblemen	
Chronische pancreatitis	Gewichtsverlies Darmklachten Spijsverteringsproblemen	
Andere psychiatrische klachten (bv. depressie, angststoornis) zonder comorbide eetstoornis	Gewichtsverlies Verminderde eetlust Selectief eetgedrag	Bewuste wens om af te vallen (bij AN; niet aanwezig bij ARFID)

Noot. IBD = irritable bowel syndrome of prikkelbare darmsyndroom

Verminderde **eetlust** kan ook een symptoom van **depressie** zijn, en kan dan zelfs gepaard gaan met aanzienlijke vermagering [70]. Ook **angststoornissen** kunnen gepaard gaan met gewichtsverlies, als spanningsverschijnsel, of in het kader van bepaalde obsessies, fobieën (bv. slikfobie, braakfobie) of vermijdingsgedrag (bv. angst om in gezelschap te eten) [71, 72]. Anderzijds kampen personen met een eetstoornis ook vaak met depressieve en angstklachten [3]. Verder horen ook **psychose, druggebruik en somatisatiestoornis** tot de psychiatrische differentiaaldiagnose [51, 5].

Aandachtspunt

Uithongering lokt ook bepaalde psychische symptomen uit, die verdwijnen wanneer de voedingstoestand hersteld wordt. Voorbeelden zijn lusteloosheid en obsessief bezig zijn met eten. Dit maakt gewichtsherstel prioritair op de behandeling van psychische symptomen. Uithongering kan ook cognitieve problemen, zoals concentratieverlies, veroorzaken [14].

1.7.2 Bij overgewicht

Overgewicht en obesitas worden in sommige gevallen (mede) veroorzaakt door een **genetisch syndroom** of een **somatische aandoening**. Hoewel slechts een zeer klein aandeel van de mensen met obesitas een genetische aandoening heeft, is het toch belangrijk om deze oorzaken na te gaan. Zeker wanneer de eetgewoonten vrij normaal zijn en er specifieke bijkomende symptomen aanwezig zijn, dient men interne aandoeningen in overweging te nemen. Om na te gaan wat de oorzaak is van het overgewicht en of er al sprake is van een weerslag op de **lichamelijke conditie**, is het belangrijk een **bloeddrukmeting**, algemene **inspectie van de huid**, **hart- en longauscultatie** en **palpatie van de schildklier** uit te voeren [35].

Enkele zeldzame **genetische syndromen** die gepaard gaan met overgewicht zijn Prader Willi syndroom, Bardet Biedl syndroom en Beckwith-Wiedemann syndroom. Deze syndromen gaan gepaard met ontwikkelingsstoornissen, verstandelijke handicap (al dan niet ernstig), dysmorfie, gehoor- en visusproblemen, enz. [73].

Een aantal **hormonale problemen** veroorzaken ook gewichtstoename. Tekort aan groeihormoon, tekort aan schildklierhormoon (hypothyreoïdie) en een te hoge cortisolproductie door de bijnier of vanuit de hypofyse (syndroom van Cushing) veroorzaken een verminderd energieverbruik wat gepaard kan gaan met de ontwikkeling van overgewicht/obesitas [74]. Advies van een endocrinoloog of geneticus is aangewezen bij (vermoeden van) een van deze oorzaken.

Verder is er ook heel wat **medicatie** die overgewicht kan veroorzaken.

Medicatie die kan leiden tot gewichtstoename zijn: corticosteroiden, antipsychotica, anti-migraine middelen, insuline, orale antidiabetica, antidepressiva, bètablokkers, anticonvulsiva en hormonale medicatie [75]. Een overzicht van medicatie geassocieerd met gewichtstoename vind je in deze [tabel](#) uit [Savas et al., 2019](#).

Ook een aantal **emotionele/psychiatrische problemen** kunnen gewichtstoename met zich meebrengen, zoals **depressie** en **angst** [70, 76, 77]. Nachtelijk eten kan voorkomen zonder dat er volledig ontwaken optreedt, waardoor men 's morgens geen of weinig herinnering meer heeft aan het nachtelijk gebeuren; het gaat wellicht om een **slaapstoornis** van het type slaapwandelen [78].

1.7.3 Bij braken

Braken kan ook wijzen op **keto-acidose** ten gevolge van **diabetes**. Het is belangrijk hier behoedzaam voor te zijn. Deze toestand is gevaarlijk en moet snel gecorrigeerd worden [79].

1.8 Risico inschatting en urgenties

Kernwoorden

Gewicht
Dehydratatie
Hartfunctie
Basaal metabolisme
Elektrolyten
Orgaanschade
Infectierisico

[Download hier](#) de samenvattingsfiche

Risico inschatting gebeurt meestal niet op basis van één criterium (tenzij bij levensbedreigende alarmsignalen), maar op basis van de **evolutie** van en de **link** tussen een **aantal criteria**. Er bestaan verschillende tabellen met criteria voor (psychiatrische/medische) opname die onderling lichte verschillen kennen. De **belangrijkste kenmerken** die aan bod komen hebben betrekking op **gewicht** (BMI, ernst en snelheid van gewichtsverlies), **dehydratatie** (bewustzijnsverlies), verminderde **hartfunctie** (hartritmestoornissen), te sterke vertraging van basaal **metabolisme** (lage hartslag/bloeddruk, orthostatische hypotensie, hypothermie), verstoringen in **elektrolyten** (hypokaliëmie, hyponatriëmie), **risico op hersenen en orgaanschade** (hypoglycemie, nierinsufficiëntie) en **infectierisico** (leukopenie, neutropenie). De precieze grenswaarden vertonen soms lichte verschillen, ook omdat niet steeds het onderscheid gemaakt wordt tussen psychiatrische en somatische opname.

Recent, in 2022, werd de MEED-richtlijn gepubliceerd [6]. In deze richtlijn worden verschillende bronnen met criteria vergeleken, en wordt een risico-inschatting voorgesteld die onderscheid maakt tussen matig risico op overlijden en ernstig risico op overlijden.

Hieronder worden deze criteria weergegeven, afgetoetst en aangepast aan de Belgische praktijk op basis van een expertgroep.

Tabel 10. Risicobeoordeling voor de beoordeling van dreigend levensgevaar [6]

Gebaseerd op "Medical Emergencies in Eating Disorders: Guidance on Recognition and Management" (CR233), Royal College of Psychiatrists (UK), 2022; referentiewaarden kunnen verschillen in een Belgische context.

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 de [MEED-richtlijnen](#) (Tabel 2 p. 37) 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](#)¹. Bekijk ook de referentiewaarden van het geraadpleegde labo [63].

	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 ² 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 gewichtsschommelingen
BMI en gewicht	Jonger dan 18 jaar: m%BMI <70% ³ Vanaf 18 jaar: BMI <13	Jonger dan 18 jaar: m%BMI 70-80% Vanaf 18 jaar: BMI 13-14.9	Jonger dan 18 jaar: m%BMI >80% ⁴ Vanaf 18 jaar: BMI >15
Hartslag (in rust)	<40	40-50	>50

	Rood: Hoog overlijdensrisico	Oranje: Grote bezorgdheid over overlijdensrisico	Groen: laag overlijdensrisico
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)⁵</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)
Handgreepkracht	Man <30,5kg, vrouw <17,5kg (3e percentiel)	Man <38kg, vrouw <23kg (5e percentiel)	Man >38kg, vrouw >23kg
Mid Upper Arm Circumference (MUAC)	<18cm (ong. BMI<13)	18-20cm (ong. BMI<15,5)	>18cm (ong. BMI>15,5)

	Rood: Hoog overlijdensrisico	Oranje: Grote bezorgdheid over overlijdensrisico	Groen: laag overlijdensrisico
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
ECG	<p><18 jaar: QTc >460ms (meisjes), QTc>450ms (jongens) MET elke andere significante ECG-afwijking</p> <p>Vanaf 18j⁶: 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 18j⁶: 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 18j⁶: QTc <470ms (vrouwen), <450ms (mannen)</p>

	Rood: Hoog overlijdensrisico	Oranje: Grote bezorgdheid over overlijdensrisico	Groen: laag overlijdensrisico
Laboratoriumonderzoeken en bloedbeeld ^{7,8}	<p>Hypofosfatemie⁹ (<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>Hyponatriëmie⁹ (130 mmol/L)</p> <p>Hypocalciëmie⁹ (<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>	
Laboratoriumonderzoeken en bloedbeeld ^{7,8}	<p>Leukopenie⁹ (<18j: neutrofielen < 1000/mm⁴; +18j: lymfocyten <1000/mm⁴)</p> <p>Hemoglobine <10g/L</p>		

	Rood: Hoog overlijdensrisico	Oranje: Grote bezorgdheid over overlijdensrisico	Groen: laag overlijdensrisico
Verstoord eetgedrag¹⁰	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, zelfmoordgedachten met matig tot hoog risico op zelfdoding	Snij- of soortgelijk gedrag, zelfmoordgedachten met laag risico op zelfdoding	

Noot. ¹MEED verwijst naar deze referentiewaarden. Deze zijn ook bruikbaar in een Belgische context volgens de expertgroep, de meeteenheden kunnen wel verschillen; ²Patiënten die afvallen bij een hogere BMI moeten worden beoordeeld op andere tekenen van medische instabiliteit en strategieën voor gewichtsverlies om het risico te bepalen; ³m%BMI is ook bekend als gewicht-voor-lengte percentage. ⁴Merk op dat dit geen gezond gewicht is, maar eerder een gewicht waarboven andere parameters in dit risicokader het risico beter kunnen weergeven. ⁵Er is geen onderzoek gedaan naar een spierfunctietest bij patiënten <18 jaar. ⁶Gewijzigd t.o.v. MEED; op basis van (wetenschappelijk onderbouwde) expertinput cardiologie UZ Leuven. ⁷Raadpleeg de referentiewaarden van het geraadpleegde labo. ⁸Waarden voor oranje kolom toegevoegd t.o.v. MEED; waarden voor glucose in mg/dl gegeven conform werkwijze in België. ⁹Specifieke waarde toegevoegd t.o.v. MEED. ¹⁰Inconsistentie 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.

Aandachtspunten

*De referentiewaarden kunnen verschillen tussen labo's. Elke abnormaliteit is een reden voor alertheid en moet verder gemonitord worden [64].

*Ook wanneer misbruik van purgeermiddelen zodanig is dat er sprake is van een verslavingsproblematiek of ernstige ontwenningverschijnselen, kan opname nodig zijn [18].

De behandeling van een eetstoornis is *multidisciplinair* (medische opvolging, voedingsbegeleiding, bewegingsbegeleiding en psychotherapie). Bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen met anorexia nervosa is het belangrijk om het gezin in de behandeling te betrekken, en patiënten met eetbuien hebben baat bij cognitief-gedragstherapeutische technieken. Bij volwassenen kan het nuttig zijn om ook de partner te betrekken.

Ambulante begeleiding heeft de **voorkeur** op residentiële begeleiding, indien de medische en psychosociale situatie van de patiënt dit toelaat [5, 3]. Matig risico volgens de tabel hierboven kan een indicatie zijn voor psychiatrische opname, ernstig risico voor somatische opname.

Hulpmiddel

Om hulpverleners (psychologen, psychiaters, diëtisten, bewegingsdeskundigen, kinesitherapeuten, eetstoornisklinieken) te vinden in de omgeving van de patiënt, klik [hier](#).

Centraal staat herstel van een gezond **gewicht** en een evenwichtig **eetpatroon**. Wanneer een eetstoornis niet gepaard gaat met complicaties, is een specifieke *medisch interventie* niet of zelden noodzakelijk. Bij herstel van de eetstoornis zullen de meeste lichamelijke verschijnselen namelijk weer verdwijnen [80, 68]. Wel moeten een aantal **risico's gemonitord** worden, zoals uitdrogingsverschijnselen en hypoglycemie, maar ook **langetermijnevolgen** zoals osteoporose. Ernstig **ondergewicht** (al dan niet in combinatie met excessief bewegen), snelle gewichtsval, **eetbuien** en ongezond **compensatiegedrag** (bv. braken of het gebruik van laxeremiddelen) vormen medische risico's en dienen **zo snel mogelijk aangepakt** te worden [5, 4, 51]. Patiënten met een eetbuistoornis kunnen medische opvolging nodig hebben voor obesitasgerelateerde complicaties [68]. In de eerste weken van herstel is ook aandacht voor het risico op **hervoedingssyndroom**.

De huisarts kan een **coördinerende rol** opnemen. In elk behandelplan is het belangrijk om af te spreken wie de verantwoordelijkheid neemt voor de fysieke opvolging en op welke manier medische risico's aangepakt zullen worden. Dit vereist effectieve communicatie tussen eerstelijns en gespecialiseerde zorg [69]. De huisarts kan (het risico op) medische **complicaties opvolgen** (hartritmestoornissen, osteoporose, elektrolytenstoornissen) en de noodzaak voor hospitalisatie helpen bepalen [18]. Indien de patiënt (nog) niet bereid is tot een multidisciplinaire behandeling, kan de huisarts reeds in overleg met een collega arts-specialist in eetstoornissen concrete **afspraken** maken rond gewicht, voedselinname en compensatiegedrag, en fysieke toestand [18]. Via **psycho-educatie** (zie [hier infofiche](#)) en **motiverende gespreksvoering** (zie e-learning Eetexpert) kan gewerkt worden aan probleembewustzijn.

Met behulp van de risicotaxatie kan de arts een inschatting maken van de nodige zorgintensiteit.

- ➔ Bij patiënten met een **beperkt (medisch/psychiatrisch) risico** worden regelmatige check-ups gepland, in combinatie met eerstelijns multidisciplinaire opvolging.
- ➔ Bij patiënten met een **matig risico** wordt wekelijkse monitoring aangeraden, met inschakeling van gespecialiseerde hulp, en overweging van psychiatrische opname.
- ➔ Bij **ernstig risico** is urgente medische opname ter stabilisatie nodig.

In deel 4 worden de elementen van de behandeling en opvolging door de arts toegelicht, en de plaats in het ruimere zorgtraject.