

Aanpak van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk in de nieuwe conventie ES



An Vandeputte, coördinator Eetexpert
Maura Sisk, huisarts Stuvo KU Leuven

Drie casussen

CASUS 1: Fien, 14 jaar

- Aanmelding
 - Ouders zijn ongerust want Fien eet minder dan vroeger...
- Verkenning hulpvraag
 - Recent is Fien veranderd van school
 - Tijdens de turnles kleden de meisjes zich om in een gemeenschappelijke kleedruimte. Er is veel focus op uiterlijk. Ook Fien is recent veel bezig met haar uiterlijk.
 - Fien eet graag en geniet van zondagse ontbijten, maar sinds haar overgang naar nieuwe school zijn haar porties plots minimaal
 - Ze voelt zich doorgaans gelukkig, maar haar buikje mag wat platter...



CASUS 2: Lotte, 21 jaar

- Aanmelding
 - Vermoeidheid en ongelukkig voelen
- Verkenning hulpvraag
 - Sinds 1 jaar eetbuien met controleverlies
 - Braakt dagelijks, voelt zich slecht, vies, ongelukkig
 - Sporten gaat minder goed dan voorheen
 - Depressieve stemming
 - Slaapt minder goed
 - Ouders op de hoogte en ondersteunend



Casus 3: Sarah, 20 jaar

- Aanmelding
 - 4 jaar geleden opname wegens AN
 - Sport heel graag (tot 15 jaar atletiek in competitie): lukt niet meer
 - Gewicht is laag, voelt zich mentaal en fysisch slecht en beseft dat het zo niet verder kan....
- Verkenning hulpvraag
 - Zegt dat ze normale maaltijden neemt (zoals aangeleerd in opname en opgevolgd door diëtiste)
 - Weegt zich nooit, zou zich dan dik en slecht voelen (verstoord zelfbeeld)
 - Passieve doodsgedachten (ze is moe...)
 - Gezin en enkele vrienden zijn op de hoogte





Vanaf 1 februari 2024

Gratis zorg voor jongeren **tot en met 23 jaar**
met **Eetstoornissen**

!!Centrale rol voor de Huisarts!!

Aanbod zorgtraject Eetstoornissen

- Voor **eetstoornissen** (Eetstoornisconventie + ELP conventie) (Lotte en Sarah)
 - Huisarts (extra nomenclatuur voor diagnose + opvolging traject)
 - Gespecialiseerde ELP (20 gratis sessies)
 - Gespecialiseerde diëtiste (15 gratis sessies)
 - Ondersteuning door Gespecialiseerd Supportteam (1 MAST-Team per provincie)
- Voor **eetproblemen** (ELP Conventie) (Fien)
 - Basis-ELP (10 sessies gratis)
 - Huisarts

Taken huisarts zorgtraject Eetstoornissen

- Inschatten **inclusiecriteria** door de behandelende (huis)arts
- Opstellen **behandelplan (sjabloon beschikbaar RIZIV-site)** + Opstart multidisciplinair ambulant team (zie www.eetexpert.be)
- Zorgcoördinatie
- **Opvolging** behandelplan + 2 MDO + Evaluatie



Inclusiecriteria zorgtraject Eetstoornissen binnen Eetstoornisconventie

- **Diagnose!**
Anorexia Nervosa (**Sarah**), Bouleimia Nervosa (**Lotte**) en Binge Eating Disorder
- **Leeftijd!**
Patiënt is max. 23 jaar
- Patiënt is **niet opgenomen** in een residentiële setting

Opvolging zorgtraject Eetstoornissen

- Opvolging via **multidisciplinaire samenwerking**: huisarts +gesp psy + gesp dietist
- 2x/jaar **Multidisciplinair overleg** (opstellen en evaluatie behandelplan)
- **Ondersteuning** wordt voorzien door **MAST-GGKJ** (Multidisciplinair Ambulant SupportTeam – Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Kinderen en Jongeren)

→ Forfaitair honorarium voor behandelende arts 1 keer per 12 maanden

Nomenclatuur arts 401295: 100 euro (Deelname andere zorgverleners aan overleg,

Nomenclatuur 401310: 21,2 euro)

Eetexpert helpt je...

- Vlaams expertisecentrum eten en gewichtsproblemen
- Partnerorganisatie van de Vlaamse overheid
- Brug tussen richtlijnen en jouw praktijk
- Praktijkondersteuning bij ontwikkelend eetgedrag en eten en gewichtsproblemen

www.eetexpert.be

'info-per-setting'

'in-de-zorg'

'Huisarts'

→ <https://eetexpert.be/info-per-setting/in-de-zorg/huisarts/>

In de zorg



Diëtist



Psycholoog & Orthopedagoog



Huisarts



Psychiater



Eerstelijnswerker

CLB

CLB medewerker



Verpleegkundige



Kinderarts

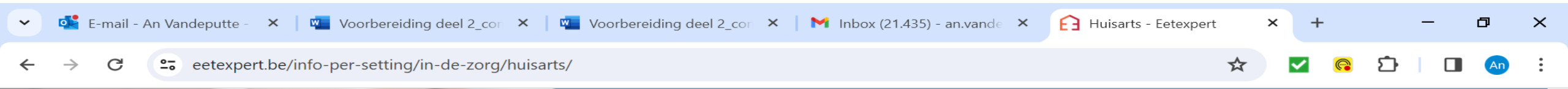


Kinesist



Mobiele crisisteams

Eetstoornissen in de Huisartspraktijk



[Home](#) > [Info per setting](#) > [In de zorg](#) > Huisarts

pagina opslaan in profiel pagina printen

Inhoud van deze pagina

[Eetproblemen, eetstoornissen en gewichtsproblemen in de huisartsenpraktijk](#)

[Basiskennis](#)

[Preventie van eetproblemen en gewichtsproblemen](#)

[Vroegdetectie en vroeginterventie](#) ▾

[Medische opvolging](#) ▾

[Materialen](#)

[Vraag en antwoord](#)

[Vormingen](#)

[Hulplijn](#) ▾

Eetproblemen, eetstoornissen en gewichtsproblemen in de huisartsenpraktijk

Als huisarts ben je de **centrale zorgfiguur** voor je patiënt. Gezien je langdurige relatie met je patiënt, ben je zowel de zorgverlener bij uitstek om signalen op te merken van eetproblemen of gewichtsproblemen, als de vertrouwenspersoon bij vragen rond eten en gewicht van patiënten. Je speelt dus een rol binnen preventie en vroegdetectie, maar je bent ook onmisbaar voor de **medische opvolging** tijdens de behandeling, en voor de opvolging en terugvalpreventie na een actieve behandelfase. De informatie op onze website is erop gericht om jou in deze verschillende rollen te ondersteunen.

Basiskennis

Alle basiskennis over eetproblemen, eetstoornissen en gewichtsproblemen kan je vinden in het stappenplan basiskennis eetstoornissen en gewichtsproblemen. Er is ook een stappenplan basiskennis specifiek bij kinderen. We bieden je een korte rondleiding aan met het filmpje [wegwijs op de website van](#)



Programma in vogelvlucht...

Begeleidingstraject (Flowchart!)

- Aanmelding en screening
- Inschatten motivatie
- Behandeltraject en Gedeelde Zorg
- Medische begeleiding
- Herstelproces

Aanpak eetstoornissen bij 10-18 jarigen Flowchart huisarts bij [Stappenplan](#)

Consultopbouw

Aanmelding en screening

- Invoegen 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 indicatstelling

Opvolging algemeen

Opvolging gewicht

Supplementen en medicatie

Zorgtraject

Begeleidingstraject ES:

1. Aanmelding en screening

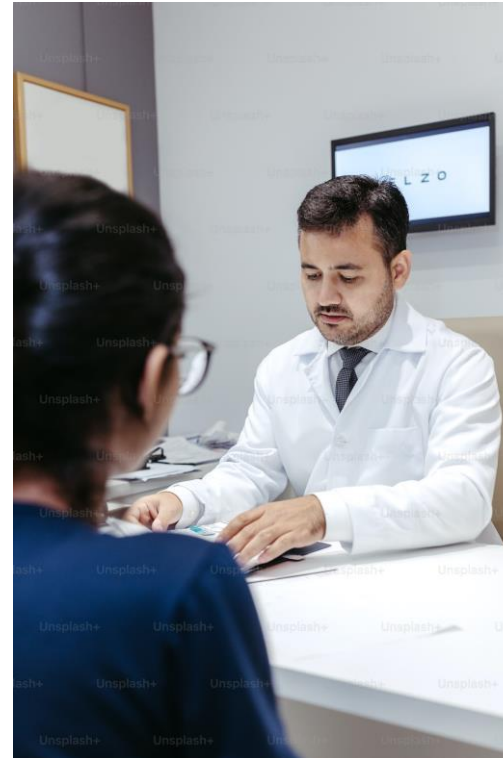
Een eetstoornis: hulpvraag? (on)zichtbaar?



Documentaire: “Emma wil leven”

Aanmelding bij de HA

- Hulpvraag = eetstoornis (Sarah)
- Hulpvraag \neq eetstoornis (Fien en Lotte)
 - Maagdarmklachten
 - Menstruatieklachten
 - Slaapstoornissen, psychosociale problematiek
 - ...
- Signalen tijdens routineconsult
 - Negatieve reacties op wegen
 - Opvallende gewichtsverandering
 - ...



Bevraag Leefstijl – 5 vragen : A.L.L.E.S

- **(1) Afwisselend eetgedrag → Eetcompetenties : de 4 G's**
 - *Geregeld : eetstructuur ?*
 - *Gevarieerd : Voedingsdriehoek ?*
 - *Gezellig : Niet krampachtig ?*
 - *Genoeg : Portiegrootte ?*
- **(2) Lang stilzitten en beweeggedrag (Leuk bewegen)**
 - *Dagelijkse beweging ?*
 - *Sedentair gedrag ? Zitten ?*
 - *Functie van het beweeggedrag ?*
 - *Barrières om te bewegen ?*
- **(3) Lichaamstevredenheid**
- **(4) Emotieregulatie**
- **(5) Slaapgedrag**



 **Afwisselend eten**

Afwisselend eten doe je met de **4 G's**:

1. **Gestructureerd**, op vaste momenten eten. Ontbijt, lunch, avondmaal en 2 tussendoortjes.
2. **Gevarieerd**, dus verschillende soorten voeding eten. Van het ene voedingsmiddel hebben we grotere porties nodig dan van het andere (meer info vind je in de [voedingsdriehoek](#)).
3. **Genietend** eten, op een ontspannen manier, aan tafel, en liefst samen. Zonder piekeren over wat en hoeveel we eten.
4. **Genoeg** eten zodat je zonder honger kan overbruggen tot de volgende maaltijd. Herken wanneer je honger hebt en wanneer je genoeg hebt.

 **Leuk bewegen**

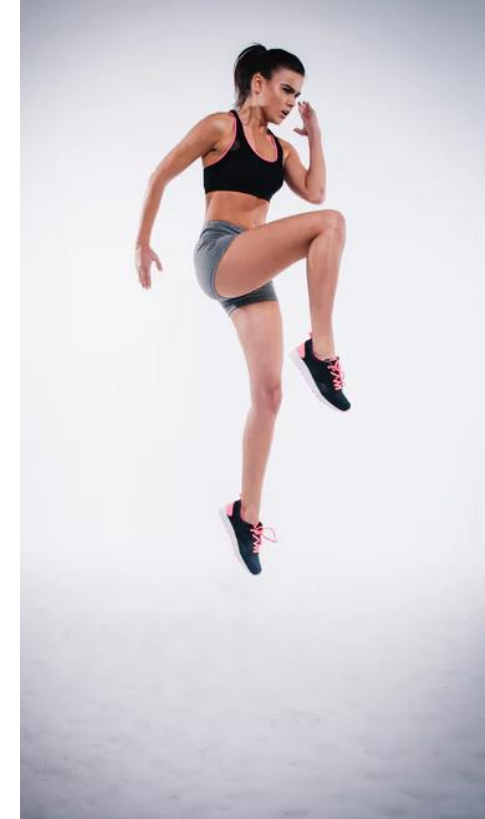
Leuk bewegen betekent niet te veel bewegen, niet te weinig bewegen, maar bewegen volgens **wat je lichaam goed doet**.

Bewegen kan **zowel in de sportclub als buiten de sportclub**. Zo kan je gaan joggen, yoga sessies volgen via YouTube, of met vrienden basketballen om de hoek.

Probeer te **bewegen tijdens je dagdagelijkse activiteiten**. Bv. met de fiets naar het werk of wandelen naar de winkel (meer info vind je in onze fiche [Leuk bewegen](#) en de [bewegingsdriehoek](#)).

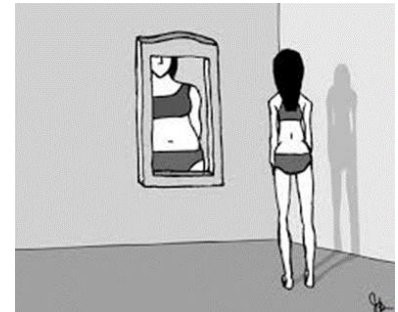
Vroegdetectiesignalen leefstijl

Voeding & eetgedrag	Beweeggedrag	Psychosociaal
<ul style="list-style-type: none"> • Overdreven bezig zijn met voeding • Te weinig eten • Te veel eten • Selectief eten 	<ul style="list-style-type: none"> • Overdreven veel bewegen/sporten • Bewegen of sporten als middel om lichaams- vorm of gewicht te veranderen 	<ul style="list-style-type: none"> • Lage zelfwaardering, gebrek aan zelfvertrouwen • Lichaamsbeeld • Faalangst, perfectionisme en prestatiedrang • Sociaal terugtrekken
↕	↕	↕
<ul style="list-style-type: none"> • Ontspannen houding • Afstemming op honger en verzadiging 	<ul style="list-style-type: none"> • Beweging vanuit plezier • Afstemming op lichamelijke noden en grenzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verschillende domeinen van zelfwaardering • Waardering voor diversiteit en diverse voor functies lichaam • Groiegericht denken en leren



Screening op eetstoornissen

- ESP en de SCOFF zijn screeningsinstrumenten, geschikt om een eetstoornis uit te sluiten (vanaf 12 jaar), NIET om een diagnose te stellen.
 - SCOFF (SICK, CONTROL, ONE STONE, 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? (hier wordt een “nee” meegeteld in de score)
 - Eet je ooit wel eens in het **geheim**?
 - Heeft jouw **gewicht** invloed op hoe je je voelt?
 - Hebt je nu last van een **eetstoornis**, of heb je dat in het verleden ooit gehad?
- Bij minimum 2 bevestigende antwoorden verder laten screenen op eetstoornissen



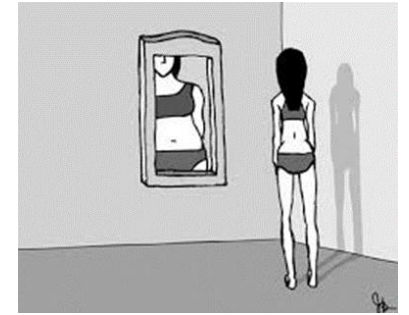
Spectrum eetstoornissen volgens DSM 5

- Anorexia Nervosa
 - Boulimia Nervosa
 - Eetbuistoornis (Binge Eating Disorder)
 - Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis
 - Ongespecificeerde voedings- of eetstoornis
 - ARFID (Avoidant/Restrictive Food intake)
 - Pica
 - Ruminatiestoornis
- Uit de gezondheidsenquête 2021 blijkt **18%** van de bevolking tussen 18 en 29 jaar "at risk" te zijn om een ES te ontwikkelen
- In 2017 was dit **7,2%**

Zorgtraject

Anorexia Nervosa (Sarah!)

- Hogere prevalentie bij tienermeisjes en jongvolwassen vrouwen
- **Energie-inname is beperkt**
- Intense angst om aan te komen in gewicht
- Verstoord zelfbeeld
- 2 types:
 - Restrictief (lijnen en vaak overmatige lichaamsbeweging) (Sarah)
 - (Subjectieve) eetbuien/ purgeren
- 45% herstelt volledig, 35% herstelt partieel, 20% blijft chronisch



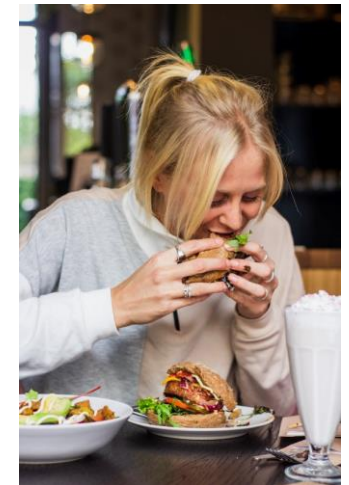
Boulemia Nervosa (Lotte)



- Komt meer voor bij vrouwen
- **Terugkerende episodes van eetbuien**
 1. eten in afgebakende periode (bijv. 2 uur) van hoeveelheid die groter is dan wat anderen zouden eten (vaak startend na periode van lijngedrag)
 2. Gevoel van gebrek aan controle in die episode
- **Terugkerend ongepast compensatiegedrag**: braken, laxeren, bewegen
 1. Gemiddeld 1 keer per week (of frequenter) gedurende 3 maanden
- Verstoord zelfbeeld
- 50% herstelt volledig, 25% herstelt partieel en 25% blijft chronisch

Eetbuistoornis (Binge Eating Disorder)

- **Terugkerende episodes van eetbuien**
 1. eten in afgebakende periode (bijv. 2 uur) van hoeveelheid die groter is dan wat anderen zouden eten
 2. Gevoel van gebrek aan controle in die episode en enorme stress
- **Specifieke kenmerken van eetbui**
 1. Veel sneller eten dan gebruikelijk
 2. Eten tot je je onaangenaam vol voelt
 3. Eten van grote hoeveelheid terwijl je geen honger meer hebt
 4. Alleen eten omwille van schaamte over de hoeveelheid die je eet
 5. Na afloop eetbui zich walgelijk, depressief of schuldig voelen
- **Eetbui wordt NIET gevolgd door compenserend gedrag**



Andere gespecificeerde eetstoornis

- Deel van symptomen van AN, BN of BED (bijv. AN met normaal gewicht)
- Vroeger: Eetstoornis Niet Anderszins Omschreven (eetstoornis NAO)
- Komen VAKER voor dan de klassieke ES, kan ontwikkelen tot klassieke ES

Ongespecificeerde eetstoornis

- Wanneer er onvoldoende informatie is om tot een specifieke diagnose te komen

ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake)

- Selectief eten: te weinig en te eenzijdig
- Start vaak in de kindertijd, 3 subtypes
 - Een gebrek aan interesse voor eten
 - Eten veroorzaakt sensorische overgevoeligheid
 - Angst voor nadelige gevolgen (evt traumatische ervaring zoals zich verslikken of braken)

PICA

- Eten van oneetbare dingen

Ruminatie

- Herkauwen

Oorsprong eetstoornissen

Combinatie van leefstijlfactoren!

- Ernstige verstoring in het eetgedrag (niet verwarren met haperend eetgedrag!)
- Fysieke problemen (bijv. te hoog gewicht)
- Problemen in sociale omgang
- Psychologisch: Weinig manieren om om te gaan met emoties, Negatieve lichaamsbeleving en zelfbeeld,
- Risicogroepen
 - Familiale VG eetstoornis, middelenmisbruik, seksueel misbruik
 - Vrouw < 25 jaar
 - Ballerina, Model, topsporter
 - Diabetes type 1
 - LGBTQ+, ...



Begeleidingstraject ES: 2. Inschatten motivatie

De jongere aanspreken ?

Invoegen:

- Maak contact met de persoon voor je, niet met het probleem. Connecteer met de 80% gezonde **jongere in volle groei** & Benoem wat goed gaat in dat groeiproces
- Benoem concreet gedrag dat je ongerust maakt, geen diagnose, geen druk zetten
- Voeg in hoe dat voor de jongere aankomt

Nadien:

- **Geef wat tijd** om na te denken
- Stel voor dat je samen met jongere wil zoeken naar oplossing...
- Maak nieuwe afspraak

Verkenning hulpvraag en motivatie

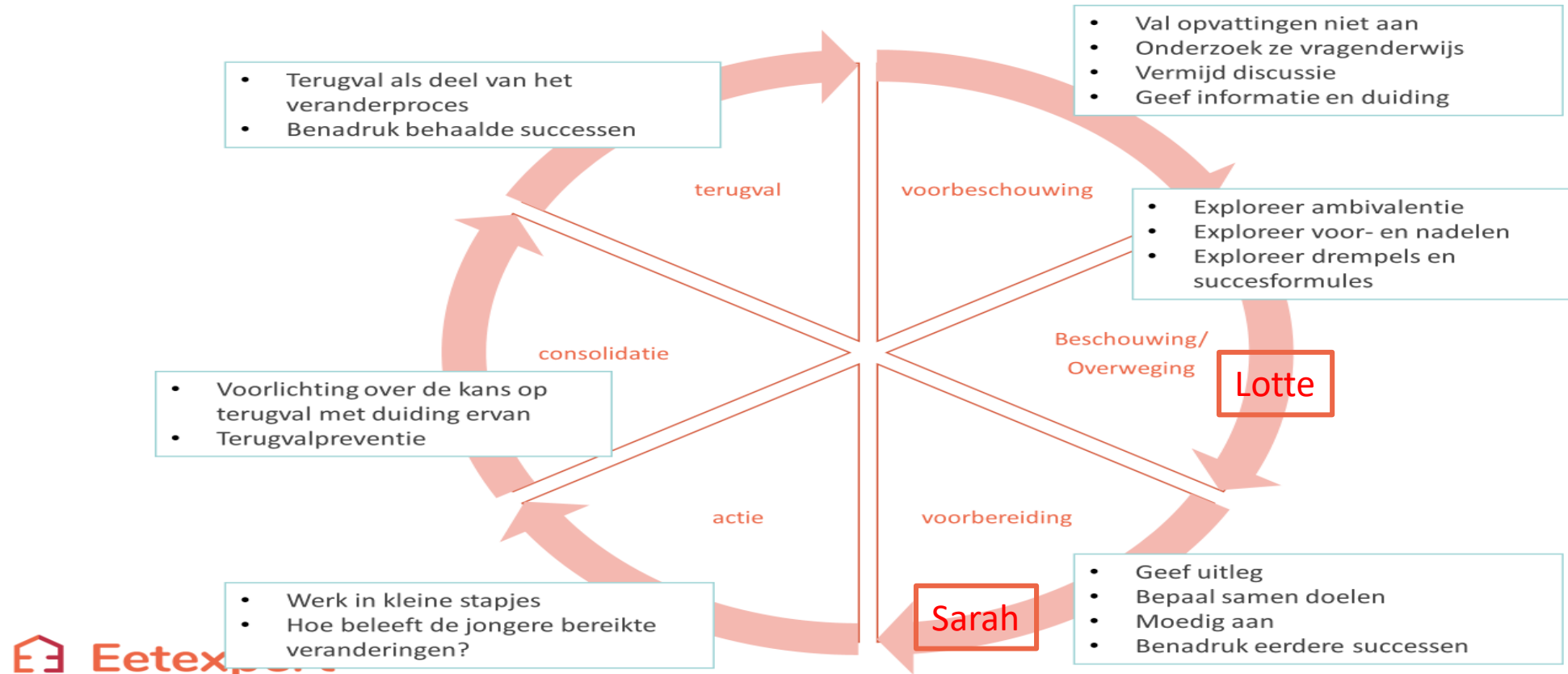
- Heb je zelf vragen of bezorgdheden ivm je groei ? ICE ?
- Wat gaat goed/wat minder in je dagelijks functioneren (leefomstandigheden, sociaal netwerk, dagactiviteit, dag-nachtstructuur, vrijetijdsbeleving)
- Concretisering klachten
- Probleem bespreekbaar maken, ES benoemen: vertrouwensfiguur zijn voor de patiënt (kan soms meerdere consultaties in beslag nemen)

je impact vergroten (1): Verzorg de 3 psychologische basisbehoeften Zelfdeterminatietheorie: Deci & Ryan, 1985



Impact vergroten (2): Voeg in waar de jongere zit !

Stadia van gedragsverandering (Prochaska en Diclemente, 1977)



Begeleidingstraject ES

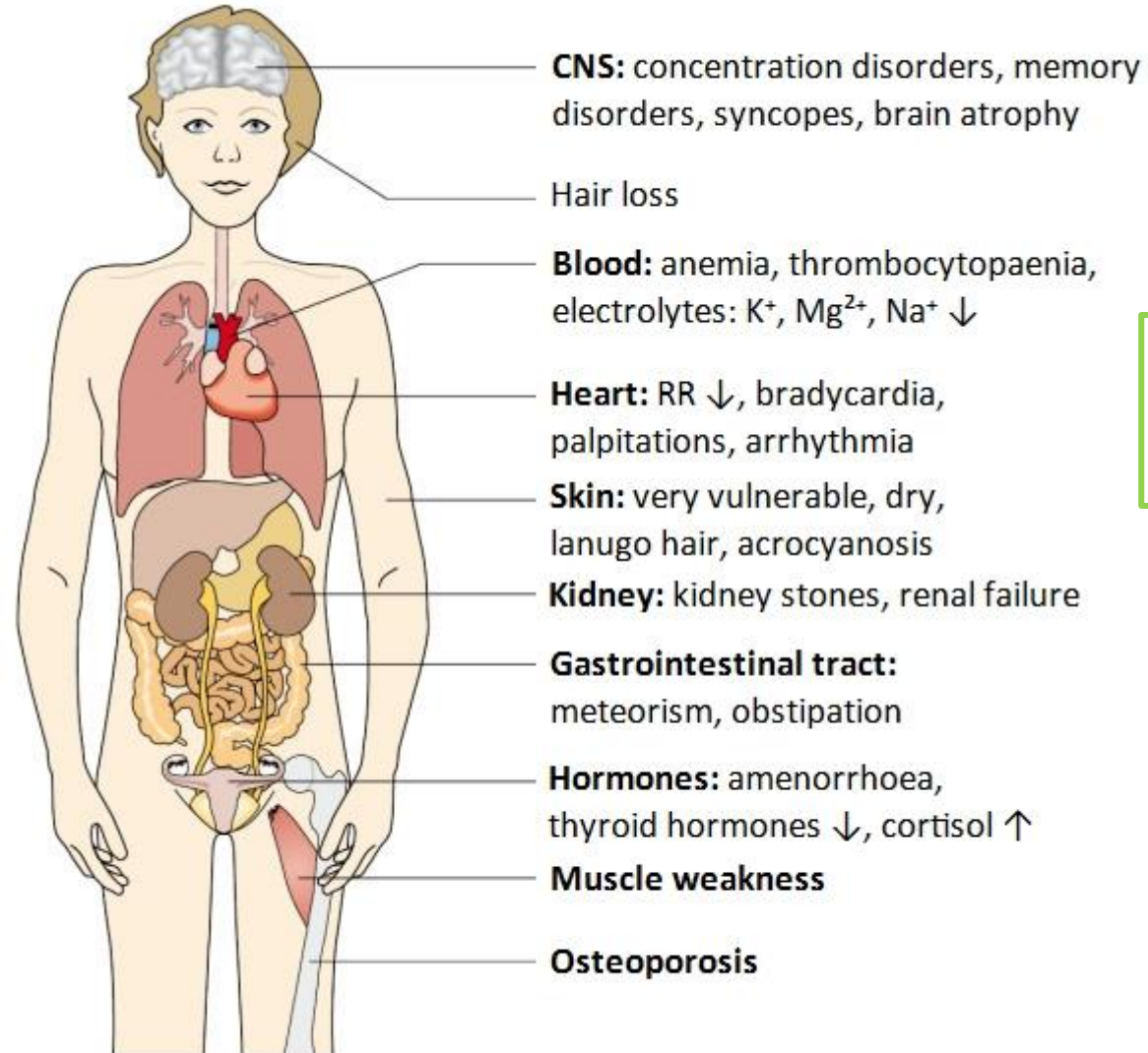
3. Medische begeleiding

Anamnese

Klinisch onderzoek

Technische onderzoeken

Lichamelijke gevolgen eetstoornissen



Taak van de HA om te detecteren en op te volgen!

Het opvolgtraject bij de huisarts: kernboodschappen

- Acute medische interventie niet vaak nodig
- **Monitoren** van risico's: hypokaliemie, dehydratatie, hypoglycemie, osteoporose, psychische decompensatie,... (wekelijks? maandelijks?)
- Opvolgen medische **risico's** bij
 - ernstig ondergewicht
 - snelle gewichtsdeling
 - Eetbuien met compensatiegedrag (**Lotte**)
- Psycho-educatie en **motiverende gespreksvoering** indien weinig motivatie of weinig ziekte-inzicht bij patiënt
- Multidisciplinair samenwerken en overleg

- Anamnese
- Klinisch onderzoek
- Technische onderzoeken
 - BN
 - Urine
 - ECG
 - Botdensitmetrie

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)
- Risicoprofiel (zie eerder)

Eetgedrag en lichaamsbeleving

- **Eet- en drinkpatroon:** frequentie van maaltijden, selectief eetgedrag, eetbuien (controleverlies), vochtinname,...
- **Lichaamsbeleving:** angst om dik te worden, belang van gewicht en lichaamsvormen in zelfwaardering,...

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)
 - Bij vermoeden diabetes insipidus, waterintoxicatie, nierschade
 - Inschatten (de)hydratatie
- 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](#)
- [Fetbuiestoornis](#)
- [Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis \(ARFID\)](#)
- [Andere](#)

Aanmelding en screening

Anamnese en klinisch onderzoek

Inschatting ernst en indicatiestelling

Opvolging algemeen

Opvolging gewicht

Supplementen en medicatie

Zoratraject

Flowchart eetstoornissen

1^e consult na diagnose: Anamnese (Sarah)

- Type eetstoornis bepalen (AN)
- Gewicht: hoogste en laagste gewicht! (61 kg- 43,6kg)
(Bij kinderen groeicurven consulteren)
- Eetpatroon (gestructureerd, minimaal)
- Compensatiemechanismen: momenteel geen
- Zelfbeeld (wil gewicht niet weten)
- Fysieke klachten (koud, last thv zitknobbels, inspanningen zijn moeilijk)
- Middelengebruik (geen)
- Psychologisch/psychiatrisch risico (opgelet!) (depressieve tekens)
- Automutilatie (niet)
- Suïcidaliteit (doodsgedachten)

1^{ste} (of 2^e) consult: Klinisch Onderzoek (Sarah)

- Bloeddruk (92/60)
- Harttonen/hartslag (56/min)
- Longauscultatie (normaal)
- Temperatuur (35,8°C)
- Gewicht en BMI (43,6kg en BMI 15,1)
- Evaluatie extremiteiten (koude)
- Spierzwakte (hurken/liggen en rechtekomen zonder handen te gebruiken) (+/-)
- Inspectie huid (lanugobeharing, automutilatie), nagels, haar, tanden



Opstart Zorgtraject en verdere opvolging

- Sarah (AN) en Lotte (BN) gingen beide akkoord om een multidisciplinaire opvolging te starten!
- Afspraken werden vastgelegd bij psycholoog en diëtiste (voor Sarah ook psychiater)
- Toestemming vragen om met de andere disciplines te overleggen (samen met andere hulpverleners een behandelplan opstellen)
- Ter overbrugging van de wachttijden: patiënten wat frequenter zien op consult
- Bespreek welke technische onderzoeken nodig zijn

Technische onderzoeken: bloedanalyse en urine

metabole complicaties/onderliggende aandoeningen uitsluiten/DD

Bloedanalyse

- Cofo (Hb, WBC,...)
- Natrium
- Kalium
- Bicarbonaat
- Chloride
- Creatinine
- AST en ALT
- Albumine
- Glucose
- (Cholesterol)

Op indicatie

- Calcium, magnesium, fosfaat
- (TSH)
- (IGF-1) (gedaald bij langdurig vasten)
- Amylase of lipase
- FSH, LH, prolactine bij aanhoudende amenorree

Urine (dipstick)

- Ketonen
- Proteïnen

Bloedanalyse Sarah

hematologie			
bezinkingsnelheid [na 2	2	mm/h	0-20
leukocyten [WBC]:	3,1	10 ⁹ /l	4-11
formule			
segmenten:	39,1	%	40-75
eosinofielen:	0,9	%	0-7
basofielen:	0,8	%	0-1,5
lymfocyten:	51,9	%	20-45
monocyten:	7,3	%	2-12
segmenten:	1,21	10 ⁹ /l	1,8-7
eosinofielen:	0,03	10 ⁹ /l	0-0,45
basofielen:	0,02	10 ⁹ /l	0-0,2
lymfocyten:	1,61	10 ⁹ /l	1-4,8
monocyten:	0,23	10 ⁹ /l	0,2-0,9
erythrocyten [RBC]:	4,75	10 ¹² /l	4-5,2
hemoglobine:	13,6	g/dl	12-16
hematocriet:	41,9	%	36-46
MCV:	88,2	fl	80-98
MCH:	28,6	pg	26-34
MCHC:	32,4	g/dl	31-36
Distributie Rode	13,7	%	11,6-14,8
reticulocyten:	8,4	0/00	5-22
reticulocyten:	40	10 ⁹ /L	22-96
trombocyten:	248	10 ⁹ /l	150-400
biochemie			
glucose [postprandiaal]:	79	mg/dL	0-200
GOT:	16	U/L	0-31
GPT:	20	U/L	0-33
alkalische fosfatasen:	63	U/L	35-104
G-GT (IFCC):	24	U/L	0-41
Creatinine (ID-MS):	1,20	mg/dL	0,51-0,95
eGFR (CKD-EPI):	65,2	mL/min/1,73 m ²	60-0
urinezuur:	3,6	mg/dL	2,4-6
natrium:	141	mmol/L	136-145
kalium:	3,7	mmol/L	3,5-5,1
chloriden:	105	mmol/L	98-107

Technische onderzoeken: ECG

- Wanneer?
 - Bij BMI < 15
 - Bij gebruik QT-verlengende medicatie
 - Ernstige verstoring elektrolyten (braken)
 - Onregelmatige hartslag of bradycardie (<50/min)
- Bij Sarah en Lotte: normaal ECG
- Meestal enkel afwijkingen bij zeer ernstige situaties
- Kijken naar QTc!



Technische onderzoeken: Botdensitometrie

- Vanaf een ondergewicht (BMI<19) sinds 6 tot 12 maanden
- (Secundaire) amenorree die 6 maanden bestaat (Sarah!)
(let op bij meisjes die op anticonceptie staan)
- Doel: opsporen osteopenie en osteoporose
- Bij afwijkende resultaten of onvoldoende herstel: herhalen na 12 maanden

Begeleidingstraject ES: 4. Inschatting ernst

Urgenties?

- Inschatting decompensatie, overlijdensrisico
- Wanneer doorverwijzen naar 2^e/3^e lijn

Sarah: Oranje
Lotte: Groen

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
Gewichtsverlies	Recent verlies van ≥ 0.5 kg gedurende 2 opeenvolgende weken	Recent verlies van ≥ 1 kg gedurende 2 opeenvolgende weken
BMI	BMI 13-13.9	BMI < 13
Hartslag (wakkere toestand)	Hartslag 40-50 bpm	Hartslag <40 bpm
Cardiovasculair	Lage bloeddruk, posturale bloeddrukdaling >15mmHg, occasionele duizeligheid	Lage bloeddruk, posturale bloeddrukdaling >20mmHg, terugkerende duizeligheid
Hydratietoestand	Ernstige vochtbeperking, matige dehydratie	Acute vochtweigering, ernstige dehydratie
Lichaamstemperatuur (oor)	Lichaamstemperatuur <36°C	Lichaamstemperatuur <35,5°C
Spierfunctie	SUSS score 2	SUSS score 0/1
Handgreepkracht	Man <38kg, Vrouw <23kg (<p5)	Man <30.5kg, Vrouw <17.5kg (<p3)
Andere klinische situaties	Niet-levensbedreigende fysieke problemen	Levensbedreigende medische aandoening
ECG afwijkingen	<ul style="list-style-type: none"> • QTc 450-500 ms voor jongens, 470-500 ms voor meisjes ZONDER andere ECG-afwijking of QT verlengde medicatie • Gebruik van medicijnen waarvan bekend is dat ze het QTc interval verlengen 	<ul style="list-style-type: none"> • QTc > 450ms voor jongens, > 470ms voor meisjes EN (ECG afwijkingen OF inname QT verlengde medicatie) • QTc > 500ms ook zonder ECG afwijkingen
Bloedanalyse (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Na <135 mmol/L • K <3.0 mmol/l • Verhoogde transaminase 2-3x normaal • Glucose <70 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> • Na <130 mmol/l • K <2.5 mmol/l • Ca < 1.1 mmol/l • Verhoogde transaminase > 3x normaal • Glucose <50 mg/dl • Verhoogd ureum of creatinine(*) • Hemoglobine <10g/dl (*) • Hypofosfatemie (< 0.8 mmol/l) en dalend P • Hypoalbuminemie • Patiënten met diabetes mellitus: HbA1C >10% • Leukopenie: lymfocieten < 1000/mm³
Verstoord (*) eetgedrag	Inname <500kcal per dag gedurende 2 of meer dagen	Acute voedselweigering/ inname <400kcal per dag gedurende 4 of meer dagen
Medewerking aan behandelplan	Actieve weerstand	Fysieke strijd met personeel/zorgfiguren
Activiteit en lichaamsbeweging	>1u/dag disfunctionele lichaamsbeweging	>2u/dag disfunctionele lichaamsbeweging
Purgeergedrag	≥ 3 x/week	Dagelijks meerdere episodes
Zelfverwonding en suïciderisico	Zelfverwonding, suïcidedachten maar met laag risico op suïcide	Matig tot hoog risico op suïcide

Anamnese en klinisch onderzoek

Inschatting ernst en indicatiestelling

Opvolging algemeen

Opvolging gewicht

Refedding

Supplementen en medicatie

Zorgtraject

Flowchart eetstoornissen

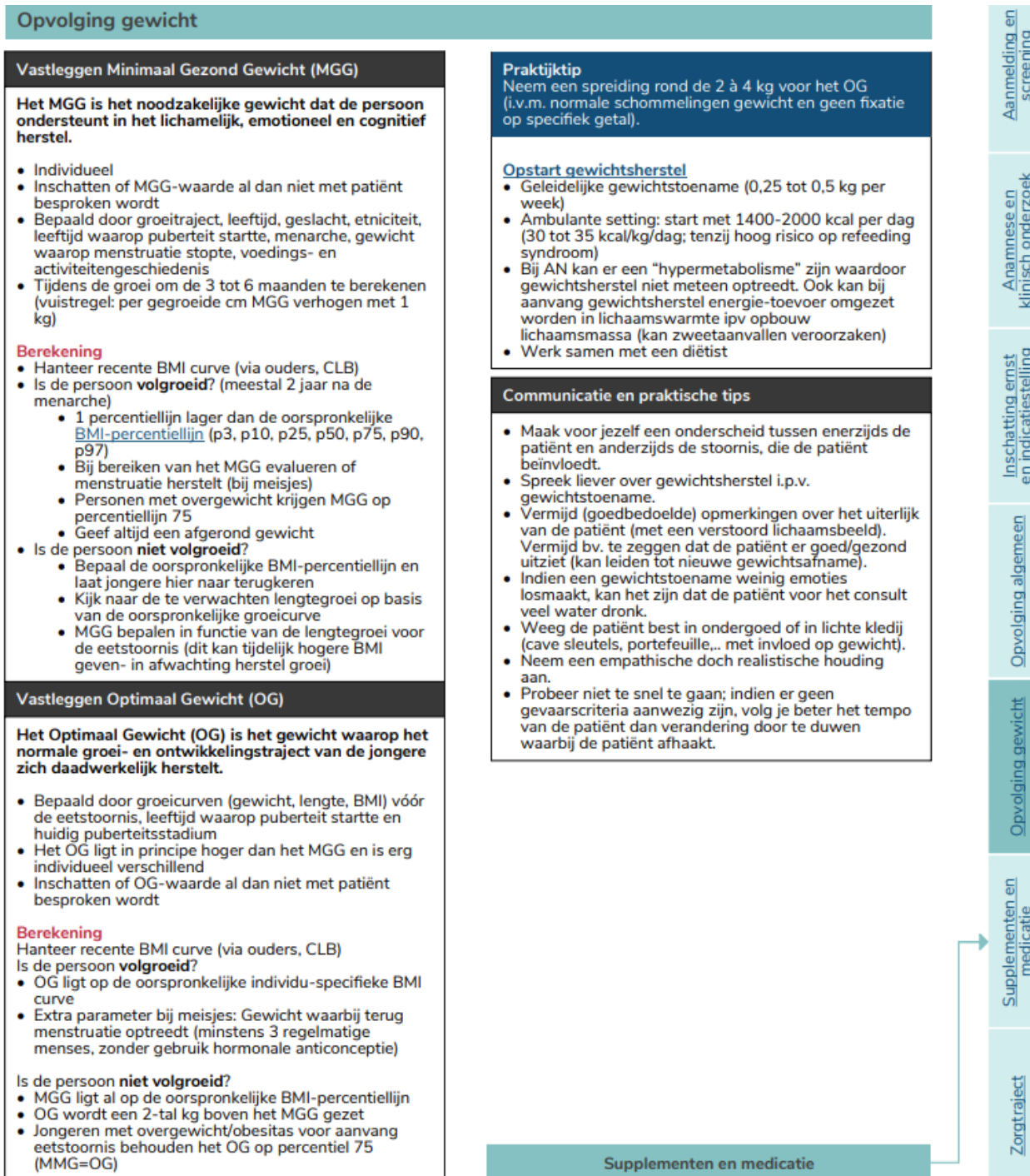
Begeleidingstraject ES

5. opvolging gewicht

Behandeling ondergewicht: algemeen

- Begeleiding naar een gewicht binnen gezonde range (Minimaal Gezond Gewicht, Optimaal Gewicht) (voor kinderen) (zie [Flowchart](#))
- Gewichtstoename geleidelijk (0,25 tot 0,5 kg/week)
- **Zorgtraject: in nauwe samenwerking met diëtiste (Sarah)**

Flowchart



Aanmelding en screening

Anamnese en klinisch onderzoek

Inschatting ernst en indicatiestelling

Opvolging algemeen

Opvolging gewicht

Supplementen en medicatie

Zorgtraject

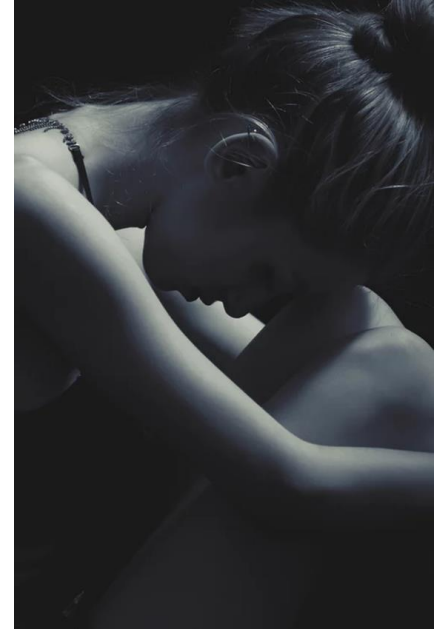
Supplementen en medicatie

Begeleidingstraject ES

6. Supplementen en medicatie

Supplementen en medicatie?

- Vitaminen en mineralensupplementen
 - Bij BMI < 16 (Sarah)
 - Ter voorkoming Refeeding Syndroom (fosfaat)
 - Afwijkende botdensitometrie (Calcium + vitamine D) (Sarah)
- Psychofarmaca
 - Bij ernstig ondergewicht zijn psychofarmaca niet werkzaam (Sarah)
 - Uithongering kan depressieve symptomen veroorzaken: eerst gewichtsherstel!
 - Wees voorzichtig met QT-verlengende medicatie
 - Zorgtraject: overleg met psychiater



Begeleidingstraject ES: 7. zorgtraject

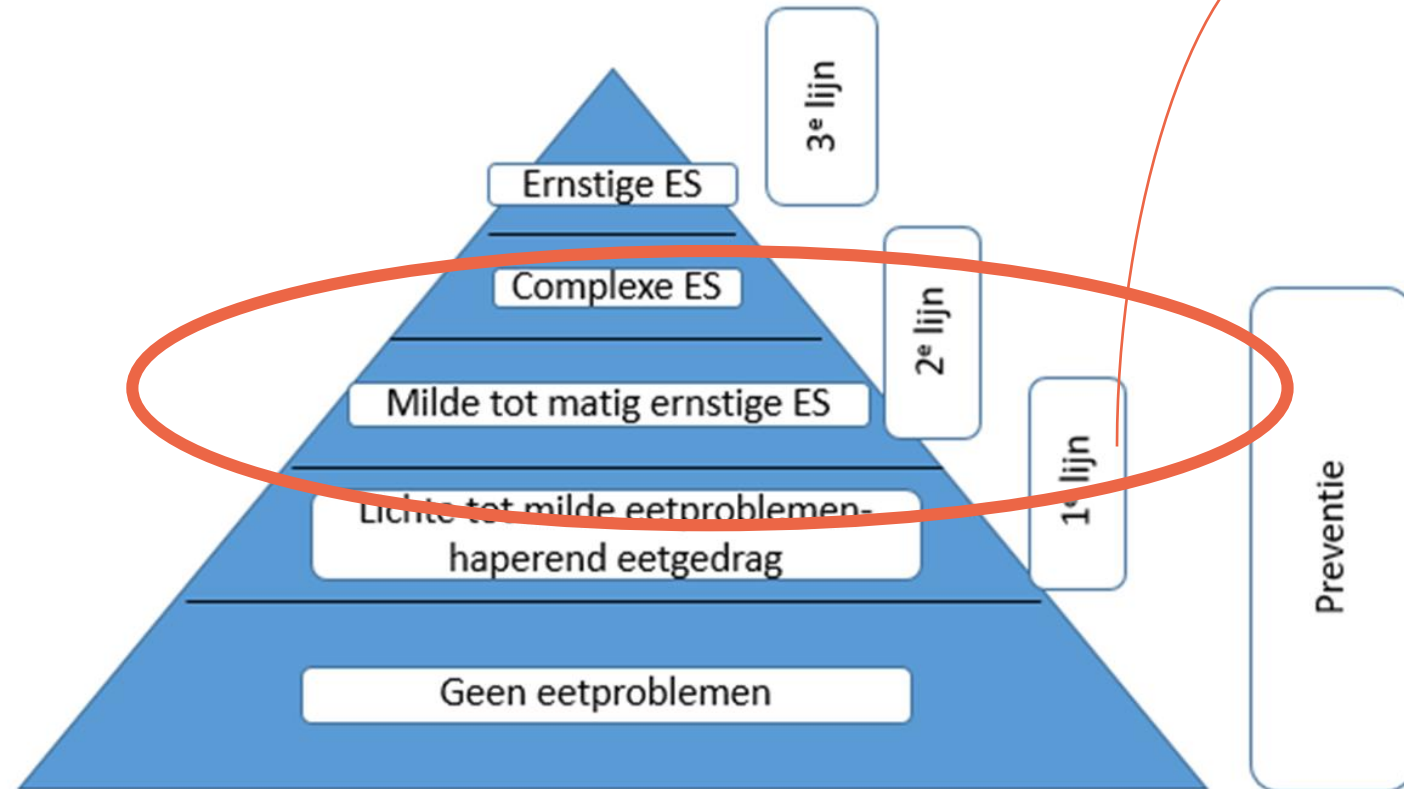
Doelstellingen selecteren

Ism samenwerking met eerstelijnspsycholoog en dietist

- **Gewichtsherstel** vóór behandeling *depressie*: ernstig ondergewicht kan obsessieve gedachten en gedragingen versterken, prikkelbaarheid vergroten en de stemming vervlakken
- **Eerst eetpatroon** stabiliseren, dan *stemmingswisselingen* en vermeende *persoonlijkheidsstoornissen* aanpakken.
- **Eerst middelenmisbruik** aanpakken, dan aanpak eetgedrag/gewicht.

Eerste optie ES: + G-ELP en G-Dietist inschakelen

STEPPED CARE



Gespecialiseerde ELP:

- Indiv traject herstel zelfbelev, lich belev, emotieregulatie, sociaal funct.
- Groepsbehandeling
- Gezinsbegeleiding
- Infogroep ouders

Gespecialiseerde Dietist:

- Versterken 4 eetvaardigheden
- Gewichtsherstel
- ...

Nood aan gespecialiseerde adressen in je buurt ?

1. Netwerken GGZ jongeren: 1 anker ES/provincie (opstart mrt24)

2. Vlaamse verwijshulp: www.eetexpert.be

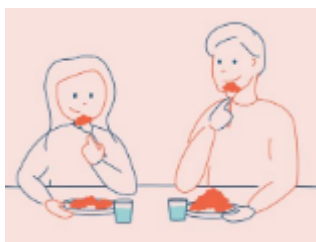
- Online verwijslijst voor hulpverleners
- Helpdesk per mail secretariaat@eetexpert.be
- Helpdesk werkdagen : 016845699 of gsm (zie site)

Help ouders

Eetexpert.be/naasten

Toolkit voor ouders :

Online informatie voor ouders met praktische tools om het herstelproces van hun kind te begeleiden



'Mama, ben ik te dik ?' Lannoo 05/2023

Oudertrainingen: 3 avonden voor ouders



“Ik was jarenlang mijn eetstoornis, nu ben ik ik”



- ✓ 50% volledig herstel (gemiddelde duur: 6 jaar)
- ✓ 30% gedeeltelijk herstel
- ✓ 20% weinig tot geen verandering
- ✓ 5% overlijdt aan de gevolgen van de eetstoornis