

EETSTOORNISSEN

DE STOORNIS

Eetstoornissen zijn psychiatrische aandoeningen met verstoord eetgedrag en vaak ernstige somatische gevolgen zoals verlaagde bloeddruk, hartritme stoornissen, afwijkende bloedwaarden voor suiker of elektrolyten (bijvoorbeeld kaliumtekort) en groeivertraging. Deze zorgstandaard beschrijft de zorg voor vier specifieke eetstoornissen: anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN), de eetbuistoornis (binge eating disorder: BED) en de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (avoidant/restrictive food intake disorder: ARFID).

	AN	BN	BED	ARFID
Kenmerken	Laag lichaamsgewicht en verstoord lichaamsbeeld	Regelmatig voorkomende eetbuien en inadequaate compensatiegedrag	Regelmatige eetbuien, zonder inadequaate compensatiegedrag	Binnenkrijgen van te weinig voedingsstoffen, zonder verstoord lichaamsbeeld of angst voor gewichtstoename
Bepaling ernst	Actuele BMI bij volwassenen en BMI-percentiel bij kinderen en adolescenten	Frequentie van het inadequate compensatiegedrag	Frequentie van de eetbuien	Voor ARFID bestaat geen vaste maat om de ernst te bepalen.
Ontstaan en in stand houden	Individuele en genetische kwetsbaarheid, risicofactoren in de omgeving en aanwezigheid beschermende factoren bepalen of iemand een eetstoornis krijgt. Psychiatrische en somatische comorbiditeit komen vaak voor.			

DE EPIDEMIOLOGISCHE KENMERKEN

Eetstoornissen kunnen op elke leeftijd ontstaan, maar vooral AN en BN beginnen doorgaans in de adolescentie of jonge volwassenheid. Eetstoornissen komen echter ook op oudere leeftijd voor (menopauze). Eetstoornissen komen het meest voor bij jonge vrouwen. Geschatte life-time prevalentie bij vrouwen is 1-4% voor AN, 1-2% voor BN, en 1-4% voor BED. Voor mannen zijn deze percentages veel lager: 0,16-0,3% voor AN, 0,1-0,5% voor BN en 1-3% voor BED. ARFID komt vaker voor bij (zeer) jonge kinderen en bij jongens en mannen dan de andere eetstoornissen. Gegevens over prevalentie zijn nog niet beschikbaar. Geschat wordt dat een huisarts met een normpraktijk (n=2.168) ongeveer 20 patiënten met een eetstoornis in de praktijk heeft.

VROEGE ONDERKENNING EN PREVENTIE

Mensen met een mogelijke eetstoornis vragen vaak pas laat hulp voor hun problemen, vooral vanwege schaamte en onvoldoende of geen ziektebesef. Vroegdetectie verkleint het aantal jaren dat

iemand nodig heeft om bij zichzelf te herkennen en erkennen dat er sprake is van een eetstoornis. Het optreden van bijkomende gezondheidsproblemen kan een aanleiding vormen om hulp te zoeken. Bij ARFID zoeken ouders meestal al hulp vanwege de (zeer) jonge leeftijd van de kinderen. De rol van huisartsen en kinderartsen bij vroeger onderkenning is essentieel: zij worden geacht de symptomen van een eetstoornis te herkennen en de relatie te leggen tussen eetstoornissen en klachten zoals moeheid, buikpijn, faalangst en perfectionisme. Hulpmiddel voor huisartsen: '[Signalenkaart eetstoornissen](#)'.

DIAGNOSTIEK

De diagnose eetstoornis wordt gesteld op basis van de DSM-5 criteria. Het verzamelen van diagnostische informatie is een continu proces. Betrek ook anderen (familieleden en andere zorgprofessionals) bij het onderzoek omdat beperkt ziektebesef bij de betrokkene zelf de diagnostiek kan bemoeilijken. Bij jonge patiënten richt men zich daarnaast op de ouders en vraagt ook bij hen de symptomen van een eetstoornis uit.

Diagnostiek door de huisarts

Patiënten melden zich vaak met weinig specifieke klachten bij de huisarts zoals psychologische klachten, obstipatie, uitblijven van de menstruatie, duizeligheid en moeheid, slaapproblemen, en afbuigende lengtegroei. Bij het vermoeden op een eetstoornis verricht de huisarts in twee stappen nadere diagnostiek:

- anamnese (aard, ernst, beloop) en lichamelijk onderzoek (vaststellen mate ondervoeding, herkennen complicaties, uitsluiten andere oorzaken ondervoeding of overgewicht)
- aanvullend onderzoek (gericht op stellen diagnose eetstoornis, uitsluiten ander onderliggend lijden, inschatten ernst en mogelijke (metabole) complicaties)

Bij een atypisch klinisch beeld dient differentiaal diagnostisch onder meer gedacht te worden aan hyperthyreoïdie, maligniteit, chronische ontstekingen van het maag-darmkanaal, malabsorptie, chronische infecties, ziekte van Addison, diabetes mellitus, cardiale aandoening, verwaarlozing en Münchhausen by Proxy (Pediatric Condition Falsification).

Specialistische diagnostiek

- Specialistische psychiatrische diagnostiek bij AN richt zich op, cognitieve veranderingen, aanleg, uitlokkende factoren en psychiatrische comorbiditeit. Psychiatrische symptomen kunnen ook een gevolg zijn van ondervoeding van de hersenen.
- Vraag bij een vermoeden op BN en BED naar evt. perioden met symptomen van een andere eetstoornis, vooral ook van AN, en naar psychiatrische comorbiditeit. Maak bij voorkeur gebruik van de Eating Disorder Examination (EDE) voor volwassenen en de Child-EDE voor kinderen en jongeren vanaf 10 jaar. Gebruik, als dat niet mogelijk is, eventueel de EDE-Questionnaire (EDE-Q).
- Specialistische somatische diagnostiek richt zich op de differentiële diagnostiek van ondervoeding en de diagnostiek van complicaties van eetstoornissen, zoals braken of laxeren.
- Specialistische diagnostiek bij ARFID richt zich op de differentiële diagnostiek van selectief eten en eventuele somatische problemen. Sluit somatische oorzaken van ondergewicht uit en bepaal de

kans op en ernst van gezondheidsschade door ondergewicht. Bij kinderen is ARFID soms lastig te onderscheiden van AN, door grote verscheidenheid aan psychiatrische en somatische comorbiditeit.

BEHANDELING EN BEGELEIDING

Zelfmanagement, psycho-educatie en eerste stap interventies

Zelfmanagement veronderstelt de aanwezigheid van inzicht, motivatie en vaardigheden bij de patiënt. Juist bij patiënten met een eetstoornis, waar thema's als autonomie en controle zo'n belangrijke rol spelen, kan het ziektebesef in aanvang echter totaal ontbreken, waardoor gevaar voor complicaties dreigt. Voor alle patiënten met een eetstoornis en hun naasten, ongeacht de ernst van hun ziektelast, zijn voorlichting en educatie over het belang van voeding, gezonde leefstijl en omgaan met de gevolgen van de eetstoornis van essentieel belang. Het doel van eerste stap interventies is daarom het op gang brengen van bewustwording van samenhang in klachten en symptomen en het vergroten van inzicht in de eetstoornis en motivatie voor aanpak van het eetgedrag is van groot belang.

- Verwijs naar zelfhulpboek, app of een boek voor ouders.
- Verwijs naar eHealth of zelfhulpgroep (e-community), eventueel begeleid door ervaringsdeskundigen.
- Bied voedingsmanagement waar nodig door een diëtist die is gespecialiseerd in eetstoornissen.

Behandeling anorexia nervosa (AN)

- Doel is herstel van lichamelijke conditie, normaliseren eetgedrag en stoppen van compensatiegedrag. Daarnaast is behandeling gericht op verminderen van overwaardering van controle over lichaamsvormen, gewicht en eten en verbeteren van psychosociaal functioneren en zelfbeeld. Is volledig herstel niet haalbaar, dan verschuift het doel van de behandeling naar een zo goed mogelijke kwaliteit van leven, met zo min mogelijk belemmering door de eetstoornisklachten.
- Vaak is sprake van een combinatie van psychologische interventies en monitoren van lichamelijke gezondheid. Voorkeursbehandeling: psychologische interventies volgens een duidelijk omschreven behandelprotocol, zoals CBT-E, MANTRA en SSCM. Aanvullend kunnen diverse andere behandelingen worden overwogen, zoals psychomotorische therapie en farmacotherapie.
- Betrek bij kinderen en jongeren de ouders bij de behandeling. Voorkeursbehandeling: systeemtherapie zoals family based treatment (FBT) of meergezinsdagbehandeling (MGDB). Overweeg individuele therapie, zoals CGT of Adolescent focused therapy voor oudere adolescenten als systeemtherapie ongeschikt is of niet effectief blijkt.
- Voedingsbeleid (waaronder hervoeding) is altijd onderdeel van een behandeling. Bij het hervoeden, dient bij voorkeur normale voeding te worden gebruikt. Vertoont patiënt tekenen van het refeedingsyndroom, dan worden energie en vochtinname eventueel aangepast.
- Patiënten met AN worden bij voorkeur behandeld door gespecialiseerde ggz professionals of binnen centra/afdelingen met substantiële ervaring met patiënten met AN. De meeste mensen met AN worden ambulantly behandeld; een klein percentage volgt een deeltijd of klinische behandeling. Opname is geïndiceerd wanneer sprake is van een hoog risico op levensbedreigende medische complicaties, extreem laag gewicht en/of andere niet te controleren symptomen.
- Comorbide persoonlijkheidsstoornissen kunnen de behandeling zo sterk hinderen dat behandeling hiervan gelijktijdig moet worden opgestart, ook voor trauma's geldt dit. Andere comorbiditeit kan vaak na afloop van de eetstoornisbehandeling starten.
- Lange termijn nazorgcontacten zijn nodig, omdat herstelpercentages laag en terugvalpercentages hoog zijn. Terugvalpreventie is standaard onderdeel van het behandelprogramma.

Behandeling boulimia nervosa en eetbuistoornis (BN en BED)

- Voorkeursbehandeling volwassenen: cognitieve gedragstherapie (CGT) (individueel of in een groep) of enhanced CGT (CBT-E). Een goede tweede keus is interpersoonlijke psychotherapie (IPT).

Farmacologische behandeling kan daarbij overwogen worden. Bij patiënten met overgewicht of obesitas kan al tijdens of vlak na de CGT/CBT-E/IPT-interventie gestart worden met een gewichtsreductie-programma. Bij comorbide persoonlijkheidsstoornissen wordt in het algemeen eerst de eetstoornis BN of BED behandeld. Tenzij de comorbiditeit de behandeling van de eetstoornis in de weg staat, zoals het geval kan zijn bij een suïciderisico, een ernstige depressieve stoornis, een posttraumatische stressstoornis, of aanhoudend middelenmisbruik.

- Betrek bij kinderen en jongeren de ouders bij de behandeling. Voorkeursbehandeling: systeemtherapie. Alternatief is CGT (individueel of in een groep) of CBT-E, aangepast voor kinderen en jongeren.

Behandeling is meestal ambulantly, een klein percentage volgt een deeltijd of klinische behandeling.

Behandeling vermijdende/restrictieve voedselintnamestoornis (ARFID)

- Voorkeursbehandeling (na eventuele medische interventies): volgens gedragstherapeutische principes (o.a. exposure aan het vermeden voedsel). Daarnaast kunnen cognitieve technieken, mediatiebehandeling en ontspanningsoefeningen onderdeel zijn van de behandeling.
- Samenwerking met ouders/verzorgers is essentieel bij de behandeling van kinderen en jongeren. Meestal is ook ouder- of gezinsbegeleiding geïndiceerd, naast individuele behandeling van het kind. Bij ernstig ondergewicht met somatische complicaties is behandeling allereerst gericht op herstel van vitale functies. Orale voedingssupplementen kunnen nodig zijn bij een evidente groeivertraging. Monitoring van groei en ontwikkeling dient deel uit te maken van de behandeling. Farmacotherapie is ondergeschikt, hoewel soms geïndiceerd bij behandeling van comorbiditeit.

HERSTEL, PARTICIPATIE EN RE-INTEGRATIE

Herstellen doen patiënten met een eetstoornis in de eerste plaats zelf. Vooral (weer) actief worden met opleiding, werk en vrije tijd is belangrijk. Zorgprofessionals bespreken met de patiënt zijn of haar doelen op het vlak van participatie en leggen deze zogenaamde participatiedoelen vast in het zorgplan. Overweeg voor de terugkeer naar arbeid of opleiding individuele evidence-based interventies zoals IRB. Patiënten met eetstoornissen en hun naasten zijn goed georganiseerd en timmeren aan de weg met inzet van ervaringsdeskundigen.

ORGANISATIE VAN ZORG

De herstelgerichte zorg voor patiënten met een eetstoornis bestrijkt het hele continuüm. Duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden tussen de (vrijgevestigde) ggz professionals van de verschillende echelons en tussen ggz professionals én professionals uit de somatische zorg zijn essentieel voor de kwaliteit van zorg. Een goede regionale spreiding van de gespecialiseerde zorg voor eetstoornissen is gewenst om de gewenste zorg dicht bij huis te kunnen bieden. Ideaal is als een aan deze afdeling verbonden professional de regie over de hele keten voert tijdens het herstelproces. Deze professional is tevens aanspreekpunt voor patiënt, naasten en de betrokken zorgprofessionals en denkt mee met het vinden van hulp buiten de instelling indien de hulpverlenersrelatie eindigt en draagt in dat geval zorg voor een goede overdracht. Aandachtspunt is de continuïteit van zorg voor kinderen zodra zij 18 worden, omdat er voorwaarden zijn verbonden aan de diverse financieringsvormen, zoals eigen risico en contracten van zorgverleners terwijl het voor de behandeling beter is deze door te laten lopen.

SAMENHANG MET GENERIEKE MODULES

Drang en dwang, eHealth, Samenwerking en ondersteuning naasten, Diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag, Herstelondersteuning, Comorbiditeit, Landelijke GGz Samenwerkingsafspraken, Vaktherapie, Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking (ZB/LVB).