

# GGZ

# Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 29-10-2025 om 10:58. Bekijk de meest actuele versie op <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen>

Auteur: Akwa GGZ Autorisatiedatum: 29-10-2025 Beoordelingsdatum: 29-10-2025

Zorgstandaard  
**Eetstoornissen**

# Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	9
1.1 Introductie	9
2. Over Eetstoornissen	12
2.1 Hoe vaak komen eetstoornissen voor?	12
2.2 Het belang van vroegtijdige herkenning	12
2.3 Wat is het beloop van eetstoornissen?	13
2.4 Zorg voor mensen met een eetstoornis	14
2.4.1 Onderzoek is belangrijk	14
2.4.2 Verschillen en overeenkomsten eetstoornissen	14
2.4.3 Behandeling op hoofdlijnen	15
2.4.4 Kijk verder dan behandeling alleen	16
3. Anorexia nervosa (AN)	17
3.1 Over anorexia nervosa (AN)	17
3.1.1 Kenmerken	17
3.1.2 Hoe ontstaat anorexia nervosa?	18
3.1.3 Comorbiditeit en complicaties	18
3.2 Vroegtijdig herkennen	19
3.2.1 Signalering	19
3.3 Aanmelden, screening en triage	20
3.3.1 Screening en triage	20
3.4 Somatiek	21
3.4.1 Somatische diagnostiek bij anorexia nervosa	21
3.4.2 Wat zijn de meest voorkomende somatische complicaties bij AN?	24
3.4.3 Lichamelijke behandeling bij AN	28
3.5 Diagnosticeren	30
3.5.1 Anamnestic onderzoek	33
3.5.2 Meetinstrumenten	34
3.5.3 Somatische diagnostiek	35

3.6 Indiceren	35
3.7 Behandelen en begeleiden	36
3.7.1 Behandelingen	38
3.7.2 Farmacotherapie	39
3.7.3 Behandeling somatiek	42
3.8 Acute zorg	42
3.8.1 Voorkomen van dwang	42
3.8.2 Autonomie en dwang	43
3.8.3 Wilsbekwaamheid	44
3.9 Monitoring en evalueren	45
3.9.1 Evaluatie en monitoring	45
3.9.2 Meetinstrumenten monitoring	46
3.9.3 Wat te doen bij stagnatie van de voortgang?	46
3.10 Afsluiten	47
3.10.1 Terugvalpreventie	47
3.10.2 Nazorg binnen de ggz	47
3.10.3 Nazorg buiten de ggz	47
3.11 Herstel, participatie en re-integratie	48
3.11.1 Herstel	48
3.11.2 Participatie	48
3.11.3 Re-integratie	48
4. Boulimia nervosa (BN)	50
4.1 Over boulimia nervosa (BN)	50
4.1.1 Kenmerken BN	50
4.1.2 Hoe ontstaat boulimia nervosa?	51
4.1.3 Comorbiditeit en complicaties	51
4.2 Vroegtijdig herkennen	52
4.2.1 Signalering	52
4.3 Aanmelden, screening en triage	53
4.3.1 Screening en triage	53
4.4 Somatiek	53

4.4.1 Somatische diagnostiek bij BN	54
4.4.2 Wat zijn de meest voorkomende somatische complicaties bij BN?	56
4.4.3 Lichamelijke behandeling bij BN	58
4.5 Diagnosticeren	59
4.5.1 Anamnestic onderzoek	62
4.5.2 Meetinstrumenten	63
4.5.3 Somatische diagnostiek	64
4.6 Indiceren	64
4.7 Behandelen en begeleiden	64
4.7.1 Behandelingen	66
4.7.2 Farmacotherapie	67
4.7.3 Behandeling somatiek	67
4.8 Acute zorg	67
4.9 Monitoring en evalueren	68
4.9.1 Evaluatie en monitoring	68
4.9.2 Meetinstrumenten monitoring	69
4.9.3 Wat te doen bij stagnatie van de voortgang	69
4.10 Afsluiten	70
4.10.1 Terugvalpreventie	70
4.10.2 Nazorg binnen de ggz	70
4.10.3 Nazorg buiten de ggz	70
4.11 Herstel, participatie en re-integratie	71
4.11.1 Herstel	71
4.11.2 Participatie	71
4.11.3 Re-integratie	71
5. Eetbuistoornis (BED)	72
5.1 Over eetbuistoornis (BED)	72
5.1.1 Kenmerken	72
5.1.2 Hoe ontstaat BED?	73
5.1.3 Comorbiditeit en complicaties	73

5.2 Vroegtijdig herkennen	74
5.2.1 Signalering	74
5.3 Aanmelden, screening en triage	75
5.3.1 Screening en triage	75
5.4 Somatiek	75
5.4.1 Somatische diagnostiek bij BED	75
5.4.2 Wat zijn de meest voorkomende complicaties bij BED?	77
5.4.3 Somatische behandeling en begeleiding bij BED	79
5.5 Diagnosticeren	80
5.5.1 Anamnestic onderzoek	82
5.5.2 Meetinstrumenten	83
5.5.3 Somatische diagnostiek	84
5.6 Indiceren	84
5.7 Behandelen en begeleiden	84
5.7.1 Behandelingen	86
5.7.2 Farmacotherapie	87
5.7.3 Behandeling somatiek	87
5.8 Acute zorg	87
5.9 Monitoring en evalueren	88
5.9.1 Evaluatie en monitoring	88
5.9.2 Meetinstrumenten en monitoring	88
5.9.3 Wat te doen bij stagnatie voortgang?	89
5.10 Afsluiten	89
5.10.1 Terugvalpreventie	90
5.10.2 Nazorg binnen de ggz	90
5.10.3 Nazorg buiten de ggz	90
5.11 Herstel, participatie en re-integratie	90
5.11.1 Herstel	90
5.11.2 Participatie	90
5.11.3 Re-integratie	91
6. Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID)	92

6.1 Over ARFID	92
6.1.1 Kenmerken ARFID	92
6.1.2 Prevalentie	93
6.1.3 Hoe ontstaat het?	93
6.1.4 Comorbiditeit en complicaties	94
6.2 Vroegtijdig herkennen	95
6.2.1 Signalering	95
6.3 Aanmelden, screening en triage	96
6.3.1 Screening en Triage	96
6.4 Somatiek	98
6.4.1 Somatische diagnostiek bij ARFID	99
6.4.2 Wat zijn de meest voorkomende complicaties bij ARFID?	101
6.4.3 Lichamelijke behandeling bij ARFID	104
6.4.4 Specifieke voedingsinterventies bij ARFID	106
6.4.5 Logopedische interventies	106
6.5 Diagnosticeren	107
6.5.1 Anamnestic onderzoek	109
6.5.2 Meetinstrumenten	110
6.5.3 Somatische diagnostiek	112
6.6 Indiceren	112
6.7 Behandelen en begeleiden	113
6.7.1 Behandeling	116
6.7.2 Farmacotherapie	117
6.7.3 Behandeling somatiek	117
6.8 Acute zorg	117
6.8.1 Voorkomen van dwang	118
6.9 Monitoring en evalueren	118
6.10 Afsluiten	119
6.10.1 Terugvalpreventie	119
6.10.2 Nazorg binnen de ggz	119
6.10.3 Nazorg buiten de ggz	120

6.11 Herstel	120
<hr/>	
7. Organiseren van zorg	121
<hr/>	
7.1 Welke professionals zijn betrokken?	121
<hr/>	
7.1.1 Rol van de zorgprofessional	121
<hr/>	
7.1.2 Rol van de naasten	122
<hr/>	
7.1.3 Rol van de patiënt	122
<hr/>	
7.2 Wat zijn randvoorwaarden voor goede samenwerking?	123
<hr/>	
7.2.1 Informatie uitwisseling	124
<hr/>	
7.2.2 Hoe werken professionals samen?	124
<hr/>	
7.3 Welke competenties zijn nodig?	124
<hr/>	
7.4 Welke onderdelen zijn belangrijk in het kwaliteitsbeleid?	125
<hr/>	
7.4.1 Kwaliteit en organisatie	125
<hr/>	
7.4.2 Kwaliteit en scholing	126
<hr/>	
7.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	126
<hr/>	
7.6 Hoe wordt behandeling van eetstoornissen gefinancierd?	127
<hr/>	
7.7 Wat vinden patiënten en naasten belangrijk bij organisatie van zorg?	127
<hr/>	
8. Kwaliteit van zorg meten	129
<hr/>	
8.1 Inleiding	129
<hr/>	
8.2 Uitkomsten op het proces	129
<hr/>	
8.3 Uitkomsten op structuur	130
<hr/>	
8.4 Uitkomsten op het effect van de behandeling	130
<hr/>	
9. Achtergronddocumenten	134
<hr/>	
9.1 Verdieping somatiek	134
<hr/>	
9.1.1 Indicatiesnelheid verwijzen naar somatische arts	134
<hr/>	
9.1.2 Aandachtspunten bij anamnese	135
<hr/>	
9.1.3 Aandachtspunten bij lichamelijk onderzoek	137
<hr/>	
9.1.4 Bloedonderzoek tabel	138
<hr/>	
9.1.5 Differentiaaldiagnostiek	139
<hr/>	
9.1.6 Ziekenhuis thuis beleid	141
<hr/>	
9.1.7 Opname criteria	141
<hr/>	
9.1.8 Beleid bij somatische opname	142
<hr/>	

9.1.9 Hervoeding	143
9.1.10 Hervoeding - Uitvoering	145
9.1.11 Hervoeding - Indicaties voor sondevoeding	145
9.1.12 Hervoeding - Samenvatting klinisch beleid	146
9.1.13 Hervoeding - Hoe vaak en wat controleer je wat tijdens hervoeden?	146
9.1.14 Gewicht - gezond gewicht	147
9.1.15 Gewicht - gewichtseloop	148
9.1.16 Complicaties - Lage bloedsuiker (hypoglykemie)	148
9.1.17 Complicaties - Hart- en vaatstelsel	149
9.1.18 Complicaties - Longen	151
9.1.19 Complicaties - Maagdarmstelsel	151
9.1.20 Complicaties - Botbreekbaarheid	152
9.1.21 Complicaties - Lichaamsgroei	152
9.1.22 Complicaties - Menstruatie en zwangerschap	153
9.1.23 Complicaties - Nieren, vochtthuishouding en zouten/mineralen	153
9.1.24 Complicaties - Braken /laxeren	154
9.1.25 Bewegingsdrang en aanbevelingen	155
9.1.26 Somatische complicaties tabel	156
9.1.27 Maagproblemen bij BED	157
9.1.28 Suikerziekte (diabetes mellitus) bij BED	157
9.1.29 Hart en vaat ziekten (cardiovasculaire complicaties) bij BED	157
9.1.30 Obstructief slaapapneu syndroom (OSAS) bij BED	158
9.1.31 Groei en puberteitsontwikkeling bij BED	158
9.1.32 Polycysteus ovarium syndroom (PCOS) bij BED	158
9.1.33 Vaker beschreven tekorten bij ARFID	158
9.2 Verdieping vaktherapie	159
9.2.1 Vaktherapie bij AN	159
9.2.2 Vaktherapie bij BN	159
9.2.3 Vaktherapie bij BED	160
10. Referentielijst	162

# 1. Introductie

Autorisatiedatum 29-10-2025    Beoordelingsdatum 29-10-2025

## 1.1 Introductie

De Zorgstandaard beschrijft de verschillende voedings- en eetstoornissen. Diagnostiek, behandeling, comorbiditeit en somatiek worden per eetstoornis beschreven.

De 4 specifieke stoornissen in deze zorgstandaard zijn:

1. [anorexia nervosa \(AN\)](#);
2. [bulimia nervosa \(BN\)](#);
3. [eetbuistoornis \(binge eating disorder: BED\)](#);
4. [vermijdende/restrictieve voedselnamestoornis \(avoidant/restrictive food intake disorder: ARFID\)](#).<sup>1</sup>

Dit zijn niet alle voedings- en eetstoornissen, lees hier meer over welke voedings- en eetstoornissen er nog meer zijn \*. In de DSM-5-TR zijn, conform de zogenaamde levensloopbenadering, voedingsstoornissen en eetstoornissen samengebracht in het hoofdstuk Voedings- en eetstoornissen.

Indien iemand niet volledig voldoet aan alle criteria volgens de DSM-5-TR om 1 van de 4 bovenstaande eetstoornissen vast te kunnen stellen maar wel een eetstoornis heeft, lijdensdruk ervaart en behandeling nodig heeft, kan de diagnose andere gespecificeerde voedings- en eetstoornis (other specified feeding and eating disorder (OSFED))\*worden gesteld. Specificeer de OSFED diagnose op basis van de kenmerken van de eetstoornis waarop deze het meest lijkt.

Verschillende typen voedings- en eetstoornissen kunnen in elkaar overlopen. Mogelijk is het niet altijd eenvoudig te bepalen waar te beginnen met lezen. Kies in dat geval de meest op de voorgrond staande symptomen en begin daar.

- Lees hier de [samenvatting](#) van de zorgstandaard voor een beschrijving van alle fasen van het zorgproces.
- De zorgstandaard is gebaseerd op de [Algemene visie op kwaliteit van zorg](#).
- De zorgstandaard is gemaakt door een werkgroep van zorgverleners, patiënten en hun naasten. In het document [Totstandkoming en methoden](#) vind je het overzicht van de werkgroep en de doelstelling van de standaard.
- Op [Thuisarts.nl](#) vind je de patiënten informatie over eetstoornissen, afgestemd op deze zorgstandaard.

### *Hulpmiddelen van de zorgstandaard*

Op het tabblad [Hulpmiddelen](#) vind je aanvullende hulpmiddelen voor gebruik van de zorgstandaard.

De zorgstandaard is vastgesteld in 2025 en goedgekeurd door beroepsorganisaties en organisaties voor patiënten en hun naasten.

### **\* Toelichtingen**

**lees hier meer over welke voedings- en eetstoornissen er nog meer zijn :** Obesitas is geen psychische stoornis volgens DSM-5-TR. De eetstoornissen pica, ruminatiestoornis, subklinische syndromen en niet- of anders gespecificeerde voedings- en eetstoornissen (zoals purgeerstoornis, nachtelijk eetsyndroom, atypische anorexia nervosa) komen eveneens niet aan de orde. De zorgstandaard biedt echter ook handvatten voor de zorg aan mensen met deze DSM-5-TR voedings- en eetstoornissen. Wel bestaat er een verband tussen eetbuistoornis en obesitas, net als tussen depressie en obesitas. Raadpleeg hiervoor de richtlijn over Obesitas.

**andere gespecificeerde voedings- en eetstoornis (other specified feeding and eating disorder (OSFED)):** Deze classificatie omvat klinische beelden waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor een voedings- of eetstoornis klinisch significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken in het sociale en beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen, maar die niet volledig voldoen aan de criteria voor een van de eetstoornissen in de categorie voedings- en eetstoornissen. De classificatie 'andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis' wordt gebruikt wanneer de clinicus ervoor kiest om de specifieke reden te noteren waarom het beeld niet voldoet aan de criteria voor een van de specifieke voedings- en eetstoornissen. Dit kan door 'andere gespecificeerde voedings-of eetstoornis' te registreren, gevolgd door de specifieke reden (bijvoorbeeld 'boulimia nervosa, met lage frequentie'). Hier volgen voorbeelden van klinische beelden die met 'andere gespecificeerde' kunnen worden aangeduid: 1. Atypische anorexia nervosa Er is volledig voldaan aan de criteria voor anorexia nervosa voldaan, behalve dat het gewicht van de betrokkene zich, ondanks een significant gewichtsverlies, binnen of boven de normale waarde bevindt. Mensen met atypische anorexia nervosa ervaren vaak veel van de met anorexia nervosa gepaard gaande fysiologische complicaties. 2. Boulimia nervosa (met lage frequentie en/of van beperkte duur) Er is volledig aan de criteria voor boulimia nervosa voldaan, behalve dat de eetbuien en het inadequate compensatoire gedrag zich gemiddeld minder dan 1 keer per week en/of gedurende minder dan 3 maanden voordoen. 3. Eetbuistoornis (met lage frequentie en/of van beperkte duur) Er is volledig aan de criteria voor de eetbuistoornis voldaan, behalve dat de eetbuien zich gemiddeld minder dan 1 keer week en/of gedurende minder dan 3 maanden voordoen. 4. Purgeerstoornis Herhaaldelijk purgeergedrag om het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm te beïnvloeden (zoals zelf opgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica of andere medicatie) zondat sprake is van eetbuien. 5. Nachtelijk eetsyndroom Recidiverende episoden met nachtelijk eten, die zich uiten in eten na het 's nachts ontwaken of in een overdadige consumptie na de avondmaaltijd. De betrokkene is zich van het eten bewust en kan het zich herinneren. Het nachtelijk eten kan niet beter worden verklaard door externe invloeden zoals veranderen in de slaap-waakcyclus van de betrokkene of door plaatselijke sociale normen. Het nachtelijk eten veroorzaakt significante lijdensdruk en/of beperkingen in het functioneren. Het ontregelde eetpatroon kan niet beter worden verklaard door een eetbuistoornis of een andere psychische stoornis waaronder misbruik van middelen en kan niet worden toegeschreven aan een somatische aandoening of aan het effect van medicatie. Ongespecificeerde voedings- of eetstoornis (F50.9) (unspecified feeding of eating disorder) De classificatie 'ongespecificeerde voedings- of eetstoornis' wordt gebruikt in situaties waarin de clinicus ervoor kiest om niet de reden te specificeren waarom het klinische beeld niet voldoet aan de criteria voor een bepaald voedings- of eetstoornis en hij of zij manifestaties beschrijft waarbij onvoldoende informatie beschikbaar is om een specifiekere classificatie toe te kennen, bijvoorbeeld op een spoedeisende hulpafdeling.

## 2. Over Eetstoornissen

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

### 2.1 Hoe vaak komen eetstoornissen voor?

Eetstoornissen komen in alle lagen van de bevolking voor, bij vrouwen en mannen, bij jonge mensen, volwassenen en ouderen, maar het meest bij jonge vrouwen.<sup>2 3 4</sup> Hoe vaak iets voorkomt kan worden uitgedrukt in lifetime prevalentie: het aantal mensen die op enig moment in hun leven de stoornis krijgen. Van belang is hierbij te noemen dat er zeer waarschijnlijk sprake is van onderrapportage bij alle eetstoornissen.

- Op basis van Nederlands onderzoek (het NIVEL onderzoek) is recent vastgesteld dat de incidentie (het aantal nieuwe gevallen per 100.000 personen per jaar) van anorexia nervosa (AN) bij 10-14 jarigen is toegenomen van 8.6 naar 38.6 terwijl de totale incidentie gelijk bleef.<sup>5 6</sup> In de algemene bevolking wordt de lifetime prevalentie van anorexia nervosa (AN) geschat op 4% bij vrouwen en 0.3% bij mannen.
- De lifetime prevalentie van boulimia nervosa (BN) is volgens datzelfde onderzoek de afgelopen decennia afgenomen en lijkt nu te stabiliseren rond 3% voor vrouwen en 1% voor mannen.<sup>7</sup>
- De lifetime prevalentie van eetbui stoornis (BED) voor vrouwen en voor mannen ligt rond 1- 4%.
- Tot slot: over ARFID zijn minder, en variërende, prevalentie cijfers bekend. In een onderzoek georganiseerd door de National Eating Disorders Association werd een prevalentie van 4,7% vastgesteld onder deelnemers.<sup>8</sup> In een ander scoping review werd een range van 0.5-5% gerapporteerd.<sup>9</sup>
- In een gemiddelde huisartsenpraktijk (n=2168) hebben ongeveer 20 patiënten een eetstoornis.

Eetstoornissen kunnen op elke leeftijd ontstaan; AN begint steeds vaker voor het 15<sup>e</sup> jaar, ARFID begint dikwijls op de kinderleeftijd. BN en BED beginnen doorgaans in de adolescentie of jong volwassenheid; eetstoornissen komen echter ook op oudere leeftijd voor en met name de periode rond de menopauze vormt een risico.<sup>10</sup>

Eetstoornissen komen relatief weinig voor in een gemiddelde huisartsenpraktijk. Geschat wordt dat een huisarts met een normpraktijk (n=2168) ongeveer 20 patiënten met een eetstoornis in de praktijk heeft. Het aantal patiënten met een eetstoornis is afhankelijk van de patiëntenpopulatie van de huisarts. Een praktijk met veel jonge mensen, zoals in een studentenstad, zal bijvoorbeeld meer patiënten met AN en BN hebben dan een praktijk op het platteland, waar meer BED in combinatie met obesitas wordt gezien.

#### Onderdiagnostiek en behandeling

Onderdiagnostiek en onvoldoende behandeling van eetstoornissen komen geregeld voor omdat (symptomen van) een eetstoornis niet altijd wordt opgemerkt of omdat patiënten soms niet verwezen (willen) worden naar de geestelijke gezondheidszorg. Bij jeugdigen speelt mogelijk ook mee dat ouders onvoldoende op de hoogte zijn van de kenmerken van een eetstoornis of bijvoorbeeld zelf problemen met eten hebben. (Zie verder [Herkenning](#)).

### 2.2 Het belang van vroegtijdige herkenning

Omdat mensen met een voedings- of eetstoornis vaak jarenlang onontdekt blijven en een zo vroeg mogelijke behandeling tot betere resultaten leidt, is herkenning van groot belang.<sup>11</sup> Zie voor meer gedetailleerde info hierover de paragrafen over vroegtijdige herkenning bij de verschillende eetstoornissen. Voor (tijdige) herkenning is het van belang ook rekening te houden met verschillende culturele achtergronden\* en de (on)bekendheid met eetstoornissen.

Voedings- en eetstoornissen leiden tot een hoge mortaliteit en morbiditeit, doordat:

- het gewicht levensbedreigend laag of juist zeer hoog kan worden;
- er voedingstekorten kunnen ontstaan;
- obesitas lichamelijke consequenties heeft;
- compensatiegedrag zoals braken en laxeren ernstige gevolgen heeft;
- de klachten leiden tot ernstig verlies aan kwaliteit van leven voor de patiënt en diens directe omgeving;
- en door suïcidaliteit.<sup>12</sup>

Naast aandacht voor de patiënt zelf is het belangrijk om waar mogelijk ook naasten te betrekken. Zeker wanneer er (ook) sprake is van systeemproblematiek. De eetstoornis beïnvloedt vaak de kwaliteit van leven. Deze invloed wordt vaak onderschat. Bijvoorbeeld bij mensen met BED - zelfs zij die wel een sociaal bestaan hebben kunnen opbouwen - lijden dikwijls ernstig aan hun eetprobleem, vaak in stilte.

De gevolgen kunnen zich uitstrekken over alle levensgebieden: school (onafgeronde opleiding), werk, gezin en familie en het sociale leven. 1 op de 4 volwassen patiënten met AN heeft betaald werk. Ongeveer de helft van de volwassen patiënten met BN en BED ondervindt problemen met sociale rollen, zoals werk en relaties.<sup>13 14</sup> Bij de eetbuistoornis lijden mensen onder de vaak bijkomende obesitas. Vrouwen met een eetstoornis, met name AN en BN, zijn vaker ongewild kinderloos, doen vaker een beroep op fertiliteitsbehandeling en hebben meer complicaties rondom de bevalling en vaker een postnatale depressie.<sup>15</sup> Mensen met ARFID ondervinden doorgaans ernstige beperkingen in hun psychosociaal functioneren; zo kunnen zij vaak niet deelnemen aan sociale activiteiten waarbij eten een rol speelt. Ook bestaat er veel schaamte rondom het niet mee kunnen eten met andere mensen.

Tot slot is er vaak sprake van comorbiditeit, zoals angst- en stemmingsstoornissen, ADHD en onderliggend trauma. Deze problematiek is soms zo verweven met de voedings- of eetstoornis dat het moeilijk is te bepalen waar met behandelen te beginnen. In de praktijk wordt vaak gekozen voor aanpak van datgene waar de meeste (oorzakelijke) lijdenslast in ADL ligt.<sup>16</sup>

#### \* Toelichtingen

**culturele achtergronden:** Realiseer je dat met name mensen met een niet westerse cultuur minder snel zorg krijgen.

## 2.3 Wat is het beloop van eetstoornissen?

Een eetstoornis gaat meestal niet vanzelf over. Eetstoornissen geven een aanzienlijk verlies van kwaliteit van leven.<sup>17 18</sup> Onder jonge meisjes en vrouwen van 15-19 jaar in landen met hoge inkomens staan

eetstoornissen qua ziektelast op de 12e plaats van een lijst met meer dan 300 lichamelijke en psychische ziekten.<sup>19</sup> De gevolgen kunnen zich [uitstrekken over alle levensgebieden](#).

Bij klinische opnames kan dit een grote impact hebben en leiden tot ontregeling van het dagelijkse leven, zoals schooluitval, doublures, gespreide examens, afwezigheid op het werk en beperkingen in het sociale leven.

De belasting voor direct betrokken mantelzorgers, ouders, partners en familieleden is zowel in tijd als mentale belasting erg hoog. Gemiddeld besteden zij zo'n 24 uur per week aan de zorg voor hun familielid met een eetstoornis.

Soms leidt een eetstoornis tot de dood.<sup>20</sup>

- Per 10 jaar overlijdt 5% van de patiënten met AN, waarvan 1 op de 5 door suïcide. Andere oorzaken van overlijden zijn de gevolgen van ondervoeding en somatische complicaties.
- Per 10 jaar overlijdt 2% van de patiënten met BN, waarvan 1 op de 5 door suïcide.
- De mortaliteit onder mensen met BED is minder goed bekend, maar waarschijnlijk lager.
- Over ARFID is nog niets bekend.

### **Herstel**

Hoe eerder iemand behandeling krijgt, hoe groter de kans op herstel van AN. De kans op herstel neemt af naarmate iemand langer ziek is. De psychologische behandelvormen die in deze zorgstandaard worden beschreven bieden allemaal 50% kans op herstel. Het duurt gemiddeld 5 jaar voordat iemand somatisch stabiel is en 7 jaar voordat psychologisch herstel is bestendigd. 20% blijft chronisch ziek en gehandicapt, terwijl 30% gedeeltelijk herstelt, maar altijd belast blijft door gedachten over het eigen lichaam, gewicht en voeding. Ook bij BN verloopt het herstel met vallen en opstaan en herstelt gemiddeld genomen ongeveer de helft of iets meer volledig. Omdat de BED vaker in het geheim verloopt, zijn de herstelcijfers minder duidelijk. Een bijkomend probleem is dat, zelfs na een goed herstel, obesitas vaak blijft bestaan. Over de effecten van vroeg interventie zijn nog weinig cijfers bekend. Mogelijk gaat daaruit blijken dat de herstelkans bij vroeg interventie groter is.<sup>21 22</sup>

## **2.4 Zorg voor mensen met een eetstoornis**

Onderstaand enkele aandachtspunten bij patiënten met een (mogelijke) eetstoornis.

### **2.4.1 Onderzoek is belangrijk**

Uitgebreid onderzoek naar de patiënt en zijn of haar persoonlijke omstandigheden is noodzakelijk om een eetstoornisdiagnose en eventuele comorbide medische of psychische aandoeningen te bevestigen. Dit helpt ook om medische en psychische risico's (zoals stemmingsstoornissen en suïciderisico) in te kunnen schatten.

Betrek indien mogelijk ook familie of verzorgers bij het onderzoek, tenzij er een contra-indicatie is, zoals een veiligheidsrisico bij misbruik of huiselijk geweld. Raadpleeg hierbij de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling.

### **2.4.2 Verschillen en overeenkomsten eetstoornissen**

Hoewel eetstoornissen op elke leeftijd kunnen ontstaan, begint ARFID meestal het vroegst, in de kindertijd, gevolgd door AN, daarna BN en tot slot BED. Gemeenschappelijk aan vrijwel alle eetstoornissen is dat ze vaak lange tijd bestaan voordat behandeling wordt gezocht. De ontwikkeling van de patiënt kan ernstig worden bedreigd door dit langdurige ziekzijn.<sup>23 24</sup>

De module [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz \(LGA\)](#) is momenteel het enige praktische handvat voor het onderscheiden van patiënten met eetstoornissen binnen de ggz. Voor het onderscheiden van behandeling van eetstoornissen in gespecialiseerde ggz of hoogspecialistische ggz hebben de Stichting TOPGGz en iMTA een [decisiontool eetstoornissen](#) voor volwassenen ontwikkeld. Voor jongeren is deze tool nog in ontwikkeling.

### 2.4.3 Behandeling op hoofdlijnen

Professionals in de ggz gebruiken **de DSM-5-TR** om de verschillende eetstoornissen te classificeren en diagnosticeren, zodat ze eetstoornisspecifieke behandelingen kunnen geven.<sup>25</sup>

De behandeling verschilt per eetstoornis. De zorg is integraal\* en richt zich op eetgedrag, gewicht, lichaamsbeleving, zelfbeeld en algemene psychische problemen, zoals onzekerheid, perfectionisme en trauma's. Daarnaast is er aandacht voor het functioneren binnen het sociaal-maatschappelijk domein.<sup>26</sup> Terugvalpreventie is een vast onderdeel van de behandeling.

Belangrijke onderdelen van de behandeling bij AN zijn:

- somatische stabilisatie en het uit de lichamelijke gevarezone krijgen van de patiënt;
- herstel van het eetgedrag, de cognities en herstel van het sociale functioneren.

Benadrukt wordt dat herstel van eetgedrag nog geen volledig herstel is. Er zijn enkele specifieke psychologische en farmacologische therapieën.<sup>27</sup>

Ambulante behandeling of dagopname heeft in de meeste gevallen de voorkeur boven klinische behandeling; opname is niet per se effectief. Ziekenhuisopname is geïndiceerd bij somatische noodzaak. Een ziekenhuisopname kan ook zinvol zijn als een poliklinische of ambulante behandeling onvoldoende intensief blijkt om de behandeldoelen te behalen.

Belangrijke onderdelen bij de behandeling van zowel anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN) en eetbuiestoornis (BED) zijn:

- zorg gericht op het onderzoeken van sterke overtuigingen en cognities rondom eten, eetbuien, het lichaam, uiterlijk en gewicht;
- de (overmatige) koppeling van deze factoren aan zelfwaardering.

Gaandeweg de behandeling worden nieuwe, beter passende en realistische cognities en emotieregulatie ontwikkeld die de patiënt gaat toepassen in het dagelijks leven (gedragsverandering). Dit wordt onder andere gedaan met cognitieve gedragstherapie (CGT) waarvoor de meeste evidentie bestaat.<sup>28</sup>

Er is (nog) geen protocollaire behandelvorm in onderzoek getoetst voor de behandeling van volwassenen met een vermijdende/restrictieve voedselnamestoornis (ARFID). Desondanks is de behandeling voor volwassenen met ARFID gebaseerd op de resultaten van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij kinderen en jongeren.<sup>29 30 31</sup> Na een eventuele medische interventie volgt de behandeling volgens

gedragstherapeutische principes. Hierbij wordt exposure aan het vermeden voedsel toegepast in combinatie met responspreventie, waarbij veiligheidsgedragingen achterwege worden gelaten. Voor (jonge) kinderen zijn hiervoor protocollen beschreven. Het betrekken van het systeem noodzakelijk bij jongeren en jongvolwassenen, maar kan ook bij volwassenen zeer relevant zijn.

(Zie zorgstandaard [Vaktherapie](#), [Angstklachten en angststoornissen](#), en [Persoonlijkheidsstoornissen](#)).

**\* Toelichtingen**

**De zorg is integraal:** Inzet vanuit zowel somatische als psychische zorg.

#### **2.4.4 Kijk verder dan behandeling alleen**

Kijk verder dan alleen behandeling in de ggz. Slechts 50% van de patiënten herstelt met de bestaande (psychologische) behandelingen. Daarnaast zijn er vaak lange wachtlijsten voor hulp. Aanvullende maatregelen zijn dus noodzakelijk, zowel ter overbrugging als bij terugval of uitblijvend herstel. Zowel in als buiten de behandeling moet de focus liggen op de kwaliteit van leven, niet op gewicht.

## 3. Anorexia nervosa (AN)

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

### 3.1 Over anorexia nervosa (AN)

AN is een eetstoornis die wordt gekenmerkt door een beperkt eetpatroon, wat leidt tot een afnemend en uiteindelijk te laag lichaamsgewicht. Ondanks dit lage gewicht is er een grote angst om aan te komen, waardoor iemand alles doet om gewichtstoename te voorkomen, zoals restrictief eten, vasten, braken, laxeren of overmatig bewegen. Dit gedrag is gebaseerd op een verstoring in de lichaamsbeleving (zoals de overtuiging reeds een te omvangrijk lichaam te hebben) of een onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf. AN begint meestal in de puberteit, maar kan ook later in het leven of voor de puberteit ontstaan.

#### 3.1.1 Kenmerken

Kenmerkend voor AN is een beperkt eetpatroon en een te laag lichaamsgewicht. Opvallend is de vaak negatieve lichaamsbeleving, waarbij iemand zichzelf te dik voelt ondanks gewichtsverlies en vermagering. Veel mensen met AN hebben een sterke angst om aan te komen en proberen dit te voorkomen door zeer weinig te eten. Daarnaast kan iemand het gewicht onder controle proberen te houden door bijvoorbeeld overmatig bewegen, laxeermiddelen te gebruiken of te braken of een combinatie ervan. Het komt echter ook voor dat mensen aangeven niet bang te zijn om dik te worden, maar toch aanhoudend proberen om gewichtstoename te voorkomen. Er worden 2 typen AN onderscheiden: het restrictieve type dat vooral wordt gekenmerkt door restrictief eten, vasten en/of bewegen en het purgerende type waarbij sprake is van eetbuien en compenserend gedrag zoals braken of laxeren. Wanneer het niet lukt om minder te eten en het gewicht niet verder daalt of zelfs stijgt, kan dit leiden tot veel spanning en een gevoel te falen.

De ernst van AN wordt in eerste instantie bepaald op basis van de mate van ondergewicht. Bij volwassenen gebeurt dit op basis van de huidige BMI (Body Mass Index). Bij kinderen en adolescenten wordt de ernst beoordeeld op basis van het BMI-percentiel, aangepast naar leeftijd en geslacht. (Zie zorgstandaard [Diagnostiek](#)). Daarnaast worden de aanwezigheid van andere symptomen en beperkingen in het psychisch en sociaal functioneren meegenomen in de ernstbepaling.

De kenmerken van AN vertonen overeenkomsten met boulimia nervosa (BN). Zo kunnen bij beiden eetbuien voorkomen, gevolgd door compenserend gedrag om gewichtstoename te voorkomen. Bij AN is er echter sprake van een significant laag gewicht, terwijl dit bij BN doorgaans niet het geval is. In een systematische review wordt beschreven dat 8% van de mensen met AN overgaat in BN en 2% andersom. Een wat groter deel (16%) gaat over naar de Andere Gespecificeerde Eetstoornis (OSFED).<sup>32</sup>

#### Leeftijd en prevalentie

De kans dat een vrouw ooit AN krijgt, wordt geschat op 4%.<sup>33</sup>

AN begint steeds vaker in de puberteit,<sup>34</sup> maar kan ook op jongere of oudere leeftijd ontstaan. De leeftijd van ontstaan heeft invloed op de uitingsvorm van AN. Zo kan bij jonge patiënten het beloop erg snel gaan

en is er vaak sprake van bewegingsdrang en voedselweigering. Jonge patiënten zijn vaak nog niet goed in staat hierover te praten. Zeker in vroege stadia is er vaak nog geen gewichtsverlies, maar zijn de symptomen van AN al wel zichtbaar. Ook kan de lengtegroei geremd raken, waardoor gewichtsverlies wordt gemaskeerd. Tot slot komt op jonge leeftijd het purgerende type van AN zelden voor. Bij volwassenen verloopt het ontstaan vaak meer sluipend.

### 3.1.2 Hoe ontstaat anorexia nervosa?

Bij het ontstaan en in stand houden van AN spelen meerdere factoren een rol. Er lijkt bij AN sprake te zijn van een erfelijk bepaalde kwetsbaarheid die zichtbaar kan worden bij lijngedrag.<sup>35 36</sup> Factoren in de directe omgeving en persoonlijke ervaringen kunnen een trigger vormen voor lijngedrag, dat kan uitmonden in niet meer kunnen stoppen met een restrictief eetpatroon- ook als dit naar iemands eigen idee niet meer nodig is - en uiteindelijk in AN. Een voorbeeld hiervan is opgroeien in een gezin waar grote nadruk ligt op gewicht en uiterlijk, of waar de lat erg hoog ligt en men niet goed kan omgaan met emoties, die vervolgens via de eetstoornis tot uiting komen. Ook geplaagd of gepest worden om het uiterlijk of het beoefenen van een sport waarvoor een laag gewicht of een bepaald uiterlijk vereist is, kan leiden tot een restrictief eetpatroon en afvallen.<sup>37</sup>

Verder kan de omgeving in bredere zin invloed hebben op het ontstaan van AN, zoals het slankheidsideaal in de samenleving en afbeeldingen van slanke personen op sociale media.<sup>38</sup> Daarnaast kunnen influencers op social media, en de algoritmes waarin mensen verstrikt raken, en coaches die anorectisch gedrag promoten risicovol zijn.<sup>39</sup> Hoewel seksueel of fysiek misbruik als risicofactor vaak wordt gelinkt aan het ontstaan van AN, is dit, in tegenstelling tot BN, nooit bewezen.<sup>40 41</sup>

Psychologische factoren kunnen de kans op het ontwikkelen en voortbestaan van AN vergroten, zoals weinig zelfvertrouwen, een negatief zelfbeeld, een grote behoefte om aan de verwachtingen van anderen te voldoen, perfectionisme en een sterke angst om te falen of moeilijk aansluiting vinden bij leeftijdsgenoten, en toename sociale druk vanuit de verschillende social media. Soms ontstaan of worden deze factoren versterkt door de directe omgeving, bijvoorbeeld in een gezinscultuur waarin de lat hoog wordt gelegd. Eetproblemen kunnen dan een manier zijn om 'ergens goed in te zijn' en zo om te gaan met negatieve gevoelens en gedachten. Meer specifieke risicofactoren zijn: een negatieve lichaamsbeleving, overmatige zorgen over gewicht, extreem lijngedrag en angst om dik te worden. Ook moeite met het uiten en reguleren van negatieve emoties kan bijdragen aan het ontwikkelen van AN. Tot slot hangen bij jongeren niet-geaccepteerde homoseksuele of transgender gevoelens soms samen met eetproblemen.<sup>42</sup>

Voor het voortbestaan van AN blijken problemen met emotieregulatie soms een rol te spelen, evenals rigiditeit en traumatische ervaringen, waarbij wordt geprobeerd de herinneringen hieraan te onderdrukken.<sup>43</sup> Recent onderzoek laat zien dat AN bij volwassenen onderdeel kan worden van de eigen identiteit en een gevoel van individualiteit kan geven. Dit geldt met name voor mensen met een langdurige vorm van AN.<sup>44</sup>

### 3.1.3 Comorbiditeit en complicaties

Bij meer dan de helft van adolescenten en volwassenen met AN is sprake van psychische comorbiditeit.<sup>45</sup> Het gaat vooral om stemmingsstoornissen<sup>46</sup>, angststoornissen<sup>47 48</sup>, obsessief

compulsieve stoornissen <sup>49</sup>, persoonlijkheidsstoornissen <sup>50</sup> PTSS en trauma. <sup>51</sup> <sup>52</sup>

Somberheid, obsessief denken, angst, rigiditeit en andere psychiatrische symptomen kunnen een omkeerbaar effect zijn van de ondervoeding. Ook cognitieve veranderingen kunnen een gevolg zijn van ondervoeding. Denk aan een gebrekkig kortetermijngeheugen, moeite met keuzes maken, concentratiestoornissen en vertraagd denken.

Overweeg bij comorbide posttraumatische stressstoornis (PTSS) om deze eerst te behandelen. De onrust en angst die met PTSS gepaard gaan, kunnen als uitlokkende factoren voor de eetproblematiek werken (intercollegiale consensus).

## 3.2 Vroegtijdig herkennen

Het is belangrijk om eetproblemen zo vroeg mogelijk te onderkennen en te behandelen om te voorkomen dat een eetstoornis ontstaat. Daarbij is het van belang de voedingsinname en het beloop van het eetprobleem te monitoren en in te schatten of het een voorbijgaand probleem is, of dat er sprake is van een beginnende eetstoornis. Hiervoor kunnen screeningslijsten worden gebruikt, evenals controle van lengte en gewicht. (Zie [zorgstandaard Diagnostiek](#)).

### Redenen voor late hulpvraag en herkenning

Mensen met AN vragen vaak pas laat hulp voor hun problemen. Dit kan te maken hebben met schaamte, maar ook met ambivalente gevoelens ten aanzien van het anorectische gedrag, dat in de eerste fase vaak als positief wordt ervaren. Hierdoor kan er sprake zijn van onvoldoende ziektebesef en een beperkt vermogen om de ernst van hun (lichamelijke) situatie in te schatten. Veel patiënten realiseren zich wel dat hun eetgedrag verstoord is, maar ontkennen de ernst ervan voor zichzelf en voor anderen. Daarom zijn het vaak mensen in de omgeving die alarm slaan, met name ouders en andere naasten.

Omdat AN relatief weinig voorkomt in een huisartsenpraktijk, wordt er niet altijd direct aan een eetstoornis gedacht. Zeker niet bij jongens en mannen, bij wie AN minder vaak voorkomt. Hierdoor wordt AN bij hen nog minder vaak of pas later herkend dan bij meisjes en vrouwen. <sup>53</sup> <sup>54</sup>

### Signaleringsrol

Vroege onderkenning gevolgd door snelle toeleiding naar passende zorg is belangrijk omdat dit de kans op herstel aanzienlijk verhoogt. De rol van huisartsen is essentieel bij het herkennen van de symptomen van AN. Ook is het belangrijk dat de arts goed doorvraagt.

Bij vroege onderkenning en signalering spelen ook andere partijen een belangrijke rol. Denk bijvoorbeeld aan ouders en andere familieleden, vrienden, klasgenoten, tandartsen, onderwijzers, schoolmaatschappelijk werk, jeugdartsen en -verpleegkundigen, (sociale) wijkteams, behandelaars, sportinstructeurs en trainers. Het is belangrijk dat zij signalen die kunnen duiden op AN vroegtijdig leren herkennen en bespreekbaar maken.

### 3.2.1 Signalering

#### Signalen

Het is belangrijk om bedacht te zijn op AN bij signalen op het gebied van eetgedrag, zelfbeeld, lichaamsbeeld, anamnestiche aanwijzingen voor perfectionisme kunnen ondersteunend zijn voor de

werkhypothese AN en/of gewichtsverlies of groeistagnatie. Denk bijvoorbeeld aan extreem weinig eten, angst om dik te worden, vertekend lichaamsbeeld, gebruik van laxemiddelen, lage zelfwaardering, extreem sporten of bewegen. De eetstoornissen voor de huisartsenpraktijk geeft inzicht in waar je op kunt letten. eetstoornissen voor de huisartsenpraktijk geeft inzicht in waar je op kunt letten.

Vroeg herkennen en vroeg interveniëren kan de periode verkorten waarin iemand de eetstoornis ontkent en geen hulp wil vragen. Daarbij kunnen de volgende hulpbronnen een positieve invloed hebben:

- Op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) staat informatie voor patiënten over het [voorkomen van eetstoornissen](#).
- Laagdrempelige interventies en (online) zelfhulp, eventueel begeleid, zijn een belangrijke eerste stap op weg naar herstel. Ook mensen met een beginnende eetstoornis die de zorg (nog) mijden, kunnen hier baat bij hebben. (Zie hiervoor [www.firsteetkit.nl](http://www.firsteetkit.nl), [99gram](#) en Eerste Hulp Bij Eetstoornissen ([EHBE](#))).
- Vanwege wachtlijsten voor gespecialiseerde zorg is het belangrijk dat ouders en naasten kunnen nagaan waar iemand snel terecht kan, bijvoorbeeld op: [www.eetstoornisennetwerk.nl](http://www.eetstoornisennetwerk.nl).

## 3.3 Aanmelden, screening en triage

### Aanmelding

Jongeren tot 18 jaar kunnen worden aangemeld door de huisarts, kinderarts of jeugdhulpverleners. Hiervoor moet toestemming van de gemeente worden gevraagd, behalve bij instellingen die werken onder het [LTA \(Landelijk Transitie Arrangement\)](#). Vanaf 18 jaar kan de huisarts, internist of een ggz-hulpverlener verwijzen naar een gespecialiseerde behandelsetting.

### 3.3.1 Screening en triage

#### Screening

Voor een snelle signalering van AN is [de SCOFF](#) een bruikbaar instrument.<sup>55</sup> Voor jeugd is er momenteel nog geen gevalideerde screeningslijst. Het is van groot belang om bij jongeren een goede heteroanamnese af te nemen. Huisartsen kunnen daarnaast gebruik maken van een [signalenkaart](#). (Zie [Somatische diagnostiek](#)).

Patiënten met AN hebben vaak een verhulde hulpvraag en presenteren zich met weinig specifieke klachten. De meest vermelde klachten zijn: obstipatie, maar ook maag-darmklachten zoals misselijkheid en buikpijn, uitblijvende menstruatie, duizeligheid, vermoeidheid en, afbuigende lengtegroei. Ook melden patiënten zich vaak met uiterlijk gerelateerde klachten zoals: haarverlies en een droge of bleke huid. Denk ook bij een normaal lichaamsgewicht aan een mogelijke eetstoornis.

#### Triage

Bij de screening en triage moet met name aandacht worden besteed aan signalen die wijzen op de duur en ernst van de eetstoornis. Daarnaast wordt er gekeken naar bijkomende problemen zoals psychische en somatische comorbiditeit en het effect op naasten.

Met het gebruik van de decision tool kan bepaald worden of er sprake is van een hoog specialistische zorgvraag, en welke behandelsetting het meest passend is. De Stichting TOPGGz en iMTA hebben de [decisiontool eetstoornissen](#) voor volwassenen ontwikkeld. Voor jongeren is deze tool nog in ontwikkeling. (Zie ook [Tempo van verwijzing](#)).

## 3.4 Somatiek

Ondervoeding, een eenzijdig eetpatroon en risicovol compensatiegedrag (zoals overmatig bewegen, braken, laxeren of het gebruik van bijvoorbeeld dieetpillen) kunnen effect hebben op elk orgaansysteem. Naast een psychologische evaluatie is het van belang om bij elke patiënt met een vermoeden van AN ook een inschatting te maken van de lichamelijke situatie. (Zie ook [Indicatie snelheid verwijzen naar somatische arts](#)).

### 3.4.1 Somatische diagnostiek bij anorexia nervosa

#### 1. Anamnese

Patiënten met AN kunnen zich presenteren met allerlei aspecifieke lichamelijke en psychische klachten\* en zullen niet vaak zelf met de klacht 'een eetstoornis' komen. Vaak is er sprake van schaamte en onvoldoende ziektebesef. Een heteroanamnese is dan ook van groot belang.

Naast een speciale anamnese met aandacht voor de relevante [aandachtspunten](#) dient een familie- en een uitgebreide tractusanamnese te worden afgenomen.

Bij kinderen trekken ouders vaak aan de bel. Denk bij kinderen vooral aan AN (of een andere eetstoornis) bij presentatie met groeivertraging, failure to thrive en een vertraagde puberteit.

Zie ook: [Signalenkaart](#) eetstoornissen voor huisartsen.

#### 2. Lichamelijk onderzoek

Met het lichamelijk onderzoek kunnen de mate van ondervoeding, eventuele lichamelijke complicaties en andere lichamelijke ziekten worden vastgesteld of uitgesloten. Lichamelijk onderzoek wordt uitgevoerd door een arts of verpleegkundige. De basismetingen van bloeddruk, pols, temperatuur, gewicht, lengte en Body Mass Index (BMI) zijn essentieel en moeten regelmatig worden gecontroleerd. Deze metingen geven een indicatie van de ernst van de lichamelijke situatie. Let ook op tekenen van zelfbeschadiging tijdens het lichamelijk onderzoek.

Let tijdens het [lichamelijk onderzoek](#) ook op de setting: probeer de patiënt tijdens het onderzoek op zijn of haar gemak te stellen en houd rekening met gevoelens van schaamte. Het kan helpen om de patiënt zich niet in één keer volledig te laten ontkleden, maar dit stapsgewijs te doen. Bijvoorbeeld: eerst het bovenlichaam ontkleden, vervolgens weer aankleden voordat het onderlichaam wordt ontkleed.

#### 3. Groeigegevens en gewicht \*

#### 4. Standaard aanvullend onderzoek

Er bestaat landelijke consensus dat bij een patiënt met het vermoeden van AN ten minste eenmaal aanvullend onderzoek moet worden verricht door de arts die de somatische screening uitvoert. Een vastgestelde afwijking wordt vervolgd om verbetering of verslechtering te kunnen vaststellen. Bij toenemend gewichtsverlies, snelle gewichtstoename of een verandering in compenserend gedrag (zoals braken, laxeren of overmatig bewegen) is herhaald bloedonderzoek en/of een ECG geïndiceerd om metabole complicaties tijdig op te sporen.

De interpretatie van bloedonderzoek kan lastig zijn. Veel waarden kunnen afwijken door ondervoeding en/of compenserend gedrag. Er is echter niet altijd een directe relatie met de ernst van de ondervoeding of het compenseren.

- [bloedonderzoek](#)
- [ECG \(hartfilmpje\)](#)

## 5. Aanvullend onderzoek op indicatie

- urine onderzoek\*
- bloedonderzoek\*
- basaalmetabolisme meting (REE)\*
- botdichtheidsonderzoek (DEXA-scan)\*

*Deze lijst benoemt een aantal aandachtspunten, is niet compleet.*

## 6. Differentiaal diagnose

Wanneer de symptomen zoals vermeld in de DSM-5-TR-criteria aanwezig zijn, is de diagnose duidelijk. Met name de afwijkende lichaamsbeleving is onderscheidend, naast het beperken van de energie-inname ten opzichte van de energiebehoefte. AN kan samengaan met een somatische aandoening, zoals diabetes mellitus, schildklierproblematiek of coeliakie. Bij een atypisch klinisch beeld van AN kan ook worden gedacht aan: hyperthyreoïdie, maligniteit, inflammatoire bowel disease (IBD), malabsorptie, chronische infecties, de ziekte van Addison, cardiale aandoeningen, verwaarlozing en mishandeling. Ook kan een depressie of andere psychische stoornis ten grondslag liggen aan het ondergewicht.

[De differentiaaldiagnose](#) van gewichtsverlies is uitgewerkt in een tabel. De toelichting betreft een uitgebreide weergave.

Bij prepuberale kinderen treden de afbuigingen van de groei en stagnatie van gewichtstoename vaak al op voordat een eetstoornis zoals AN zich openbaart. Voeg daarom een eetstoornis toe aan de differentiaaldiagnose bij kinderen met een onverklaarde afbuiging van de groeicurve.

### \* Toelichtingen

**lichamelijke en psychische klachten:** Algehele malaise, vermoeidheid Duizeligheid bij opstaan (orthostase) Flauwvallen (syncope) Uitblijvende ongesteldheid (amenorroe) Verstopping (obstipatie) Angsten, somberte, slaapproblemen. Kouwelijkheid Hartkloppingen Lage bloedsuikergevoelens: klam, zweterig, trillerig, hoofdpijn, honger, prikkelbaar Vol gevoel na maaltijden, buikpijn Haarverlies Droge huid Vertraagde wondgenezing Pijnlijke gewrichten  
Bij kinderen: groeistilstand, vertraagde puberteit

**Groeigegevens en gewicht :** Volwassenen: Bij volwassenen is de Body Mass Index (BMI = gewicht/(lengte)<sup>2</sup> = kg/m<sup>2</sup>) de meest gebruikte methode om vast te stellen of er sprake is van ondergewicht. Er is sprake van ondergewicht als de BMI lager is dan 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Wees kritisch bij het gebruik van de BMI als maat: deze houdt geen rekening met lichaamssamenstelling en daardoor een over- of onderschatting van de lichamelijke situatie geven. Kinderen-adolescenten: Vraag bij jeugdarts of jeugdgezondheidszorginstelling oude groeigegevens op voor een reconstructie van de historische groeicurve om groeivertraging op te sporen en een gezond gewicht te bepalen.

[Meer informatie](#)

**urine onderzoek:** Op indicatie kan urineonderzoek worden verricht, met name om in te schatten of er sprake is van uitdroging, waterloading (het drinken van grote hoeveelheden water om het gewicht of het hongergevoel te beïnvloeden) of een onvoldoende concentrerend vermogen van de nieren (zoal bij diabetes insipidus, nefrogeen of centraal).

**bloedonderzoek:** Op indicatie kunnen de volgende waarden worden bepaald: Vitaminestatus of micronutriënten bij vermoeden van tekorten, bijvoorbeeld door eenzijdig eetpatroon (vitamine B1, vitamine D, bij vegetarische patiënten vooral vitamine B12 en foliumzuur). Schildklierwaarden, bijvoorbeeld bij een aanhoudend lage hartslag ondanks gewichtsherstel. Amylase, dat verhoogd kan zijn bij alveesklierontsteking, maar ook bij braken. Coeliakiescreening. Prealbumine, als maat voor de ernst van eiwittekort. Cystatine C, indien beschikbaar, is een betrouwbaardere maat voor het bepalen van de nierfunctie bij ondervoeding.

[Meer informatie](#)

**basaalmetabolisme meting (REE):** Het basaalmetabolisme bij AN is sterk verlaagd. Onderzoek naar het basaalmetabolisme, met behulp van het meten van Resting Energy Expenditure (REE) via indirecte calorimetrie, wordt bij voorkeur alleen verricht wanneer gewichtsherstel uitblijft ondanks voldoende energie-inname.

**botdichtheidsonderzoek (DEXA-scan):** De botdichtheid kan worden vastgesteld met behulp van een botdichtheidsmeting (DEXA-scan) van de linker heup en de lumbale wervelkolom. Het maken van een DEXA-scan kan worden overwogen bij patiënten met AN, ongeacht ziekte duur, menstruatietoestand of geslacht. Bij een afwijkende scan of bij een terugval/aanhoudend energietekort wordt de bepaling na 1.5 tot 2 jaar herhaald.

[Meer informatie](#)

### 3.4.2 Wat zijn de meest voorkomende somatische complicaties bij AN?

Elk orgaansysteem kan worden aangedaan als gevolg van AN: hetzij door een energietekort of een tekort aan bepaalde voedingsstoffen, hetzij door compensatiegedrag. Bij een energietekort schakelt het lichaam over naar een spaarstand, waarbij zo efficiënt mogelijk met de beschikbare energie wordt omgegaan en, waar nodig, afbraak plaatsvindt om biochemische processen in stand te houden. Veel van de lichamelijke gevolgen zijn een aanpassing aan het energietekort en kunnen herstellen zodra de energiebalans weer op orde is en tekorten zijn aangevuld.

Een zo volledig mogelijk overzicht is opgenomen in de tabel van [Somatische complicaties](#) (zie ook [First Eet Kit](#) en [symptomenkaart](#)).

#### **Gevolgen door energietekort:**

- [gewichtsverlies en ondergewicht](#);
- problemen van hart en vaten\*;
- [lage bloedsuiker \(hypoglykemie\)](#);
- onderdrukking van de aanmaak van bloedcellen in het beenmerg\*;
- problemen van het maag-darmstelsel\*;
- problemen in de vochthuishouding en met de nieren en/of blaas\*;
- verstoringen in de zouten/mineralen (onder andere hervoedingssyndroom)\*;
- gevolgen voor de hersenen en psyche\*;
- gevolgen voor de longen\*;
- slaapproblemen\*;
- gevolgen voor huid en haar\*;
- problemen met de stolling\*.

#### **Lange termijn problemen:**

- groei (lengte)\*;
- botdichtheid\*;
- puberteitsontwikkeling\*;
- [menstruatie, seksualiteit en vruchtbaarheid](#);
- verhoogd risico op hart- en vaatziekte\*.

#### **Lichamelijke gevolgen van braken**

##### *De braakcyclus*

Na braken stijgt de endorfineconcentratie, wat een euforisch gevoel en toegenomen eetlust kan

veroorzaken. Daarnaast treden hormonale veranderingen op, onder meer in cholecystokinine (CCK), een hormoon dat betrokken is bij de vertering van vet en eiwit en bij de verzadigingsprikkel. Deze veranderingen kunnen de aanzet tot een nieuwe eetbui versterken. Een eetbui zelf leidt tot een stijging van adrenaline, wat een onaangenaam gevoel kan geven met symptomen zoals benauwdheid, tachycardie en zweten.

#### Lichamelijke gevolgen van het braken/laxeren of ander compensatiegedrag:

- Problemen met het gebit en tandvlees\*
- Afwijkingen in het hoofd/halsgebied en speekselklieren \*
- Problemen met vochthuishouding en de nieren\*
- Afwijkende zouten/mineralen en zuur-base balans\*
- Gevolgen voor het maag-darmstelsel\*
- [Lage bloedsuiker \(hypoglykemie\)](#)
- Invloed op de longen\*
- Hart- en vaatziekten\*
- Wondjes aan de handen (teken van Russel)\*

#### \* Toelichtingen

**problemen van hart en vaten:** Trage hartactie (bradycardie) Andere hartritme problemen Lage bloeddruk (hypotensie) Plotselinge bloeddrukdaling bij het opstaan (orthostase)

[Meer informatie](#)

**beenmerg:** Lage witte bloedlichaampjes (leukopenie) Lage bloedplaatjes (trombopenie) Lage rode bloedcellen (anemie, bloedarmoede)

**maag-darmstelsel:** Verstopping (obstipatie) Vertraagde maag-darmpassage waardoor mensen een vol gevoel ervaren, misselijkheid Lever Overige zeldzame problemen zoals alveesklierontsteking (pancreatitis), plotse verstoring in de passage van voedsel van de darm (ileus), plotse gedeeltelijke of volledige obstructie van de darm bij het arteria mesenterica superior syndroom (SMAS).

[Meer informatie](#)

**de nieren en/of blaas:** Uitdroging Beschadiging van de nieren door te weinig vochtinname Blaasoverrekking door langdurig ophouden van urine

[Meer informatie](#)

**zouten/mineralen (onder andere hervoedingssyndroom):** Tekorten in zouten/mineralen  
Hervoedingssyndroom

[Meer informatie](#)

**gevolgen voor de hersenen en psyche:** Symptomen: Trager worden in denken (bradyfrenie)  
Slechtere concentratie en/of geheugen Prikkelbaarheid Invloed op stemming: somberte  
Rigiditeit in denken Anatomische afwijkingen: Toename van de met vocht gevulde ruimtes  
tussen de hersenen Afname van het volume van de hersenen (pseudo-atrofie) Afwijkingen in  
de doorbloeding van bepaalde hersengebieden Veranderingen in het glucosemetabolisme in  
de hersenen. Veranderde activiteit van neurotransmitters, met name serotonine

**gevolgen voor de longen:** Respiratoire spierzwakte, restrictief longbeeld, bij herhaald braken  
en ernstig ondergewicht klaplong.

**slaapproblemen:** Inslaapproblemen Problemen met doorslapen Oppervlakkig slapen

**gevolgen voor huid en haar:** Haaruitval Broze nagels Vertraagde wondgenezing Ruwe droge  
huid (xerosis) Donshaartjes (lanugo) Oranje kleur van de huid (hypercarotenemie)  
Doorligplekken (decubitus)

**problemen met de stolling:** Vertraagde stolling zich uitend in: Bloedneuzen  
Tandvleesbloedingen Snel blauwe plekken Nabloeden Indien aanwezig: hevige ongesteldheid

**groei (lengte):** Groeistop Vertraagde/langzamere groei

[Meer informatie](#)

**botdichtheid:** Verstoorde botopbouw Verhoogde botbreekbaarheid

[Meer informatie](#)

**puberteitsontwikkeling:** Stop in de puberteitsontwikkeling Vertraagde puberteitsontwikkeling

[Meer informatie](#)

**verhoogd risico op hart- en vaatziekte:** Verhoogd cholesterol

**gebit en tandvlees:** Tandglazuur aantasting Ontstekingen aan het tandvlees Letsel van het gehemelte of de keel door het opwekken van braken met een voorwerp of vingers.

**Afwijkingen in het hoofd/halsgebied en speekselklieren :** Door drukverhoging bij het braken: Puntbloedinkjes in ogen/gelaat Bloedneuzen Overig: Heesheid Keelontstekingen Zwelling van de speekselklieren

**Problemen met vochthuishouding en de nieren:** Uitdroging Pseudo-Bartter syndroom (verhoogd aldosteron door langdurige ondervulling) Nierschade door uitdroging Vochtophopingen na stoppen met braken/laxeren.

[Meer informatie](#)

**Afwijkende zouten/mineralen en zuur-base balans:** Bij laxeren en braken: Verlaagd kalium Verlaagd natrium Verlaagd chloor Bij braken: Metabole alkalose Bij laxeren: Metabole acidose Metabole alkalose (bij chronisch laxeren)

**Gevolgen voor het maagdarmstelsel:** Braken: Zuurbranden Ontsteking van de slokdarm (oesophagitis) Bloedinkjes van de wand van de slokdarm/overgang naar maag (Mallory Weiss laesie) Zeldzaam maar ernstig: scheur van de slokdarm of maag Barret slokdarm (door langdurige blootstelling aan maagzuur) Slokdarmkanker Laxeren: Problemen met peristaltiek van de dikke darm (cathartisch colon) Zwart verkleuring van de dikke darmwand (melanosis coli)

[Meer informatie](#)

**Invloed op de longen:** Klaplong Longontstekingen (door aspiratie braaksel)

**Hart- en vaatziekten:** Hartritmestoornissen QT-tijd verlenging

[Meer informatie](#)

**Wondjes aan de handen (teken van Russel):** Wondjes of eeltige plekken op de handrug van de dominante hand door beschadiging van de huid. Ze ontstaan bij het in de mond steken van de vingers om braken op te wekken.

### 3.4.3 Lichamelijke behandeling bij AN

Ambulante behandeling heeft altijd de voorkeur

Herstel en monitoring van lichamelijke gezondheid is een belangrijk onderdeel van de behandeling van AN.

De somatische behandeling en begeleiding bestaat met name uit:

- het in kaart brengen en vervolgen van de lichamelijke situatie met behulp van anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek. ([Zie ook Diagnostiek](#)).
  - het tijdig aanvullen van tekorten van elektrolyten, vocht en vitamines/mineralen en het vervolgen van afwijkende waarden en/of bevindingen;
- het berekenen van [gezonde gewichtsmarge](#);
- het maken van afspraken met de patiënt over het toewerken naar gezondheid en het tempo van [herstel en gewichtstoename](#)

- psycho-educatie: uitleg over de gevolgen van een energietekort en eventueel compensatiegedrag voor het lichaam; <sup>56</sup>
- afspraken maken over:
  - de benodigde hoeveelheid energie per dag (eventueel in overleg met een diëtist)
  - activiteiten/beweging\*
  - deelname verkeer\*
  - school/werk\*
  - samenwerking ggz/ somatiek/andere behandelaars;
- inschatten of opname op lichamelijke grond nodig is ([somatische opnamecriteria](#))
  - soms wordt, gedurende een periode van in principe 2 weken, gebruik gemaakt van het '[ziekenhuis thuis](#)' beleid, om ziekenhuisopname te voorkomen;
  - het streven is om een patiënt met AN nervosa bij voorkeur ambulante te begeleiden. Wanneer toch tot een [somatische opname](#) wordt overgegaan, streef dan naar een opname van minder dan 2 weken. Het doel van opname is het afwenden van acute somatische complicaties. Het behalen van een bepaald gewicht valt in principe niet onder deze behandeldoelen;
- samenwerking opstarten of onderhouden: Streef zo snel mogelijk naar de samenwerking binnen de trias: diëtist, somatisch arts, psycholoog/ggz en verwijs waar nodig ([zie Eetstoornisennetwerk](#) voor verwijsmogelijkheden);
- deelnemen aan multidisciplinaire overleggen en evaluatiemomenten.

Geef advies om hypokaliëmie te voorkomen zolang iemand nog braakt of laxeert met behulp van bepaalde voedingsproducten. Denk aan extra tandzorg zolang iemand braakt, bijvoorbeeld niet direct poetsen na braken maar spoelen met water, frequent tandartsbezoek.

Hoe vaak iemand met AN moet worden gezien is afhankelijk van de fase van de eetstoornis, de vastgestelde gevolgen, de duur van de ziekte, de therapietrouw, het ziekte-inzicht, compensatiegedrag, de leeftijd en de ontwikkelingsfase van de patiënt. In de eerste fase, met name tijdens hervoeden en bij excessief purgeren, kan dit 2 tot 3 keer per week zijn.

Met name tijdens hervoeding kunnen de spanningen hoog oplopen. Psychologische begeleiding is dan ook erg belangrijk tijdens deze fase.

Overleg laagdrempelig met een somatisch arts met expertise op het gebied van eetstoornissen.

### **Kinderen/jongeren:**

Kinderen en jongeren blijven voor de somatische zorg vaak bij de kinderarts, tenzij het behandelcentrum voor de eetstoornis dit anders organiseert.

### **Lang bestaande AN:**

Bij patiënten met langdurig bestaande AN is er vaak sprake van een chronisch laag gewicht en/of een langdurig tekort aan energie en voedingsstoffen. Deze chronische toestand, waarbij het lichaam zich zoveel mogelijk heeft aangepast, leidt niet altijd tot direct gevaar. Patiënten kunnen een ernstig verlaagde hartactie, temperatuur en andere lichamelijke aanpassingen vertonen, waarbij ook bloedwaarden en

aanvullend onderzoek kunnen afwijken. Ook in deze stabiel slechte fase kunnen acute complicaties ontstaan, zoals orgaanfalen. Blijf hier als somatisch verantwoordelijke alert op. Maak met de patiënt individuele afspraken over de monitoring en de behandeling van complicaties. Deze kunnen afwijken van de standaardadviezen.

#### \* Toelichtingen

**activiteiten/beweging:** Er zijn geen specifieke richtlijnen rond fysieke activiteit voor personen met een eetstoornis. Maak individuele afspraken met de patiënt over fysieke inspanning, geïntegreerd in de behandeling.

[Meer informatie](#)

**deelname verkeer:** Wanneer iemand lage bloedsuikers heeft is het NIET verantwoord deel te nemen aan het verkeer.

**school/werk:** De algehele fysieke staat, gebrek aan concentratie en het verminderde geheugen spelen onder andere een rol bij de afspraken over school en werk, maar ook over de maaltijden die op school of werk genuttigd moeten worden. Bij jongeren gelden daarnaast afspraken over lichamelijke opvoeding op school.

## 3.5 Diagnosticeren

**Let op:** het kan zijn dat iemand niet volledig voldoet aan alle criteria volgens de DSM-5-TR om AN vast te kunnen stellen maar wel een eetstoornis heeft, lijdensdruk ervaart en behandeling nodig heeft. In dat geval kan de diagnose andere gespecificeerde voedings- en eetstoornis (other specified feeding and eating disorder (OSFED))\* worden gesteld. Specificeer de OSFED diagnose dan met behulp van de kenmerken waar de eetstoornis het meeste op lijkt.

In de diagnostiek van AN wordt onderzoek gedaan naar de karakteristieke symptomen en comorbiditeit van de eetstoornis. Dit wordt vastgesteld volgens de **DSM-5-TR criteria AN\***

De ernst van AN wordt in eerste instantie bepaald op basis van de mate van ondergewicht. Bij volwassenen gebeurt dit op basis van de huidige BMI (Body Mass Index). Bij kinderen en adolescenten op basis van het BMI-percentiel, aangepast naar leeftijd en geslacht.

Diagnostiek voor de ernst classificatie:

Ernst classificatie	BMI
licht	$\geq 17$ kg/m <sup>2</sup>
matig	16-16.99 kg/m <sup>2</sup>
ernstig	15-15.99 kg/m <sup>2</sup>
zeer ernstig	$< 15$ kg/m <sup>2</sup>

Binnen de DSM-5-TR wordt geadviseerd het ernstniveau te verhogen wanneer er sprake is van andere symptomen of om de mate van de functionele beperking weer te geven. Ook wordt vermeld dat de ernstclassificatie kan worden verhoogd op grond van aanvullende parameters.

Bij een vermoeden van AN wordt uitgebreid onderzoek aanbevolen naar psychologische en fysieke symptomen en persoonlijke omstandigheden. Dit is nodig om de classificatie AN en eventuele comorbide classificaties vast te stellen en om (medische) risico's in te kunnen schatten. Het verzamelen van diagnostische informatie is een continu proces. Dat betekent dat ook tijdens de behandeling nog nieuwe informatie kan worden verzameld.

**\* Toelichtingen**

**(other specified feeding and eating disorder(OSFED)):** DSM-5-TR Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis (F50.8) (Other specified feeding or eating disorder) Deze classificatie omvat klinische beelden waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor een voedings- of eetstoornis klinische significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken in het sociale en beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen, maar die niet volledig voldaan aan de criteria voor een van de eetstoornissen in de categorie voedings- en eetstoornissen. De classificatie 'andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis' wordt gebruikt wanneer de clinicus ervoor kiest om de specifieke reden te noteren waarom het beeld niet voldoet aan de criteria voor een van de specifieke voedings- en eetstoornissen. Dit kan door 'andere gespecificeerde voedings-of eetstoornis' te registreren, gevolgd door de specifieke reden (bijvoorbeeld 'BN, met lage frequentie'). Hier volgen voorbeelden van klinische beelden die met 'andere gespecificeerde' kunnen worden aangeduid: 1. Atypische AN Er is volledig aan de criteria voor AN voldaan, behalve dat het gewicht van de betrokkene zich ondanks een significant gewichtsverlies binnen of boven de normale waarde bevindt. Mensen met atypische AN ervaren vaak veel van de met AN gepaard gaande fysiologische complicaties. 2. BN (met lage frequentie en/of van beperkte duur) Er is volledig aan de criteria voor BN voldaan, behalve dat de eetbuien en het inadequate compensatoire gedrag zich gemiddeld minder dan 1 keer per week en/of gedurende minder dan drie maanden voordoen. 3. Eetbuiestoornis (met lage frequentie en/of van beperkte duur) Er is volledig aan de criteria voor de eetbuiestoornis voldaan, behalve dat de eetbuien zich gemiddeld minder dan 1 keer week en/of gedurende minder dan 3 maanden voordoen. 4. Purgeerstoornis. Herhaaldelijk purgeergedrag om het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm te beïnvloeden (zoals zelf opgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica of andere medicatie) zonder dat sprake is van eetbuien. 5. Nachtelijk eetsyndroom Recidiverende episoden met nachtelijk eten, die zich uiten in eten na het 's nachts ontwaken of in een overdadige consumptie na de avondmaaltijd. De betrokkene is zich bewust van het eten en kan het zich herinneren. Het nachtelijk eten kan niet beter worden verklaard door externe invloeden zoals veranderingen in de slaap-waakcyclus of door sociale normen. Het nachtelijk eten veroorzaakt significante lijdensdruk en/of beperkingen in het functioneren. Het ontregelde eetpatroon kan niet beter worden verklaard door een eetbuiestoornis of een andere psychische stoornis waaronder misbruik van middelen en kan niet worden toegeschreven aan een somatische aandoening of aan het effect van medicatie.

**criteria AN:** -Het beperken van de energie-inname ten opzichte van de energiebehoefte, resulterend in een significant te laag lichaamsgewicht voor de leeftijd, de sekse, de groeicurve en de lichamelijke gezondheid. Een significant te laag gewicht wordt gedefinieerd als een gewicht dat lager is dan het minimale normale gewicht of, bij kinderen en adolescenten, een lager gewicht dan wat minimaal wordt verwacht. -Een intense vrees om aan te komen of dik te worden, of persisterend gedrag dat gewichtstoename verhindert, zelfs al heeft de betrokkene een significant te laag gewicht. -Een stoornis in de manier waarop de betrokkene zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm ervaart, een onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf, of persisteren in het niet onderkennen van de ernst van het actuele lage lichaamsgewicht.

### 3.5.1 Anamnestic onderzoek

Diagnostisch onderzoek bij AN bestaat uit onderzoek naar:

- **Eetstoornissymptomen** zoals preoccupatie met voedsel, eetbuien, compensatiegedrag (zoals braken, laxantiagebruik, dieetpillen), dieetrestricties en/of lijnen, compulsieve lichaamsbeweging of sporten en ander gedrag, zoals medicatiemisbruik (bijvoorbeeld insulinegebruik bij diabetes of methylfenidaat/dexamfetamine bij ADHD). Overwaardering van lichaamsvormen en gewicht en negatieve lichaamsbeleving. Gebruik bij voorkeur een semigestructureerd interview zoals de [Eating Disorder Examination \(EDE\)](#).
- **Lichamelijke klachten**. Elke patiënt met het vermoeden van een eetstoornis dient lichamenlijk beoordeeld te worden door een arts, zoals een huisarts of internist. Kinderen dienen beoordeeld te worden door een kinderarts. Let op onderliggende of bijkomende lichamelijke problematiek die afwijkend eetgedrag mogelijk zou kunnen verklaren. (Zie [Somatische diagnostiek](#)).
- **Cognitieve veranderingen** als gevolg van uithongering en gewichtsverlies, zoals vertraagd denken, verminderd kortetermijngeheugen, verminderde cognitieve flexibiliteit en concentratie- en aandachtsproblemen.
- Mogelijke **psychologische risicofactoren**, waaronder een negatief zelfbeeld, grote behoefte om aan de verwachtingen van anderen te voldoen, perfectionisme, faalangst, emotie-regulatie problemen en problemen met seksuele geaardheid en gender identiteit.
- **Positieve eigenschappen en beschermende factoren**, zoals vriendschappen, familie relaties, school-/werkomgeving en hobby's.
- **Aanleg en uitlokkende factoren**, zoals het voorkomen van eetstoornissen in de familie, problemen in de vroege hechting en andere ontwikkelingsproblemen, pre-morbide obesitas, interpersoonlijke problemen zoals pesten en traumatische ervaringen.
- **Comorbide klachten**, waaronder angststoornissen, obsessieve compulsieve stoornis, depressie, middelen misbruik, persoonlijkheidsstoornissen, autisme, PTSS en suïcidaliteit en zelfbeschadiging.
- **Risicotaxatie**, zowel psychologisch (verbaal en relationeel) geweld als somatisch (inschatting van somatische situatie). Dit dient plaats te vinden bij de intake, diagnostiek, tijdens de behandeling en aan het eind van de behandeling.

#### *Aandachtspunten diagnostiek*

- Betrek ook anderen bij het onderzoek, zoals familieleden/verzorgers en andere zorgprofessionals,

tenzij er een contra-indicatie is, zoals een veiligheidsrisico bij misbruik of huiselijk geweld. Dit is belangrijk omdat beperkt of geen ziektebesef en gebrek aan inzicht in de ernst van de symptomen de diagnostiek van AN kunnen bemoeilijken.

- Wees bewust dat depressie, obsessieve gedachten, angstklachten, rigiditeit en andere psychische symptomen een gevolg kunnen zijn van uithongering en de impact hiervan op de hersenfunctie. Vraag ook aan naasten in hoeverre comorbide klachten al aanwezig waren voorafgaand aan de ontwikkeling van de eetstoornis (zoals depressieve of autistische kenmerken), of pas erna zijn ontstaan als gevolg van uithongering.
- Houd bij kinderen en jongeren rekening met hun lichamelijke en psychische ontwikkelingsfase in het diagnostisch onderzoek.
- Bij twijfel over het onderscheid tussen AN en autismespectrumstoornis kunnen de [white papers van Annelies Spek](#) behulpzaam zijn.

### 3.5.2 Meetinstrumenten

De Eating Disorder Examination (EDE) wordt algemeen beschouwd als de gouden standaard om de eetstoornissymptomen in kaart te brengen.

In de diagnostiekfase is het gebruik van meetinstrumenten belangrijk om samen met de patiënt de problemen goed in kaart te brengen. Dit vormt de basis voor de indicatiestelling. Denk echter goed na over wat er gemeten moet worden en voorkom dat de patiënt overspoeld wordt door een veelheid aan meetinstrumenten. Om de voortgang van behandeling te meten is het van belang in ieder geval de hoofdoelen van de behandeling adequaat en frequent te meten. (Zie [Monitoring en evalueren](#)).

Breng **eetstoornissymptomen** bij voorkeur in kaart met een semigestructureerd interview zoals de Eating Disorder Examination (EDE)\*. Middels afname van dit interview kan worden vastgesteld of er sprake is van een eetstoornis, en zo ja welke. Het is van belang dat het (Ch)EDE-interview wordt afgenomen door iemand die hierin [geschoold is](#).

Er bestaan 2 versies van de EDE:

- [EDE voor volwassenen](#)
- ChEDE17 voor jongeren vanaf 8 jaar <sup>57 58</sup>

Van de EDE zijn ook 2 zelfrapportageversies. Deze brengen alleen de ernst van de stoornis in kaart:

- [EDE-Q](#)- zelfrapportage versie <sup>59</sup>
- ChEDE-Q-zelfrapportage versie voor kinderen en jongeren vanaf 8 jaar. <sup>60 61</sup>

Als tweede keuze is de [SCID-5-SV](#), onderdeel AN, een passend meetinstrument.

Overweeg aanvullend:

- [Lichaamsattitude vragenlijst \(LAV\)](#) <sup>62</sup> en [de Body Cathexis Scale \(BCS\)](#) <sup>63</sup> om de ernst van de overwaardering van gewicht en lichaamsvormen en de negatieve lichaamsbeleving in kaart te brengen.

- De [Eating Disorder Inventory](#) (EDI)-3 kan worden ingezet om de mate van klachten uitgebreider te inventariseren en om te kijken of er vooruitgang wordt geboekt.<sup>64</sup>
- Raadpleeg andere zorgstandaarden. Wanneer er een vermoeden bestaat van comorbide psychische problematiek kunnen aanvullende diagnostische instrumenten worden overwogen. Zie voor geschikte vragenlijsten de specifieke zorgstandaarden voor [Angstklachten en angststoornissen](#), [Depressieve stoornissen](#), [Persoonlijkheidsstoornissen](#) en [Psychotrauma en stressgerelateerde stoornissen](#).

### Diagnostiek bij comorbide psychische problematiek

Bij aanwijzingen voor comorbide psychische stoornissen heeft het de voorkeur om deze verder vast te stellen met semigestructureerde interviews zoals de SCID-5-S, SCID-5-P of SCID-5-junior. Wees spaarzaam met het inzetten van aanvullende diagnostische instrumenten. Doe dit alleen als deze belangrijke informatie opleveren voor de indicatiestelling of wanneer ze nodig zijn om hypothesen te vormen over waarom de behandeling voor de eetstoornis niet of onvoldoende effectief is.

#### \* Toelichtingen

**Eating Disorder Examination (EDE):** Middels afname van dit interview kan worden vastgesteld of er sprake is van een eetstoornis, en zo ja van welke.

### 3.5.3 Somatische diagnostiek

Somatische diagnostiek is opgenomen onder [Somatiek](#).

## 3.6 Indiceren

Bij de indicatiestelling van welke behandeling (en in welke setting) het meest passend is voor een patiënt met AN -kind, jongere en volwassene- wordt rekening gehouden met:

- de wetenschappelijke evidentie voor behandelmethoden;
- de hulpvraag en voorkeur van de patiënt. Wanneer passend wordt tevens de voorkeur van naasten meegenomen (ouders, partner, gezin, kinderen);
- de ernst en complexiteit van de eetstoornis;
- of en welke behandeling er eerder is gevolgd en met welk resultaat;
- de ernst en complexiteit van aanwezige co-morbide klachten.

Centraal staat dat de kennis van de professional wordt gecombineerd met de wens en ervaringskennis van de patiënt en diens naasten. Dit gebeurt op basis van de diagnostiek, [de beschikbare behandel mogelijkheden](#) en de wensen en voorkeuren van de patiënt. (Zie ook [Indicatie snelheid verwijzen naar somatische arts](#)).

Er is nog geen wetenschappelijke evidentie over welke behandeling het beste werkt voor wie. Wel is er een aantal factoren waarmee rekening kan worden gehouden bij de indicatiestelling.

- In de eerste plaats de somatische situatie: hoe ernstiger de somatische dreiging, des te meer de

aandacht hierop gericht moet worden. Ook speelt de mate van wilsbekwaamheid hierin vaak een rol. Deze kan worden onderzocht, bijvoorbeeld met behulp van de [MacCat](#).<sup>65</sup> Daarmee hangt ook de mate van motivatie voor behandeling samen. Bij zeer jonge patiënten neemt de kans op gebrek aan motivatie en wilsonbekwaamheid toe.

- In de tweede plaats de motivatie voor behandeling: hier spelen de somatische situatie maar ook eerdere behandelervaringen mee. En ook de rol die niet eten speelt in de overige psychopathologie.
- Bij het beslissen welke behandelvorm gekozen zal worden, kan bij volwassenen gebruik worden gemaakt van shared decision making: een proces gericht op gezamenlijk beslissen. Bij kinderen en jongeren wordt indien mogelijk geprobeerd tot een gezamenlijk plan te komen, maar onder de 16 jaar kan dit alleen met toestemming van de ouders of wettelijke vertegenwoordigers.<sup>66</sup> (Zie [Samen beslissen](#)).

### 3.7 Behandelen en begeleiden

In deze paragraaf beschrijven we de zorg die patiënten en hun naasten mogen verwachten van de professional, waarbij, indien mogelijk, wetenschappelijke evidentie als uitgangspunt is genomen. Deze zorg wordt vastgelegd in een zorg- of behandelplan. Streef daarin naar gezamenlijke, complementaire behandeling vanuit somatiek, GGZ en andere partijen, en streef naar een gezamenlijk zorgplan, waarbij de doelen en de interventies elkaar versterken in plaats van tegenwerken.

Tussen de intake en de start van de behandeling kan soms (te) veel tijd zitten. Overleg in dat geval wat te doen ter overbrugging en verwijs zo nodig door naar inloophuizen, herstelinitiatieven, FirstEetkit, online hulp en vergelijkbare initiatieven. Voordat we ingaan op specifieke behandelingen, volgen eerst enkele algemene aanwijzingen.

#### Basis uitgangspunten

- Bied realistische informatie over de hoop op verbetering en de duur van behandeling en werk vanuit 1 theoretische visie met professionals, patiënt en bijvoorbeeld ouders.
- Formuleer samen met de patiënt haalbare doelen op het gebied van de eetstoornis, zoals het verbeteren van het eetpatroon en ander gezondheid gerelateerd gedrag, een positievere lichaamsbeleving en een betere lichamelijke conditie.
- Zorg voor goede psycho-educatie, voldoende ondersteuning en een therapeutische werkrelatie gedurende de hele behandeling. (Zie [Thuisarts.nl](#)).
- Besteed aandacht aan doelen gericht op verbetering van zelfvertrouwen, emotie regulatie, sociale vaardigheden en sociale relaties, en de algehele kwaliteit van leven.
- Realiseer je dat veel van het gedrag voorkomt uit angst.

#### Behandelsetting

- Zorg voor een consistente en consequente uitvoering van de interventie binnen de gekozen behandelvorm. Dit is essentieel voor de effectiviteit en kwaliteit.
- Behandel in de minst inperkende omgeving. De meeste patiënten kunnen ambulante worden behandeld. Ambulante behandeling is de behandeling van eerste keuze, mits de lichamelijke en psychische conditie dit toelaat.
- Wanneer intensivering van ambulante behandeling niet meer mogelijk is, overweeg inzet (meergezins-)dagbehandeling waar mogelijk om opname te voorkomen.
- Overweeg opname somatisch\* wanneer sprake is van een hoog risico op levensbedreigende

medische complicaties, extreem laag gewicht en/of andere niet te controleren symptomen.

- Overweeg opname psychiatrisch wanneer de ambulante behandeling vastloopt en/of er sprake is van bijkomende problematiek\*. Bepaal liefst vooraf met welk doel iemand wordt opgenomen en wanneer ontslag kan volgen.
- Start met intensievere psychologische interventies zodra de patiënt cognitief enigszins in staat is om zich te concentreren. Pas zo nodig de sessie lengte aan.
- Betrek de patiënt, de naasten en relevante anderen bij het overleg over de behandeling, zeker bij kinderen en jongeren. Afhankelijk van de leeftijd en ontwikkelfase van het kind of de jongere, hebben ouders of naasten een kleinere of grotere rol. (Zie [Rol naasten](#)).
- Denk met patiënt en naasten na over of er een voldoende samenhangend en zo optimaal mogelijk behandel aanbod is op gebied van lichamelijke en geestelijke behandeling en/of gezinsbehandeling.

### Samenwerking tussen professionals

- Als er meerdere professionals bij de behandeling betrokken zijn, zorg dan voor heldere afspraken en geef duidelijk aan wie de regie heeft. Zorg voor overeenstemming over de gezamenlijke behandel doelen, de taakverdeling, de continuïteit van zorg en het delen van informatie en maak afspraken voor evaluaties van dit grotere zorgplan.
- Regel overleg met alle bij de zorg betrokken zorgverleners en betrek patiënt en naasten hierin (ZorgAfstemmingsGesprek).
- Bied een stapsgewijze, goed aansluitende behandeling. Zorg voor soepele overgangen tussen betrokken instellingen en zorgprofessionals, evenals bij de overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg. Dit geldt ook voor de overgang naar huisartsenzorg, buurt- en andere eerstelijnszorg, generalistische basis ggz, algemene ziekenhuiszorg en thuisbegeleiding.
- Roep waar nodig advies in van diëtisten die gespecialiseerd zijn in de behandeling van eetstoornissen. Let erop dat duidelijk is waar in de behandeling de regie over dieet keuzes ligt.
- Benut waar mogelijk de kennis en inzet van ervaringsdeskundigen.
- Houd rekening met comorbide problematiek die ook behandeling behoeft. Afstemming, timing en dosering hiervan zijn niet altijd eenvoudig en eenduidig. Regelmatig overleg bijvoorbeeld in de vorm van ZorgAfstemmingsGesprekken (ZAGs) is daarbij van groot belang.

### Nazorg en terugvalpreventie

- Maak terugvalpreventie een standaard onderdeel van het behandelprogramma. Maak daarbij gebruik van de Richtlijn Terugvalpreventie Anorexia Nervosa.<sup>67 68</sup>
- Zorg voor langdurige nazorgcontacten, omdat de terugvalpercentages hoog zijn.

Zie ook nazorg beschreven in het hoofdstuk [Afsluiten](#).

### \* Toelichtingen

**opname somatisch:** Opname in het ziekenhuis of op een gespecialiseerde afdeling of HIC/PAAZ/MPU. Zie ook: MacCAT (MacArthur Competence Assessment Tool) is een internationaal gebruikt instrument om wilsbekwaamheid te beoordelen. In Nederland is deze term en methode echter nog niet gevalideerd. Onderstaand een link

**bijkomende problematiek:** zoals ernstig compensatiegedrag bijvoorbeeld bewegingsdrang, of suïcidaliteit. In dat laatste geval moet ook een WvGGzmaatregel worden overwogen indien er sprake is van niet meewerken.

### 3.7.1 Behandelingen

#### Psychologische behandelingen

De behandeling bestaat doorgaans uit een combinatie van een psychologische interventie en het monitoren van de lichamelijke gezondheid en het herstel. Daarnaast kunnen andere behandelonderdelen worden toegevoegd, zoals diëtistische begeleiding, psychomotore therapie (PMT) of een andere vorm van vaktherapie en soms farmacotherapie. Ook ervaringsdeskundige begeleiding kan worden toegevoegd.

#### Behandeling van kinderen en jongeren met AN

Voor de meeste kinderen en adolescenten met AN is familie gebaseerde therapie (family-based therapy; FBT),<sup>69</sup> of een andere systeemtherapie zoals Meergezinsbehandeling<sup>70</sup> de behandeling van eerste keuze. Bij deze behandeling nemen de ouders de regie over het eten in handen en helpen zij hun kind om een normaal eetpatroon terug te winnen en opnieuw deel te nemen aan het dagelijks leven.<sup>71</sup>

Een goed alternatief is CBT-E, een specifiek voor eetstoornissen ontwikkelde vorm van cognitieve gedragstherapie.<sup>72</sup> Ook bij individuele therapie zoals<sup>73</sup> is het belangrijk om de ouders/verzorgers bij de behandeling te betrekken in overleg met de jongere. Dit is ook beschreven in het CBT-E protocol voor jongeren.<sup>73</sup>

Als binnen het gezin andere grote problemen aandacht verdienen, kan apart systeemtherapie worden overwogen.

#### Behandeling van volwassenen met AN

De eerste voorkeur gaat uit naar interventies volgens een duidelijk omschreven behandelprotocol, uitgevoerd door deskundige en goed opgeleide therapeuten. Kies hierbij voor een behandeling met aantoonbare effectiviteit<sup>74 75</sup> (CBT-E, MANTRA, SSCM). Bij mensen met een BMI lager dan 16 duren de behandelingen in het algemeen langer dan bij mensen met een hogere BMI.

#### Behandeling lang bestaande AN

Voor mensen met een lang bestaande vorm van AN bestaat geen evidence-based behandeling. Zowel SSCM-SE als [CBT-E](#) zijn onderzocht en positief beoordeeld, maar zonder controle condities in het onderzoek. In Nederland wordt ook wel gewerkt met ACT en er zijn diverse alternatieve therapievormen in gebruik. Daarnaast is er [schematherapie voor mensen met een eetstoornis](#). Het doel van de behandeling is dan rehabilitatie en het verbeteren van kwaliteit van leven.

#### Vaktherapie

Vaktherapie kan aanvullend worden ingezet bij de behandeling van AN. Er is met name ervaring met de

inzet van psychomotorische therapie (PMT). Het advies, op basis van practice-based evidence <sup>76</sup>, is om te overwegen PMT toe te voegen wanneer factoren zoals negatieve en verstoorde lichaamsbeleving, problemen in de emotieregulatie en/of ernstige bewegingsdrang de voortgang van de therapie belemmeren.

[Meer informatie](#)

### Ervaringsdeskundigheid

De patiënt, het behandelteam of het professioneel netwerk kan een beroep doen op ervaringsdeskundigen of ervaringsdeskundige ouders indien nodig of gewenst. Zij kunnen zorgen voor herkenning, begrip en helpen de patiënt te motiveren voor behandeling. Ervaringsdeskundigheid heeft een toegevoegde waarde. Zeker als de ervaringsdeskundige zelf goed is hersteld van een eetstoornis, achter de geboden behandeling staat en ook de valkuilen van terugval herkent. De borging van de kwaliteit en de continuïteit van ervaringsdeskundigheid door opleiding en goede begeleiding en supervisie is belangrijk. (Zie [zorgstandaard Ervaringsdeskundigheid](#)).

Patiënten kunnen ook zelf ervaringsdeskundigen opzoeken buiten de behandeling om. Bijvoorbeeld in inloophuizen, herstelinitiatieven of bij de verschillende stichtingen die zich hiermee bezighouden. Voor een overzicht, zie de website van de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen, Stichting Kiem of WEET, de belangenbehartigingsvereniging voor mensen met een eetstoornis. Daarnaast zijn er tal van egodocumenten en boeken geschreven door mensen die zelf AN hebben (gehad) en zijn er online hulpbronnen. Het advies is om online hulpbronnen als te gebruiken in afstemming met de behandelaar of begeleider.

### Diëtiëk

Voeding en eetgedrag zijn de zichtbare symptomen van een eetstoornis. Het normaliseren van het eetpatroon en eetgedrag en verbeteren van de voedingstoestand zijn pijlers in de behandeling. [De diëtist](#) met specifieke deskundigheid in de behandeling van eetstoornissen kan bijdragen aan de behandeling door de patiënt te begeleiden in het ontwikkelen van een realistische houding ten opzichte van voeding en gewicht. Daarnaast begeleidt de diëtist de patiënt bij het verkrijgen van een volwaardig en adequaat eetpatroon.

## 3.7.2 Farmacotherapie

Farmacotherapie zonder aanvullende behandeling is niet aanbevolen

Aanvullende adviezen over ondersteunen behandeling kinderen en jongeren:

- voorschrijven **medicatie\***;
- voorschrijven van **antipsychotica\***;
- bij **extreme bewegingsdrang\***;
- bij overweging **dwangsondevoeding\*** [Zie richtlijn dwangvoeding.](#)

En voor volwassenen:

- voorschrijven van **psychofarmaca\***;

- voorschrijven van **anxiolytica, antidepressiva\*of andere medicatie;**
  - voorschrijven **SSRI's\***;
  - bij **lage doses antipsychotica\***;
  - bij **slaapstoornissen\***.
- 
- *Let op **QTc-tijd** verlengende behandeling bij psychofarmaca, en maak minimaal uitgangs-ECG en zo nodig vervolg-ECG's.*
  - *Let op eventuele **andere benodigde screening** voor of tijdens gebruik.*

#### \* Toelichtingen

**medicatie:** Wees terughoudend met het voorschrijven van anxiolytica, antidepressiva of andere medicatie. (vanwege somatische bijwerkingen)

**antipsychotica:** \*Wees uiterst voorzichtig met het (off label) voorschrijven van antipsychotica. \* Schrijf antipsychotica (olanzapine) tot max. 10mg/dag alleen voor na consultatie van een kinder- en jeugdpsychiater werkzaam in de gespecialiseerde ggz op een eetstoornisbehandelafdeling. Bouw deze medicatie af bij het bereiken van een laag normaal gewicht (bijv. BMI SD -1) ivm de kans op het induceren van eetbuien bij een normaal gewicht. Overweeg een smelttablet bij vermoeden op noncompliance. \*let op QTc-tijd verlengende behandeling bij psychofarmaca, en maak minimaal uitgangs-ECG en zo nodig vervolg-ECG's

**extreme bewegingsdrang:** Overweeg bij extreme bewegingsdrang olanzapine in een hogere dosering (15-20mg). Let op een mogelijke bijwerking bedplassen en incontinentie! Toelichting: Een anti-psychoticum (meeste ervaring met olanzapine, risperidon bij ASS, of quetiapine en additie van een SSRI bij een angst-of stemmingsstoornis) kan worden besproken ter ondersteuning van de behandeling afhankelijk van onderliggende comorbiditeit.

**dwangsondevoeding:** \* Overweeg bij dwangsondevoeding medicamenteuze ondersteuning (zie richtlijn dwangvoeding) • Bespreek of medicatie kan bijdragen aan de reductie van angst en spanning, bijvoorbeeld in de vorm van benzodiazepines voor of bij elk voedingsmoment (meeste ervaring met lorazepam of midazolam-neusspray) • Daarnaast kan een antipsychoticum worden besproken ter ondersteuning van de behandeling, afhankelijk van de onderliggende comorbiditeit. De meeste ervaring bestaat met olanzapine, risperidon bij ASS of quetiapine, evenals de toevoeging van een SSRI bij een angst-of stemmingsstoornis.

**psychofarmaca:** Wees voorzichtig met het voorschrijven van psychofarmaca voor ernstige comorbide klachten of symptomen, zolang onduidelijk is of deze symptomen het gevolg zijn van ondervoeding of uithongering.

**anxiolytica, antidepressiva:** Wees terughoudend met het voorschrijven van anxiolytica, antidepressiva of andere medicatie die bloeddruk, pols en ademhalingsfrequentie beïnvloeden vanwege somatische bijwerkingen.

**SSRI's:** SSRI's zijn niet geïndiceerd in de acute fase of als onderhoudsmedicatie, maar wel bij comorbide depressieve klachten, zoals blijkt uit het toenemen van de depressieve symptomen bij gewichtstoename. Bij fors ondergewicht kunnen TCA's bij volwassenen worden overwogen. Clomipramine is werkzaam gebleken bij ondergewicht, maar vanwege het extra risico op cardiale afwijkingen kan dit middel alleen onder ECG-controle (bij voorkeur klinisch) worden gegeven.

**lage doses antipsychotica:** Lage doses antipsychotica zoals olanzapine (tot circa 10mg/dag) kunnen helpen om irrealistische angst en obsessief denken te verminderen. Wees beducht op een verhoogd risico op cardiale bijwerkingen. Bouw deze medicatie af bij het bereiken van een laag normaal gewicht (bijvoorbeeld BMI >18.5), vanwege de kans op het induceren van eetbuien bij een normaal gewicht.

**slaapstoornissen:** Slaapstoornissen komen vaak voor bij mensen die lijden aan AN. Denk in de eerste plaats aan slaaphygiëne (bijvoorbeeld CGT-i) en maatregelen die zorgen voor voldoende warmte tijdens het slapen. Vooral bij mensen met een laag BMI is de warmteproductie ernstig verstoord en moet warmte vaak van buitenaf worden toegevoegd, bijvoorbeeld met een elektrische deken of een kruik. Leg een kruik niet direct op de huid vanwege het risico op verbranding als gevolg van ontbrekend onderhuids vetweefsel. Wees uiterst voorzichtig met het voorschrijven van benzodiazepines in verband met risico op onderdrukking van de ademhalingsprikkel en de kans op gewenning. Geef topiramaat (25-50mg a.n.) bij traumatische dromen, mirtazapine (7.5-15 mg) bij doorslaapproblemen of een dosis olanzapine voor het slapengaan. Vermijd bij voorkeur quetiapine vanwege cardiale risico's bij hogere doseringen.

### 3.7.3 Behandeling somatiek

Zie voor meer informatie [Behandeling somatiek](#).

## 3.8 Acute zorg

Zie ook de [K-EET leidraad](#).

Mensen die lijden aan AN kunnen op verschillende manieren behoefte krijgen aan acute zorg, bijvoorbeeld ernstige acute complicaties van ondergewicht zoals hypoglykemie, cardiale complicaties. Ook kan acute zorgbehoefte nodig zijn wanneer iemand plotseling helemaal niet meer wil of kan eten en drinken. Daarnaast kan er acute zorgbehoefte ontstaan als iemand met AN en/of daarmee gepaard gaande comorbiditeit acuut suïcidaal wordt. Betrach uiterste terughoudendheid hiermee bij kinderen/jeugdigen.

Vooraf bij mensen met een langer bestaande AN of met een comorbide stemmings- of persoonlijkheidsstoornis komt vaker (chronische) suïcidaliteit voor. Bij langdurige suïcidaliteit wordt dit vaak gezien als onderdeel van de gehele problematiek en op die manier meegenomen in de behandeling. Het is dan belangrijk steeds te kijken hoe het suïcidale gedrag kan worden begrepen: in de context van de levensgeschiedenis, de huidige situatie en de behandelrelatie. In de behandeling kan dit betekenen dat er meer wordt verdragen en minder snel wordt gehandeld.

Een gewogen autonomiebevorderend beleid (ABB) kan worden ingezet wanneer gesignaleerd wordt dat iemand herhaaldelijk niet of niet blijvend profiteert van de behandeling, herhaaldelijk gedwongen moet worden ingegrepen en/of het de patiënt niet lukt om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid en het eigen leven. Bij een deel van de patiënten speelt een expliciete doodswens hierin een rol, maar bij een aanzienlijk deel ook niet. In die gevallen lijkt het gedrag eerder voort te komen uit een sterke autonomiebehoefte en een gestagneerde identiteitsontwikkeling. Een gewogen autonomiebevorderend beleid wordt ingezet om de autonomie- en identiteitsontwikkeling te bevorderen, waarbij door de patiënt, naasten en behandelaars wordt geaccepteerd dat dit risico's met zich meebrengt.

Hoewel mensen met AN - zeker in een vroeg stadium- niet de intentie hebben om niet meer te leven, kan bij ernstige en langdurige gevolgen toch de wens ontstaan om uit hun lijden verlost te worden. De wanhoop over het gevecht tegen de eetstoornis, het verlies aan kwaliteit van leven en de dagelijkse strijd, in combinatie met comorbide klachten, kan leiden tot een doodswens. In dat geval is het van belang om over te gaan tot zogenaamd gewogen risicobeleid,<sup>77</sup> in samenspraak met de patiënt en diens naasten (zie de richtlijn voor meer informatie over waarom en wanneer over te gaan op een risico- of autonomiebevorderend beleid).

### 3.8.1 Voorkomen van dwang

Een goede behandelrelatie, ook met de naasten, motiverende gespreksvoering, een Autonomie Bevorderend Beleid en een Crisis Preventie Actie Plan (CPAP) zijn middelen die helpen bij het voorkomen van dwang in een behandeling.

Uit Scandinavisch registeronderzoek blijkt bovendien dat dwangmaatregelen bij mensen met AN vooral voorkomen in de eerste twee behandeljaren, bij jonge patiënten en bij een zeer klein percentage van alle patiënten.<sup>78</sup>

### Signaleringsplan/Crisis Preventie Actie Plan (CPAP)

Het behandelplan kan worden aangevuld met een signaleringsplan of CPAP(Crisis Preventie ActiePlan. Hierin worden signalen geïnventariseerd die duiden op terugval, verslechtering of toename van schadelijk gedrag, zoals intensivering van compensatiegedrag of automutilatie. Een signaleringsplan helpt crisissituaties te voorkomen en bevordert zelfmanagement.

## 3.8.2 Autonomie en dwang

### Autonomie

Het respecteren van autonomie en het maken van eigen keuzes, zelfs als dit slechte keuzes zijn, blijven leidende principes, ook in situaties waarin dwang noodzakelijk is, inclusief bij wilsonbekwaamheid.

Eenzijds kan AN invloed hebben op de autonomieontwikkeling en missen jongere patiënten door AN soms een deel van de ontwikkeling. Anderzijds kan de eetstoornis zo de overhand krijgen dat deze alles bepaalt en sterk keuzes beïnvloedt, terwijl iemand eigenlijk niet volledig voor zijn of haar keuzes kan instaan. In zulke situaties kan het helpen om een beperkt aantal overzichtelijke keuzes voor te leggen. Bij het beëindigen van een dwangmaatregel (al dan niet door wilsonbekwaamheid) is extra aandacht nodig voor de gevolgen van de dwang en het opnieuw stimuleren van zelfmanagement en eigen regie van de patiënt.

### Dwang

Wanneer iemand met anorexia nervosa (AN) acuut gevaar loopt of ernstige schade ondervindt door de eetstoornis – bijvoorbeeld door levensbedreigende lichamelijke complicaties – kan verplichte zorg of behandeling noodzakelijk zijn. Hoe slechter de lichamelijke toestand, hoe vaker iemand minder goed in staat blijkt zijn of haar belangen goed af te wegen.

De **context** waarin de patiënt zich bevindt, bepaalt welk wettelijk kader van toepassing is:

- In een **algemeen ziekenhuis** valt dit doorgaans onder **de WGBO\***.
- In een **ggz-instelling of MPU** is de **WvGGZ\*** van toepassing.

Bij dwangvoeding is aandacht nodig voor de manier waarmee deze wordt gegeven, de begeleidende medicatie en de mogelijke psychische verslechtering of toename van suïcidaliteit als gevolg daarvan. Zie [de Leidraad bij het voorkomen, verminderen en toepassen van gedwongen \(sonde\)-voeding](#) bij eetstoornisproblematiek.

### \* Toelichtingen

**de WGBO:** WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) Binnen de WGBO kan in principe alleen tegen de wil van een patiënt worden ingegrepen als deze wilsonbekwaam is ten aanzien van de beslissing. Echter, de WGBO bevat ook de noodzaakclausule: wanneer uitstel van behandeling leidt tot ernstig nadeel of levensgevaar en er geen vervangende toestemming kan worden geregeld, mag de arts handelen volgens zijn/haar professionele plicht. Dit maakt de kaders iets ruimer dan vaak gedacht. Bij minderjarigen beslist de gezaghebbende vertegenwoordiger (meestal de ouder(s), mee: Tot 12 jaar volledig door de vertegenwoordiger. Tussen 12–16 jaar samen met het kind en de vertegenwoordiger (dubbele toestemming). Vanaf 16 jaar beslist de jongere in principe zelf, tenzij deze wilsonbekwaam is; dan treedt de gezaghebbende vertegenwoordiger op.

**WvGGZ:** WvGGZ (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) Hier geldt dat wilsbekwaam verzet in principe moet worden gerespecteerd. Alleen wanneer sprake is van acuut levensgevaar of ernstig nadeel kan verplichte zorg zonder instemming worden toegepast. Waar mogelijk verdient het de voorkeur pas tot verplichte zorg over te gaan na beoordeling door een onafhankelijk psychiater, zodat de rechten van de patiënt zo veel mogelijk gewaarborgd blijven.

### 3.8.3 Wilsbekwaamheid

Wie beoordeelt de wilsbekwaamheid?

- **De behandelend arts** is verantwoordelijk voor de inschatting.
- Bij twijfel is het raadzaam een **onafhankelijk psychiater** of tweede behandelaar te laten meewegen, zeker bij ingrijpende beslissingen zoals gedwongen voeding.
- Bij minderjarigen: altijd afstemmen met de **gezaghebbende vertegenwoordiger** en (vanaf 12 jaar) ook de jongere zelf betrekken.

Volgens de **WGBO** is iemand wilsbekwaam als hij/zij:

1. **Informatie kan begrijpen** over de behandeling en de gevolgen.
2. **De situatie kan overzien** en de gevolgen van keuzes kan inschatten.
3. **Een afweging kan maken** die past bij de eigen waarden en belangen.
4. **Een beslissing kan uitdrukken** (mondeling, schriftelijk, of anderszins).

Als één of meer van deze voorwaarden niet vervuld zijn, kan iemand **wilsonbekwaam** zijn voor die specifieke beslissing.

Belangrijk: wilsbekwaamheid is **taak specifiek en tijdsgebonden**. Iemand kan bijvoorbeeld wilsbekwaam zijn om te beslissen over pijnstilling, maar niet over (weigeren van) levensreddende voeding.

#### **Wilsbekwaamheid bij anorexia nervosa**

- AN beïnvloedt vaak het beoordelingsvermogen:
  - De patiënt kan *intellectueel* begrijpen dat ondergewicht gevaarlijk is,
  - maar toch *niet in staat zijn* dit gevaar voor zichzelf reëel te erkennen of daar naar te handelen.
- Dit kan leiden tot een schijnbare **rationele weigering**, terwijl de keuze sterk gestuurd wordt door de eetstoornis.
- Daarom geldt: hoe ernstiger de lichamelijke toestand, hoe vaker de **wilsbekwaamheid in twijfel getrokken** moet worden.

Zie ook:

- de [K-EET leidraad](#)
- [suïcidaal gedrag](#)
- zorgstandaard [Assertieve en verplichte zorg](#)
- [toolkit zorgstandaard Acute Psychiatrie](#)
- [acute zorg m.b.t. somatiek](#)

## 3.9 Monitoring en evalueren

Het is belangrijk om de voortgang van de behandeling regelmatig te evalueren, tenminste elke 3 maanden bij een poliklinische behandeling en elke maand of vaker bij een klinische behandeling, zeker bij ernstige klachten.

### 3.9.1 Evaluatie en monitoring

Behandelresultaten worden besproken mede op basis van vragenlijsten en de door de patiënt geformuleerde doelen, wensen en behoeften. Samen met de patiënt (en eventuele naasten) wordt het behandelplan zo nodig bijgesteld.

Goede monitoring is belangrijk, omdat:

- de patiënt, de behandelaar en eventuele naasten zicht houden op de voortgang van de behandeling;
- het behandelplan bijgesteld kan worden als dat nodig is;
- dit de mogelijkheid geeft in te grijpen als dit noodzakelijk is.

Aandachtspunten:

- Bij de beoordeling van het dagelijks functioneren kan in overleg met de patiënt worden overwogen om naasten (zoals partner, familieleden, vrienden en collega's) te betrekken. Bij kinderen is het betrekken van ouders/verzorgers essentieel. Zij signaleren een eventuele verergering van een eetstoornis meestal eerder dan de patiënt zelf.
- Ook als niet meteen tot behandeling wordt overgegaan (bijvoorbeeld door onvoldoende motivatie voor verandering) dient het beloop van symptomen en klachten te worden gemonitord. Op advies van de professional en bij wens van de patiënt worden naasten hier zo nodig bij betrokken.
- Gebruik een meerdimensionele benadering voor het bepalen van de vooruitgang van de behandeling. Betrek daarbij de voedingstoestand, medische aspecten en psychosociale aspecten, zoals school, werk, vrienden, hobby's, sport en gezinsrelaties.

### 3.9.2 Meetinstrumenten monitoring

#### Monitoren eetstoornis symptomen

Bij een AN-behandeling is het belangrijk in ieder geval de eetstoornissymptomen regelmatig te meten. Meetinstrumenten ondersteunen de evaluatie van de behandeldoelen en helpen vast te stellen of de behandeling de goede kant op gaat.

De volgende vragenlijsten zijn geschikt:

- De [Eating Disorder Examination Questionnaire](#) (EDE-Q) meet eetstoornis symptomen over de afgelopen 28 dagen.
- De [Eating Disorder Inventory 3](#) (EDI-3) meet van psychologische en gedragskenmerken die samen kunnen hangen met een eetstoornis.
- De [lichaamsattitudevragenlijst](#) (LAV) of [Body Cathexis Scale](#) (BCS) meten lichaamsbeleving.

#### Registratie van probleemgedrag

Naast officiële meetinstrumenten kan in de behandeling gebruik gemaakt worden van op de patiënt afgestemde metingen en registraties om probleemgedrag goed te monitoren. Dit is in met name wenselijk bij eetbuien, braken, ander compensatiegedrag en overmatig bewegen. Bij frequent voorkomend compensatiegedrag, zoals bepaalde vormen van overmatig bewegen, is het verstandig dit niet doorlopend te registreren, maar bijvoorbeeld enkele uren per dag of dagdelen per week.

#### Overige meetinstrumenten

- Indien van toepassing dienen ook co-morbide psychische klachten te worden meegenomen te worden in de monitoring. Zie voor geschikte vragenlijsten de zorgstandaarden Angstklachten en angststoornissen, Depressieve stoornissen en Psychotrauma- en stress gerelateerde stoornissen.
- Ook kunnen factoren in kaart gebracht worden die geen direct doel van de behandeling zijn, maar die wel belangrijk zijn voor het verloop van de behandeling. Bijvoorbeeld de werkrelatie tussen patiënt en behandelaar kan gemeten worden met de Session Rating Scale (SRS).
- Denk aan BSI (volwassenen) en CBCL/YSR (jeugd) voor algemene klachten, de CASK voor ouder-competentie, verder aan de Kidsscreen. (Zie zorgstandaard [Diagnostiek](#)).

### 3.9.3 Wat te doen bij stagnatie van de voortgang?

- Overweeg of de behandeling goed wordt gegeven volgens de richtlijn en overweeg het wisselen van therapeut indien nodig.
- Consultatie of een second opinion bij collega's in de gespecialiseerde of hoogspecialistische ggz wordt geadviseerd bij:
  - twijfel over de diagnose gaandeweg de behandeling;
  - (vermoeden van) comorbiditeit die interfereert met de behandeling van de eetstoornis;
  - het uitblijven van het gewenste behandelresultaat na verschillende behandelstrategieën.
- Indien verschillende behandelstrategieën niet tot herstel hebben geleid, kan de focus van de behandeling verschuiven. De behandeling richt zich dan op het voorkomen van verslechtering, het beperken van bijkomende problematiek en het verminderen of voorkomen van problemen in het sociaal en maatschappelijk functioneren. Dit geldt met name voor patiënten met complexe en langdurige problematiek. (Zie ook [Behandeling van langbestaande AN](#)).

- Een gecombineerde second opinion met gespecialiseerde kinderarts en kinder- en jeugdpsychiater samen kan zeer behulpzaam zijn.

## 3.10 Afsluiten

Het afsluiten van een behandeling bij mensen met AN gebeurt op verschillende manieren:

1. Afsluiten na een afgeronde behandeling, succesvol of niet, inclusief een terugvalpreventietraject. Patiënt, naasten en professionals komen tot een gezamenlijke afronding. Soms wordt de behandeling voortgezet voor comorbide problematiek, bijvoorbeeld schematherapie bij persoonlijkheidsproblematiek of emotieregulatieproblemen.
2. De patiënt onttrekt zich aan verdere behandeling in een fase waarin het niet goed gaat. Dit komt helaas vaak voor. Patiënten vallen dan terug op de huisarts of kinderarts, soms op ervaringsdeskundigen of behandelingen in alternatieve circuits. Soms raken ze geïsoleerd en komen ze pas terug als de nood zeer hoog is.
3. Afsluiting na langdurige behandeling, soms pas na jaren en soms na een gezamenlijk besluit (bijvoorbeeld na een Moreel Beraad) dat verdere behandeling geen doel meer dient.

In alle gevallen is het belangrijk zorgvuldig om te gaan met afsluiting. Het is van belang om naast de patiënt ook naasten en betrokken hulpverleners (bijvoorbeeld huisarts) te betrekken bij de besluitvorming.

### 3.10.1 Terugvalpreventie

Terugvalpreventie is bij AN van groot belang. De kans op terugval is het grootst in de eerste 18 maanden na het afsluiten van een behandeling.<sup>79</sup> De aanleidingen voor terugval zijn dikwijls gewone levenservaringen; een nieuwe opleiding volgen, uit huis gaan, een nieuwe baan, relatie problemen etc. Goede terugvalpreventie is bij zowel jonge als volwassen patiënten van groot belang bij het toewerken naar herstel. (Zie [Richtlijn terugvalpreventie](#)).<sup>80</sup>

### 3.10.2 Nazorg binnen de ggz

Nazorg met betrekking tot de symptomen van AN vindt vrijwel altijd plaats binnen dezelfde afdeling waar de behandeling van de eetstoornis heeft plaatsgevonden. Wanneer er echter sprake is van comorbide problemen kan het voorkomen dat de behandeling van de comorbide problemen nog doorloopt terwijl de behandeling van AN is afgerond. Goede behandeling van comorbide stoornissen, zowel tijdens als na de eetstoornisbehandeling is van belang om terugval te voorkomen. Daarbij is het wenselijk dat er een goede en 'warme' overdracht plaatsvindt en in sommige gevallen een (nauwe) samenwerking wordt opgezet tussen de behandelaar van de comorbide problemen en de behandelaar van de eetstoornis.

### 3.10.3 Nazorg buiten de ggz

AN interfereert op ernstige wijze met de sociale ontwikkeling van patiënten, evenals hun opleiding en werkervaring. Om terugval te voorkomen, is het van groot belang om patiënten meer of minder lang te begeleiden en te ondersteunen bij hun integratie in de maatschappij en de problemen die ze daarbij tegenkomen. Voor jongeren tot 18: betrek hierbij de casemanager van de gemeente. Voor volwassenen vanaf 18 jaar: zoek naar een geschikt buurt-, wijk- of FACT-team.

## 3.11 Herstel, participatie en re-integratie

Zorgprofessionals bieden patiënten herstelondersteunende zorg door hen zoveel mogelijk eigen keuzes te laten maken en in zelfmanagement te stimuleren (zie [Zelfmanagement](#)). Daarnaast helpen zij patiënten bij het verbeteren van communicatieve vaardigheden, het waarborgen van continuïteit van zorg en het bieden van ondersteuning. Vanuit een wederkerige vertrouwensband kan de patiënt eigen regie over het leven nemen en autonomie vergroten.

### 3.11.1 Herstel

Het hebben van AN leidt tot een aanzienlijk verlies van kwaliteit van leven. Herstelondersteunende zorg kan bijdragen aan verbetering van deze kwaliteit en van grote betekenis zijn, vooral voor patiënten met een langdurige eetstoornis. (Zie zorgstandaard [Herstelondersteuning](#))

### 3.11.2 Participatie

Mensen met AN kunnen moeite hebben om te participeren in de samenleving, om hun maatschappelijke rollen weer op te pakken\*.

Wanneer de patiënt voldoende (lichamelijk) stabiel hersteld is en gemotiveerd is om de eigen verantwoordelijkheid weer op te pakken, kan de aandacht verlegd worden naar het bespreken en formuleren van participatiedoelen. Dit vraagt van de zorgprofessional een meer outreachende benadering en samenwerking met gemeenten (sociale wijkteams), maatschappelijke organisaties, patiëntenverenigingen en andere initiatieven van [ervaringsdeskundigen](#) zoals inloophuizen en herstelinitiatieven. Ook kunnen lokale bedrijven en opleidingsinstituten hierbij een rol spelen.

Zorgprofessionals bespreken samen met de patiënt zijn of haar doelen op het vlak van participatie, zoals onderwijs, werk, vrije tijd, inkomen, sport, vriendschappen en relaties. Deze participatiedoelen worden vastgelegd in het zorgplan en bieden richting aan het handelen van alle betrokken zorgprofessionals en andere zorgprofessionals en betrokkenen, zoals sociale wijkteams en het UWV.

#### \* Toelichtingen

**maatschappelijke rollen weer op te pakken:** Mensen met AN kunnen moeite hebben om weer volwaardig deel te nemen aan de samenleving en hun maatschappelijke rollen op te pakken. Eén op de 4 patiënten met anorexia nervosa heeft betaald werk; ongeveer de helft van de patiënten met boulimia nervosa en eetbuistoornis ondervindt problemen met sociale rollen zoals werk en relaties.

### 3.11.3 Re-integratie

Voor re-integratie en de terugkeer naar opleiding of arbeid kunnen individuele interventies worden overwogen. Evidence-based interventies zijn Individuele Plaatsing en Steun (IPS) en algemene rehabilitatiemethodiek als Individuele Rehabilitatiemethodiek (IRB). De eerste behandelingen met deze methodiek worden inmiddels toegepast bij mensen met een langdurige eetstoornis. (Zie zorgstandaard

[Psychose](#) waarin een uitgebreid stuk is opgenomen over participatie en re-integratie). Veel patiënten met eetstoornissen en hun naasten pleiten voor de inzet van [ervaringsdeskundigen](#), die duurzaam zijn hersteld en patiënten vanuit hun eigen ervaring kunnen ondersteunen in het herstelproces.

## 4. Bulimia nervosa (BN)

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

### 4.1 Over bulimia nervosa (BN)

Bulimia nervosa (BN) is een eetstoornis die wordt gekenmerkt door regelmatig voorkomende eetbuien en inadequaate compensatiegedrag. Dit kan bestaan uit zelf opgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica of andere medicatie, vasten, en/of overmatige lichaamsbeweging.

#### 4.1.1 Kenmerken BN

We spreken van BN wanneer de eetbuien\* en het compensatiegedrag\* gemiddeld minstens 1 keer per week gedurende 3 maanden voorkomen. Een eetbui wordt gekenmerkt door een verlies van controle over het eetgedrag. Patiënten met BN hebben een negatieve en/of verstoorte lichaamsbeleving. Hun zelfbeeld en gevoel van eigenwaarde worden grotendeels bepaald door hun gewicht en lichaamsvormen. Het gewicht van mensen met BN valt meestal binnen de normale range, waardoor de omgeving aan hun uiterlijk niet kan zien dat er sprake is van een eetstoornis. Wel kan het gewicht sterk schommelen.

De ernst van de stoornis wordt volgens de DSM-5-TR bepaald op basis van de frequentie van het inadequate compensatiegedrag. (Zie zorgstandaard [Diagnostiek](#)).

BN heeft veel gevolgen voor het psychosociale functioneren, zoals de impact op werk, gezin, familie en het sociale leven, evenals effecten op stemming:

- Er is sprake van verlies van kwaliteit van leven.
- Schaamte over de eetproblemen en geheimhouding van afwijkend eetgedrag spelen een grote rol wat vaak leidt tot sociale isolatie.
- BN kan leiden tot gevoelens van hopeloosheid en (ernstige) depressieve klachten.
- BN kan ernstige lichamelijke gevolgen hebben (zie [Somatiek](#)).
- BN kan voor sommige patiënten dodelijk zijn. Elke 10 jaar overlijdt 2% van de patiënten met BN. Naast overlijden door lichamelijke gevolgen sterft 1 op de 5 patiënten door suïcide.

#### Leeftijd en prevalentie

De kans dat iemand ooit BN krijgt, wordt bij vrouwen op ongeveer 3% geschat en bij mannen op 1%.<sup>81</sup> BN kan op elke leeftijd ontstaan, maar begint meestal in de late adolescentie of jongvolwassenheid. Eetstoornissen, waaronder BN, kunnen echter ook op jongere of oudere leeftijd voorkomen.<sup>82 83 84</sup>

#### \* Toelichtingen

**de eetbuien:** Bij een eetbui wordt in korte tijd een grote hoeveelheid voedsel gegeten die significant groter is dan andere mensen onder vergelijkbare omstandigheden zouden eten.

**compensatiegedrag:** Voorbeelden van compensatiegedrag zijn: zelf opgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica of andere medicatie, vasten, of overdadige lichaamsbeweging.

### 4.1.2 Hoe ontstaat boulimia nervosa?

Net zoals bij de andere eetstoornissen is er geen eenduidige oorzaak aan te wijzen voor het ontstaan van BN. Meerdere factoren spelen een rol.<sup>85</sup> In de kern gaat het om een wisselwerking tussen individuele kwetsbaarheid en omgevingsfactoren. Er kan sprake zijn van een verhoogde genetische en familiale kwetsbaarheid.<sup>86 87</sup>

Daarnaast kan de bredere omgeving invloed hebben op het ontstaan van BN, zoals het heersende slankheidsideaal en de rol van sociale media. Vooral influencers, algoritmes die gewichtsverlies promoten en coaches die afvallen aanmoedigen, kunnen risicovol zijn.<sup>88</sup> Tot slot hangen bij jongeren onzekerheid over homoseksuele of transgender gevoelens soms samen met de eetproblemen.<sup>89</sup>

Algemene psychologische risicofactoren voor de ontwikkeling van BN zijn weinig zelfvertrouwen, een negatief zelfbeeld en moeite met het uiten en reguleren van negatieve emoties. Meer specifieke factoren zijn een negatieve lichaamsbeleving en overmatige zorgen over lichaamsvormen en gewicht. Deze kenmerken komen sterk overeen met die van mensen met AN. Bij BN is er echter vaker sprake van impulsiviteit en controleverlies. Vrouwen zijn vaker ontevreden over hun lichaam dan mannen en hebben een sterkere drang om af te vallen en slanker te worden. Mannen daarentegen hebben vaker de wens om gespierder te zijn.<sup>90</sup>

### 4.1.3 Comorbiditeit en complicaties

Psychische comorbiditeit komt veel voor bij BN. Verschillende angst-<sup>91</sup> en stemmingsstoornissen<sup>46</sup>, misbruik van alcohol en drugs<sup>92</sup> en persoonlijkheidsstoornissen (met name borderline persoonlijkheidsstoornis en ontwijkende persoonlijkheidsstoornis)<sup>50</sup> en PTSS<sup>93</sup> zijn geassocieerd met BN. Dit kan ervoor zorgen dat behandelaars moeite hebben zich te concentreren op de behandeling van de eetstoornis. Het is van groot belang om ruim aandacht te besteden aan het gestoorde eetgedrag in de behandeling. Wanneer er sprake is van BN en de patiënt hierin een hulpvraag heeft, is het algemene advies te beginnen met de behandeling van de eetstoornis. Breng de klachten van de patiënt zorgvuldig in kaart en kijk naar de samenhang tussen de klachten die bij BN horen en de comorbide klachten. Veel klachten kunnen passen bij en/of het gevolg zijn van een eetstoornis. Bepaal bij voorkeur na de behandeling van de eetstoornis of behandeling van de comorbide problematiek nog geïndiceerd is. Een uitzondering hierop is wanneer er sprake is van comorbide problematiek die de behandeling van de eetstoornis belemmert, zoals een ernstige depressieve stoornis, suïcidaliteit of aanhoudend middelenmisbruik. Behandel in deze gevallen eerst, of parallel, de comorbide problematiek. Overweeg ook bij comorbide posttraumatische stressstoornis (PTSS) om deze eerst te behandelen. De onrust en angst die met PTSS gepaard gaan, kunnen als uitlokkende factoren voor de eetproblematiek werken (intercollegiale consensus). Als de comorbiditeit ADHD betreft, kan vroege medicamenteuze behandeling vaak helpen eetbuien terug te dringen (intercollegiale consensus). Wees terughoudend met het stellen van een diagnose persoonlijkheidsstoornis, omdat de eetstoornis persoonlijkheidskenmerken kan

maskeren of beïnvloeden.

(Zie [Somatische comorbiditeit](#)).

## 4.2 Vroegtijdig herkennen

Het is belangrijk om eetproblemen zo vroeg mogelijk te onderkennen en te behandelen om te voorkomen dat een eetprobleem zich ontwikkelt tot een eetstoornis, zoals BN. Hierbij is het van belang de voedingsinname en het beloop van het eetprobleem te monitoren en in te schatten of het om een voorbijgaand probleem gaat of zich ontwikkelt tot een eetstoornis.

Mensen bij wie BN wordt vermoed, dienen zo vroeg mogelijk een behandeling te krijgen. Schaamte, schuldgevoelens en een gebrek aan ziektebesef kunnen de hulpvraag echter vertragen. De rol van huisartsen is essentieel bij het herkennen van symptomen van BN.

### Signaleringsrol

Bij vroege onderkenning en signalering hebben juist anderen dan gezondheidsprofessionals een belangrijke rol. Ouders en familieleden, vrienden, klasgenoten, tandartsen, onderwijzers, schoolmaatschappelijk werk, jeugdartsen en -verpleegkundigen, (sociale) wijkteams, collega's, sportinstructeurs of trainers. Hiervoor is een aanbod van voorlichting en training voor onder andere scholen beschikbaar. Het is belangrijk dat zij signalen die op BN kunnen duiden vroegtijdig leren herkennen en [bespreekbaar maken](#). Vanwege de diversiteit aan onderzoeksmethodieken, subdoelgroepen en interventies is er echter nog geen meta-analyse uitgevoerd naar effectieve methoden voor vroegherkenning.<sup>94</sup>

### Late hulpvraag

Wees je bewust van het feit dat BN niet gemakkelijk opvalt. Door late onderkenning, ontkenning of het uitblijven van behandeling bestaat het risico op de ontwikkeling van een langdurige eetstoornis.

Voor jongens en mannen kan de schaamte om een 'vrouwenziekte' te hebben de drempel om hulp te zoeken extra verhogen. In de huisartsenpraktijk wordt niet altijd direct aan een eetstoornis gedacht, zeker niet bij jongens en mannen. Hierdoor wordt BN bij hen nog minder vaak of pas later herkend dan bij meisjes en vrouwen.<sup>95 96</sup>

### 4.2.1 Signalering

#### Signalen

Het is belangrijk om bedacht te zijn op BN bij signalen op het gebied van eetgedrag, zelfbeeld en lichaamsbeleving. Denk bijvoorbeeld aan diëten, eetbuien, angst om aan te komen, een negatieve en/of verstoorde lichaamsbeleving, het gebruik van laxemiddelen of braken, veel sporten of bewegen en/of een lage zelfwaardering. Ook familieleden kunnen veranderingen in eetgedrag rapporteren. Ook is er een [signalenkaart](#) voor eetstoornissen in de huisartsenpraktijk beschikbaar.

- Op [Thuisarts.nl](#) staat informatie voor patiënten over het voorkomen van eetstoornissen.
- Laagdrempelige interventies en (online) zelfhulp, eventueel begeleid, zijn een belangrijke eerste stap op weg naar herstel. Ook mensen met een beginnende eetstoornis die de zorg (nog) mijden, kunnen hier baat bij hebben. (zie [www.firsteetkit.nl](#), [99gram](#) en Eerste Hulp Bij Eetstoornissen)

(EHBE)).

- Vanwege wachtlijsten voor gespecialiseerde zorg is het van belang dat ouders en naasten kunnen nagaan waar iemand snel terecht kan. Dit kan via [Eetstoornisennetwerk.nl](https://www.eetstoornisennetwerk.nl).

## 4.3 Aanmelden, screening en triage

### Aanmelding

Jongeren tot 18 jaar kunnen worden aangemeld door de huisarts, kinderarts of jeugdhulpverleners. Hiervoor moet toestemming van de gemeente worden gevraagd, behalve bij instellingen die werken onder het zogenaamde [LTA \(Landelijk Transitie Arrangement\)](#). Vanaf 18 jaar kan de huisarts, internist of een ggz-hulpverlener verwijzen naar een gespecialiseerde behandelsetting. Dit gaat meestal telefonisch of online. Raadpleeg de website van de betreffende instantie voor juiste aanmeldroute.

### 4.3.1 Screening en triage

#### Screening

Voor een snelle signalering van BN is de [SCOFF](#)<sup>97</sup> een bruikbaar instrument. Voor jeugd is er momenteel nog geen gevalideerde screeningslijst. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid beveelt echter aan om ook bij kinderen van 5-19 jaar de SCOFF of ESP af te nemen, ondanks het ontbreken van validatieonderzoek.<sup>98</sup> Tandartsen kunnen een signalerende rol hebben doordat zij gebitschade ontstaan door eetbuien en braken kunnen opmerken.

- Zie [Signalenkaart eetstoornissen](#)
- en [Somatische diagnostiek](#).

#### Triage

Bij de screening en triage moet met name aandacht worden besteed aan signalen die wijzen op de duur en ernst van de eetstoornis. Daarnaast wordt er gekeken naar bijkomende problemen zoals psychische en somatische comorbiditeit en het effect op naasten.

Met het gebruik van de decision tool kan bepaald worden of er sprake is van een hoog specialistische zorgvraag, en welke behandelsetting het meest passend is. De Stichting TOPGGz en iMTA hebben de [decisiontool eetstoornissen](#) voor volwassenen ontwikkeld. Voor jongeren is deze tool nog in ontwikkeling.

## 4.4 Somatiek

BN gekenmerkt door eetbuien gevolgd door compenserende handelingen, zoals zelf uitgelokt braken, misbruik van laxantia en misbruik van bijvoorbeeld insuline, schildklierhormoon of dieetpillen. Door het onregelmatige eetpatroon en met name het compensatiegedrag na eetbuien lopen patiënten met BN het risico op medische complicaties die invloed hebben op alle lichaamssystemen en organen. Hierdoor is er een verhoogde morbiditeit en mortaliteit.

Het stoppen van dit gedrag kan herstel van een deel van de gevolgen bewerkstelligen, maar niet alle medische complicaties zijn omkeerbaar.

Let op: mensen met BN kunnen een volstrekt normaal lichamelijk onderzoek hebben en een normaal

gewicht (of mild over- dan wel ondergewicht). In combinatie met een beperkt ziektebesef en schaamte kan ertoe leiden dat de diagnose lang verborgen blijft. (Zie [Indicatie snelheid verwijzen naar somatische arts](#))

#### **4.4.1 Somatische diagnostiek bij BN**

##### **1. Anamnese**

Patiënten met BN kunnen zich presenteren met allerlei aspecifieke lichamelijke en psychische klachten\* en zullen niet vaak zelf met de klacht 'een eetstoornis' komen. Vaak is er sprake van schaamte en beperkt ziektebesef. Stel bij patiënten uit een risicogroep die op het spreekuur komen met psychische klachten, maagdarmlklachten en/of menstruatieklachten, oriënterende vragen over eetproblematiek. Neem, waar mogelijk, een heteroanamnese\*af. Maak gebruik van [de Signalenkaart](#) eetstoornissen voor de huisartsenpraktijk.

Naast de speciale anamnese met aandacht voor [de aandachtspunten](#) dient een familieanamnese en een tractusanamnese\*afgenomen te worden. Bij kinderen/jongeren trekken ouders vaak aan de bel.

##### **2. Lichamelijk onderzoek**

Met het lichamelijk onderzoek kunnen de aanwezige lichamelijke gevolgen worden vastgesteld en andere lichamelijke ziekten worden aangetoond dan wel uitgesloten. Let vooral op lichamelijke kenmerken als gevolg van het compensatiegedrag: opgezette speekselklieren, wondjes aan de handen en tekenen van uitdroging\* . Let ook op tekenen van zelfbeschadiging tijdens het lichamelijk onderzoek.

Setting: Probeer iemand op zijn/haar gemak te stellen en houd rekening met gevoelens van schaamte. Het kan helpen om de patiënt zich niet in één keer volledig te laten ontkleden, maar dit stapsgewijs te doen. Bijvoorbeeld: eerst het bovenlichaam ontkleden, vervolgens weer aankleden voordat het onderlichaam wordt ontkleed.

##### **3. Groeigegevens en gewicht\***

##### **4. Standaard aanvullend onderzoek**

Er bestaat landelijke consensus dat bij een patiënt met een vermoeden van BN ten minstens eenmaal [aanvullend onderzoek](#) moet worden verricht. Een vastgestelde afwijking wordt vervolgd om verbetering of verslechtering te kunnen vaststellen. Bij gewichtsschommelingen, zoals snel gewichtsverlies, snelle gewichtstoename of veranderingen in compenserend gedrag (zoals braken, laxeren of overmatig bewegen) dient opnieuw bloedonderzoek en een hartfilmpje te worden uitgevoerd om metabole gevolgen of oorzaken uit te sluiten dan wel aan te tonen.

De interpretatie van bloedonderzoek kan lastig zijn. Veel waarden kunnen afwijken door tekorten en/of braken/laxeren. Er is echter niet altijd een relatie met de ernst van de ondervoeding of het compensatiegedrag. Ook vertalen de effecten van een eetstoornis zich niet altijd direct in afwijkende bloedwaarden.

- [bloedonderzoek](#)
- ECG\*

##### **5. Aanvullend onderzoek op indicatie**

- urine onderzoek\*
- botdichtheidsonderzoek (DEXA- scan)\*

## 6. Differentiaal diagnose

De diagnose dient te worden gesteld op basis van de kenmerken zoals beschreven in de DSM-5-TR.

### \* Toelichtingen

**psychische klachten:** Lichamelijke klachten: buikpijn, misselijkheid, obstipatie, zuurbranden, kouwelijkheid, hartkloppingen, duizeligheid, flauw vallen, vermoeidheid, algehele malaise, problemen met ongesteldheid, vertraagde wondgenezing e.a. Psychische klachten: angstklachten, somberte, slaapproblemen e.a. Denk bij tieners vooral aan boulimia nervosa (of een andere eetstoornis) bij presentatie met problemen in de groei, ongesteldheid, puberteitsontwikkeling en stemming.

**heteroanamnese:** Hoewel BN vaak niet of pas laat wordt ontdekt, laten patiënten indirect soms wel aan hun omgeving merken dat ze met problemen worstelen. De eetbuien kunnen zolang zij nog thuis wonen nauwelijks onopgemerkt voorbijgaan. Ouders of huisgenoten merken uiteindelijk dat de voorraadkast sneller leeg raakt, treffen sporen van braaksel aan in het toilet of in de afvoer van de wastafel of lege etensverpakkingen verstopt in de slaapkamer.

**een tractusanamnese:** Een uitgebreide verzameling vragen over een verzameling van organen.

**tekenen van uitdroging:** Snelle ademhaling Diepliggende ogen Koude handen, vingers, armen, tenen, voeten en benen Een huidplooi die omhoog blijft staan als u deze zachtjes omhoog trekt Een droge mond en lippen

**Groeigegevens en gewicht:** Volwassenen: Bij volwassenen is de Body Mass Index (BMI =  $\text{gewicht}/(\text{lengte})^2 = \text{kg}/\text{m}^2$ ) de meest gebruikte methode om vast te stellen of er sprake is van ondergewicht. Er is sprake van ondergewicht als de BMI lager is dan 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Wees kritisch bij het gebruik van de BMI als maat: deze houdt geen rekening met lichaamssamenstelling en daardoor een over of onderschatting kan geven van de lichamelijke situatie geven. Kinderen-adolescenten: Vraag bij jeugdarts of jeugdgezondheidszorginstelling oude groeigegevens op voor een reconstructie van de historische groeicurve om groeivertraging op te sporen en een gezond gewicht te bepalen.

**ECG:** Bij een hartfilmpje wordt de elektrische activiteit van de hartspier geregistreerd. Geadviseerd wordt om bij elke patiënt met BN een ECG te maken, omdat compensatiegedrag kan leiden tot een tekort aan voedingsstoffen en/of elektrolytstoornissen, die levensbedreigende afwijkingen kunnen veroorzaken. Het hartfilmpje dient herhaald te worden bij gewichtsverlies, eerdere afwijkingen, nieuw gebleken of toegenomen purgeergedrag of bij gebruik van QT-tijd verlengende medicatie. Overleg dit met de voorschrijvend arts en stem af met de somatisch arts of monitorbewaking nodig is.

[Meer informatie](#)

**urine onderzoek:** Op indicatie kan urineonderzoek worden verricht, met name om in te schatten of er sprake is van uitdroging, waterloading of een onvoldoende concentrerend vermogen van de nieren (zoals bij diabetes insipidus, nefrogeen of centraal).

**botdichtheidsonderzoek (DEXA- scan):** Met name bij problemen in de ongesteldheid of een voorgeschiedenis van AN is het advies een DEXA-scan te verrichten.

[Meer informatie](#)

#### 4.4.2 Wat zijn de meest voorkomende somatische complicaties bij BN?

##### Algemeen:

- invloed op het gewicht\*
- effecten op functie geslachtshormonen\*
- effecten op groei/ontwikkeling\*

##### Lichamelijke gevolgen van braken

###### *De braakcyclus*

Na braken stijgt de endorfineconcentratie, wat een euforisch gevoel en toegenomen eetlust kan veroorzaken. Daarnaast treden hormonale veranderingen op, onder meer in cholecystokinine (CCK), een hormoon dat betrokken is bij de vertering van vet en eiwit en bij de verzadigingsprikkel. Deze veranderingen kunnen de aanzet tot een nieuwe eetbui versterken. Een eetbui zelf leidt tot een stijging van adrenaline, wat een onaangenaam gevoel kan geven met symptomen zoals benauwdheid, tachycardie en zweten.

##### [Lichamelijke gevolgen van het braken/laxeren](#) of ander compensatiegedrag:

- problemen met het gebit en tandvlees\*afwijkingen hoofd/halsgebied en speekselklieren\*
- problemen met vochthuishouding en de nieren\*
- afwijkende zouten/mineralen en zuur-base balans\*

- gevolgen voor het maag-darmstelsel\*
- [lage bloedsuikerwaarden \(hypoglykemie\)](#)
- invloed op de longen\*
- hart- en vaatziekten\*
- wondjes aan de handen (teken van Russel)\*

\* Toelichtingen

**invloed op het gewicht:** Normaal gewicht Ondergewicht (mild) overgewicht

[Meer informatie](#)

**effecten op functie geslachtshormonen:** Uitblijvende ongesteldheid Verminderde ongesteldheid Polycysteus ovarium syndroom (PCOS) Verminderd libido

[Meer informatie](#)

**groei/ontwikkeling:** Groeiachterstand of vertraging Achterstand in puberteitsontwikkeling

[Meer informatie](#)

**gebit en tandvlees:** Tandglazuur aantasting Ontstekingen van het tandvlees Letsel van het gehemelte of de keel door opwekken van braken met een voorwerp of vingers.

**afwijkingen hoofd/halsgebied en speekselklieren:** Door drukverhoging bij het braken: Puntbloedinkjes ogen/gelaat Bloedneuzen Heesheid Keelontstekingen Zwelling van de speekselklieren

**problemen met vochthuishouding en de nieren:** Uitdroging Pseudo-Bartter syndroom (verhoogd aldosteron door langdurige ondervulling) Nierschade door uitdroging Vochtophoping na staken braken/laxeren.

[Meer informatie](#)

**afwijkende zouten/mineralen en zuur-base balans:** Bij laxeren en braken: Verlaagd kalium  
Verlaagd natrium Verlaagd chloor Bij braken: Metabole alkalose Bij laxeren: Metabole acidose  
Metabole alkalose (chronisch laxeren)

[Meer informatie](#)

**gevolgen voor het maagdarmstelsel:** Braken: Zuurbranden Ontsteking van de slokdarm  
(oesophagitis) Bloedinkjes van de wand van de slokdarm/overgang naar maag (Mallory Weiss  
laesie) Zeldzaam maar ernstig: scheur van de slokdarm of maag Barret slokdarm (door  
langdurige blootstelling aan maagzuur) Slokdarmkanker Laxeren: Problemen met peristaltiek  
dikke darm (cathartic colon) Zwart verkleuring van de dikke darmwand (melanosis coli)

[Meer informatie](#)

**invloed op de longen:** Klaplong Longontstekingen (door aspiratie braaksel)

**hart- en vaatziekten:** Hartritmestoornissen QT-tijd verlenging

[Meer informatie](#)

**wondjes aan de handen (teken van Russel):** Wondjes of eeltige plekken op de handrug van  
de dominante hand door beschadiging van de huid. Ze ontstaan bij het in de mond steken van  
de vingers om braken op te wekken.

#### 4.4.3 Lichamelijke behandeling bij BN

Bij het behandelen van mensen met BN is herstel van het afwijkende eet- en  
compensatiegedrag een belangrijk onderdeel van de behandeling.

Patiënten met BN worden bij voorkeur ambulant begeleid. Onderdelen van de behandeling en  
begeleiding:

- Psycho-educatie: Geef uitleg over de gevolgen van afwijkend beweeg-, eet-, drink- en

compensatiegedrag. Dit is een vast onderdeel van de behandeling en kan worden ingezet als motivatie.

- Samenwerking: Start zo snel mogelijk met samenwerking en overleg met (de trias) diëtist, somatisch arts, psycholoog/ggz en verwijs indien nodig. (Zie [Verwijsmogelijkheden](#)).
- Evaluatie: Houd regelmatig evaluatiemomenten met patiënt en behandelaars
- Eetpatroon: Werk aan een gestructureerd eetpatroon met 6 maaltijden per dag.
- Spanningen bij afbouw: Wees je ervan bewust dat spanningen hoog kunnen oplopen bij het stoppen of afbouwen van laxeermiddelen, braken of andere middelen. Stoppen met purgeren kan leiden tot een grote gewichtstoename door vochtophoping. Dit is niet schadelijk, maar kan wel angst oproepen bij de patiënt. Stoppen met purgeren kan leiden tot grote gewichtstoename door vochtophoping. Het is niet schadelijk, maar kan wel angst bij de patiënt oproepen.
- Aanvullende adviezen: Geef advies om hypokaliaemie te voorkomen zolang iemand nog braakt of laxeert met behulp van bepaalde voedingsproducten. Denk aan extra tandzorg zolang iemand braakt, bijvoorbeeld niet direct poetsen na braken maar spoelen met water, frequent tandartsbezoek.
- Voedingsstatus: vul tekorten van elektrolyten, vocht en vitamines/mineralen tijdig aan en monitor afwijkende waarden/bevindingen.

#### Lang bestaande BN:

Hoe vaak de somatische conditie van iemand met BN beoordeeld moet worden, hangt sterk af van de mate van purgeren, de fase van de eetstoornis, de leeftijd en comorbiditeit van de patiënt.

**Let op:** De gevolgen van langdurig purgeren en een onregelmatig eetpatroon kunnen groot zijn. (Zie [Complicaties](#)). Soms worden, op basis van de langdurige aard van de ziekte, individuele afspraken gemaakt over de monitoring en behandeling van complicaties. Deze kunnen afwijken van de standaardadviezen.

## 4.5 Diagnosticeren

**Let op:** het kan zijn dat iemand niet volledig voldoet aan alle criteria volgens de DSM-5-TR om BN vast te kunnen stellen maar wel een eetstoornis heeft, lijdensdruk ervaart en behandeling nodig heeft. In dat geval kan de diagnose andere gespecificeerde voedings- en eetstoornis (other specified feeding and eating disorder(OSFED))\* worden gesteld. Specificeer de OSFED diagnose dan met behulp van de kenmerken waar de eetstoornis het meeste op lijkt.

In de diagnostiek van BN vindt onderzoek plaats naar karakteristieke symptomen en comorbiditeit van de eetstoornis. Dit wordt vastgesteld **volgens de DSM-5-TR\***. De mate van ernst stel je vast volgens onderstaand tabel:

Mate van ernst	
Licht	gemiddeld 1 tot 3 eetbuien per week
Matig	gemiddeld 4 tot 7 eetbuien per week

Ernstig	gemiddeld 8 tot 13 eetbuien per week
Extreem	gemiddeld 14 of meer eetbuien eetbuien per week

Binnen de DSM-5-TR wordt geadviseerd het ernstniveau te verhogen wanneer er sprake is van andere symptomen of om de mate van de functionele beperking weer te geven. Ook kan de ernstclassificatie worden verhoogd op basis van aanvullende parameters.

Bij een vermoeden van BN wordt uitgebreid onderzoek aanbevolen naar psychologische en fysieke symptomen en persoonlijke omstandigheden. Dit is noodzakelijk om de diagnose BN en eventuele bijkomende problemen vast te stellen en om (medische) risico's in te kunnen schatten. Het verzamelen van diagnostische informatie is een continu proces. Dat betekent dat er ook tijdens de behandeling nog nieuwe informatie kan worden verzameld.

**\* Toelichtingen**

**other specified feeding and eating disorder(OSFED)):** DSM-5-TR Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis (F50.8) (Other specified feeding or eating disorder) Deze classificatie omvat klinische beelden waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor een voedings- of eetstoornis klinische significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken in het sociale en beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen, maar die niet volledig voldaan aan de criteria voor een van de eetstoornissen in de categorie voedings- en eetstoornissen. De classificatie 'andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis' wordt gebruikt wanneer de clinicus ervoor kiest om de specifieke reden te noteren waarom het beeld niet voldoet aan de criteria voor een van de specifieke voedings- en eetstoornissen. Dit kan door 'andere gespecificeerde voedings-of eetstoornis' te registreren, gevolgd door de specifieke reden (bijvoorbeeld 'BN, met lage frequentie'). Hier volgen voorbeelden van klinische beelden die met 'andere gespecificeerde' kunnen worden aangeduid: 1. Atypische AN Er is volledig aan de criteria voor AN voldaan, behalve dat het gewicht van de betrokkene zich ondanks een significant gewichtsverlies binnen of boven de normale waarde bevindt. Mensen met atypische AN ervaren vaak veel van de met AN gepaard gaande fysiologische complicaties. 2. BN (met lage frequentie en/of van beperkte duur) Er is volledig aan de criteria voor BN voldaan, behalve dat de eetbuien en het inadequate compensatoire gedrag zich gemiddeld minder dan 1 keer per week en/of gedurende minder dan drie maanden voordoen. 3. Eetbuiestoornis (met lage frequentie en/of van beperkte duur) Er is volledig aan de criteria voor de eetbuiestoornis voldaan, behalve dat de eetbuien zich gemiddeld minder dan 1 keer week en/of gedurende minder dan 3 maanden voordoen. 4. Purgeerstoornis Herhaaldelijk purgeergedrag om het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm te beïnvloeden (zoals zelf opgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica of andere medicatie) zonder dat sprake is van eetbuien. 5. Nachtelijk eetsyndroom Recidiverende episoden met nachtelijk eten, die zich uiten in eten na het 's nachts ontwaken of in een overdadige consumptie na de avondmaaltijd. De betrokkene is zich bewust van het eten en kan het zich herinneren. Het nachtelijk eten kan niet beter worden verklaard door externe invloeden zoals veranderingen in de slaap-waakcyclus of door sociale normen. Het nachtelijk eten veroorzaakt significante lijdensdruk en/of beperkingen in het functioneren. Het ontregelde eetpatroon kan niet beter worden verklaard door een eetbuiestoornis of een andere psychische stoornis waaronder misbruik van middelen en kan niet worden toegeschreven aan een somatische aandoening of aan het effect van medicatie.

**volgens de DSM-5-TR:** DSM-IV 307.51 *Boulimia nervosa* A) Recidiverende eetbui- episoden. Een episode wordt gekenmerkt door beide volgende: 1.het binnen een afzonderlijk tijdperiode (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan die de meeste mensen in dezelfde tijd, onder vergelijkbare omstandigheden zouden eten. 2.Het gevoel tijdens de episode geen controle te hebben over het eten (bijvoorbeeld de betrokkene heeft het gevoel niet te kunnen stoppen met eten, of niet te kunnen beheersen wat en hoeveel hij of zij eet). B) Recidiverend inadequaate compensatoir gedrag om gewichtstoename tegen te gaan, zoals zelfopgewekt braken; misbruik van laxantia, diuretica of andere geneesmiddelen; vasten; of overdadige lichaamsbeweging. C) Zowel de eetbuien als het inadequate compensatoire gedrag doen zich gedurende drie maanden gemiddeld minstens een maal per week voor. D) De lichaamsvorm en het lichaamsgewicht hebben een onevenredig grote invloed op het oordeel over zichzelf. E) De stoornis treedt niet uitsluitend op tijdens episodes van *anorexia nervosa*.

## 4.5.1 Anamnestic onderzoek

### Anamnestic onderzoek

In de diagnostiekfase vindt onderzoek plaats naar karakteristieke symptomen en comorbiditeit van BN:

1. **Eetstoornissymptomen.** Zoals preoccupatie met voedsel, eetbuien, compensatiegedrag (zoals braken, laxantiagebruik, dieetpillen), dieetrestricties en/of lijnen, compulsieve lichaamsbeweging of sporten en ander gedrag, zoals medicatiemisbruik (bijvoorbeeld insulinegebruik bij diabetes of methylfenidaat/dexamfetamine bij ADHD). Ook overwaardering van lichaamsvormen en gewicht en een negatieve lichaamsbeleving worden meegenomen. Gebruik bij voorkeur een semigestructureerd interview, zoals de Eating Disorder Examination (EDE). (Zie [Meetinstrumenten](#)).
2. **Lichamelijke klachten.** Elke patiënt met een vermoeden van een eetstoornis dient lichamenlijk beoordeeld te worden door een arts, zoals een huisarts of internist. Kinderen dienen beoordeeld te worden door een kinderarts. Let op onderliggende of bijkomende lichamenlijke problematiek die afwijkend eetgedrag mogelijk kan verklaren. (Zie [Somatiek diagnostiek](#)).
3. Bijkomende **psychologische klachten.** Zoals een negatief zelfbeeld, emotie regulatieproblemen, perfectionisme en faalangst.
4. **Positieve eigenschappen en beschermende factoren.** Denk aan vriendschappen, familie, school, werk en hobby's.
5. **Aanleg en uitlokkende factoren.** Waaronder het voorkomen van eetstoornissen in de familie, ontwikkelingsproblemen en interpersoonlijke problemen, zoals pesten en traumatische ervaringen.
6. **Psychische comorbide klachten.** Zowel psychologisch (verbaal en relationeel geweld) als somatisch (inschatting van de somatische situatie), dient plaats te vinden bij de intake, diagnostiek, tijdens de behandeling en aan het eind van de behandeling.
7. **Risicotaxatie** zowel psychologisch (verbaal en relationeel geweld) als somatisch (inschatting van de somatische situatie), dient plaats te vinden bij de intake, diagnostiek, tijdens de behandeling en aan het eind van de behandeling.

*Aandachtspunten diagnostiek*

- Betrek anderen bij het onderzoek, zoals familieleden en andere zorgprofessionals, tenzij er een contra-indicatie is, zoals een veiligheidsrisico bij misbruik of huiselijk geweld.
- Wees ervan bewust dat depressie, angstklachten en andere psychiatrische symptomen een gevolg kunnen zijn van het leven met een eetstoornis. Vraag ook aan naasten in welke mate deze klachten al aanwezig waren vóór de ontwikkeling van de eetstoornis of pas daarna zijn ontstaan.
- Houd bij kinderen en jongeren tijdens het diagnostisch onderzoek rekening met hun lichamelijke en psychische ontwikkelingsfase.

## 4.5.2 Meetinstrumenten

De Eating Disorder Examination (EDE) wordt algemeen beschouwd als de gouden standaard om de eetstoornissymptomen in kaart te brengen.

In de diagnostiekfase is het gebruik van meetinstrumenten belangrijk om samen met de patiënt de problemen in kaart te brengen. Dit vormt de basis voor de indicatiestelling. Denk echter goed na over wat er gemeten moet worden en voorkom dat de patiënt overspoeld raakt door een veelheid aan instrumenten. Om de voortgang van behandeling te meten, is het van belang om in ieder geval de hoofdoelen van de behandeling adequaat en frequent te meten. (Zie [Monitoring en evalueren](#))

Om de symptomen van BN goed in kaart te brengen, wordt bij voorkeur in de diagnostiekfase gebruik gemaakt van het semigestructureerd interview [Eating Disorder Examination \(EDE\)](#)<sup>99</sup>

Met afname van dit interview kan worden vastgesteld of er sprake is van een eetstoornis en, zo ja, welke. Het is van belang dat het (Ch)EDE-interview wordt afgenomen door iemand die hierin [geschoold is](#).

Er bestaan 2 versies van de EDE:

- [EDE voor volwassenen](#)
- ChEDE17: voor jongeren vanaf 8 jaar<sup>100 101</sup>

Van de Eating Disorder Examination zijn ook 2 zelfrapportageversies. Deze brengen alleen de ernst van de stoornis in kaart:

- [EDE-Q](#): zelfrapportage versie<sup>59</sup>
- ChEDE-Q: zelfrapportage versie voor kinderen en jongeren vanaf 8 jaar.<sup>60</sup>

Het is van belang dat het (Ch)EDE-interview wordt afgenomen door iemand die hierin [geschoold is](#).

Als tweede keuze is [de SCID-5-SV](#) onderdeel BN, een passend meetinstrument.

Aanvullend wordt geadviseerd:

- [Lichaamsattitude vragenlijst \(LAV\)](#)<sup>62</sup> en [de Body Cathexis Scale \(BCS\)](#)<sup>63</sup> om de ernst van de overwaardering van gewicht en lichaamsvormen en de negatieve lichaamsbeleving in kaart te brengen.
- [De Eating Disorder Inventory \(EDI\)](#)-3 kan worden ingezet om de mate van klachten uitgebreider te inventariseren en om te kijken of er vooruitgang wordt geboekt.<sup>102</sup>

- *Screenen op comorbide psychische problematiek.*  
Wanneer er een vermoeden bestaat van comorbide psychische problematiek kunnen aanvullende diagnostische instrumenten worden overwogen. Zie hiervoor de specifieke zorgstandaarden voor [Angstklachten en angststoornissen](#), [Depressieve stoornissen](#), [Persoonlijkeitsstoornissen](#) en [Alcohol](#) voor geschikte vragenlijsten.

### **Diagnostiek bij comorbide psychische problematiek**

Bij aanwijzingen voor comorbide psychische stoornissen heeft het de voorkeur om deze verder vast te stellen met semigestructureerd interviews, zoals de SCID-5- S, SCID-5-P of SCID-5-junior. Wees zorgvuldig met het inzetten van aanvullende diagnostische instrumenten. Gebruik deze alleen als ze belangrijke informatie opleveren voor de indicatiestelling of wanneer ze nodig zijn om hypothesen te vormen over waarom de behandeling van de eetstoornis niet of onvoldoende effectief is.

### **4.5.3 Somatische diagnostiek**

Somatische diagnostiek is opgenomen onder [Somatiek](#)

## **4.6 Indiceren**

Bij de indicatiestelling van welke behandeling (in welke setting) het meest passend is voor een patiënt met BN wordt rekening gehouden met:

- de wetenschappelijke evidentie voor [behandelmethode](#);
- de hulpvraag, voorkeur en leeftijd van de patiënt (en naasten);
- de ernst en complexiteit van de eetstoornis;
- eerdere behandelingen en hun effectiviteit;
- de ernst en complexiteit van comorbiditeit.

Centraal staat dat de kennis van de professional wordt gecombineerd met de wens en ervaringskennis van de patiënt en diens naasten. Dit gebeurt op basis van de diagnostiek, [de beschikbare behandel mogelijkheden](#) en voorkeuren van de patiënt.

Zie ook [Indicatie snelheid naar een somatische arts](#).

Uit wetenschappelijk onderzoek komen een aantal effectieve behandelvormen naar voren. Er is echter nog geen duidelijkheid over welke behandeling het beste werkt voor wie. Wel is er een aantal factoren waar rekening mee gehouden kan worden bij de indicatiestelling.

- In de eerste plaats de somatische situatie; wanneer er somatische zorgen zijn, moet hier eerst de aandacht naartoe.
- In de tweede plaats de motivatie van de patiënt voor behandeling en behandelvorm.
- Bij volwassenen kan shared decision making worden ingezet, een protocol gericht op gezamenlijk beslissen. Bij jongeren vindt shared decision making plaats in afstemming met de ouders en, afhankelijk van de leeftijd, met de jongere zelf. (Zie ook [Samen beslissen](#)).

## **4.7 Behandelen en begeleiden**

Een snelle en juiste start van de behandeling geeft de beste prognose.

In deze paragraaf beschrijven we de zorg die patiënten en hun naasten mogen verwachten van de professional, waarbij, indien mogelijk, wetenschappelijke evidentie als uitgangspunt is genomen. Deze zorg wordt vastgelegd in een behandelplan.

Tussen de intake en de start van de behandeling kan soms (te) veel tijd zitten: overleg in dat geval wat te doen ter overbrugging en verwijs waar passend door naar inloophuizen, herstelinitiatieven, [FirstEetkit](#) en vergelijkbare initiatieven.

### **Bejegening en attitude**

- Bied realistische informatie over de hoop op verbetering en de duur van behandeling.
- Formuleer samen met de patiënt haalbare doelen op het gebied van de eetstoornis, zoals het verbeteren van het eetpatroon en ander gezondheidsgerelateerd gedrag. Daarnaast kan worden gewerkt aan een positievere zelf- en lichaamsbeleving en een betere lichamelijke conditie.
- Besteed aandacht aan doelen die gericht zijn op verbetering van zelfvertrouwen, emotieregulatie, sociale vaardigheden en sociale relaties. Focus op herstelgerichte doelen en algehele kwaliteit van leven.
- Zorg gedurende de hele behandeling voor goede psycho-educatie, voldoende ondersteuning en een sterke therapeutische werkrelatie gedurende de hele behandeling. (Zie [Thuisarts.nl](#)).

### **Behandelsetting**

- Zorg voor een consistente en consequente uitvoering van de interventie binnen de gekozen behandelvorm. Dit is essentieel voor de effectiviteit en kwaliteit.
- De meeste volwassenen, kinderen en jongeren met BN worden ambulantly behandeld; een klein percentage volgt een deeltijd of klinische behandeling.
- Excessief zelf opgewekt braken kan een indicatie zijn voor intensievere vormen van hulpverlening. Dit geldt ook bij een slechte fysieke conditie, een ernstige verstoring in het thuissysteem, psychische comorbiditeit of wanneer een eerdere ambulante richtlijnbehandeling geen of onvoldoende effect had.

Betrek de patiënt, de naasten en relevante anderen bij het overleg over de behandeling, zeker bij kinderen en jongeren. Afhankelijk van de leeftijd en ontwikkelfase van het kind of de jongere hebben ouders en naasten een grotere of kleinere rol. (Zie ook [Rol naasten](#)).

### **Samenwerking tussen professionals**

- Als er meerdere professionals bij de behandeling betrokken zijn, zorg dan voor heldere afspraken en geef duidelijk aan wie de regie heeft. Zorg voor overeenstemming over de behandeldoelen, de taakverdeling, de continuïteit van zorg en het uitwisselen van informatie.
- Regel overleg met alle betrokken zorgverleners en betrek patiënt en naasten hierin (ZorgAfstemmingsGesprek; ZAG).
- Bied een stapsgewijze, goed aansluitende behandeling. Zorg voor soepele overgangen tussen betrokken instellingen en zorgprofessionals, evenals bij de overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg. Dit geldt ook voor de overgang naar huisartsenzorg, buurt- en andere

eerstelijnszorg, generalistische basis-ggz, algemene ziekenhuiszorg en thuisbegeleiding.

## 4.7.1 Behandelingen

### Psychologische behandeling

Uitgangspunt bij de behandeling van BN is een psychologische behandeling. Deze kan worden aangevuld met diëtistische begeleiding, somatische doelen en inzet van psychomotorische therapie (PMT) of een andere vorm van vaktherapie en farmacotherapie. Ook ervaringsdeskundige begeleiding kan worden toegevoegd.

### Behandeling van kinderen en jongeren met BN

Voor de behandeling van BN bij jongeren zijn er 2 behandelopties:

1. Familiegebaseerde therapie' (family-based treatment, FBT) of een andere vorm van systeemtherapie zoals de meergezinsdagbehandeling (MGDB). Bij deze behandeling nemen de ouders de regie over het herstel van de voedingstoestand. Zij helpen hun kind weer een normaal eetpatroon op te bouwen en opnieuw deel te nemen aan het dagelijks leven.<sup>103</sup>

2. Individuele CGT/CBT-E aangepast voor jongeren (zie [CBT-E-VGCT](#)).<sup>104 105</sup> Het is belangrijk om de ouders/verzorgers bij deze behandeling te betrekken, in overleg met de jongere.

In de praktijk wordt de keuze tussen deze 2 behandelmethoden vaak gemaakt op basis van de leeftijd van de patiënt. Bij jongere kinderen wordt eerder gekozen voor FBT, terwijl bij oudere jongeren de voorkeur vaker uitgaat naar CGT/[CBT-E](#) aangepast voor jongeren.

Als binnen het gezin andere grote problemen spelen, kan apart systeemtherapie worden overwogen.

### Behandeling van volwassenen met BN

- Biedt als eerste keus behandeling individuele of groeps CGT/ [CBT-E](#) (een vorm van CGT)/ CBT-E aan. (Zie [Patiënteninformatie CBT-E - VGCT Kennisnet](#) en [materialen](#)). Er is een beloftevolle verkorte variant ontwikkeld van 10 sessies, CBT-T (Glenn Waller). Deze behandeling heeft echter vooralsnog een minder sterke evidence base dan CBT-E waardoor CBT-E vooralsnog de voorkeur heeft.<sup>106 107</sup>
- Een goede tweede keus is IPT.
- Bespreek met de patiënt de optie van groeps-CGT. Indien de patiënt hier de voorkeur aan geeft, start dan met groeps-CGT.
- Overweeg een online behandelprogramma. Het advies is om online hulpbronnen te gebruiken in afstemming met de behandelaar of begeleider.

### Vaktherapie

Vaktherapie kan aanvullend worden ingezet bij de behandeling met BN. Er is met name evidentie voor de inzet van psychomotorische therapie (PMT). Op basis van practice based evidence<sup>108</sup> is het advies om PMT te overwegen wanneer een negatieve en verstoorde lichaamsbeleving, emotieregulatieproblemen of ernstige bewegingsdrang de therapie belemmeren (Zie [Verdieping vaktherapie](#)).

### Ervaringsdeskundigheid

Patiënten, behandelteams en professionele netwerken kunnen, indien gewenst, een beroep doen op ervaringsdeskundigen of ervaringsdeskundige ouders, of naar hen toeleiden. Zij bieden herkenning, begrip en kunnen patiënten motiveren tot behandeling. Ervaringsdeskundigen kunnen deel uitmaken van het behandelteam. Het waarborgen van kwaliteit en continuïteit door middel van opleiding en goede begeleiding is hierbij belangrijk. (Zie zorgstandaard [Ervaringsdeskundigheid](#)).

Patiënten kunnen ook buiten de behandeling om ervaringsdeskundigen opzoeken. Bijvoorbeeld in inloophuizen, herstelinitiatieven of via organisaties die zich hiermee bezighouden zoals de [Nederlandse Academie voor Eetstoornissen](#) (NAE), [Stichting Kiem](#) en [WEET](#), de belangenbehartigingsvereniging voor mensen met een eetstoornissen.

### **Diëtetiek**

Voeding en eetgedrag zijn de zichtbare symptomen van een eetstoornis. Het normaliseren van het eetpatroon en eetgedrag, evenals het verbeteren van de voedingstoestand vormt een belangrijke pijler in de behandeling. [De diëtist](#) met specifieke deskundigheid in de behandeling van eetstoornissen kan patiënten begeleiden bij het ontwikkelen van een realistische houding ten opzichte van voeding en gewicht. Daarnaast ondersteunt de diëtist bij het verkrijgen van een volwaardig en adequaat eetpatroon.

## **4.7.2 Farmacotherapie**

Overweeg farmacotherapeutische toevoeging bij een moeilijk te doorbreken en zeer ernstig verstoord eetbuienpatroon. Er wordt geadviseerd bij het voorschrijven van deze medicatie advies in te winnen van een psychiater die in eetstoornissen gespecialiseerd is.

### *Volwassenen*

SSRI's zijn effectief in het terugbrengen van eetbui frequentie bij BN en BED. Fluoxetine in een hoge dosis (60 mg/dag) heeft de sterkste onderbouwing voor volwassenen met BN. Daarnaast is evidentie voor de behandeling van eetbuien met topiramaat. <sup>109 110 111 112</sup>

### *Kinderen en jongeren*

Er is onvoldoende evidentie voor farmacotherapeutische behandeling bij kinderen.

## **4.7.3 Behandeling somatiek**

Zie voor meer informatie [Behandeling somatiek](#).

## **4.8 Acute zorg**

### **Acute zorg en autonomie**

Bij BN worden er 2 redenen voor acute zorg onderscheiden:

- levensbedreigende somatische complicaties
- (chronische) suïcidaliteit

Vooraf bij mensen met een langer bestaande BN of met een stemmings- of persoonlijkheidsstoornis als comorbide stoornis komt (chronische) suïcidaliteit vaker voor. Maak suïcidaliteit bespreekbaar en maak

een inschatting van het risico. Schaal de zorg zo nodig op. Communiceer helder en stem beslissingen af met de patiënt, naasten en andere betrokkenen.

Soms is acute zorg noodzakelijk en kan verplichte zorg of -behandeling nodig zijn. Het respecteren van autonomie en het maken van eigen keuzes, zelfs als dit slechte keuzes zijn, blijven leidende principes. Dit geldt ook in situaties waarin dwang noodzakelijk is, bijvoorbeeld bij wilsonbekwaamheid. (Zie zorgstandaard [Assertieve en verplichte zorg](#)).

Zie ook:

- de [K-EET leidraad](#)
- [suïcidaal gedrag](#)
- [toolkit zorgstandaard Acute Psychiatrie](#)
- [acute zorg m.b.t. somatiek](#)

Een goede behandelrelatie, ook met de naasten, motiverende gespreksvoering, een autonomiebevorderend beleid<sup>113</sup> en een Crisis Preventie Actie Plan (CPAP) zijn middelen die helpen bij het voorkomen van dwang in een behandeling.

#### **Signaleringsplan/Crisis Preventie Actie Plan (CPAP)**

Het behandelplan kan worden aangevuld met een signaleringsplan of CPAP(Crisis Preventie ActiePlan. Hierin worden signalen geïnventariseerd die duiden op terugval, verslechtering of toename van schadelijk gedrag, zoals intensivering van compensatiegedrag of automutilatie. Een signaleringsplan helpt crisissituaties te voorkomen en bevordert zelfmanagement.

## **4.9 Monitoring en evalueren**

Het is belangrijk om de voortgang van de behandeling regelmatig te evalueren. Ten minste elke 3 maanden bij een poliklinische behandeling en elke maand of vaker bij een klinische behandeling, zeker bij ernstige klachten.

### **4.9.1 Evaluatie en monitoring**

Behandelresultaten worden besproken op basis van vragenlijsten en de door de patiënt geformuleerde klachten, wensen en behoeften. Samen met de patiënt (en eventuele naasten) wordt het behandelplan zo nodig bijgesteld.

Goede monitoring is belangrijk, omdat:

- de patiënt, de behandelaar en eventuele naasten zicht houden op de voortgang van de behandeling;
- het behandelplan bijgesteld kan worden indien nodig;
- tijdig ingrijpen mogelijk maakt indien dit noodzakelijk is.

#### *Aandachtspunten*

- Gebruik een multidimensionele benadering voor het bepalen van de vooruitgang van de

behandeling. Concretiseer daarin de voedingstoestand, medische aspecten en psychosociale aspecten.

- Bij stagnatie en/of terugval wordt de situatie zo snel mogelijk geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd.
- Bij de beoordeling van het dagelijks functioneren kan in overleg met de patiënt worden overwogen om naasten te betrekken (bijvoorbeeld partner, familieleden, vrienden en collega's). Bij kinderen is het van belang de ouders/verzorgers altijd te betrekken. Zij signaleren een verslechtering van de eetstoornis meestal eerder dan de betrokkene zelf.
- Ook als niet direct tot behandeling wordt overgegaan (bijvoorbeeld door onvoldoende motivatie voor verandering), dient het beloop van symptomen en klachten te worden gemonitord. Op advies van de professional en bij wens van de patiënt kunnen naasten hierbij worden betrokken.

#### 4.9.2 Meetinstrumenten monitoring

Bij een BN-behandeling is het belangrijk om de eetstoornissymptomen regelmatig te meten. Meetinstrumenten ondersteunen het evalueren van de behandeldoelen en helpen vast te stellen of de behandeling effectief is.

De volgende vragenlijsten zijn geschikt:

- [Eating Disorder Examination Questionnaire](#) (EDE-Q) meet eetstoornis symptomen over de afgelopen 28 dagen;
- [Eating Disorder Inventory 3](#) (EDI-3) meet psychologische en gedragskenmerken die samen kunnen hangen met een eetstoornis;
- [lichaamsattitudevragenlijst](#) (LAV) of [Body Cathexis Scale](#) (BCS) meten lichaamsbeleving. (Zie [Diagnostiek](#)).

#### Registratie van probleemgedrag

Naast het gebruik van officiële meetinstrumenten kan in de behandeling gebruik worden gemaakt van op de patiënt afgestemde metingen en registraties om probleemgedrag goed te monitoren. Dit is in ieder geval wenselijk bij eetbuien, braken of ander compensatiegedrag, zoals overmatig bewegen. Bij frequent voorkomend compensatiegedrag, zoals bepaalde vormen van overmatig bewegen, is het verstandig dit niet doorlopend te registreren, maar bijvoorbeeld enkele uren per dag of specifieke dagdelen per week.

#### Overige meetinstrumenten

- Indien van toepassing dienen ook comorbide psychische klachten te worden meegenomen in de monitoring. Zie voor geschikte vragenlijsten de Zorgstandaarden Angstklachten en angststoornissen, Psychotrauma en stressgerelateerde stoornissen en Depressieve stoornissen.
- Ook kunnen factoren in kaart worden gebracht die geen direct doel van de behandeling zijn, maar wel belangrijk zijn voor het verloop van de behandeling. Bijvoorbeeld de werkrelatie tussen patiënt en behandelaar, die gemeten kan worden met de Session Rating Scale (SRS).

#### 4.9.3 Wat te doen bij stagnatie van de voortgang

Consultatie of een second opinion bij collega's in de gespecialiseerde ggz of hoogspecialistische ggz wordt geadviseerd bij:

- twijfel over de diagnose tijdens de behandeling;

- vermoeden van comorbiditeit die de behandeling van de eetstoornis belemmert;
- het uitblijven van het gewenste behandelresultaat na verschillende behandelstrategieën.

Indien verschillende behandelstrategieën niet tot herstel hebben geleid, kan de focus van de behandeling verschuiven. De behandeling richt zich dan op het voorkomen van verslechtering, het beperken van bijkomende problematiek en het verminderen of voorkomen van problemen in het sociaal en maatschappelijk functioneren.

## 4.10 Afsluiten

Het afsluiten van een behandeling bij BN gebeurt op verschillende manieren:

1. Afsluiten na een afgeronde behandeling, succesvol of niet, inclusief een terugvalpreventietraject. Hierbij wordt gezamenlijk tot afronding gekomen. Soms wordt de behandeling voortgezet voor onderliggende problematiek. In dat geval volgt bijvoorbeeld een behandeling gericht op persoonlijkheid of emotieregulatie, zoals schematherapie. Waar mogelijk wordt geadviseerd om een therapievrije periode in te lassen voordat een vervolgbehandeling start. Op deze manier kan de patiënt ervaren wat het effect is van de reeds gevolgde behandeling.
2. De patiënt besluit te stoppen met de behandeling in een fase waarin het niet goed gaat. Dit komt helaas geregeld voor. Patiënten vallen daarna vaak terug op de huisarts of kinderarts en kunnen soms gebruikmaken van initiatieven van ervaringsdeskundigen.
3. Afsluiting na langdurige behandeling, soms pas na jaren en soms na een gezamenlijk besluit (bijvoorbeeld na een Moreel Beraad) dat verdere behandeling geen doel meer dient.

In alle gevallen is het van belang zorgvuldig om te gaan met afsluiting, met oog voor de impact op de patiënt en diens omgeving.

### 4.10.1 Terugvalpreventie

Terugvalpreventie is essentieel. Vaak maakt het opstellen van een [terugvalpreventieplan](#) deel uit van de laatste fase van de behandeling van BN. Het advies is om bij het maken van dit plan, in overleg met de patiënt, ook naasten te betrekken.<sup>80</sup>

### 4.10.2 Nazorg binnen de ggz

In veel gevallen kan de behandeling binnen de ggz aan het einde van het traject worden afgerond. Bij de meeste patiënten speelt echter onderliggende, bijkomende of comorbide problematiek. Een aanpak hiervan leidt vaak tot duurzamer herstel dan alleen het behandelen van de eetstoornis (BN). Het is daarom van belang dat de behandeling van comorbide problematiek (gedeeltelijk) parallel loopt aan de behandeling van de eetstoornis. Daarbij is het wenselijk dat behandelaars van eetstoornis en van de comorbide problemen nauw samenwerken.

### 4.10.3 Nazorg buiten de ggz

BN interfereert op ernstige wijze met de sociale ontwikkeling van patiënten. Ook hun opleiding en werkervaring lijden er vaak onder. Om terugval te voorkomen, is het van groot belang om patiënten gedurende korte of langere tijd te begeleiden en te ondersteunen bij hun integratie in de maatschappij en de uitdagingen die zij daarbij tegenkomen.

## 4.11 Herstel, participatie en re-integratie

Zorgprofessionals bieden de patiënt herstelondersteunende zorg door deze zoveel mogelijk eigen keuzes te laten maken en te stimuleren in zelfmanagement (Zie [Zelfmanagement](#)). Daarnaast is het belangrijk om goede communicatievaardigheden te bevorderen, continuïteit van zorg te waarborgen en ondersteuning te bieden. Vanuit een wederkerige vertrouwensband kan de patiënt meer regie over het eigen leven nemen en de autonomie vergroten.

### 4.11.1 Herstel

Het hebben van de eetstoornis BN leidt tot een aanzienlijk verlies van kwaliteit van leven. Herstelondersteunende zorg kan bijdragen aan verbetering van de levenskwaliteit en is van grote betekenis. Vooral voor patiënten met een langdurige eetstoornis (Zie zorgstandaard [Herstelondersteuning](#)).

### 4.11.2 Participatie

Wanneer een patiënt met een eetstoornis voldoende klinisch en stabiel is hersteld en gemotiveerd is om eigen verantwoordelijkheid op te pakken, kan de aandacht worden verlegd naar participatie. Dat vraagt van de zorgprofessional een meer outreachende benadering en samenwerking met de gemeente (sociale wijkteams), maatschappelijke organisaties, patiëntenverenigingen, initiatieven van [ervaringsdeskundigen](#), lokale bedrijven en opleidingsinstituten.

Zorgprofessionals bespreken met de patiënt diens participatiedoelen op gebieden zoals onderwijs, werk, vrije tijd, inkomen, sport, vriendschappen en relaties. Deze doelen worden vastgelegd in het zorgplan en geven richting aan het handelen van alle betrokken zorgprofessionals, zoals sociale wijkteams en het UWV.

### 4.11.3 Re-integratie

Voor re-integratie, de terugkeer naar arbeid of opleiding, kunnen individuele interventies worden overwogen. Evidence-based interventies zijn IPS (Individuele Plaatsing en Steun) en de algemene rehabilitatiemethodiek IRB. De eerste behandelingen met deze methodieken worden inmiddels toegepast bij mensen met een chronische eetstoornis (Zie [zorgstandaard Psychose](#)). Patiënten met eetstoornissen en hun naasten zijn goed georganiseerd en zetten zich actief in voor herstel. [Ervaringsdeskundigen](#), die zelf de weg naar herstel hebben afgelegd of hieraan werken, spelen hierin een belangrijke rol.

## 5. Eetbuistoornis (BED)

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

### 5.1 Over eetbuistoornis (BED)

De eetbuistoornis (*binge eating disorder*, BED) is een eetstoornis die wordt gekenmerkt door regelmatig voorkomende eetbuien zonder inadequaate compensatiegedrag\*. Er is een associatie tussen BED en overgewicht. Hoewel eerst werd gedacht dat BED alleen bij volwassenen voorkwam, wordt de stoornis steeds vaker vastgesteld bij kinderen en adolescenten.

#### \* Toelichtingen

**inadequaate compensatiegedrag:** Voorbeelden van inadequaate compensatiegedrag zijn: zelf opgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica of andere medicatie, vasten, of overdadige lichaamsbeweging.

#### 5.1.1 Kenmerken

We spreken van een eetbuistoornis wanneer gedurende 3 maanden minstens 1 keer per week eetbuien voorkomen. Deze moeten duidelijke lijdensdruk geven.

Bij een eetbui wordt in korte tijd een hoeveelheid voedsel gegeten die significant groter is dan wat andere mensen onder vergelijkbare omstandigheden zouden eten. Daarnaast is er sprake van een gevoel van controleverlies over het eetgedrag. Verder heeft een eetbui minstens 3 van de volgende kenmerken:

1. sneller eten dan normaal;
2. blijven eten tot een onaangenaam vol gevoel ontstaat of daaraan voorbij;
3. eten zonder dat er sprake is van honger;
4. alleen eten uit schaamte;
5. zich na afloop walgelig, somber of schuldig voelen.

De ernst van de stoornis wordt volgens de DSM-5-TR bepaald door de frequentie van eetbuien (licht = 1 tot 3 eetbuien per week; zeer ernstig =  $\geq 14$  eetbuien per week).

Daarnaast is bij het inschatten van de ernst belangrijk om in overweging te nemen:

- 1) de aanwezigheid van andere symptomen zoals overmatig belang hechten aan gewicht en lichaamsvorm en somatische en [psychische comorbiditeit](#)<sup>114</sup>;
- 2) de mate van beperkingen in het psychisch en sociaal functioneren. Schaamte over de eetbuien en geheimhouding van afwijkend eetgedrag spelen een grote rol wat vaak leidt tot sociale isolatie, gevoelens van hopeloosheid en depressieve klachten.<sup>115</sup>

#### Leeftijd en prevalentie

Veel mensen rapporteren last te hebben van eetbuien maar een minderheid voldoet daadwerkelijk aan de criteria van een eetbuistoornis. De kans dat iemand BED krijgt, wordt bij vrouwen geschat op ongeveer 2% en bij mannen op 1%.<sup>116</sup>

BED komt voor bij zowel kinderen als adolescenten, waarbij de hoogste prevalentie is gevonden bij adolescenten\*. Eetstoornissen, waaronder BED, komen echter ook op oudere leeftijd voor.<sup>117</sup>

Bij adolescenten kunnen BED-symptomen tijdelijk en van voorbijgaande aard zijn. Bij volwassenen is de eetbuistoornis, zonder behandeling, eerder hardnekkig met een gemiddelde duur van 14 tot 16 jaar. Er is een hoge mate van overdracht van BED naar een andere eetstoornis (met name BN) en vice versa.

#### \* Toelichtingen

**adolescenten:** 1.8 – 3.6% voor meisjes, 0.2 – 1.2% voor jongens, 1.5% voor genderdiverse jongeren

### 5.1.2 Hoe ontstaat BED?

Net zoals bij de andere eetstoornissen spelen meerdere factoren een rol bij het ontstaan en in stand houden van BED. Het gaat in de kern om een wisselwerking tussen een individuele kwetsbaarheid<sup>118</sup> en omgevingsfactoren.

BED komt voor in families, onafhankelijk van obesitas. Familie- en tweelingenstudies tonen aan dat BED voor ongeveer 45% erfelijk is bepaald en voor 55% wordt beïnvloed door omgevingsfactoren.<sup>119</sup> Eetbuien zijn in verschillende studies in verband gebracht met trauma en blootstelling aan stress. Risicofactoren zijn onder andere:

- opgroeien of leven in armoede of een onveilige gezinssituatie met veel conflicten;
- veeleisende ouders of ouders met psychiatrische problematiek;
- confrontatie met geweld en andere traumatische gebeurtenissen;
- slachtoffer zijn van (gewichtsgelateerd) pesten en uitsluiting.

Daarnaast spelen psychologische factoren een rol bij de ontwikkeling van BED, zoals lichaamsontevredenheid, overmatig belang hechten aan gewicht en lichaamsvormen, lijngericht gedrag en een negatief affect.

De westerse obesogene omgeving, met een overmatig aanbod en 24/7 beschikbaarheid van suiker- en vetrijk 'eetbuisvoedsel' faciliteert de ontwikkeling van eetbuien.

BED komt voor in alle etnische en sociaaleconomische groepen. Echter etnische, seksuele en andere minderheidsgroepen lijken extra kwetsbaar.<sup>120</sup>

### 5.1.3 Comorbiditeit en complicaties

Een groot deel van de patiënten met BED heeft ook minstens één andere psychische stoornis.<sup>121</sup> Meest voorkomend is het samengaan met stemmingsstoornissen<sup>122</sup>, verhoogde suïcidaliteit, stoornissen in

middelengebruik<sup>123</sup>, persoonlijkheidsstoornissen<sup>50</sup>, PTSS<sup>124 125</sup>, ADHD<sup>126</sup> en angststoornissen.<sup>127</sup> Dit kan ervoor zorgen dat behandelaars moeite hebben zich te concentreren op de behandeling van de eetstoornis. Het is van groot belang om ruim aandacht te besteden aan het gestoorde eetgedrag in de behandeling. Wanneer er sprake is van BED en de patiënt hiervoor een hulpvraag heeft, is het algemene advies te beginnen met de behandeling van de eetstoornis. Breng de klachten van de patiënt zorgvuldig in kaart en onderzoek de samenhang tussen de klachten die horen bij BED en comorbide problematiek. Veel klachten kunnen passen bij en/of het gevolg zijn van een eetstoornis. Bepaal bij voorkeur na de behandeling van de eetstoornis of behandeling van de comorbide problematiek nog geïndiceerd is. Een uitzondering hierop is wanneer er sprake is van comorbide problematiek die de behandeling van de eetstoornis belemmert, zoals een ernstige depressieve stoornis, suïcidaliteit of aanhoudend middelenmisbruik. Behandel in deze gevallen eerst, of parallel de comorbide problematiek.

Overweeg bij comorbide posttraumatische stressstoornis (PTSS) om deze eerst te behandelen. De onrust en angst die met PTSS gepaard gaan, kunnen als uitlokkende factoren voor de eetproblematiek werken (intercollegiale consensus).

Wanneer de comorbiditeit ADHD betreft: indien je ADHD vroeg in de behandeling medicamenteus aanpakt, helpt dat vaak in het terugdringen van de eetbuien (intercollegiale consensus). Wees terughoudend met het stellen van een persoonlijkheidsstoornis, omdat persoonlijkheid gemaskeerd of beïnvloed kan worden door de eetstoornis.

BED kan leiden tot obesitas gerelateerde complicaties ([Zie Somatiek](#))<sup>121</sup>

#### **Diabetes en eetstoornissen:**

Zie richtlijn [MEED](#)

## **5.2 Vroegtijdig herkennen**

Het is van belang eetproblemen zo vroeg mogelijk te onderkennen, zodat deze zich niet ontwikkelen tot een eetstoornis, waaronder een eetbuistoornis. Monitor de voedingsinname en het beloop van het eetprobleem om in te schatten of het een voorbijgaand probleem is of zich openbaart als eetstoornis. Hiervoor kunnen de hiervoor beschikbare screeningslijsten worden ingevuld. (Zie [Aanmelding](#)).

BED blijft vaak onopgemerkt bij zorgverleners. Slechts de helft van de mensen met BED zoekt hulp voor de eetstoornis. Vooral voor mannen en etnische minderheidsgroepen lijkt de drempel hoog. Als belangrijkste reden rapporteren mensen stigma en schaamte. Soms zijn zij zich niet bewust van hun eetstoornis.<sup>128</sup>

Mensen met BED komen vaker met een andere hulpvraag bij de huisarts, bijvoorbeeld voor hulp bij gewichtsverlies. 1 op de 3 mensen met obesitas die hulp zoekt bij gewichtsverlies, heeft een eetbuistoornis.<sup>129</sup>

### **5.2.1 Signalering**

#### **Waar moet je op bedacht zijn?**

BED kent de volgende signalen:

- lichaamsontevredenheid;
- lijngedrag;
- stress en somberheid (zie [Het ontstaan](#) en [Symptomen van de eetbuistoornis](#)).

Zie ook:

- [Herkennen signalen](#) in de huisartsenpraktijk
- [Herkennen en kenmerken](#) voor de patiënt
- [Interventies gericht op de vroege signalen en risicofactoren voor BED](#)

## 5.3 Aanmelden, screening en triage

### Aanmelding

Jongeren tot 18 jaar kunnen worden aangemeld door de huisarts, kinderarts of jeugdhulpverleners. Hiervoor moet toestemming van de gemeente worden gevraagd, behalve bij instellingen die werken onder het [LTA \(Landelijk Transitie Arrangement\)](#). Vanaf 18 jaar kan de huisarts, internist of een ggz hulpverlener verwijzen naar een gespecialiseerde behandelsetting. Dit gaat meestal telefonisch of online. Raadpleeg de site van de gewenste hulpverlenersinstantie voor de te volgen aanmeldroute.

### 5.3.1 Screening en triage

Voor een snelle signalering van BED is [de SCOFF](#) <sup>130</sup> een bruikbaar instrument. Voor jeugd is momenteel nog geen gevalideerde lijst beschikbaar. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid adviseert echter om ook bij kinderen van 5 tot 19 jaar de SCOFF of ESP af te nemen, ondanks het ontbreken van validatieonderzoek. <sup>131 132</sup>

Zie ook: [Signalenkaart](#) en [Somatische diagnostiek](#).

### Triage

Bij de screening en triage moet met name aandacht worden besteed aan signalen die wijzen op de duur en ernst van de eetstoornis. Daarnaast wordt er gekeken naar bijkomende problemen zoals psychische en somatische comorbiditeit en het effect op naasten.

Met het gebruik van de decision tool kan bepaald worden of er sprake is van een hoog specialistische zorgvraag, en welke behandelsetting het meest passend is. De Stichting TOPGGz en iMTA hebben de [decisiontool eetstoornissen](#) voor volwassenen ontwikkeld. Voor jongeren is deze tool nog in ontwikkeling.

## 5.4 Somatiek

BED kan ernstige lichamelijke gevolgen hebben, vooral door het bijkomende (ernstige) overgewicht. Het is een stoornis met een aanzienlijke ziektelast en een verhoogd risico op vroegtijdig overlijden. <sup>133</sup>

Zie ook: [Indicatie snelheid verwijzen naar somatische arts](#).

### 5.4.1 Somatische diagnostiek bij BED

Neem bij elke patiënt met een vermoeden van BED een uitgebreide anamnese af en verricht lichamelijk onderzoek. Op basis van de anamnese, het lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek wordt een differentiaal diagnose opgesteld. Hiermee kunnen onderliggende lichamelijke aandoeningen worden gedetecteerd en behandeld. Waar nodig wordt de patiënt doorverwezen naar een passend somatisch specialisme.

## 1. Anamnese

Patiënten met BED kunnen zich presenteren met allerlei specifieke lichamelijke en psychische klachten. Zelf zullen zij niet vaak met de klacht 'een eetstoornis' komen.

Stel bij patiënten die op het spreekuur komen met psychische klachten, maagdarmklachten en/of menstratieklachten oriënterende vragen over eetproblematiek. Let op: bij meer dan 25 % van de mensen met obesitas is er sprake van eetbuien en controle verlies. Neem, waar mogelijk, een heteroanamnese af en maak gebruik van de [Signalenkaart eetstoornissen](#) voor in de huisartsenpraktijk. (Zie [Richtlijn obesitas](#) voor aanvullende vragen bij overgewicht).

Naast de speciale anamnese met aandacht voor de relevante [aandachtspunten](#) dient een familieanamnese en een uitgebreide tractusanamnese te worden afgenomen.

Bij kinderen en jongeren trekken ouders vaak aan de bel.

## 2. Lichamelijk onderzoek

Met het lichamelijk onderzoek kunnen de aanwezige lichamelijke gevolgen worden vastgesteld en andere lichamelijke ziekten worden aangetoond of uitgesloten. Let tijdens het onderzoek ook op tekenen van zelfbeschadiging.

Setting: Probeer de patiënt op zijn of haar gemak te stellen en houd rekening met gevoelens van schaamte. Het kan helpen om de patiënt zich niet in één keer volledig te laten ontkleden maar in stappen. Bijvoorbeeld: eerst het bovenlichaam ontkleden en vervolgens weer aankleden voordat het onderlichaam wordt onderzocht.

Let bij kinderen en jongeren met overgewicht ook op lichamelijke kenmerken (dysmorphe kenmerken) die kunnen wijzen op een genetische afwijking, evenals op groei, ontwikkeling (ontwikkelingsachterstand) en puberteitsontwikkeling.

## 3. Groeigegevens en gewicht\*

## 4. Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek richt zich op het vaststellen van (biochemische) complicaties en het aantonen of uitsluiten van onderliggende aandoeningen. Bij BED is aanvullend onderzoek vooral gericht op de diagnostiek van de gevolgen van (ernstig) overgewicht. Er bestaat discussie over de frequentie en uitgebreidheid van aanvullend onderzoek. Indien sprake is van overgewicht, is het belangrijk [de daarvoor geldende richtlijnen](#) te volgen.

## 5. Differentiaal diagnose

Bij sommige mensen is het overgewicht en afwijkend eetgedrag het gevolg van een medische aandoening, zoals het Prader-Willi-syndroom of het syndroom van Cushing. Ook andere medische problemen, zoals een hersentumor, hersentrauma of bijnier- en schildklierstoornissen, kunnen leiden tot de ontwikkeling van overgewicht of obesitas met afwijkend eetgedrag. Let ook op medicatiegebruik, aangezien veel medicijnen het gewicht en eetgedrag kunnen beïnvloeden.

#### \* Toelichtingen

**Groeigegevens en gewicht:** Bij volwassenen is de Body Mass Index (BMI = gewicht/(lengte)<sup>2</sup> = kg/m<sup>2</sup>) de meest gebruikte methode om vast te stellen of er sprake is van overgewicht. Bij een BMI tussen de 25 en 30 kg/m<sup>2</sup> spreekt men over overgewicht, bij een BMI boven de 30 kg/m<sup>2</sup> over obesitas. Wees kritisch bij het gebruik van de BMI als maat: het nadeel is dat deze geen rekening houdt met lichaamssamenstelling en daardoor zowel een overschatting als een van de situatie kan geven. Kinderen en adolescenten: Vraag bij de jeugdarts of jeugdgezondheidszorginstelling oude groeigegevens op om een reconstructie van de historische groeicurve te maken. Dit kan helpen om groeivertraging op te sporen en een gezond gewicht te bepalen.

### 5.4.2 Wat zijn de meest voorkomende complicaties bij BED?

Veel van de complicaties bij BED zijn gekoppeld aan (ernstig) overgewicht.

De meest voorkomende complicaties zijn: verhoogde bloeddruk, suikerziekte, klachten van het maag-darmstelsel, en slaapproblemen ten gevolge van [obstructief slaap apneu syndroom \(OSAS\)](#). Tevens komen diverse pijnsyndromen vaker voor, denk hierbij aan nek- en rugpijnen, hoofdpijnen, pijn in ledematen en gewrichten.

#### Complicaties bij BED:

- overgewicht
- klachten van het maag-darmstelsel\*
- [suikerziekte \(diabetes mellitus\)](#)
- problemen met groei, puberteitsontwikkeling\*
- problemen van ongesteldheid en vruchtbaarheid\*
- problemen tijdens de zwangerschap\*
- problemen van de ademhalingswegen\*
- problemen van het bewegingsstelsel\*
- risico op bepaalde vormen van kanker\*
- hart en vaatziekten\*

#### \* Toelichtingen

**klachten van het maag-darmstelsel:** Maagproblemen Verstopping (obstipatie) Zuurbranden Slikklachten Buikpijn Ten gevolge van overgewicht: Galblaasaandoeningen Niet alcoholische leververvetting

**problemen met groei, puberteitsontwikkeling:** Problemen met ongesteldheid Bij overgewicht: -groeistop -vervroegde puberteit

[Meer informatie](#)

**problemen van ongesteldheid en vruchtbaarheid:** Uitblijvende ongesteldheid Verminderde ongesteldheid Premenstrueel syndroom Polycysteus ovarian syndroom (PCOS) Verminderd libido Verhoogd risico op miskramen

[Meer informatie](#)

**problemen tijdens de zwangerschap:** Verhoogd risico op miskramen Hoge bloeddruk Meer risico op hoog geboortegewicht Meer risico op keizersnede

[Meer informatie](#)

**problemen van de ademhalingswegen:** Astma Longembolie Hypoventilatie Slaapapneusyndroom (OSAS)

**problemen van het bewegingsstelsel:** Artrose Chronische rugpijn Lagere botdichtheid

**risico op bepaalde vormen van kanker:** Slokdarmkanker Alveesklierkanker Dikke darmkanker Borstkanker Baarmoederkanker Nierkanker

**hart en vaatziekten:** Hoge bloeddruk (hypertensie) Verhoogd LDL cholesterol Coronaire hartziekten Beroerte Metabool syndroom

### 5.4.3 Somatische behandeling en begeleiding bij BED

Patiënten met BED hebben vaak overgewicht. De behandeling van de bijkomende fysieke complicaties is belangrijk, omdat er ernstige blijvende gezondheidsschade kan ontstaan. Het is essentieel om patiënten te motiveren en, indien gewenst, te ondersteunen bij het contact met andere specialismen die betrokken zijn bij hun fysieke toestand. Een coördinerende rol in het contact met andere zorgprofessionals kan wenselijk zijn. Denk hierbij aan het principe van het [‘samen beslissen’](#).

#### Adviezen bij behandeling en begeleiding:

Patiënten met BED worden bij voorkeur ambulant begeleid. Een klinische opname is soms nodig bij ernstige somatische complicaties.

Onderdelen van de behandeling en begeleiding:

- Psycho-educatie: Uitleg over de gevolgen van afwijkend beweeg-, eet- en drinkgedrag, is een vast onderdeel van de behandeling en kan worden ingezet als motivatie.
- Samenwerking: Streef zo snel mogelijk naar de samenwerking en overleg met (de trias) diëtist, somatisch arts, psycholoog/ggz en verwijs indien nodig. (Zie [Verwijsmogelijkheden](#)).
- Coördinatie: Zorg voor een goede afstemming bij meerdere behandelingstrajecten.
- Evaluatie: Houd regelmatig evaluatiemomenten met de patiënt en behandelaars.
- Eetpatroon: Werk, in samenwerking met een diëtist, aan een gestructureerd eetpatroon met 6 maaltijden per dag.
- Voedingsstatus: Vul tekorten van elektrolyten, vocht en vitamines/mineralen tijdig aan en monitor afwijkende waarden en bevindingen.
- Doorverwijzing: Overweeg en bespreek een specialistische doorverwijzing indien nodig.

Indien medische noodzaak voor gewichtsverlies:

- Overweeg en bespreek, na een behandelaanbod voor BED een doorverwijzing richting de [Gecombineerde leefstijl interventie \(GLI\)](#) of [Nederlandse Obesitas Kliniek \(NOK\)](#) of voor [bariatrische chirurgie](#).
- Overweeg medicamenteuze behandeling bij personen met een BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>.
- Motiveer de patiënt eventueel tot het volgen van een bewegingsprogramma\*.

#### Normaliseren gewicht bij BED

In de behandeling van BED staat het normaliseren van het gewicht in eerste instantie niet centraal. Doelen gesteld op het verminderen van gewicht worden niet bepaald tijdens de behandeling. Na een succesvolle behandeling van de BED kan een Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) worden overwogen en aan de patiënt worden voorgesteld. Dit ter bevordering van de algehele lichamelijke conditie.

#### \* Toelichtingen

**bewegingsprogramma:** Bewegen moet plezierig zijn en vanuit een positieve motivatie voortkomen, niet straffend of compenserend. In dat geval wordt motiveren niet aangeraden.

## 5.5 Diagnosticeren

**Let op:** het kan zijn dat iemand niet volledig voldoet aan alle criteria volgens de DSM-5-TR om BN vast te kunnen stellen maar wel een eetstoornis heeft, lijdensdruk ervaart en behandeling nodig heeft. In dat geval kan de diagnose andere gespecificeerde voedings- en eetstoornis (other specified feeding and eating disorder(OSFED))\* worden gesteld. Specificeer de OSFED diagnose dan met behulp van de kenmerken waar de eetstoornis het meeste op lijkt.

In de diagnostiek van BED vindt onderzoek plaats naar karakteristieke symptomen en comorbiditeit van de eetstoornis. De diagnose wordt gesteld op basis van **de criteria DSM-5-TR\***.

De mate van ernst stel je vast volgens onderstaande tabel:

Mate van ernst	
Licht	gemiddeld 1 tot 3 eetbuien per week
Matig	gemiddeld 4 tot 7 eetbuien per week
Ernstig	gemiddeld 8 tot 13 eetbuien per week
Extreem	gemiddeld 14 of meer eetbuien per week

Binnen de DSM-5-TR wordt geadviseerd het ernstniveau te verhogen wanneer er sprake is van andere symptomen of om de mate van de functionele beperking weer te geven. Ook wordt vermeld dat de ernstclassificatie kan worden verhoogd op grond van aanvullende parameters.

Bij een vermoeden van BED wordt uitgebreid onderzoek aanbevolen naar de psychologische en fysieke symptomen en persoonlijke omstandigheden. Dit is nodig om de diagnose BED en eventuele bijkomende problemen vast te kunnen stellen en om (medische) risico's in te kunnen schatten. Het verzamelen van diagnostische informatie is een continu proces. Dat betekent dat er ook tijdens de behandeling nog nieuwe informatie kan worden verzameld.

### \* Toelichtingen

**(other specified feeding and eating disorder(OSFED)):** DSM-5-TR Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis (F50.8) (Other specified feeding or eating disorder) Deze classificatie omvat klinische beelden waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor een voedings- of eetstoornis klinische significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken in het sociale en beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen, maar die niet volledig voldaan aan de criteria voor een van de eetstoornissen in de categorie voedings- en eetstoornissen. De classificatie 'andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis' wordt gebruikt wanneer de clinicus ervoor kiest om de specifieke reden te noteren waarom het beeld niet voldoet aan de criteria voor een van de specifieke voedings- en eetstoornissen. Dit kan door 'andere gespecificeerde voedings-of eetstoornis' te registreren, gevolgd door de specifieke reden (bijvoorbeeld 'BN, met lage frequentie'). Hier volgen voorbeelden van klinische beelden die met 'andere gespecificeerde' kunnen worden aangeduid: 1. Atypische AN Er is volledig aan de criteria voor AN voldaan, behalve dat het gewicht van de betrokkene zich ondanks een significant gewichtsverlies binnen of boven de normale waarde bevindt. Mensen met atypische AN ervaren vaak veel van de met AN gepaard gaande fysiologische complicaties. 2. BN (met lage frequentie en/of van beperkte duur) Er is volledig aan de criteria voor BN voldaan, behalve dat de eetbuien en het inadequate compensatoire gedrag zich gemiddeld minder dan 1 keer per week en/of gedurende minder dan drie maanden voordoen. 3. Eetbuiestoornis (met lage frequentie en/of van beperkte duur) Er is volledig aan de criteria voor de eetbuiestoornis voldaan, behalve dat de eetbuien zich gemiddeld minder dan 1 keer week en/of gedurende minder dan 3 maanden voordoen. 4. Purgeerstoornis Herhaaldelijk purgeergedrag om het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm te beïnvloeden (zoals zelf opgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica of andere medicatie) zonder dat sprake is van eetbuien. 5. Nachtelijk eetsyndroom Recidiverende episoden met nachtelijk eten, die zich uiten in eten na het 's nachts ontwaken of in een overdadige consumptie na de avondmaaltijd. De betrokkene is zich bewust van het eten en kan het zich herinneren. Het nachtelijk eten kan niet beter worden verklaard door externe invloeden zoals veranderingen in de slaap-waakcyclus of door sociale normen. Het nachtelijk eten veroorzaakt significante lijdensdruk en/of beperkingen in het functioneren. Het ontregelde eetpatroon kan niet beter worden verklaard door een eetbuiestoornis of een andere psychische stoornis waaronder misbruik van middelen en kan niet worden toegeschreven aan een somatische aandoening of aan het effect van medicatie.

**de criteria DSM-5-TR:** 307.51 A. Recidiverende eetbui-episodes. Een eetbui-episode wordt gekenmerkt door beide volgende kenmerken: (1) Het in een afzonderlijke tijdsperiode (bijvoorbeeld binnen een periode van 2 uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan die de meeste mensen binnen dezelfde tijd, onder vergelijkbare omstandigheden zouden eten. (2) Het gevoel tijdens de episode geen beheersing te hebben over het eten. De betrokkene heeft bijvoorbeeld het gevoel niet te kunnen stoppen met eten, of niet te kunnen beheersen wat of hoeveel hij of zij eet. B. De eetbui-episodes hangen samen met 3(of meer) van de volgende kenmerken: (1) Veel sneller eten dan normaal. (2) Dooreten totdat een onaangenaam vol gevoel ontstaat. (3) Grote hoeveelheden voedsel nuttigen zonder lichamelijke trek te hebben. (4) Alleen eten, uit schaamte over de hoeveelheid die de betrokkene nuttigt. (5) Achteraf walgen van zichzelf, zich somber of erg schuldig voelen. C. Er is sprake van duidelijke lijdensdruk door de eetbuien. D. De eetbuien komen gedurende 3 maanden gemiddeld minstens 1 keer per week voor. E. De eetbuien gaan niet gepaard met het recidiverend toepassen van inadequaate compensatoir gedrag zoals bij BN, en treden niet uitsluitend op in het beloop van BN of AN.

### 5.5.1 Anamnestic onderzoek

In de diagnostiek van de eetbui stoornis vindt onderzoek plaats naar karakteristieke symptomen en comorbiditeit van de eetstoornis:

1. **Eetstoornissymptomen.** Zoals preoccupatie met voedsel, eetbuien, compensatiegedrag (als braken, laxantiagebruik, dieetpillen), dieetrestricties en/of lijnen, compulsieve lichaamsbeweging of sporten en ander gedrag, zoals medicatiemisbruik (bijvoorbeeld insulinegebruik bij iemand met diabetes of methylfenidaat/dexamfetamine bij ADHD). Overwaardering van lichaamsvormen en gewicht en negatieve lichaamsbeleving. Gebruik bij voorkeur een semigestructureerd interview zoals de Eating Disorder Examination (EDE). (Zie ook [Meetinstrumenten](#)).
2. **Lichamelijke klachten.** Elke patiënt met het vermoeden van een eetstoornis dient lichamenlijk beoordeeld te worden door een arts, zoals een huisarts of internist. Kinderen dienen beoordeeld te worden door een kinderarts. Let op dat er geen onderliggende of bijkomende lichamenlijke problematiek is die afwijkend eetgedrag kunnen verklaren. (Zie ook [Somatische diagnostiek](#)).
3. Bijkomende **psychologische klachten** waaronder een negatief zelfbeeld en emotie regulatieproblemen.
4. **Positieve eigenschappen en beschermende factoren**. Denk aan vriendschappen, familie, school, werk en hobby's.
5. **Aanleg en uitlokkende factoren.** Hieronder vallen: het voorkomen van eetstoornissen in de familie, ontwikkelingsproblemen, interpersoonlijke problemen zoals pesten en traumatische ervaringen.
6. **Psychische comorbiditeit.** Bijvoorbeeld angst- en stemmingsstoornissen, ADHD en middelen misbruik.
7. **Risicotaxatie.** Zowel psychologisch (verbaal en relationeel) geweld als somatisch (inschatting van somatische situatie). Dit dient plaats te vinden bij de intake, diagnostiek, gedurende de behandeling en aan het eind van de behandeling.

*Aandachtspunten diagnostiek*

- Betrek anderen bij het onderzoek, zoals familieleden en andere zorgprofessionals, tenzij er een contra-indicatie is, zoals een veiligheidsrisico bij misbruik of huiselijk geweld.
- Wees je ervan bewust dat depressie, angstklachten en andere psychische symptomen een gevolg kunnen zijn van het leven met een eetstoornis. Vraag ook aan naasten in welke mate deze klachten al aanwezig waren vóór de ontwikkeling van de eetstoornis of pas daarna zijn ontstaan.
- Houd bij kinderen en jongeren tijdens het diagnostisch onderzoek rekening met hun lichamelijke en psychische ontwikkelingsfase.

## 5.5.2 Meetinstrumenten

De Eating Disorder Examination (EDE) wordt algemeen beschouwd als de gouden standaard om de eetstoornissymptomen in kaart te brengen.

In de diagnostiekfase is het gebruik van meetinstrumenten belangrijk om samen met de patiënt de problemen goed in kaart te brengen. Dit vormt de basis voor de indicatiestelling. Het is essentieel om zorgvuldig te overwegen welke metingen nodig zijn, zodat de patiënt niet wordt overspoeld door een veelheid aan meetinstrumenten. Om de voortgang te meten is het van belang in ieder geval de hoofdoelen van de behandeling adequaat en frequent te meten. (Zie [Monitoring en evalueren](#)).

Breng **eetstoornissymptomen** bij voorkeur in kaart met het semigestructureerd interview De Eating Disorder Examination (EDE).<sup>134</sup> Middels afname van dit interview kan worden vastgesteld of er sprake is van een eetstoornis, en zo ja welke. Het is van belang dat het (Ch)EDE-interview wordt afgenomen door iemand die hierin [geschoold is](#).

Er bestaan 2 versies van de EDE:

- [EDE voor volwassenen](#)
- ChEDE17 voor jongeren vanaf 8 jaar<sup>135 136</sup>

Van de EDE zijn ook 2 zelfrapportageversies. Zij brengen alleen de ernst van de stoornis in kaart:

- [EDE-Q](#)- zelfrapportage versie<sup>59</sup>
- ChEDE-Q-zelfrapportage versie voor kinderen en jongeren vanaf 8 jaar.<sup>137 138</sup>

Als tweede keuze is de [SCID-5-SV](#) onderdeel binge eating disorder, een passend meetinstrument.

**Aanvullend wordt geadviseerd:**

- [Lichaamsattitude vragenlijst](#) (LAV)<sup>62</sup> en [de Body Cathexis Scale](#) (BCS)<sup>63</sup> om de ernst van de overwaardering van gewicht en lichaamsvormen en de negatieve lichaamsbeleving in kaart te brengen.
- [De Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag](#) (NVE) brengt de 3 belangrijke risicofactoren voor overeten in kaart: emotioneel eten-, extern eten- en lijngericht eten.<sup>139</sup>
- [De Eating Disorder Inventory](#) (EDI)-3 kan worden ingezet om de mate van klachten uitgebreider te inventariseren en om te kijken of er vooruitgang wordt geboekt.<sup>140</sup>

### Diagnostiek bij comorbide psychische problematiek

Wanneer er een vermoeden bestaat van comorbide psychische problematiek kunnen aanvullende diagnostische instrumenten overwogen worden. Zie hiervoor de specifieke zorgstandaarden voor [Angstklachten en angststoornissen](#), [Depressieve stoornissen](#), [Persoonlijkheidsstoornissen](#), [ADHD](#) en [Alcohol](#) voor geschikte vragenlijsten.

Bij aanwijzingen voor comorbide psychische stoornissen heeft het de voorkeur om deze verder vast te stellen met semigestructureerde interviews, zoals de SCID- 5-S, SCID-5-P of SCID-5-junior. Wees zorgvuldig met het inzetten van aanvullende diagnostische instrumenten. Gebruik deze alleen als ze relevante informatie opleveren voor de indicatiestelling of wanneer ze nodig zijn om hypothesen te vormen over waarom de behandeling van de eetstoornis niet of onvoldoende effectief is (geweest).

### 5.5.3 Somatische diagnostiek

Somatische diagnostiek is opgenomen onder [Somatiek](#).

## 5.6 Indiceren

Bij de indicatiestelling van welke behandeling (en in welke setting) het meest passend is voor een patiënt met een eetbuistoornis wordt rekening gehouden met:

- de wetenschappelijke evidentie voor behandelmethoden;
- de hulpvraag en voorkeur van de patiënt. Wanneer passend wordt tevens de voorkeur van naasten meegenomen (bijvoorbeeld de ouders);
- de ernst en complexiteit van de eetstoornis;
- of en welke behandeling er eerder is gevolgd;
- de ernst en complexiteit van aanwezige comorbiditeit.

Centraal staat dat de kennis van de professional wordt gecombineerd met de wens en ervaringskennis van de patiënt en diens naasten. Dit gebeurt op basis van de diagnostiek, de beschikbare behandel mogelijkheden en de wensen en voorkeuren van de patiënt.

Zie ook: [Indicatie snelheid naar somatische arts](#).

Er is nog geen wetenschappelijk evidentie over welke behandeling het beste werkt voor wie. Wel zijn er een aantal factoren waar rekening mee gehouden kan worden in de indicatiestelling.

- Somatische situatie: wanneer er somatische zorgen zijn, moet hier eerst de aandacht naartoe.
- Motivatie van de patiënt: de bereidheid en motivatie voor behandeling en behandelvorm spelen een belangrijke rol.
- Samen beslissen: bij volwassenen kan shared decision making worden ingezet, een protocol gericht op gezamenlijke besluitvorming. (Zie [samen beslissen](#)).

## 5.7 Behandelen en begeleiden

Voedingsbeleid is altijd onderdeel van een behandeling voor patiënten met BED.

In deze paragraaf beschrijven we de zorg die patiënten en hun naasten mogen verwachten van de professional, waarbij, indien mogelijk wetenschappelijke evidentie als uitgangspunt is genomen. Deze zorg wordt vastgelegd in een behandelplan. Tussen de intake en de start van de behandeling kan soms (te) veel tijd zitten. Overleg in dat geval wat te doen ter overbrugging en verwijs zo nodig door naar inloophuizen, herstelinitiatieven, [FirstEetkit](#) of vergelijkbare initiatieven.

### Bejegening/attitude

- Bied realistische informatie over de hoop op verbetering en de duur van behandeling.
- Formuleer samen met de patiënt haalbare doelen op het gebied van de eetstoornis. Denk hierbij aan het verbeteren van het eetpatroon en ander gezondheidsgelateerd gedrag, het bevorderen van een positievere zelf- en lichaamsbeleving en het versterken van de lichamelijke conditie.
- Leg aan patiënten uit dat de psychologische behandeling van BED primair gericht is op het onder controle krijgen van de eetbuien. Het effect op gewichtsverlies is beperkt en gewichtsverlies is in eerste instantie geen primair behandeldoel.
- Besteed aandacht aan doelen gericht op verbetering van zelfvertrouwen, emotieregulatie, sociale vaardigheden en sociale relaties en algehele kwaliteit van leven.
- Zorg gedurende de hele behandeling voor goede psycho-educatie, voldoende ondersteuning en een sterke therapeutische werkrelatie. (Zie ook [Thuisarts.nl](#)).

### Behandelsetting

- Zorg voor een consistente en consequente uitvoering van de interventie binnen de gekozen behandelvorm. Dit is essentieel voor de effectiviteit en kwaliteit.
- De meeste volwassenen, kinderen en jongeren met BED worden ambulantly behandeld. Een klein percentage volgt een intensievere behandeling. Indicaties voor een intensievere vorm van hulpverlening zijn: een slechte fysieke conditie, een ernstige verstoring in het thuissysteem, psychische comorbiditeit of een eerdere ambulante richtlijnbehandeling die geen of onvoldoende effect had.

Betrek de patiënt, naasten en relevante anderen bij het overleg over de behandeling, zeker bij kinderen en jongeren. Afhankelijk van de leeftijd en ontwikkelingsfase van het kind of de jongere, hebben ouders of naasten een grotere of kleinere rol. (Zie [Rol naasten](#)).

### Samenwerking tussen professionals

- Als er meerdere professionals bij de behandeling betrokken zijn, zorg dan voor heldere afspraken en geef duidelijk aan wie de regie heeft. Zorg voor overeenstemming over de behandeldoelen, de taakverdeling tussen professionals, de continuïteit van zorg en het uitwisselen van informatie.
- Regel overleg met alle bij de zorg betrokken zorgverleners en betrek patiënt en naasten hierin (ZorgAfstemmingsGesprek; ZAG).
- Bied een stapsgewijze en goed aansluitende behandeling. Zorg voor soepele overgangen tussen betrokken instellingen en zorgprofessionals, evenals bij de overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg. Dit geldt ook voor de overgang naar huisartsenzorg, buurt- en andere eerstelijns zorg, generalistische basis-ggz, algemene ziekenhuiszorg en thuisbegeleiding.

## 5.7.1 Behandelingen

### Psychologische behandeling

Uitgangspunt bij de behandeling van BED is een psychologische behandeling. Deze kan worden aangevuld met diëtistische begeleiding, somatische doelen de inzet van psychomotorische therapie (PMT) of een andere vorm van vaktherapie en farmacotherapie. Ook ervaringsdeskundige begeleiding kan worden toegevoegd.

### Behandeling van kinderen en jongeren met BED

De behandeling van kinderen en jongeren met BED is vergelijkbaar met die van volwassenen, waarbij het [CGT/CBT-E protocol](#) aangepast is aan leeftijd en ontwikkelfase. <sup>141 142</sup>

- Betrek in afstemming met de patiënt zoveel mogelijk de ouders/verzorgers bij de behandeling.
- [Online interventies](#) zijn goed bruikbaar voor kinderen en jongeren en adolescenten.
- Systeemtherapie kan worden overwogen wanneer er binnen het gezin andere grote problemen spelen die aandacht verdienen.

### Behandeling volwassenen met BED

- Bied als eerste keus behandeling individuele of groeps- CGT of [CBT-E](#) (een vorm van CGT)/ CBT-E aan. (Zie [Patiënteninformatie CBT-E - VGCT Kennisnet](#) en [Materialen](#)) <sup>143 144 145</sup>
- Een goede tweede keus is IPT <sup>146</sup> of DGT. <sup>147</sup>
- Overweeg een online behandelprogramma. Advies is om online hulpbronnen te gebruiken in afstemming met de behandelaar of begeleider. <sup>148 149 150</sup>
- Overweeg om patiënten met overgewicht of obesitas richting het einde of vlak na de CGT/CBT-E/IPT/DGT door te verwijzen naar een diëtist voor een gewichtsreducerend programma. <sup>151</sup>

Zie verder [Diagnostiek en behandeling obesitas bij volwassenen en kinderen](#) in de richtlijn.

### Vaktherapie

Vaktherapie kan aanvullend worden ingezet bij de behandeling van BED. Er is met name evidentie voor de effectiviteit van psychomotorische therapie (PMT). Op basis van practice based evidence wordt geadviseerd, <sup>152</sup> PMT toe te voegen wanneer factoren zoals negatieve en verstoorde lichaamsbeleving, problemen in de emotieregulatie en/of bewegingsarmoede de voortgang van therapie belemmeren.

Voor meer informatie zie: [Vaktherapie](#).

### Ervaringsdeskundigheid

Het behandelteam, het professionele netwerk en de patiënt kunnen, indien gewenst of nodig, een beroep doen op of toeleiden naar ervaringsdeskundigen. Ervaringsdeskundigen bieden herkenning, begrip en kunnen de patiënt motiveren om in behandeling te gaan. Hierdoor kan ervaringsdeskundigheid een waardevolle aanvulling zijn. Soms maken zij onderdeel uit van het behandelteam. Het borgen van de kwaliteit en de continuïteit van ervaringsdeskundigheid door middel van opleiding en goede begeleiding is belangrijk. (Zie zorgstandaard [Ervaringsdeskundigheid](#)).

### Diëtetiek

Diëtetiek kan, indien nodig, aanvullend worden ingezet bij de behandeling van BED. Voeding en eetgedrag zijn de zichtbare symptomen van een eetstoornis. Het normaliseren van het eetpatroon en eetgedrag en verbeteren van de voedingstoestand zijn pijlers in de behandeling. [De diëtist](#) met een specifieke deskundigheid in de behandeling van eetstoornissen kan patiënten begeleiden bij het ontwikkelen van een realistische houding ten opzichte van voeding en gewicht. Daarnaast ondersteunt de diëtist bij het verkrijgen van een volwaardig en adequaat eetpatroon.

### 5.7.2 Farmacotherapie

In tegenstelling tot andere eetstoornissen, speelt medicatie een rol in de behandeling van BED. Voor het verminderen van eetbuien is onderzoek gedaan naar verschillende middelen\*, die allemaal in meer of mindere mate effectief blijken. Omdat BED vaak samengaat met ADD/ADHD erg veel voorkomt, worden methylfenidaat en dexamfetamine veel gebruikt. Deze middelen verminderen impulsiviteit en kunnen daardoor effect hebben op eetbuien.<sup>153</sup>

#### \* Toelichtingen

**naar verschillende middelen:** Table 3 Medications studied in BED (Crow, Psychiatr Clin North Am 2019) effect uitsluitend op eetbuien! Niet op gewicht. Fluoxetine, Fluvoxamine, Citalopram, Escitalopram, Sertraline, Duloxetine, Bupropion, Lamotrigine, Topiramate, Zonisamide, Lisdexamfetamine.

### 5.7.3 Behandeling somatiek

Zie voor meer informatie [Behandeling somatiek](#).

## 5.8 Acute zorg

Wanneer er sprake is van een enkelvoudige eetbuistoornis is acute zorg zelden noodzakelijk. Wanneer deze noodzaak er wel is, komt dit meestal door aanwezige psychische comorbiditeit, zoals stemmings- of persoonlijkheidsproblematiek. En suïcidaliteit kan een rol spelen. Maak een inschatting van de suïcidaliteit en schaal de zorg indien nodig op. Wees helder in je communicatie en stem beslissingen af met patiënt, naasten en andere betrokkenen.

Het respecteren van autonomie en het maken van eigen keuzes blijven leidende principes, ook in situaties waarin dwang noodzakelijk is. Bijvoorbeeld bij wilsonbekwaamheid. (Zie [Assertieve en verplichte zorg](#)).

Zie ook:

- [K-EET leidraad](#)
- [suïcidaal gedrag](#)
- [toolkit zorgstandaard Acute Psychiatrie](#)
- [acute zorg m.b.t. somatiek](#)

### Signaleringsplan/Crisis Preventie Actie Plan (CPAP)

Het behandelplan worden aangevuld met een signaleringsplan of Crisis Preventie Actie Plan (CPAP). Dit plan helpt bij het inventariseren van signalen die kunnen wijzen op terugval, verslechtering of toename van schadelijk, zoals automutilatie. Een signaleringsplan wordt gemaakt om crisissituaties te voorkomen en zelfmanagement te bevorderen.

## 5.9 Monitoring en evalueren

### 5.9.1 Evaluatie en monitoring

Het is belangrijk om de voortgang van de behandeling regelmatig te evalueren, tenminste elke 3 maanden bij een poliklinische behandeling. Behandelresultaten worden besproken op basis van vragenlijsten en van door de patiënt geformuleerde klachten, wensen en behoeften. Samen met de patiënt (en eventuele naasten) wordt het behandelplan zo nodig bijgesteld.

Goede monitoring is belangrijk, omdat:

- de patiënt, de behandelaar en eventuele naasten zicht houden op de voortgang van de behandeling;
- het behandelplan bijgesteld kan worden als dat nodig is.

#### *Aandachtspunten*

- Bij de beoordeling van het dagelijks functioneren kan in overleg met de patiënt worden overwogen om naasten te betrekken (bijvoorbeeld partner, familieleden, vrienden en collega's). Betrek bij kinderen in elk geval de ouders of verzorgers. Zij signaleren eventuele verergering van een eetstoornis meestal eerder dan de betrokkene zelf.
- Als niet direct tot behandeling wordt overgegaan (bijvoorbeeld bij onvoldoende motivatie voor verandering) dient het beloop van symptomen en klachten te worden gemonitord. Op advies van de professional en indien gewenst door de patiënt, kunnen naasten hierbij worden betrokken.
- Gebruik een dimensionele benadering bij het bepalen van de vooruitgang van de behandeling en betrek daarbij de voedingstoestand, medische aspecten en psychosociale factoren.

### 5.9.2 Meetinstrumenten en monitoring

#### *Monitoren eetstoornis symptomen*

Bij een BED-behandeling is het belangrijk om de eetstoornissymptomen regelmatig te meten. Meetinstrumenten ondersteunen de evaluatie van de behandeldoelen en helpen vast te stellen of de behandeling effectief is.

De volgende vragenlijsten zijn geschikt:

- [Eating Disorder Examination Questionnaire](#) (EDE-Q): meet eetstoornis symptomen over de afgelopen 28 dagen.
- [Eating Disorder Inventory 3](#) (EDI-3): meet van psychologische en gedragskenmerken die samen kunnen hangen met een eetstoornis.
- [Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag](#) (NVE): brengt de 3 belangrijke risicofactoren voor overeten in kaart: emotioneel-eten, extern eten en lijngericht eten.
- [Lichaamsattitudevragenlijst](#) (LAV) of [Body Cathexis Scale](#) (BCS): meten lichaamsbeleving (zie

[Diagnostiek](#)).

#### *Registratie van probleemgedrag*

Naast het gebruik van officiële meetinstrumenten kan er in de behandeling gebruik worden gemaakt van op de patiënt afgestemde metingen en registraties om probleemgedrag goed te monitoren. Dit is in ieder geval gewenst bij eetbuien, braken, ander compensatiegedrag en overmatig bewegen.

#### *Overige meetinstrumenten*

- Indien van toepassing dienen ook comorbide psychische klachten meegenomen te worden in de monitoring. Zie de zorgstandaarden van Angstklachten, Aandachtsdeficiëntiestoornissen, Verslaving, Persoonlijkheidsstoornissen en Depressieve stoornissen voor geschikte vragenlijsten.
- Ook kunnen factoren in kaart worden gebracht die geen direct doel van de behandeling zijn, maar die wel van belang zijn voor het verloop ervan. Bijvoorbeeld de werkrelatie tussen patiënt en behandelaar kan worden gemeten met de Session Rating Scale (SRS).

### 5.9.3 Wat te doen bij stagnatie voortgang?

- Consultatie/second opinion bij collega's in de gespecialiseerde ggz of hoogspecialistische ggz wordt geadviseerd bij:
  1. twijfel over de diagnose gaandeweg de behandeling;
  2. (vermoeden van) comorbiditeit die interfereert met de behandeling van de eetstoornis;
  3. uitblijven van gewenste behandelresultaat na verschillende behandelstrategieën.
- Indien verschillende behandelstrategieën niet tot herstel hebben geleid, kan de focus van de behandeling verschuiven naar: het voorkomen van verslechtering of van bijkomende problematiek; het verminderen of voorkomen van problemen in het sociaal en maatschappelijk functioneren.

## 5.10 Afsluiten

Het afsluiten van een behandeling bij BED gebeurt op verschillende manieren:

1. Afsluiten na een afgeronde behandeling, succesvol of niet, inclusief een terugvalpreventietraject. Hierbij wordt gezamenlijk tot afronding gekomen. Soms wordt de behandeling voortgezet voor onderliggende problematiek. In dat geval volgt bijvoorbeeld een behandeling gericht op persoonlijkheid of emotieregulatie, zoals schematherapie. Waar mogelijk wordt geadviseerd om een therapievrije periode in te lassen voordat een vervolgbehandeling start. Op deze manier kan de patiënt ervaren wat het effect is van de reeds gevolgde behandeling.

2. De patiënt besluit te stoppen met de behandeling in een fase waarin het niet goed gaat. Dit komt helaas geregeld voor. Patiënten vallen daarna vaak terug op de huisarts of kinderarts en kunnen soms gebruikmaken van initiatieven van ervaringsdeskundigen.

3. Afsluiting na langdurige behandeling, soms pas na jaren en soms na een gezamenlijk besluit (bijvoorbeeld na een Moreel Beraad) dat verdere behandeling geen doel meer dient.

In alle gevallen is het van belang zorgvuldig om te gaan met afsluiting, met oog voor de impact op de patiënt en diens omgeving.

### 5.10.1 Terugvalpreventie

Bij de meest gebruikte behandelmethodes, CBT-E en CBT-O, is terugvalpreventie een vast onderdeel van het behandelprotocol, evenals een follow-upafspraken 20 weken na afronding. Desondanks ervaren veel patiënten na kortere of langere tijd een terugval. In dergelijke gevallen kan een boosterbehandeling (korte herhaling) zinvol zijn.

Een belangrijk probleem is het overgewicht waar veel patiënten mee worstelen. Dit kan leiden tot hernieuwd lijngedrag en daarmee het risico op terugval vergroten

Ook de link tussen emotie-regulatie en eetbuien kan tot een terugval leiden, in dat geval kan aanvullende behandeling daarop nodig zijn.

### 5.10.2 Nazorg binnen de ggz

Aan het einde van de behandeling kan het behandeltraject binnen de ggz in veel gevallen worden afgerond. Soms is er echter sprake van comorbide problematiek die de eetstoornis in stand houdt of het risico op terugval vergroot. In dergelijke gevallen is het belangrijk om (gedeeltelijk) parallel behandeling voor de comorbide problematiek aan te bieden. Daarbij is samenwerking tussen de behandelaars van de eetstoornis en de comorbide problematiek wenselijk.

Het hebben van een eetstoornis heeft vaak veel impact op het sociaal en maatschappelijk functioneren. Wanneer hier sprake van is kan aan het einde van de behandeling in afstemming met de patiënt gekeken worden naar begeleidingsmogelijkheden buiten de ggz gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel. Deze begeleidingsmogelijkheden zijn bij diverse herstelinitiatieven en inloophuizen.

### 5.10.3 Nazorg buiten de ggz

BED interfereert op ernstige wijze met de sociale ontwikkeling van patiënten en ook hun opleiding en werk ervaring lijdt er onder. Om terugval te voorkomen is het van groot belang om patiënten meer of minder lang te begeleiden en te ondersteunen bij hun integratie in de maatschappij en de problemen die ze daarbij tegenkomen.

## 5.11 Herstel, participatie en re-integratie

Zorgprofessionals bieden de patiënt herstelondersteunende zorg door hen zoveel mogelijk eigen keuzes te laten maken en hen te stimuleren in zelfmanagement. (Zie zorgstandaard [Zelfmanagement](#)). Daarnaast helpen zij bij het ontwikkelen van communicatieve vaardigheden, zorgen zij voor continuïteit van zorg en bieden zij ondersteuning. Vanuit een wederkerige vertrouwensband kan de patiënt eigen regie over het leven en autonomie vergroten.

### 5.11.1 Herstel

Het hebben van de eetstoornis BED leidt tot een aanzienlijk verlies van kwaliteit van leven. Herstelondersteunende zorg kan bijdragen aan verbetering hiervan en is met name van grote betekenis voor patiënten met een langdurige eetstoornis. (Zie zorgstandaard [Herstelondersteuning](#))

### 5.11.2 Participatie

Mensen met een eetstoornis kunnen moeite hebben met participeren in de samenleving en het hervatten van maatschappelijke rollen. Ongeveer de helft van de patiënten met een eetbuistoornis ondervindt problemen met sociale rollen, zoals werk en relaties. (Zie [Kenmerken eetstoornis](#)).

Wanneer de patiënt voldoende klinisch en stabiel hersteld is en gemotiveerd is om eigen verantwoordelijkheid op zich te nemen, kan de aandacht worden verlegd naar het bespreken en formuleren van participatiedoelen. Dit vraagt van de zorgprofessional een meer outreachende benadering en samenwerking met diverse instanties, zoals de gemeente (sociale wijkteams), maatschappelijke organisaties, patiëntenverenigingen en initiatieven van [ervaringsdeskundigen](#), lokale bedrijven en opleidingsinstituten.

Zorgprofessionals bespreken met de patiënt zijn of haar doelen op het vlak van participatie, zoals onderwijs, werk, vrije tijd, inkomen, sport, vriendschappen en relaties. Deze zogenaamde participatiedoelen worden vastgelegd in het zorgplan en geven richting aan het handelen van alle betrokken zorgprofessionals en andere partijen, zoals sociale wijkteams en het UWV.

### **5.11.3 Re-integratie**

Voor re-integratie, de terugkeer naar arbeid of opleiding, kunnen individuele interventies overwogen worden. Evidence-based interventies zijn IPS (Individuele Plaatsing en Steun) en de algemene rehabilitatiemethodiek IRB. De eerste behandelingen met deze methodiek worden inmiddels toegepast bij mensen met een chronische eetstoornis. Zie de [zorgstandaard Psychose](#) waarin een uitgebreid stuk is opgenomen over participatie en re-integratie. Patiënten met eetstoornissen en hun naasten zijn goed georganiseerd en zetten zich actief in voor herstel. [Ervaringsdeskundigen](#), die zelf de weg naar herstel hebben afgelegd of hieraan werken, spelen hierin een belangrijke rol.

## 6. Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID)

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

### 6.1 Over ARFID

Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) is de Engelse term die we wereldwijd gebruiken voor de eetstoornis vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis. Deze eetstoornis kan op alle leeftijden ontstaan en komt voor bij mensen met een gezond gewicht, ondergewicht of overgewicht/obesitas. De diagnose ARFID is pas sinds 2013 officieel opgenomen in de DSM, waardoor er minder onderzoek beschikbaar is in vergelijking met andere eetstoornissen.

#### 6.1.1 Kenmerken ARFID

Kenmerkend voor ARFID is dat de patiënt te weinig voedingsstoffen binnenkrijgt. Patiënten met ARFID hebben selectief eetgedrag (te weinig variatie) en/of restrictief eetgedrag (te weinig in hoeveelheid).

#### De DSM-5-TR beschrijft 3 verschillende profielen van ARFID:

1. Gebrek aan interesse in voeding en eten – weinig tot geen hongerprikkels voelen, vergeten te eten.
2. Vermijding van bepaalde voeding vanwege sensorische eigenschappen, zoals smaak, geur, kleur, of textuur.
3. Vermijding van (bepaalde) voeding vanwege ernstige zorgen of angst voor aversieve consequenties ervan – bijvoorbeeld angst om te slikken, stikken, kokhalzen, overgeven, (buik)pijn te krijgen of een allergische reactie.

Mensen kunnen zich in 1 maar ook meerdere profielen herkennen.

Het weinige en/of selectieve eten hangt samen met een van de volgende kenmerken:

- gewichtsverlies;
- onvoldoende gewichtstoename tijdens de groei;
- voedingsdeficiënties;
- afhankelijkheid van sondevoeding;
- afhankelijkheid van voedingssupplementen;
- een verstoring van het psychosociaal functioneren.

De somatische problematiek kan lijken op die van AN, vooral wanneer de patiënt ondergewicht heeft.

Bij ARFID kan gewichtsverlies, uitblijvende gewichtstoename en/of achterblijvende groei (bij kinderen) optreden. Ook kan selectief eten, eventueel in de vorm van overeten of eetbuien, leiden tot overgewicht. ARFID kan resulteren in significante tekorten aan voedingsstoffen, vitaminen en mineralen. Daarnaast kan afhankelijkheid van enterale voeding of drinkvoeding ontstaan. Een multidisciplinaire behandeling heeft de voorkeur, waarbij de lichamelijke gevolgen op de juiste wijze worden gemonitord en behandeld.

Er is bij ARFID geen sprake van een verstoord lichaamsbeeld of een irreële angst voor gewichtstoename.

## 6.1.2 Prevalentie

### Prevalentie bij kinderen

Voedingsproblemen komen relatief vaak voor tijdens de kinderleeftijd. Tot wel de helft van alle kinderen eet op een bepaald moment in hun leven erg selectief. Meestal herstelt dit en blijven de gevolgen beperkt. Soms blijft een selectief eetpatroon langdurig bestaan, maar zonder invloed op het lichamelijk of psychosociaal functioneren. In dat geval is er geen sprake van ARFID.

Omdat ARFID voor het eerst werd beschreven in de DSM-5 is het epidemiologisch onderzoek naar ARFID nog beperkt.<sup>154</sup>

Vergeleken met andere eetstoornissen zijn patiënten met ARFID over het algemeen jonger en vaker man/jongen.<sup>155 156</sup>

Ernstige voedingsproblemen komen vaker voor bij kinderen met een fysieke beperking, verstandelijke beperking, medische aandoening, prematuriteit of een laag geboortegewicht. ARFID gaat vaak samen met een angststoornis, stemmingsstoornis, autismespectrumstoornis (ASS) of ADHD, maar kan ook op zichzelf voorkomen.<sup>157</sup>

Uit een zelfrapportagestudie onder 1444 Zwitserse basisschoolkinderen (8-13 jaar) bleek dat 3.2% voldeed aan de criteria voor ARFID.<sup>158</sup> In gespecialiseerde klinieken voor eetstoornissen bij kinderen en adolescenten wordt het vóórkomen van ARFID geschat op 5-14%. Deze schattingen zijn gebaseerd op retrospectief dossieronderzoek aan de hand van de criteria van ARFID.

Een recent literatuuroverzicht waarin ook bovenstaande studies zijn opgenomen, concludeerde dat de prevalentiecijfers voor ARFID bij kinderen en adolescenten sterk variëren.<sup>159</sup> In 8 gespecialiseerde eetstoorniscentra werd een prevalentie van 5% tot 22.5% gevonden, terwijl in 3 andere gespecialiseerde centra de prevalentie tussen 32% en 64% lag. In 6 studies onder niet-klinische steekproeven, waarbij zelfrapportage- of ouderrapportage-instrumenten werden gebruikt, varieerden de cijfers van 0.3% tot 15.5%.

Deze uiteenlopende cijfers kunnen worden verklaard door verschillen in populaties, inclusiecriteria en gebruikte meetinstrumenten.

### Prevalentie adolescenten en volwassenen

Van de Amerikaanse volwassenen die aan een online vragenlijststudie meededen, herkende circa 3% zich in de criteria van ARFID. Een Australische studie onder volwassenen vond een puntprevalentie van 0.3%, vergelijkbaar met die van andere eetstoornissen.<sup>160</sup> In een Duitse studie werd ARFID bij circa 1% van de volwassenen vastgesteld.<sup>161</sup>

## 6.1.3 Hoe ontstaat het?

Het ontstaan en de instandhouding van ARFID lijken een combinatie te zijn van persoonsfactoren en leerervaringen. Persoonsfactoren omvatten onder andere sensorische gevoeligheid (smaak, geur, kleur of textuur), een angstig temperament en of mondmotorische problemen. Daarnaast verschillen mensen in hoe sterk zij honger- en verzadigingsgevoelens ervaren en hoe zij de beloningswaarde van eten beoordelen. Leerervaringen worden opgedaan binnen de opvoeding en op school, maar kunnen ook

betrekking hebben op vervelende (pijnlijke en/of traumatische) gebeurtenissen rondom eten.

Recent onderzoek bevestigt dat erfelijkheid een belangrijke rol kan spelen bij het ontstaan van ARFID. Dit betreft een grote, Zweedse tweelingstudie die suggereert dat de genetische component bij het ontwikkelen van ARFID zeer groot is, namelijk 79%.<sup>162</sup> Dat betekent dat 79% van het risico op ARFID wordt verklaard door genetische factoren. Dit is een hoger risico dan bij de andere eetstoornissen en vergelijkbaar met het erfelijke risico op autisme of ADHD.

Wanneer een kind niet wil eten, kan het voor ouders moeilijk zijn om te weten hoe hierop te reageren. Maaltijden kunnen daardoor stressvol zijn, wat het eten nog lastiger maakt. Als dit vaak gebeurt, ontstaat een negatief patroon, waardoor eetmomenten steeds moeizamer worden. Hoe langer deze situatie voortduurt, hoe hardnekkiger het patroon wordt, soms zelfs tot in de volwassenheid. Dit kan weer impact hebben op de volgende generatie.

ARFID kan op elke leeftijd ontstaan door (traumatische) ervaringen. Bijvoorbeeld wanneer iemand veel medische ingrepen aan het keel- of mondgebied heeft gehad en sondevoeding nodig had. ARFID kan ook ontstaan bij te vroeg geboren kinderen of baby's met een te laag geboortegewicht die een sondeslang kregen. Daarnaast kan ARFID ontstaan nadat iemand zich een keer ernstig heeft verslikt of heeft gezien dat iemand anders zich verslikte. Sommige mensen zijn angstig geworden voor bepaald eten na een periode van ziekte, buikpijn, braken of een allergische reactie.

#### **6.1.4 Comorbiditeit en complicaties**

ARFID kent een grote psychische- en somatische comorbiditeit.

De meest voorkomende comorbide stoornissen bij ARFID zijn angststoornissen en neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, vooral de autismespectrumstoornis (ASS), ADHD en de verstandelijke ontwikkelingsstoornis (verstandelijke beperking)). ARFID bij kinderen komt vaak voor in combinatie met psychische problemen, zoals angststoornissen (tot wel 72%) en autismespectrumstoornissen (tot wel 28%).<sup>163</sup>

Onderzoek naar veel voorkomende psychologische en/of psychische comorbiditeit bij volwassenen is nog schaars. In de klinische praktijk wordt comorbiditeit evenwel vaak onderkend.

#### **Differentiaaldiagnostiek**

Differentiaal diagnostisch moet worden gedacht aan autismespectrumstoornissen, reactieve hechtingsstoornis en angststoornissen, zoals sociale angststoornis of specifieke fobieën (bijvoorbeeld slikfobie of emetofobie). Ook kunnen selectief eetgedrag passend bij de normale ontwikkeling, obsessieve-compulsieve stoornis, AN, depressieve stoornis, schizofreniespectrumstoornissen en nagebootste stoornis in overweging worden genomen.

Daarnaast is het belangrijk om eventuele medische problemen te identificeren en, waar mogelijk, te behandelen. Denk hierbij aan voedselallergieën, maagdarmproblemen, problemen in het keel-/mondgebied en (senso)motorische problemen.

In de klinische praktijk blijkt dat ARFID ook kan samengaan met een andere eetstoornis, zoals BED, of gepaard kan gaan met een anorectische dynamiek. Daarnaast wordt stemmingsproblematiek vaak gezien, met name als gevolg van ARFID en de beperkingen in het psychosociale functioneren.

#### **Diagnostiek van comorbide problematiek**

Vragenlijsten kunnen worden ingezet om te screenen op comorbide problematiek wanneer dit wordt vermoed (Zie zorgstandaarden [Angstklachten en angststoornissen](#), [Depressieve stoornissen](#), [Persoonlijkheidsstoornissen](#), en [Alcohol](#) voor geschikte vragenlijsten). Bij aanwijzingen voor comorbide psychische stoornissen heeft het de voorkeur om deze verder vast te stellen met semigestructureerde interviews.

*Gebruik van aanvullende instrumenten voor registratie van probleemgedrag*

Naast het gebruik van officiële meetinstrumenten kan er in de behandeling gebruik worden gemaakt van op de patiënt afgestemde metingen en registraties om probleemgedrag goed te monitoren.

## 6.2 Vroegtijdig herkennen

Het is van belang eetproblemen zo vroeg mogelijk te onderkennen, zodat een eetprobleem zich niet ontwikkelt tot ARFID. Daarbij is het van belang om de voedingsinname en het beloop van het eetprobleem te monitoren en in te schatten of dit een voorbijgaand probleem is of dat er sprake is van een eetstoornis in ontwikkeling. Hiervoor kunnen de hiervoor beschikbare screeningslijsten worden ingevuld (zie [Aanmelding, screening en triage](#)).

### Waarop moet je bedacht zijn?

Voor consultatiebureaus, jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, huisartsen, praktijkondersteuners huisartsenzorg jeugd of ggz (POH-jeugd of POH-GGZ), sportartsen en diëtisten is het belangrijk om alert te zijn op ARFID bij selectief en restrictief eetgedrag, vooral in combinatie met risicofactoren zoals: Psychische kwetsbaarheid, zoals ASS, ADHD of een verstandelijke beperking. Somatische kwetsbaarheid, zoals medische problemen in maag-, darm-, mond- of keelgebied, of een voorgeschiedenis van vroeggeboorte. Complexe of moeizame opvoedingssituaties, waarin spanning rond eten een grote rol speelt.

Bij kinderen is het juist in een vroeg stadium van eetproblemen belangrijk dat de hulpverlener oog heeft voor de stressvolle situatie waarin ouders verkeren wanneer een kind niet of onvoldoende eet. De impact hiervan is groot, omdat eetmomenten frequent voorkomen en gepaard gaan met hoge (sociale) druk en zorgen om de gezondheid. Differentiatie is belangrijk tussen 'de moeilijke eter' en ARFID, maar het signaleren van de duur van het eetprobleem is essentieel. Goed luisteren naar ouders, hen serieus nemen en het grote geheel blijven zien is van belang om ARFID niet onder te diagnosticeren.

Bij kinderen ligt de druk vooral op ouders, die spanning mogelijk op hun kind kunnen overbrengen. Bij adolescenten en volwassenen draait het meer om de druk en stress die zij zelf ervaren. Dit benadrukt het belang om ouders en patiënten in een vroeg stadium serieus te nemen en samen te zoeken naar mogelijke oplossingen.

Let op dat ook volwassenen aan ARFID kunnen lijden! Bij volwassenen is belangrijk om bij eetproblemen goed door te vragen zowel bij ondergewicht, normaal gewicht als overgewicht. Dit om onderdiagnostisering of foutieve diagnostisering (AN/BED) te voorkomen. Belangrijk is verder aandacht te hebben voor psychosociale aspecten zoals het vermijden van sociale eetgelegenheden. De impact hiervan is groot vanwege de hoge (sociale) druk, stress en complete vermijding/ inzet van veiligheidsgedrag.

### 6.2.1 Signalering

## Signalen

[De First Eet kit](#) geeft inzicht in mogelijke signalen van ARFID en biedt informatie over de eetstoornis. Hier is ook videomateriaal beschikbaar. Daarnaast is er een speciale [signalenkaart eetstoornissen](#) voor in de huisartsenpraktijk beschikbaar.

## Signaleringsrol

Niet alleen ggz-professionals spelen een rol bij vroege onderkenning en signalering. Ook anderen kunnen signalen opvangen, zoals ouders, familieleden, vrienden, klasgenoten, tandartsen, onderwijzers, schoolmaatschappelijk werkers, jeugdartsen en -verpleegkundigen, (sociale) wijkteams, collega's, sportinstructeurs of trainers. Het is belangrijk dat zij de signalen van een eetstoornis leren herkennen en actie ondernemen wanneer zij deze opmerken.<sup>164 165</sup>

Op [Thuisarts.nl](#) staat informatie voor de patiënt over het [voorkomen van eetstoornissen](#).

## 6.3 Aanmelden, screening en triage

### Aanmelding

Jongeren tot 18 jaar kunnen worden aangemeld door de huisarts, kinderarts of jeugdhulpverleners. Hiervoor is toestemming van de gemeente nodig, behalve bij instellingen die werken onder het [LTA \(Landelijk Transitie Arrangement\)](#)/ landelijke inkoop. Vanaf 18 jaar kan de huisarts, internist of een ggz-hulpverlener verwijzen naar een gespecialiseerde behandelsetting.

Bij aanmelding moet de hulpverlener nagaan of er onderliggend somatisch lijden is dat de eetproblemen beter kan verklaren, zoals slokdarmproblemen, obstipatie, of reflux.

Het standaard afnemen van een screeningsinstrument kan worden overwogen wanneer de a - priorikans op de diagnose ARFID verhoogd is in een bepaalde populatie. ARFID komt vaker voor bij kinderen en jongeren dan bij volwassenen en relatief vaker bij mensen met een autismespectrumstoornis.

Voor consultatiebureaus en de jeugdgezondheidszorg kan screening op ARFID met een screeningslijst zinvol zijn. Ook huisartsen kunnen bij eetproblemen bij kinderen, jongeren en volwassenen overwegen of er mogelijk sprake is van ARFID en hierop screenen. Dit naast het signaleren van andere eetstoornissen zoals AN, BN en BED.

### 6.3.1 Screening en Triage

Hieronder worden verschillende screeningslijsten beschreven, elk met hun eigen voor- en nadelen. Er is geen voorkeurlijst. Alle lijsten die wij beschrijven worden al in het buitenland gebruikt, zowel in onderzoek als in de klinische praktijk. Het kan helpend zijn bij een persoon 2 (of meer) screeningslijsten af te nemen. Dit helpt om te beoordelen of iemand op verschillende vlakken kenmerken van ARFID vertoont, en om het te kunnen onderscheiden van andere eetstoornissen, aangezien de lijsten net iets andere aspecten van de stoornis meten.

- 1) Nine Item ARFID Screen (NIAS)\*
- 2) Eating Disturbances in Youth-Questionnaire (EDY-Q)\*
- 3) PARDI-ARFID-Questionnaire (PARDI-AR-Q)\*

#### 4) Short ARFID Screen (SAS)\*

Indien uit de screening een vermoeden van ARFID naar voren komt, is het advies om te verwijzen naar professionele hulp die gespecialiseerd is in ARFID. Het is daarbij belangrijk om zo snel mogelijk potentiële voedingsdeficiënties, ondervoeding en ondergewicht vast te stellen en te behandelen (zie [Somatiek](#) en [Diagnostiek](#)).

Voor de behandeling van ARFID vanaf ongeveer 2 jaar, kan worden gedacht aan behandelaars die werken met patiënten met een eetstoornis, zoals in de (specialistische) ggz. Voor zeer jonge kinderen (circa 0 tot 2 jaar) zijn de behandelmogelijkheden vaker gericht op klinische opname of behandeling in een ziekenhuis. Daarnaast kan specialistische zorg zoals Infant Mental Health een optie zijn. Hierbij staat de interactie tussen ouder en kind centraal.

#### \* Toelichtingen

**Nine Item ARFID Screen (NIAS):** De Nine Item ARFID Screen (NIAS) is ontwikkeld en onderzocht door Zickgraf en Ellis (2018) vanwege het gebrek aan geschikte instrumenten om het vóórkomen en de psychopathologie van ARFID te meten. De NIAS bevat 9 vragen, die betrekking hebben op de 3 profielen van ARFID: elk profiel heeft 3 vragen. De vragen worden gescoord op een 6-punts Likertschaal van 'helemaal mee oneens' (0) tot 'helemaal mee eens' (5). De totaalscore kan daarmee variëren van 0 tot 45, en per subschaal (profiel) wordt een score van 0 tot 15 gegenereerd. De schaal is ontwikkeld voor en onderzocht bij volwassenen, maar kan al door personen vanaf 12 jaar goed begrepen worden en gebruikt worden. Onder de 12 jaar kan het door ouders over hun kind worden ingevuld. Het is echter niet zinvol om het over kinderen beneden de 5 jaar in te vullen, omdat eetproblemen op jonge leeftijd veelvuldig voorkomen in de algemene populatie.

**Eating Disturbances in Youth-Questionnaire (EDY-Q):** De Eating Disturbances in Youth-Questionnaire (EDY-Q) werd ontwikkeld door Hilbert en van Dijck (2016). De Nederlandse geautoriseerde vertaling is van Mulkens en Rooswinkel (2020). De EDY-Q is een zelfrapportagelijst die is onderzocht bij jongeren tussen 8 en 13 om restrictieve eetproblemen te detecteren die kenmerkend kunnen zijn voor ARFID. De lijst bestaat uit 14 items, waaronder 2 vragen over pica en ruminatiestoornis en 8 items over de 3 oorspronkelijk voorgestelde varianten (Bryant-Waugh, Markham, Kreipe & Walsh, 2010), namelijk: food avoidance emotional disorder (FAED; 3 items), selective eating (SE; 3 items), en functional dysphagia (FD; 2 items). Deze 3 varianten komen min of meer overeen met respectievelijk 'verlies van interesse', 'sensorische gevoeligheid', en 'angst voor de gevolgen'. Daarnaast worden ervaren gewichtsproblemen die verband houden met een te laag gewicht gemeten (2 items), refererend aan het ARFID-geassocieerde onvermogen om aan de energiebehoefte te voldoen. Tot slot omvat de lijst 2 items over problemen met gewicht en lichaamsvormen als belangrijke uitsluitingscriteria van ARFID. De vragen worden beantwoord op een 7-punts Likertschaal van 'nooit' (0) tot 'altijd' (6).

**PARDI-ARFID-Questionnaire (PARDI-AR-Q):** De PARDI-ARFID-Questionnaire (PARDI-AR-Q; Bryant-Waugh, Eddy, Micali, Cooke, & Thomas, 2019) is een zelfrapportage-vragenlijst over de symptomen van ARFID, die is gebaseerd op het Pica, ARFID en Ruminatiestoornis Interview (PARDI). De Nederlandse geautoriseerde vertaling van de PARDI-AR-Q is gemaakt door Mulkens en Neimeijer (2022). Voor de diagnostiek van de eetstoornissen waarbij het lichaamsbeeld en angst om in gewicht toe te nemen belangrijke kenmerken zijn - AN, BN en BED - worden de Eating Disorder Examination (EDE; Fairburn, Cooper & 'O Connor, 2008; Nederlandse vertaling Dingemans et al., 2020) voor volwassenen en de Child EDE (Ch-EDE; Bryant-Waugh, Cooper, Taylor & Lask, 1996; Nederlandse vertaling Glashouwer, van der Veer, van Malderen & Goossens, 2020) beschouwd als de gouden standaard. De PARDI beoogt dit te zijn voor pica, ARFID en ruminatiestoornis. Van de EDE is later voor volwassenen de vragenlijst EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire; Fairburn & Beglin, 2008; Nederlandse vertaling Jansen et al., 2014) ontwikkeld, en voor kinderen de Child-EDE-Q (Decaluwé & Braet, 2004; Jansen, Mulkens, Hamers & Jansen, 2007). De PARDI-AR-Q - die beschikbaar is in zowel een kindversie voor ouders als een versie voor volwassenen - kan nu worden gezien als de vragenlijstvariant van de PARDI. De PaARDI\_AR\_Q kan worden gedownload vanuit de gratis elearning over de Pardi:

[Meer informatie](#)

**Short ARFID Screen (SAS):** De Short ARFID Screen (SAS) werd ontwikkeld door Rachel Bryant-Waugh (2019). De Nederlandse geautoriseerde vertaling is van Mulkens & Neimeijer (2022). De SAS is een korte multi-informanten vragenlijst, bedoeld voor gebruik in niet-klinische en algemene zorgsettings. De lijst bestaat uit 7 vragen en is gebaseerd op de DSM-5-TR- en ICD-11-criteria voor ARFID, maar is niet direct bedoeld als diagnostisch hulpmiddel. De screeningslijst bevat basale demografische gegevens en kan worden gebruikt om de mogelijke aanwezigheid van ARFID te signaleren, waarna nadere beoordeling of een doorverwijzing nodig kan zijn. Als zodanig is de SAS zeer geschikt voor gebruik in het algemene zorgdomein, zoals in de eerste lijn bij huisartsen en andere verwijzers. De SAS kan worden ingezet bij kinderen, adolescenten en volwassenen met vermijdend of restrictief eetgedrag. Dit kan voorkomen bij mensen met een laag, normaal of hoog gewicht, omdat de restrictie niet alleen betrekking heeft op de totale energie-inname, maar ook op de reikwijdte van geaccepteerd voedsel. Om ARFID te signaleren richten de eerste items zich op de vraag of vermijdend of restrictief eetgedrag verklaard kan worden door een andere vastgestelde medische aandoening of psychische stoornis, of dat dit gedrag vooral voortkomt uit zorgen over gewicht en lichaamsvorm. Vervolgens wordt ingegaan op de impact van het eetgedrag op bepaalde terreinen conform de diagnostische criteria.

## 6.4 Somatiek

Bij ARFID kan gewichtsverlies, uitblijvende gewichtstoename en/of achterblijvende groei (bij kinderen) optreden. ARFID kan leiden tot significante tekorten van voedingsstoffen, vitaminen en mineralen. Ook

kan afhankelijkheid van enterale voeding of drinkvoeding ontstaan. Het verdient de voorkeur een multidisciplinaire behandeling te bieden, waarbij de lichamelijke gevolgen op de juiste wijze worden gemonitord en behandeld.

**Kinderen:** Bij kinderen treden vaak afbuigingen in de groeicurve en stagnatie van gewichtstoename op voordat deze voedingsstoornis zich openbaart. (Zie [Indicatie snelheid verwijzen naar somatische arts](#)).

### 6.4.1 Somatische diagnostiek bij ARFID

Bij ARFID kan er sprake zijn van (ernstig) ondergewicht, maar ook van gezond gewicht of (ernstig) overgewicht.

Als er geen ondergewicht is, kan er toch sprake zijn van ondervoeding door tekorten aan energie en andere voedingsstoffen die essentieel zijn voor een goede werking van het lichaam. Afhankelijk van het ARFID-profiel is er sprake van een te lage inname en/of een selectieve inname, wat invloed kan hebben op het gewicht en eventuele tekorten.

Selectief eten komt bij kinderen veelvuldig voor en is op zichzelf niet per se ernstig. Wanneer dit eetpatroon echter interfereert met het dagelijks leven of de gezondheid, wordt geadviseerd te onderzoeken of er mogelijk sprake is van ARFID. Matig tot ernstig selectief eten wordt in verband gebracht met verschillende vormen van psychopathologie, zoals angst, depressie en ADHD. Selectief eten kan persisteren in de volwassenheid.

Bij het vaststellen van eventueel onderliggend (somatisch) lijden in de diagnostiekfase en bij het onderzoek naar de lichamelijke gevolgen door tekorten dient een (kinder)arts of een verpleegkundig specialist betrokken te zijn.

#### 1. Anamnese

Bij ARFID is het belangrijk een uitgebreide voedingsanamnese\* af te (laten) nemen. Heb aandacht voor angsten en het vermijden van bepaalde producten, doorgemaakte traumatische ervaringen met eten en de mate van interesse in voeding en eten. Signalen hiervan zijn bijvoorbeeld geen of weinig hongerprikkels voelen en vergeten te eten. Daarnaast kan vermijding te maken hebben met sensorische eigenschappen zoals de smaak, geur, kleur of textuur van eten. Of juist met angst voor slikken, stikken, kokhalzen, overgeven, (buik)pijn of een allergische reactie. Patiënten kunnen zich presenteren met gewichtsverlies of onvoldoende gewichtstoename tijdens de groei, maar ook met overgewicht. Dit komt vaak voor in combinatie met voedingstekorten en een verstoring van het psychosociaal functioneren. Daarnaast kunnen ze klachten hebben als gevolg van een energietekort\* of [andere tekort](#), zoals een vitamine C- tekort. Let vooral op tekenen van een voedselallergieën, mond-motorische problemen, maag-darmproblemen en de gevolgen van ondervoeding en tekorten.

#### 2. Lichamelijk onderzoek

Met het lichamelijk onderzoek kunnen de mate van ondervoeding of overgewicht, tekorten en eventuele aanwezige lichamelijke gevolgen worden vastgesteld. Daarnaast kunnen andere lichamelijke aandoeningen worden aangetoond of uitgesloten. Basismetingen van bloeddruk, pols, temperatuur, gewicht, lengte en BMI zijn belangrijk om uit te voeren en te monitoren. Deze geven een indicatie van de

ernst van de lichamelijke situatie.

### 3. Groeigegevens en gewicht \*

### 4. Standaard aanvullend onderzoek

Er bestaat discussie over het al dan niet standaard uitvoeren van aanvullend bloedonderzoek om tekorten vast te stellen of uit te sluiten. Meer onderzoek is daarom noodzakelijk.

Maak een inschatting op basis van:

- uitgebreide voedingsanamnese met specifiek aandacht voor producten die vermeden worden;
- duur ziekteproces;
- leeftijd van de patiënt;
- inname van supplementen;
- klachten;
- aanwezigheid comorbiditeit.

### 5. Aanvullend onderzoek op indicatie

- bloedonderzoek\*

#### Voor aanvullend onderzoek bij ARFID met ondergewicht:

Bij een energietekort wordt geadviseerd de gevolgen hiervan te evalueren (zie [Gevolgen energietekort](#), [Bloedonderzoek](#), [ECG](#), [Botdichtheidsonderzoek \(DEXA-scan\)](#))

### 6. Voor differentiaal diagnose van ARFID zie boven.

Sluit in de diagnostische fase medische oorzaken van ondergewicht uit. Denk bij patiënten met symptomen van maagledigingsproblemen of functionele dyspepsie aan ARFID: aangezien er overlap in symptomen bestaat.<sup>166</sup> De somatische problematiek kan lijken op die van van AN, vooral bij ondergewicht. Bij ARFID is er echter geen sprake van een verstoord lichaamsbeeld of een irrealistische angst voor gewichtstoename.

Zie ook:

[JGZ richtlijn - ondervoeding bij kinderen](#)

[JGZ richtlijn- ondergewicht bij kinderen](#)

#### \* Toelichtingen

**voedingsanamnese:** Let met name op eliminatie zuivel, tarwe, veganistisch/vegetarisch dieet, duur en ernst van eliminatie.

**energietekort:** Vermelde klachten (o.a.): Algehele malaise, vermoeidheid Duizeligheid bij opstaan (orthostase) Flauwvallen (syncope) Uitblijvende ongesteldheid (amenorroe) Verstopping (obstipatie) Psychologische klachten: angsten, somberte, slaapproblemen Kouwelijkheid Hartkloppingen Lage bloedsuikergevoelens: klam, zweterig, trillerig, hoofdpijn, honger, prikkelbaar Vol gevoel na maaltijden, buikpijn Haarverlies Droge huid Vertraagde wondgenezing Pijnlijke gewrichten Bij kinderen: groeistilstand, vertraagde puberteit.

[Meer informatie](#)

**Groeigegevens en gewicht :** Bij volwassenen is de Body Mass Index (BMI =  $\text{gewicht}/(\text{lengte})^2 = \text{kg}/\text{m}^2$ ) de meest gebruikte methode om vast te stellen of er sprake is van ondergewicht. Een BMI lager is dan 18,5 kg/m<sup>2</sup> duidt op ondergewicht. Wees kritisch bij het gebruik van de BMI als maat: aangezien deze geen rekening houdt met lichaamssamenstelling en daardoor de situatie kan over- dan wel onderschatten. Kinderen en adolescenten: Vraag bij jeugdarts of jeugdgezondheidszorginstelling oude groeigegevens op om de historische groeicurve te reconstrueren. Dit helpt bij het opsporen van groeiretardatie op te sporen en het bepalen van een gezond gewicht.

**bloedonderzoek:** Bij het vermijden van dierlijke producten: Vitamine B12, zink, ijzer, eiwit, vitamine B1, vitamine D. Vaker beschreven tekorten bij ARFID: Vitamine: A, B1 (thiamine), B2, B6, B11 (foliumzuur), B12, C, D, K. Eiwit, ijzer, zink.

## 6.4.2 Wat zijn de meest voorkomende complicaties bij ARFID?

De meest voorkomende complicaties bij ARFID betreffen lichamelijke gevolgen en problemen op langere termijn:

### Lichamelijke gevolgen van ARFID

Bij ARFID kan sprake zijn van een normaal gewicht of zelfs overgewicht. Ernstige medische gevolgen zijn mogelijk, zelfs als iemand geen ondergewicht heeft.

### Tekorten in vitamines, mineralen

Tekorten in vitamines en mineralen\* kunnen aanwezig zijn ongeacht het gewicht van de patiënt, dus ook bij mensen met overgewicht.

### Gevolgen door energietekort

Bij een energietekort schakelt het lichaam over op een spaarstand, waarbij het zo efficiënt mogelijk omgaat met de beschikbare energie en, waar nodig, afbraakprocessen inzet om biochemische processen in stand te houden. Veel lichamelijke gevolgen zijn een aanpassing aan dit energietekort en zullen

herstellen als de energiebalans weer op orde is.

- gewichtsverlies en ondergewicht\*
- problemen van hart en vaten\*
- [lage bloedsuiker \(hypoglykemie\)](#)
- onderdrukking van de aanmaak van bloedcellen in het beenmerg\*
- problemen van het maagdarmsstelsel\*
- problemen in de vochthuishouding en met de nieren\*
- verstoringen in de zouten/mineralen (o.a. hervoedingssyndroom)\*
- gevolgen voor de hersenen en psyche\*
- gevolgen voor longen\*
- problemen met slaap\*
- gevolgen voor huid en haar\*
- problemen met de stolling\*

#### **Lange termijn problemen met:**

- groei\*
- botdichtheid\*
- puberteitsontwikkeling\*
- ongesteldheid, seksualiteit en vruchtbaarheid
- verhoogd risico op hart- en vaatziekte\*

#### **\* Toelichtingen**

**Tekorten in vitamines en mineralen:** Bij het vermijden van dierlijke producten: Vitamine B12, zink, ijzer, eiwit, vitamine B1, vitamine D. Vaker beschreven tekorten bij ARFID: Vitamine: A, B1 (thiamine), B2, B6, B11 (foliumzuur), B12, C, D, K. Eiwit, ijzer, zink.

[Meer informatie](#)

**gewichtsverlies en ondergewicht:** Omdat patiënten met ARFID vaak al vanaf jonge leeftijd en gedurende langere tijd ondervoed zijn of ondergewicht hebben, kan het door de aanpassingen van het lichaam moeilijker zijn om de ernst in te schatten.

**problemen van hart en vaten:** Trage hartactie (bradycardie) Andere hartritme problemen Lage bloeddruk (hypotensie) Plotselinge bloeddrukdaling bij het opstaan (orthostase)

**beenmerg:** Lage witte bloedlichaampjes (leukopenie) Lage bloedplaatjes (trombopenie) Lage rode bloedcellen (anemie, bloedarmoede)

**maagdarmstelsel:** Verstopping (obstipatie) Vertraagde maag-darmpassage waardoor vol gevoel, misselijkheid Overige zeldzame problemen zoals alvleesklierontsteking (pancreatitis), plotse verstoring in de passage van voedsel van de darm (ileus), plotse gedeeltelijke of volledige obstructie van de darm bij het arteria mesenterica superior syndroom (SMAS).

**nieren:** Uitdroging Beschadiging van de nieren door te weinig vochtinname

**zouten/mineralen (o.a. hervoedingssyndroom):** Tekorten in zouten/mineralen  
Hervoedingssyndroom

**gevolgen voor de hersenen en psyche:** Symptomen: Trager worden in denken (bradyfrenie) Slechtere concentratie en/of geheugen Prikkelbaarheid Invloed op stemming: somberte Rigiditeit in denken Anatomische afwijkingen: Afname van de met vocht gevulde ruimtes tussen de hersenen en van het volume van de hersenen (pseudo-atrofie) Afwijkingen in de doorbloeding van bepaalde hersengebieden; Veranderingen in het glucose-metabolisme in de hersenen; Veranderde activiteit van neurotransmitters (in het bijzonder serotonine)

**gevolgen voor longen:** Respiratoire spierzwakte, restrictief longbeeld.

**problemen met slaap:** Inslaapproblemen Problemen met doorslapen Oppervlakkig slapen Slaapapnoe

**gevolgen voor huid en haar:** Haaruitval Broze nagels Vertraagde wondgenezing Ruwe droge huid Donshaartjes (lanugo); Oranje kleur van de huid (hypercarotenemie) Doorligplekken (decubitus)

**problemen met de stolling:** Bloedneuzen Tandvleesbloedingen Snel blauwe plekken

**groei:** Groeistop of langzamer groeien;

**botdichtheid:** Verstoorde botopbouw Verhoogde botbreekbaarheid

**puberteitsontwikkeling:** Stop in de puberteitsontwikkeling Vertraagde puberteitsontwikkeling

**hart- en vaatziekte:** Verhoogd cholesterol

### 6.4.3 Lichamelijke behandeling bij ARFID

De somatische behandeling bij ARFID richt zich op herstel en monitoring van lichamelijke gezondheid.

De somatische behandeling en begeleiding bestaat met name uit:

- het in kaart brengen en vervolgen van de lichamelijke situatie door middel van [behulp van anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek](#);
- het berekenen van een [gezonde gewichtsmarge](#);
- psycho-educatie: uitleg over de gevolgen van een energie- of andere [tekort voor het lichaam](#);
- Afspraken maken over:
  - begeleiding door de ggz;
  - de benodigde dagelijkse hoeveelheid energie (in samenwerking met diëtist), een dieetplan, eventueel aangevuld met sondevoeding en/of supplementen;
  - bij ondergewicht:
    - de benodigde hoeveelheid energie per dag (samen met diëtist);

- activiteiten/beweging\*
  - deelname verkeer\*
  - school/werk\*
  - samenwerking ggz/ somatiek/andere behandelaars.
- Goede samenwerking: streef zo snel mogelijk naar samenwerking en overleg met (de trias) diëtist, somatisch arts, psycholoog/ggz en eventueel de logopedist, ergotherapeut en anderen betrokken therapeuten, en [verwijs](#) indien nodig;
  - Maakt een inschatting of opname op lichamelijke gronden noodzakelijk is (zie [Opnamecriteria](#)).
    - Voorkeur voor ambulante begeleiding: het streven is om een patiënt met ARFID bij voorkeur ambulant te begeleiden. Indien een somatische opname toch noodzakelijk is, streef dan naar een opname van maximaal 2 weken. Het doel is om acute somatische complicaties af te wenden. Het behalen van een bepaald gewicht valt in principe niet onder de behandeldoelen.
    - Alternatief voor opname: soms wordt gedurende maximaal 2 weken gebruikgemaakt van het ['ziekenhuis thuis'- beleid](#) om ziekenhuisopname te voorkomen.
  - Regelmatige evaluatie: evalueer regelmatig samen met de patiënt.
  - Inschatting [start sondevoeding](#) of [medische bijvoeding](#). Bepaal in overleg of en wanneer de sondevoeding of medische bijvoeding noodzakelijk is.

Hoe vaak iemand met ARFID gezien moet worden is afhankelijk van de fase van de eetstoornis, de vastgestelde gevolgen, de duur van de ziekte, de therapietrouw/het ziekte-inzicht en de leeftijd en ontwikkelingsfase van de patiënt. In de eerste fase, met name tijdens hervoeden kan dit tot 3 keer per week zijn.

### Kinderen/jongeren

Kinderen en jongeren blijven voor de somatische zorg vaak bij de kinderarts, tenzij het behandelcentrum voor de eetstoornis dit anders organiseert.

### Lang bestaande ARFID

Bij patiënten met een lang bestaande ARFID kan er sprake zijn van een chronisch laag gewicht en/of een langdurig tekort aan energie en voedingsstoffen. Deze chronische toestand, waarbij het lichaam zich zoveel mogelijk heeft aangepast, leidt niet altijd tot direct gevaar. Patiënten kunnen een ernstig verlaagde hartactie, temperatuur en andere lichamelijke aanpassingen vertonen, terwijl bloedwaarden en aanvullend onderzoek kunnen afwijken. Daarnaast kunnen acute complicaties ontstaan, zoals orgaan falen. Blijf hier als somatisch verantwoordelijke alert op. Maak met de patiënt individuele afspraken over de monitoring en de behandeling van complicaties. Deze kunnen afwijken van de standaardadviezen.

### \* Toelichtingen

**activiteiten/beweging:** Er zijn geen specifieke richtlijnen rond fysieke activiteit voor personen met een eetstoornis. Maak individuele afspraken met de patiënt over fysieke inspanning, geïntegreerd in de behandeling.

[Meer informatie](#)

**deelname verkeer:** Wanneer iemand lage bloedsuikers heeft is het NIET verantwoord deel te nemen aan het verkeer.

**school/werk:** De algehele fysieke staat, gebrek aan concentratie en het verminderde geheugen spelen onder andere een rol bij de afspraken die gemaakt worden over school en werk. Dit geldt ook voor de maaltijden die genuttigd moeten worden op school of werk en de inspanning tijdens de lessen lichamelijke opvoeding.

#### **6.4.4 Specifieke voedingsinterventies bij ARFID**

Lichamelijke aandoeningen die een rol spelen bij het ontstaan of in stand houden van voedings- en eetproblemen, moeten zo goed mogelijk worden behandeld.

##### **Kinderen**

Bij kinderen met ernstige ondervoeding ligt de focus aan het begin van de behandeling vooral op het herstel van groei en algemeen functioneren. Hierbij wordt gekeken naar welke voeding het kind al accepteert en hiermee een zo adequaat mogelijke voedingstoestand kan worden bereikt. Daarbij kan tijdelijk worden afgeweken van de algemene adviezen voor goede voeding. Suppletie bij bestaande voedingsstoffendeficiënties of het starten van medische bijvoeding of, indien nodig sondevoeding kan in deze fase noodzakelijk zijn voor herstel. Schakel hiervoor een diëtist in.

Afhankelijk van de verschillende ARFID-profielen kunnen verschillende voedingsstrategieën worden toegepast:

##### **Gebrek aan interesse in eten**

Maak maaltijden zo gemakkelijk mogelijk en kies voor producten die gemakkelijk te verwerken zijn (bijvoorbeeld knijpfruit) of calorierijke producten met een laag volume.

##### **Sensorische gevoeligheid**

Sluit aan bij de afwijkende prikkelverwerking door voeding te kiezen met een bepaalde textuur, consistentie of smaak die beter wordt verdragen.

##### **Aversieve consequenties**

Voorkom dat voeding leidt tot nieuwe aversie. Bij een verstoorde maagmotiliteit kan het helpen om regelmatig kleine hoeveelheden voeding aan te bieden. Bij een voedselallergie is het belangrijk om allergenen uit het dieet te elimineren. Als een kind motorische problemen heeft bij het eten, kan een aangepaste consistentie nodig zijn, zoals dik-vloeibare voeding bij psychomotore retardatie.

#### **6.4.5 Logopedische interventies**

Bij problemen met voedingsvaardigheden en mondmotoriek kan logopedische begeleiding zinvol zijn. Een preverbaal logopedist kan met het kind oefenen en ouders adviseren hoe zij kauw- en slikvaardigheden kunnen stimuleren, inclusief het aanbieden van passende voedingsproducten. Ook bij volwassenen is alertheid geboden op kauw- en slikmoelijkheden, ongeacht of de oorzaak somatisch of psychologisch is. In dergelijke gevallen kan logopedische begeleiding eveneens passend zijn. Adequate afstemming tussen de diëtist en een (preverbaal) logopedist is hierbij van groot belang.

Bij sensorische problematiek, zowel algemeen als specifiek in het mondgebied, kan ook een sensorische integratie (SI)-therapeut worden ingeschakeld.

## 6.5 Diagnosticeren

**Let op:** het kan zijn dat iemand niet volledig voldoet aan alle criteria volgens de DSM-5-TR om ARFID vast te kunnen stellen maar iemand wel een eetstoornis heeft, lijdensdruk heeft en behandeling behoeft. Dan kan een andere gespecificeerde voedings- en eetstoornis (Other Specified Feeding and Eating Disorder (OSFED)\*) gesteld worden. Specificeer de OSFED diagnose dan met behulp van de kenmerken waar de eetstoornis het meeste op lijkt.

In de diagnostiek van ARFID vindt onderzoek plaats naar karakteristieke symptomen en comorbiditeit van de eetstoornis en dit wordt vastgesteld volgens de **DSM-5-TR criteria van ARFID\***

Meer informatie over de 3 profielen van ARFID\*

Bij een vermoeden van ARFID wordt uitgebreid onderzoek aanbevolen naar psychologische en fysieke symptomen en persoonlijke omstandigheden. Dit is nodig om ARFID en eventuele comorbide classificaties vast te stellen en om (medische) risico's in te kunnen schatten. Het verzamelen van diagnostische informatie is een continu proces. Dat betekent dat ook tijdens de behandeling nog nieuwe informatie kan worden verzameld.

\* **Toelichtingen**

**Other Specified Feeding and Eating Disorder (OSFED):** DSM-5-TR Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis (F50.8) (Other specified feeding or eating disorder) Deze classificatie omvat klinische beelden waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor een voedings- of eetstoornis klinische significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken in het sociale en beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen, maar die niet volledig voldaan aan de criteria voor een van de eetstoornissen in de categorie voedings- en eetstoornissen. De classificatie 'andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis' wordt gebruikt wanneer de clinicus ervoor kiest om de specifieke reden te noteren waarom het beeld niet voldoet aan de criteria voor een van de specifieke voedings- en eetstoornissen. Dit kan door 'andere gespecificeerde voedings-of eetstoornis' te registreren, gevolgd door de specifieke reden (bijvoorbeeld 'boulimia nervosa, met lage frequentie'). Hier volgen voorbeelden van klinische beelden die met 'andere gespecificeerde' kunnen worden aangeduid: 1. Atypische anorexia nervosa Er is volledig aan de criteria voor anorexia nervosa voldaan, behalve dat het gewicht van de betrokkene zich ondanks een significant gewichtsverlies binnen of boven de normale waarde bevindt. Mensen met atypische anorexia nervosa ervaren vaak veel van de met anorexia nervosa gepaard gaande fysiologische complicaties. 2. Boulimia nervosa (met lage frequentie en/of van beperkte duur) Er is volledig aan de criteria voor boulimia nervosa voldaan, behalve dat de eetbuien en het inadequate compensatoire gedrag zich gemiddeld minder dan één keer per week en/of gedurende minder dan drie maanden voordoen. 3. Eetbuistoornis (met lage frequentie en/of van beperkte duur) Er is volledig aan de criteria voor de eetbuistoornis voldaan, behalve dat de eetbuien zich gemiddeld minder dan één keer week en/of gedurende minder dan drie maanden voordoen. 4. Purgeerstoornis Herhaaldelijk purgeergedrag om het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm te beïnvloeden (zoals zelf opgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica of andere medicatie) zonder dat sprake is van eetbuien. 5. Nachtelijk eetsyndroom Recidiverende episoden met nachtelijk eten, die zich uiten in eten na het 's nachts ontwaken of in een overdadige consumptie na de avondmaaltijd. De betrokkene is zich van het eten bewust en kan het zich herinneren. Het nachtelijk eten kan niet beter worden verklaard door externe invloeden zoals veranderen in de slaap-waakcyclus van de betrokkene of door plaatselijke sociale normen. Het nachtelijk eten veroorzaakt significante lijdensdruk en/of beperkingen in het functioneren. Het onregelde eetpatroon kan niet beter worden verklaard door een eetbuistoornis of een andere psychische stoornis waaronder misbruik van middelen en kan niet worden toegeschreven aan een somatische aandoening of aan het effect van medicatie. Ongespecificeerde voedings- of eetstoornis (F50.9) (unspecified feeding or eating disorder) De classificatie 'ongespecificeerde voedings- of eetstoornis' wordt gebruikt in situaties waarin de clinicus ervoor kiest om niet de reden te specificeren waarom het klinische beeld niet voldoet aan de criteria voor een bepaald voedings- of eetstoornis en hij of zij manifestaties beschrijft waarbij onvoldoende informatie beschikbaar is om een specifiekere classificatie toe te kennen. (bijvoorbeeld op een spoedeisende hulpafdeling).

**DSM-5-TR criteria van ARFID:** Een eet- of voedingsstoornis (zoals een duidelijk gebrek aan interesse in eten of voedsel, vermijden van voedsel vanwege de sensorische kenmerken ervan, zorgen over de aversieve gevolgen van het eten), samenhangend met een (of meer) van de volgende kenmerken: - Significant gewichtsverlies (of het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename, of achterblijvende groei bij kinderen). - Significante voedingsdeficiëntie. - Afhankelijkheid van enterale sondevoeding of orale voedingssupplementen. - Een duidelijk interfereren met het psychosociale functioneren. De stoornis kan niet beter worden verklaard doordat er te weinig voedingsmiddelen beschikbaar zijn of door een ermee samenhangende cultureel gesanctioneerde gewoonte. De eetstoornis treedt niet uitsluitend op in het beloop van anorexia nervosa of boulimia nervosa en er zijn geen aanwijzingen voor een stoornis in de wijze waarop het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm wordt ervaren. De eetstoornis kan niet worden toegeschreven aan een gelijktijdig optredende somatische aandoening en kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis. Wanneer de eetstoornis zich voordoet binnen de context van een andere aandoening of stoornis, is de ernst van de eetstoornis groter dan wat normaal bij deze aandoeningen of stoornissen wordt gezien en is afzonderlijke aandacht gerechtvaardigd. Specificeer indien: In remissie: De betrokkene heeft voorheen volledig aan de criteria voor de vermijdende/restrictieve voedselnamestoornis voldaan, maar voldoet inmiddels gedurende een langere periode aan geen van de criteria.

**de 3 profielen van ARFID:** De DSM-5-TR beschrijft 3 verschillende profielen van ARFID: 1) Het profiel waarbij er een gebrek is aan interesse in voeding en eten (geen/weinig hongerprikkels voelen, vergeten te eten); 2) Het profiel waarbij (bepaalde) voeding wordt vermeden vanwege de sensorische eigenschappen ervan (bijv. de smaak, geur, kleur, textuur van eten); 3) Het profiel waarbij (bepaalde) voeding wordt vermeden vanwege ernstige zorgen of angst voor de aversieve consequenties ervan (bijv. angst om te slikken, stikken, kokhalzen, overgeven, (buik)pijn, allergische reactie). Mensen kunnen zich in 1 maar ook meerdere profielen herkennen.

### 6.5.1 Anamnestic onderzoek

Diagnostisch onderzoek bij ARFID bestaat uit onderzoek naar:

1. **Eetstoornissymptomen:** vermijding van voeding en/of situaties waarin confrontatie met de gevreesde voeding of de daaruit volgende negatieve gevolgen - zoals schaamte of conflicten - kunnen optreden. Denk hierbij ook aan stress rondom maaltijden of aanpassingen binnen het gezin. Onderzoek vanuit de verschillende ARFID-profielen:
  1. vermijding van voedsel vanwege de aversieve gevolgen (slikken, stikken, overgeven, (buik)pijn, allergische reactie);
  2. vermijding van voedsel vanwege de sensorische kenmerken zoals geur, kleur, smaak en textuur;
  3. vermijding door gebrek aan interesse in eten en voedsel. Maak bij voorkeur gebruik

van een semigestructureerd interview zoals [de PARDI](#).

3. **Lichamelijke klachten:** elke patiënt met een vermoeden van een eetstoornis dient lichamelijk beoordeeld te worden door een arts, zoals een huisarts of internist. Kinderen dienen beoordeeld te worden door een kinderarts. Let op dat er geen onderliggende of bijkomende lichamelijke problematiek is die afwijkend eetgedrag kan verklaren. Het is belangrijk zicht te krijgen op medische problemen en deze zo mogelijk te behandelen. Denk hierbij aan voedselallergieën, maagdarmproblemen, problemen in het keel/mondgebied en (senso)motorische (zie [Somatiek](#)).
4. **Cognitieve veranderingen** door uithongering en gewichtsverlies, zoals vertraagd denken, verminderd kortetermijngeheugen, verminderde cognitieve flexibiliteit en concentratie- en aandachtsproblemen.
5. **Positieve eigenschappen en beschermende factoren** zoals vriendschappen, familie, relaties, school-/werkomgeving en hobby's.
6. **Aanleg en uitlokkende factoren:** waaronder het voorkomen van eetstoornissen in de familie, problemen in de vroege hechting en andere ontwikkelingsproblemen (zoals autismespectrumstoornis). Daarnaast spelen interpersoonlijke problemen, zoals pesten, en traumatische ervaringen, zoals verslikincidenten, een rol.
7. **Comorbide klachten** waaronder autismespectrumstoornissen, ADHD, reactieve hechtingsstoornis, angststoornissen (zoals sociale angststoornis, specifieke fobieën, zoals slikfobie en emetofobie), obsessieve-compulsieve stoornis, AN, depressieve stoornis, schizofreniespectrumstoornissen, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en nagebootsten.
8. **Risicotaxatie**, zowel psychologisch (verbaal en relationeel) geweld als somatisch (inschatting van somatische situatie). Dit dient plaats te vinden bij de intake, diagnostiek, tijdens de behandeling en aan het eind van de behandeling.

### Aandachtspunten diagnostiek

- Houd bij kinderen en jongeren in het diagnostisch onderzoek rekening met hun lichamelijke en psychische ontwikkelingsfase. Ook hetero-anamnestic gegevens zijn van groot belang bij kinderen en jongeren.
- De meest voorkomende comorbide stoornissen bij ARFID zijn angststoornissen en neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, zoals een autismespectrumstoornis, ADHD en een verstandelijke ontwikkelingsstoornis.
- In de klinische praktijk blijkt dat ARFID samen kan gaan met een andere eetstoornis, zoals BED of met een anorectische dynamiek. Stemningsproblematiek wordt vaak gezien, met name als gevolg van ARFID vanwege de beperkingen in het psychosociale functioneren.
- Mensen met AN zijn niet altijd expliciet over hun angst voor gewichtstoename. Dit maakt AN, vooral bij jonge mensen, soms lastig te onderscheiden van ARFID. In vergelijking met BN en AN zijn mensen met ARFID jonger, al langer ziek, vaker jongens en is er vaker sprake van een comorbide somatische stoornis, zoals voedselovergevoeligheid.
- Mensen met ARFID hebben vaker een overgevoeligheid in het mondgebied en angst om te stikken. Ze kunnen qua ondergewicht vergelijkbaar zijn met mensen met AN, al kan bij ARFID ook sprake zijn van een gezond gewicht of overgewicht. Mensen met ARFID zijn vaker afhankelijk van voedingssupplementen en hebben vaker een ontwikkelingsstoornis of angststoornis. Ze hebben minder vaak een depressie dan mensen met AN.

### 6.5.2 Meetinstrumenten

In de diagnostiekfase is het gebruik van meetinstrumenten belangrijk om samen met de patiënt de problemen goed in kaart te brengen. Dit vormt de basis voor de indicatiestelling. Denk echter goed na

over wat er gemeten moet worden en voorkom dat de patiënt wordt overspoeld wordt door een veelheid aan meetinstrumenten.

De Eating Disorder Examination (EDE) wordt algemeen beschouwd als de gouden standaard om eetstoornissymptomen in kaart te brengen. **Deze is niet geschikt voor ARFID.** Voor ARFID is de PARDI het meest geschikt.

Voor de diagnostiek van ARFID, evenals Pica en Ruminatiestoornis, is een diagnostisch interview ontwikkeld: het Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview (PARDI)\*. De PARDI is vrij van licentie en geschikt voor algemeen gebruik.

**De PARDI kent 4 versies.** De inhoud van de versies is hetzelfde, maar de woordkeuze en vraagstelling zijn aangepast aan de leeftijd van de respondent.

Er zijn 2 'zelf'-versies, die worden afgenomen worden bij de patiënt zelf:

- PARDI Zelf 8-13: voor kinderen van 8-13 jaar.
- PARDI Zelf 14+: voor jongeren/volwassenen vanaf 14 jaar.

Daarnaast zijn er 2 ouder-/verzorger- versies:

- PARDI Ouder 2-3: voor ouders/verzorgers van kinderen van 2 en 3 jaar.
- PARDI Ouder 4+: voor ouders van kinderen en jongeren vanaf 4 jaar.

Het is belangrijk dat de PARDI wordt afgenomen door een getrainde professional. Om de interbeoordelaars-betrouwbaarheid te waarborgen en een goed begrip van de uit te vragen concepten te garanderen, wordt aanbevolen om een training in het interview te volgen. Deze is in de vorm van een gratis [e-learning](#) voor iedereen. In de e-learning zijn ook de 4 versies van de PARDI en het scoreformulier te vinden.

#### **Aanvullend wordt geadviseerd:**

- (C)FNS ((Child) Food Neophobia Scale) om (de mate van) eventuele voedselneofobie te onderzoeken
- EDE ([Eating Disorder Examination](#)) om andere eetstoornissen uit te sluiten.
- Screenen op comorbide psychische problematiek. Wanneer er een vermoeden bestaat op comorbide psychische problematiek kunnen aanvullende diagnostische instrumenten worden overwogen. (Zie hiervoor specifieke richtlijnen en/of zorgstandaarden zoals van [Autismespectrumstoornissen](#), [ADHD](#), [Angststoornissen](#), [Depressieve stoornis](#), en [Persoonlijkheidsstoornissen](#) voor geschikte vragenlijsten).

#### **Diagnostiek van co-morbide psychische problematiek**

Bij aanwijzingen voor comorbide psychische stoornissen, heeft het de voorkeur om deze verder vast te stellen met de daarvoor bedoelde semigestructureerde interviews zoals de SCID-5-S, SCID-5-P of SCID-5-junior. Wees zorgvuldig met het inzetten van aanvullende diagnostische instrumenten. Doe dit alleen als deze belangrijke informatie opleveren voor de indicatiestelling of wanneer ze nodig zijn om hypothesen te vormen over waarom de behandeling van de ARFID niet of onvoldoende effectief is.

**\* Toelichtingen**

**PARDI):** Diagnostisch interview PARDI: Het Pica, ARFID en Ruminatiestoornis interview (PARDI) is ontwikkeld als semigestructureerd interview om pica, ARFID en ruminatiestoornis te diagnosticeren (Bryant-Waugh et al., 2019; Nederlandse vertaling door Neimeijer & Mulken, 2021). Er zijn 4 versies; die inhoudelijk niet van elkaar verschillen, maar waarbij de woordkeuze en vraagstelling zijn aangepast aan de leeftijd van de respondent. Er zijn 2 'zelf'-versies, die worden afgenomen bij de patiënt zelf: een versie voor kinderen van 8-13 jaar en een versie voor jongeren/volwassenen vanaf 14 jaar. Daarnaast zijn er 2 ouder/verzorger versies, 1 voor ouders/verzorgers van kinderen van 2 en 3 jaar, en een versie voor ouders van kinderen en jongeren vanaf 4 jaar. Het interview kent in totaal 100 vragen, die niet allemaal gesteld hoeven te worden als het onderwerp niet van toepassing is. Bijvoorbeeld, als er geen sprake is van het eten van producten die zowel niet voedzaam zijn als geen voeding, dan is er geen sprake van Pica en kan er doorgedaan worden naar de volgende sectie. In het geval er specifiek vermoeden is op ARFID dan kan ook alleen die sectie worden afgenomen inclusief de relevante inleidende vragen. De meeste vragen worden gescoord op een 7-punts Likertschaal (0-6), waarbij hogere scores een hogere ernst impliceren. Daarnaast zijn er ook enkele ja-/nee-vragen en open vragen. Sommige vragen zijn niet van toepassing en worden ook niet meegenomen in de berekening van de scores. Het interview start met een aantal inleidende vragen over groei en ontwikkeling, lichamelijke en mentale gezondheid en het huidige voedings- en eetpatroon. Ook bevat de inleiding een screener voor de aanwezigheid van AN of BN. Deze classificaties sluiten per definitie ARFID uit. Het afnemen van de PARDI neemt doorgaans ongeveer een uur in beslag. Naast een diagnose - te bepalen via een scoringsalgoritme - wordt met het interview ook een ernstscore bepaald (0-6) op de 3 ARFID-profielen: sensorische gevoeligheid, gebrek aan interesse en angst voor aversieve gevolgen.

### 6.5.3 Somatische diagnostiek

Somatische diagnostiek is opgenomen onder [Somatiek](#).

## 6.6 Indiceren

Afhankelijk van de setting waarin iemand met ARFID zich aanmeldt, de leeftijd van de patiënt, de ernst van de problematiek en de eventuele comorbiditeit, zijn er verschillende opties voor probleemselectie, het behandelplan en de indicatiestelling (zie [Indicatiesnelheid verwijzen naar somatische arts](#)).

Een kind kan worden verwezen naar een gespecialiseerd behandelcentrum voor eetproblematiek of naar een tweedelijns instelling voor hulpverlening aan kinderen en jeugdigen.

Een (jong)volwassene kan worden verwezen naar een hulpverlener of instelling waar volwassenen met ARFID of andere eetproblematiek terecht kunnen voor psychologische behandeling. In alle gevallen is er al een vermoeden ([zie Aanmelding, screening en triage](#)) dat er sprake is van ARFID. Om dit vast te stellen, is goede diagnostiek nodig ([zie Diagnostiek](#)). Echter, om een weloverwogen keuze te maken of ARFID als hoofdprobleem - en als eerste - behandeld dient te worden, is het belangrijk een grondige

analyse te maken, zowel van het probleem zelf als van de probleemsamenhang. Een casusconceptualisatie of holistische theorie, evenals functie- en betekenisanalyses, gaan vooraf aan het behandelplan (zie [Behandeling en begeleiding](#)).

Houd bij de indicatiestelling\* rekening met:

- de wetenschappelijke evidentie voor behandelmethoden (zie [Behandeling en begeleiding](#))
- kennis van de professional in combinatie met de wens en ervaringskennis van de patiënt en diens naasten\*
- de ernst en complexiteit van de problematiek
- of en welke behandeling er eerder is gevolgd
- de ernst en complexiteit van eventuele comorbiditeit

Maak een casusconceptualisatie/holistische theorie en functie- en betekenisanalyses voor het opstellen van een behandelplan wordt en start cognitieve gedragstherapie. Zorg voor aanvang voor concrete behandeldoelen en indicatie van de behandelduur gegeven.

Zie ook [Samen beslissen](#).

#### \* Toelichtingen

**bij de indicatiestelling:** Indicatiestelling van welke behandeling, in welke behandelsetting, het meest passend voor een patiënt met ARFID.

**ervaringskennis van de patiënt en diens naasten:** Dit wordt meegenomen op basis van de diagnostiek, de beschikbare behandel mogelijkheden en de wensen en voorkeuren van de patiënt. De hulpvraag en voorkeur van de patiënt met ARFID zijn leidend. Wanneer passend – en bij kinderen altijd - wordt tevens de hulpvraag en voorkeur van ouders, verzorgers of naasten meegenomen.

## 6.7 Behandelen en begeleiden

In deze paragraaf beschrijven we de zorg die patiënten en hun naasten mogen verwachten van de professional, waarbij, indien mogelijk, wetenschappelijke evidentie als uitgangspunt is genomen. Deze zorg wordt vastgelegd in een zorg- of behandelplan.

De behandeling bestaat doorgaans uit een combinatie van psychologische, somatische en paramedische (zoals logopedie en diëtië) behandelonderdelen. Eventueel aangevuld met farmacotherapie.

Samenwerking met ouders/verzorgers is essentieel bij de behandeling van kinderen en jongeren.

Als er meerdere behandelaars betrokken zijn bij een casus, verwijzen wij naar de leidraad: [Samenwerking in de behandeling van jongeren met een ES](#).

Gecontroleerde studies naar de effecten van de behandeling van ARFID zijn nog schaars <sup>167</sup> en hebben veelal betrekking op jonge kinderen tot 6 jaar. <sup>168</sup> Voor jonge kinderen met chronische (totale of selectieve) voedselweigering is een behandelprotocol ontwikkeld op basis van gedragstherapeutische principes. Dit protocol maakt gebruik van technieken zoals fading, positieve en negatieve bekrachtiging en het uitdoven van negatief bekrachtigd verzet. <sup>169</sup>

Ondanks het gebrek aan systematische studies lijken gedragsmatige behandelingen, cognitieve gedragstherapie (CGT) en gezinsinterventies bruikbaar te zijn. <sup>170</sup> Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de meest effectieve behandeling voor de andere eetstoornissen (BN, AN en BED). <sup>171</sup> Ook voor angststoornissen is CGT de aangewezen behandelingsmethode.

Wanneer er sprake is van (ernstige) voedingstekorten, kan in overleg met een arts of diëtist worden gestart met voedingssupplementen waaronder vitamines en mineralen. Na eventuele medische interventies, waaronder medische voeding (zoals medische drinkvoeding en sondevoeding), <sup>172</sup> vindt de behandeling plaats volgens gedragstherapeutische principes. Daarbij vormt exposure aan het vermeden voedsel een belangrijke pijler. De behandeling lijkt in dit opzicht erg op de behandeling van angststoornissen. Daarnaast kunnen cognitieve technieken, medicatiebehandeling en ontspanningsoefeningen onderdeel zijn van de behandeling. Het opstellen van een terugvalpreventieplan is een essentieel onderdeel van het traject.

Voor de uitvoering van deze behandeling zie de volgende protocollen:

1. Voor de behandeling van jonge kinderen: <sup>173</sup>
2. Voor de behandeling van kinderen en adolescenten: <sup>174 175</sup>
3. Voor de behandeling voor kinderen, adolescenten en volwassenen: <sup>176 177</sup>
4. Er is ook een Family Based Treatment (FBT) ontwikkeld voor de behandeling van kinderen en jongeren met ARFID: <sup>178</sup>
5. Er is ook een zelfhulpmodule voor adolescenten en volwassenen ontwikkeld. <sup>179</sup>

Voor uitleg over de behandeling voor patiënten zie [Thuisarts.nl: uitleg over ARFID](#) voor patiënten en zie de [patiëntfolder van de VGC](#).

In de klinische praktijk wordt ook vaktherapie toegepast. Studies naar deze toepassing ontbreken vooralsnog.

### **Bejegening/attitude**

Mensen met ARFID kunnen schuld- en schaamtegevoelens ervaren. Het is belangrijk dat de therapeut hier bij de start van de behandeling aandacht aan besteedt. Door inzicht te geven in de factoren die bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van de eetstoornis, krijgen patiënten en hun omgeving meer zicht op hun eigen beïnvloedingsmogelijkheden. Dit kan de motivatie voor behandeling vergroten.

Een kind met ARFID ziet vaak zelf geen noodzaak om zijn of haar voedingspatroon uit te breiden. Vaak zijn het de ouders die, naarmate het kind de puberteit nadert, zich zorgen gaan maken over het eenzijdige voedingspatroon in verband met de groeispurt. Het vergt vaak veel inzet en creativiteit om het kind te motiveren voor behandeling. Jongeren kunnen vanaf een bepaalde leeftijd wel gemotiveerd raken, bijvoorbeeld omdat hun eetprobleem (en eventuele sondevoeding) sociale en intieme contacten belemmert. In dat geval willen ze juist van hun eetprobleem en eventuele sondevoeding af.

Bij de start van de behandeling is het essentieel om realistische doelen en verwachtingen te stellen. Producten leren eten betekent niet per se dat iemand een product ook lekker gaat vinden. Ook eten dat niet lekker is, kan worden aangeleerd. De smaak van producten kan tegenvallen, wat een struikelblok kan vormen om behandeling voort te zetten. Het vertrouwd raken met een grotere variëteit aan smaken, texturen en producten kan langer duren dan het behandelen van de angst voor voedsel. Blijf gedurende de hele behandeling regelmatig de verwachtingen evalueren en waar nodig bijstellen. Dit geldt zowel voor kinderen als voor volwassenen en hun omgeving.

Zorgprofessionals maken onderling afspraken over de gemeenschappelijke visie, de regievoering, behandeldoelen, continuïteit van zorg en de manier waarop informatie wordt gedeeld.

Bijgevoegd is een literatuursearch naar de kennis en ervaringen van ggz-professionals en patiënten. Deze beschrijft de zorg die patiënten en hun naasten mogen verwachten, ongeacht waar de patiënt in behandeling is\*.

### **Behandelsetting**

Binnen de behandeling van ARFID bestaan verschillende behandelsettings;

- ambulantly: behandeling in de thuissituatie;
- poliklinisch: afspraak op locatie, 1 tot meerdere *keren* per week;
- dagbehandeling: afspraak op locatie, 1 tot 5 *dagen* per week;
- klinisch: 24-uurs zorg, met name voor kinderen.

De meeste mensen met ARFID (kinderen, adolescenten en volwassenen) volgen een poliklinische behandeling van een of meerdere behandelmomenten per week.

Consistente en consequente uitvoering binnen de gekozen behandelvorm is essentieel voor de effectiviteit en kwaliteit.

Betrek de patiënt, de naasten en relevante anderen bij het overleg over de behandeling, zeker bij kinderen en jongeren. Afhankelijk van de leeftijd en ontwikkelingsfase van het kind of de jongere, hebben ouders en naasten een kleinere of grotere rol. Zie ook [Rol naasten](#).

### **Samenwerking tussen professionals**

- Als er meerdere professionals bij de behandeling betrokken zijn, zorg dan voor heldere afspraken en geef duidelijk aan wie de regie heeft. Zorg voor overeenstemming over de behandeldoelen, de taakverdeling, de continuïteit van zorg en informatie-uitwisseling.
- Plan overleg met alle betrokken zorgverleners en betrek de patiënt en naasten hierbij (bijvoorbeeld: ZorgAfstemmingsGesprek; ZAG).
- Bied een stapsgewijze en goed aansluitende behandeling en zorg voor soepele overgangen tussen betrokken instellingen en zorgprofessionals. Dit geldt ook voor de overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg, inclusief huisartsenzorg, buurt- en eerstelijnszorg, generalistische basis-ggz, algemene ziekenhuiszorg en thuisbegeleiding.

### **\* Toelichtingen**

**in behandeling is:** EBRO Vermijdende/restrictieve voedselinname (ARFID)

## 6.7.1 Behandeling

### Psychologische behandeling

#### *Behandelmogelijkheden voor kinderen*

Indien nodig, kan bij zeer jonge kinderen (tot 2 jaar) behandeling met hongerprovocatie worden toegepast. Dit vindt plaats in een klinische ziekenhuisopname onder medische en psychologische begeleiding.<sup>180</sup>

- Voor jonge kinderen bij wie CGT nog niet kan worden toegepast, is toegepaste gedragstherapie de eerste keuze. Hierbij kan bijvoorbeeld het Slikprogramma worden ingezet.<sup>181</sup>
- Family Based Treatment.<sup>182</sup>
- Cognitieve gedragstherapie (CGT) met als essentieel onderdeel exposure aan het vermeden voedsel. (Zie de [factsheet van de VGCT](#) over CGT en de [patiëntfolder van de VGCT](#) over ARFID).

#### *Behandelmogelijkheden voor volwassenen*

- Cognitieve gedragstherapie (CGT)\* met als essentieel onderdeel exposure aan het vermeden voedsel\*.

### Traumabehandeling

Indien er sprake is van onverwerkt trauma gerelateerd aan de eetproblematiek, kan traumabehandeling eveneens geïndiceerd zijn.

### Vaktherapie

Er is voor ARFID nog geen wetenschappelijk onderzoek bekend naar de rol van vaktherapie.

### Ervaringsdeskundigheid

Het behandelteam of professioneel netwerk en de patiënt kunnen, indien nodig of gewenst, een beroep doen op ervaringsdeskundigen of hiernaartoe worden geleid. Ervaringsdeskundigen kunnen bijdragen aan herkenning en begrip en de patiënt helpen motiveren voor behandeling. Hierdoor kan ervaringsdeskundigheid een toegevoegde waarde hebben. Soms maken zij ook deel uit van het behandelteam. Om de kwaliteit en de continuïteit van ervaringsdeskundigheid te waarborgen, is het belangrijk dat ervaringsdeskundigen goed worden opgeleid en begeleid (zie Zorgstandaard [Ervaringsdeskundigheid](#) en [Patiëntenvereniging WEET](#)).

### Diëtetiek

Diëtetiek kan, indien nodig, aanvullend worden ingezet bij de behandeling voor ARFID. Voeding en eetgedrag zijn de zichtbare symptomen van een eetstoornis. Het normaliseren van het eetpatroon en eetgedrag en het verbeteren van de voedingstoestand vormen daarom een belangrijke pijler in de behandeling. [De diëtist](#) met een specifieke deskundigheid op het gebied van eetstoornissen kan de

patiënt begeleiden in het ontwikkelen van een realistische houding ten opzichte van voeding en gewicht. Tevens begeleidt de diëtist in het verkrijgen van een volwaardig en adequaat eetpatroon.

\* **Toelichtingen**

**Cognitieve gedragstherapie (CGT):** Voor meer informatie, zie factsheet VGCT.

[Meer informatie](#)

**vermeden voedsel:** Voor meer informatie over ARFID, bekijk de VGCT site.

[Meer informatie](#)

## 6.7.2 Farmacotherapie

Farmacotherapie lijkt een ondergeschikte rol te spelen bij de behandeling van ARFID. Er is echter geen onderzoek dat dit bevestigt. Voorzichtig bewijs suggereert dat Mirtazapine mogelijk zinvol kan zijn bij ARFID in combinatie met ondergewicht.<sup>183</sup> Als er sprake is van comorbiditeit, zoals ADHD, kan farmacotherapeutische behandeling van de comorbide aandoening mogelijk ondersteuning bieden bij de behandeling van ARFID. Wees echter zorgvuldig bij het overwegen van stimulantia bij comorbide ADHD, vanwege de mogelijke invloed op de eetlust.

## 6.7.3 Behandeling somatiek

Zie voor meer informatie [Behandeling somatiek](#).

## 6.8 Acute zorg

Er is nog weinig bekend over de relatie tussen ARFID en suïcidaliteit.<sup>184 185</sup> Wanneer ARFID op zichzelf voorkomt, is acute zorg of crisisinterventie vanwege suïcidaliteit zelden nodig. Als deze noodzaak er wel is, hangt dit meestal samen met (ernstige) ondervoeding door een te lage voedingsintake. Eventuele crises en suïcidale gedachten zijn doorgaans gerelateerd aan aanwezige psychische comorbiditeit en dienen als zodanig behandeld te worden.

Zie ook:

- [K de K-EET leidraad](#)
- [suïcidaal gedrag](#)
- [toolkit zorgstandaard Acute Psychiatrie](#)
- [acute zorg m.b.t. somatiek](#)

### Signaleringsplan/Crisis Preventie Actie Plan (CPAP)

Het behandelplan kan worden aangevuld met een signaleringsplan of CPAP(Crisis Preventie ActiePlan). Hierin worden signalen geïnventariseerd die duiden op terugval, verslechtering of toename van schadelijk gedrag, zoals intensivering van compensatiegedrag of automutilatie. Een signaleringsplan helpt crisissituaties te voorkomen en bevordert zelfmanagement.

### **6.8.1 Voorkomen van dwang**

Dwangsondevoeding komt bij ARFID nauwelijks voor. Gebruik van sondevoeding komt wel voor. Mocht er sprake zijn van dwang of verzet dan richt zich dat doorgaans op het inbrengen van de sondeslang en niet op het toedienen van de voeding zelf. Indien sondevoeding nodig is, dan zijn er richtlijnen over hoe dit op een zo'n humaan mogelijke manier te doen. (Zie [Leidraad Voorkomen, verminderen en toepassen van dwang\(sonde\)voeding bij eetstoornissenproblematiek](#)).

## **6.9 Monitoring en evalueren**

De patiënt en, indien van toepassing, diens naasten (zoals ouders bij jonge patiënten) dienen inzicht te hebben in de voortgang van de behandeling. Bij alle patiënten in behandeling vindt monitoring van de behandeluitkomsten plaats. Ook als niet meteen tot behandeling wordt overgegaan, bijvoorbeeld bij onvoldoende motivatie voor verandering, dient het beloop van symptomen en klachten te worden gevolgd. Op advies van de professional en bij wens van de patiënt kunnen naasten hierbij worden betrokken.

Door het beloop goed te monitoren, kan worden beoordeeld of interventies effectief zijn en wel of niet bijgesteld moeten worden. Vaststellen van voldoende dan wel onvoldoende herstel vindt plaats na een (variabele) vastgestelde behandelduur. Bij geen of partieel herstel, ondanks een adequate duur en intensiteit van de behandeling, wordt het behandelbeleid bijgesteld.

Monitoring en evaluatie van de behandeling gebeuren op basis van structurele evaluatie van de klachten en doelen, met behulp van objectieve parameters zoals gewicht, voedingsintake en specifieke meetinstrumenten. Waar mogelijk wordt gebruikgemaakt van gestandaardiseerde instrumenten voor evaluatie en effectmeting. (Zie [Kwaliteit van zorg meten voor uitkomst indicatoren en instrumenten voor monitoring](#)).

Bij twijfel over de diagnose tijdens de behandeling kan consultatie of een second opinion worden aangevraagd. Dit geldt ook bij (een vermoeden van) comorbiditeit die de behandeling van de eetstoornis belemmert. Wanneer opeenvolgende behandelstappen niet het gewenste resultaat opleveren, is overleg met een collega in de gespecialiseerde of hoogspecialistische ggz aangewezen.

Bij de beoordeling van het dagelijks functioneren kan, in overleg met de patiënt, worden overwogen om naasten te betrekken. Dit kunnen de partner, familieleden, vrienden of collega's zijn. Betrek bij kinderen in elk geval de ouders. Zij signaleren eventuele verergering van een eetstoornis meestal eerder dan de patiënt zelf. Bij de beoordeling van het dagelijks functioneren kan, in overleg met de patiënt, worden overwogen om naasten te betrekken. Dit kunnen de partner, familieleden, vrienden of collega's zijn. Betrek bij kinderen in elk geval de ouders. Zij signaleren eventuele verergering van een eetstoornis meestal eerder dan de patiënt zelf. Voor het evalueren van de werkrelatie zijn eveneens instrumenten beschikbaar\*.

#### **\* Toelichtingen**

**Voor het evalueren van de werkrelatie zijn eveneens instrumenten beschikbaar:**

Bijvoorbeeld de Session Rating Scale (SRS), eventueel in combinatie met de Outcome Rating Scale (ORS) om het beloop van de behandeling te volgen volgens de Client Directed Informed (CDOI) Routine Outcome Monitoring (ROM) method. Ook de Werkalliantie Vragenlijst (WAV) kan overwogen worden bij volwassenen.

## 6.10 Afsluiten

Het afsluiten van een behandeling bij ARFID gebeurt op verschillende manieren:

1. Afsluiten na een afgeronde behandeling, succesvol of niet, inclusief een terugvalpreventietraject. De behandeling wordt gezamenlijk afgerond, inclusief een terugvalpreventieplan en, indien nodig, een verwijzing voor verdere behandeling van comorbide problematiek.
2. Vroegtijdige beëindiging door de patiënt - De patiënt stopt voortijdig met de behandeling. Dit kan verschillende redenen hebben, zoals ontevredenheid over de behandeling, onvoldoende motivatie of tevredenheid met de behaalde vooruitgang. In dat geval wordt professioneel advies gegeven over eventueel vervolgbeleid, dat ook met de verwijzer wordt gecommuniceerd.
3. Beëindiging op basis van gezamenlijk besluit – In sommige gevallen wordt in onderling overleg (bijvoorbeeld na een Moreel Beraad) besloten dat verdere behandeling niet zinvol is.

In alle gevallen is het belangrijk om zorgvuldig om te gaan met afsluiting, met oog voor de reactie van de omgeving.

### 6.10.1 Terugvalpreventie

Tijdens behandeling dient al geoefend te worden met het omgaan met terugvalmomenten. Terugvalpreventie is een essentieel onderdeel van de behandeling. (Zie [diverse behandelprogramma's](#)).

Het is wenselijk om een dreigende terugval in een zo vroeg mogelijk te herkennen en in te grijpen. Hiermee wordt het risico op een volledige terugval verminderd. Door aanleidingen en vroege signalen te herkennen en te weten welke acties daarop moeten volgen, kan terugval in oude patronen worden voorkomen.

Na afronding van de behandeling is het raadzaam om bij een terugval de acties uit het terugvalpreventieplan toe te passen. Als de terugval niet kan worden gekeerd, wordt geadviseerd contact op te nemen met de huisarts en de voormalig behandelaar.

### 6.10.2 Nazorg binnen de ggz

Er is nog weinig bekend over welke nazorg nodig is na afronding van een behandeling van ARFID. Hulpverleningsorganisaties hanteren doorgaans hun eigen regelingen, waarbij in veel gevallen enige vorm van nazorg wordt geboden.

Het is belangrijk dat de behandeling van comorbide problematiek (gedeeltelijk) parallel loopt aan de behandeling van ARFID. Daarbij is samenwerking tussen de behandelaars van de eetstoornis en die van de comorbide problematiek wenselijk.

Indien na afsluiting van de behandeling van ARFID eventuele comorbide problemen niet of onvoldoende zijn behandeld, wordt de patiënt hiervoor doorverwezen. Een goede overdracht en afstemming is essentieel om terugval te voorkomen.

### **6.10.3 Nazorg buiten de ggz**

Hoe beter het nieuw aangeleerde gedragspatroon wordt geïntegreerd in het dagelijks leven (school, werk, gezin, etc.), hoe kleiner de kans op terugval en hoe beter het nieuwe gedragspatroon wordt bestendigd. Hierbij is daarom belangrijk om tijdig mogelijke aanleidingen voor terugval te signaleren en hierbij ondersteuning te vragen bij bijvoorbeeld school, verenigingen, buurtteams, een diëtist of de huisarts.

## **6.11 Herstel**

Het hebben van ARFID leidt tot een aanzienlijk verlies van kwaliteit van leven. Herstelondersteunende zorg kan bijdragen aan verbetering van deze en kan van grote betekenis zijn, vooral voor patiënten met een langdurige eetstoornis. (Zie zorgstandaard [Herstelondersteuning](#)).

## 7. Organiseren van zorg

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

### 7.1 Welke professionals zijn betrokken?

Per eetstoornis staat uitgewerkt welke professional(s) op welk moment in het zorgproces betrokken is.

#### 7.1.1 Rol van de zorgprofessional

*De herstelgerichte zorg voor patiënten met een eetstoornis vraagt om goede samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals, zowel binnen het zorgdomein als met sociaal-maatschappelijke organisaties.*

De verwachting is dat ggz-instellingen met een in eetstoornissen gespecialiseerde afdeling in hun eigen regio het initiatief nemen, of actief de samenwerking zoeken, om de somatische en psychische/psychotherapeutische keten te organiseren. Idealiter voert een professional van deze gespecialiseerde afdeling de regie over de gehele keten tijdens het herstelproces. Deze professional fungeert tevens als aanspreekpunt voor de patiënt, diens naasten en de betrokken zorgprofessionals. Bij beëindiging van de behandelrelatie denkt deze regiebehandelaar mee over vervolgzorg buiten de instelling en zorgt voor een zorgvuldige overdracht.

Duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden tussen ggz-professionals (ook vrijevestigden) onderling en met professionals uit de somatische zorg zijn essentieel voor [de kwaliteit van zorg](#). Het gaat onder andere om de huisarts, praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ), zorgprofessionals in de generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz (waaronder PAAZ en MPU).

In de gespecialiseerde ggz kunnen meerdere disciplines betrokken zijn bij de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen: (kinder- en jeugd)psychiaters, klinisch psychologen, GZ-psychologen, kinder- en jeugdpsychologen, psychotherapeuten, orthopedagoog, orthopedagoog-generalist, gespecialiseerde diëtisten, vaktherapeuten, kinderartsen, verpleegkundig specialisten, internisten of gynaecologen. De mate en aard van hun betrokkenheid hangt af van de fase van de eetstoornis, de behoeften van patiënt en diens naasten en de expertise van de professional. Zij kunnen optreden als regiebehandelaar of medebehandelaar, consultatie of advies bieden of een verzorgende of ondersteunende rol vervullen. Ook kunnen zij worden geïnformeerd over bijvoorbeeld de voortgang, verwijzing of ontslag. Alle betrokken professionals dienen tijdig en adequaat te kunnen handelen als de situatie daarom vraagt.

De Landelijke samenwerkingsafspraken (LGA) geven aanbevelingen voor de samenwerking tussen de huisarts, de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. De decision tool Eetstoornissen is een hulpmiddel bij het indiceren voor gespecialiseerde ggz en hoogspecialistische zorg (TOPGGz).

De samenwerkingsafspraken en verantwoordelijkheidsverdeling tussen ggz en ziekenhuizen in de keten en tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenen psychiatrie verdienen expliciet en ruim aandacht. Deze hangt nu nog te veel af van toevalligheden en personen.

Een tijdige en complete informatie-uitwisseling tussen alle betrokkenen bevordert de samenwerking. Bekendheid met elkaars werkwijze, het gebruik van (deels) dezelfde meetinstrumenten (zoals gewichtsgrafieken, groeitabellen en standaard laboratoriumonderzoek bij eetstoornissen) en

elektronische ondersteuning (zoals het elektronisch patiëntendossier of zorgmail) dragen bij aan een goede informatie-uitwisseling.

Binnen een groep (bij deeltijd-, dag- of klinische behandeling) spelen medepatiënten een belangrijke rol. Deze is vergelijkbaar met de inbreng een co-behandelaar. De voornaamste taak van de medepatiënt als co-behandelaar is het bieden van herkenning en steun bij het bereiken van de gewenste doelen en confrontatie met ongewenst gedrag.

- Stel een regiebehandelaar aan - conform het Kwaliteitsstatuut - die zich bekend maakt bij alle bij de zorg voor de patiënt betrokken zorgprofessionals en de naasten.
- Zorg voor een door alle partijen gedragen visie op de zorg aan de patiënt.
- Maak duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden en regel tijdige en complete informatie-uitwisseling.
- Overweeg in voorkomende gevallen de decision tool als hulpmiddel te gebruiken bij het indiceren van gespecialiseerde ggz en hoogspecialistische zorg (TOP GGz).
- Draag zorg voor soepele en naadloze overgangen tussen verschillende zorgvormen, in het bijzonder bij de overgang van kinder- en jeugdpsychiatrie naar volwassenen psychiatrie en tussen ggz en somatische zorg.

### 7.1.2 Rol van de naasten

Betrokken *naasten* kunnen ouders, gezinsleden, kinderen of partners zijn. Zij kunnen relevante informatie geven die helpt bij het stellen van de diagnose en het maken van behandelkeuzes. Daarnaast kunnen zij een ondersteunende rol vervullen in de behandeling. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de draagkracht, rol en leeftijd van de betrokkenen, aangezien de zorg voor een familielid met een eetstoornis een grote druk op het gezin kan leggen. Draagkracht en draaglast zijn belangrijke bespreekpunten.

Een familielid met een eetstoornis betekent vaak een forse belasting voor het gezin. Gezinsleden bieden vele uren mantelzorg en kunnen te maken krijgen met beangstigende situaties, ingewikkelde besluiten en intense emoties. Zij zijn als medeondersteuner of samenwerkingspartner van zorgprofessionals belangrijk voor het herstelproces, maar kunnen zelf ook behoefte hebben aan ondersteuning. (Zie [zorgstandaard Samenwerking en ondersteuning naasten](#)).

Heb daarnaast aandacht voor de invloed die de eetstoornis kan hebben op de ouderrol. (Zie [KOPP-kinderen](#)).

### 7.1.3 Rol van de patiënt

Patiënten met een eetstoornis willen samenhangende zorg die gericht is op herstel. Voor hen is integratie met aanvullende psychologische en somatische zorg daarom belangrijk. Alle betrokken zorgprofessionals, zowel binnen en buiten de ggz, bieden deze zorg vanuit de herstelondersteunende zorgvisie. (Zie [Visie op zorg: Gezondheid als perspectief](#)). Herstelgerichte zorg betekent ook dat patiënten werken aan zelfmanagement. Daarnaast is er aandacht voor vervolgzorg, re-integratie en rehabilitatie.

De herstelgerichte zorg bestrijkt het hele zorgtraject: van vroege signalering of vroegdetectie buiten de ggz-zorg tot behandeling in de specialistische zorg. Daarna volgt, waar nodig, verwijzing terug naar de huisarts en eventuele vervolg- of nazorg. Afhankelijk van de ernst van de stoornis en de complexiteit van de problematiek vindt behandeling plaats door ggz professionals met expertise op het gebied van

eetstoornissen. Dit kan in de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz, al dan niet vrijgevestigd. Voor vroege opsporing en vervolgzorg zijn op regionaal niveau contacten nodig tussen ggz-professionals en sociale wijkteams, huisartsen, generalistische basis- ggz, schoolmaatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg en andere betrokkenen. (Zie [Vroege onderkenning](#)).

Diagnostiek en behandeling vinden plaats volgens het classificatiesysteem van DSM-5-TR. Zelfmanagement, vroege onderkenning, preventie en herstelondersteunende zorg zijn geïntegreerd in het zorgtraject. Zelfhulp, in combinatie met professionele begeleiding, maakt deel uit van het totale zorgcontinuüm. Goede na- of vervolgzorg omvat aandacht voor terugvalpreventie en voor klachten of symptomen die mogelijk samenhangen met de doorgemaakte eetstoornis.

De continuïteit van zorg voor kinderen en jongeren vraagt extra aandacht vanwege de overstap naar volwassenenzorg zodra zij 18 jaar worden. Deze overgang betekent een verschuiving van gemeentelijk gefinancierde zorg naar zorg die wordt vergoed door de zorgverzekeraar (zie Financiering). Dit brengt risico's met zich mee voor de continuïteit van zorg, zoals het verlies van vrije keuze voor een behandelaar, het doorbreken van bestaande therapeutische relaties en knelpunten in de informatieoverdracht tussen zorgverleners.<sup>186</sup>

Daarnaast sluiten reguliere kind- en jeugdafdelingen en volwassenenzorg in deze levensfase soms onvoldoende aan op de behoeften van jongeren. Hierdoor bestaat een verhoogd risico op uitval. Ook verschillen de voorwaarden van de financieringsvormen, zoals eigen risico's en zorgcontracten, wat extra aandacht vraagt bij het borgen van de continuïteit van de zorg.

## 7.2 Wat zijn randvoorwaarden voor goede samenwerking?

De huisarts kan met de ondersteuning van een praktijkondersteuner [huisartsenzorg ggz](#) (POH-ggz), eHealth-aanbod en consultatiemogelijkheden bij de ggz, meer patiënten met psychische klachten behandelen en begeleiden. Ook patiënten met chronische psychische problematiek worden steeds vaker door de huisarts ondersteund. De generalistische basis-ggz richt zich op patiënten met matig ernstige psychische klachten. In de gespecialiseerde ggz is de ambulantisering van zorg volop aan de gang. Hier worden patiënten behandeld met ernstigere en complexere problematiek dan voorheen. Een onderdeel van de gespecialiseerde ggz is de hoogspecialistische ggz (TOPGGz). Deze richt zich op patiënten die vanwege de ernst, complexiteit en/of zeldzaamheid van hun aandoening onvoldoende baat hebben bij reguliere gespecialiseerde zorg, maar naar verwachting wél kunnen profiteren van behandeling in de hoogspecialistische ggz.

Zorgaanbieders zorgen ervoor dat de volgende zaken binnen hun organisatie/praktijk goed zijn geregeld:

- Zorgverleners zijn bevoegd en bekwaam, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en houden hun deskundigheid op peil. Er wordt gewerkt op basis van principes van matched care.
- De effectiviteit van de behandeling wordt gemeten. Het behandelbeleid wordt bijgesteld (opschalen, afschalen, andere inhoud of andere zorgverleners) wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald. Onvoldoende gezondheidswinst wordt vastgesteld op basis van de 3-maandelijkse ROM-metingen en besproken via intervisie en peer review.
- Zorgverleners hebben voldoende kennis over het betrekken en ondersteunen van naasten. Daarbij weten zij welke informatie en ondersteuning zij kunnen bieden zonder het beroepsgeheim te schenden of de vertrouwensband met de patiënt te ondermijnen. Tijdige signalering van mogelijke overbelasting van naasten (en indien nodig doorverwijzing) hoort bij het takenpakket van elke zorgprofessional, ongeacht het echelon of zorgdomein.

- Ten behoeve van benchmarking leveren zorgaanbieders in de curatieve ggz hun ROM-gegevens aan voor de landelijke benchmark ggz, conform vigerende bestuurlijke afspraken.

### **Gepast gebruik**

Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling en over tijdig op- en afschalen ervan. Om over- en onderbehandeling te voorkomen is goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing laagdrempelig beschikbaar in de hele keten. Daarnaast zijn gezamenlijke besluitvorming door zorgprofessional en patiënt, en zorg op maat nodig. Hierbij worden ook de naasten betrokken.

## **7.2.1 Informatie uitwisseling**

Een effectieve organisatie van de zorg vraagt om een goede overdracht van informatie. Dit geldt zowel tussen zorgverleners onderling als tussen de zorgverlener en de patiënt. Ook [naasten](#) moeten worden geïnformeerd, mits de patiënt daarvoor toestemming geeft. Bij patiënten jonger dan 16 jaar dienen ouders altijd te worden betrokken. De informatieoverdracht kan zowel mondeling als schriftelijk plaatsvinden.

## **7.2.2 Hoe werken professionals samen?**

Voor een toekomstbestendige zorg is het belangrijk dat eetstoornissen in een vroeg stadium worden herkend en met kleine interventies effectief worden aangepakt. Vroegtijdige behandeling voorkomt ernstigere problematiek. Dat is niet alleen van belang voor de patiënt, maar ook vanuit kosteneffectiviteit: het verlaagt de zorgbelasting.

Vanuit een maatschappelijk perspectief is het belangrijk om de beschikbare middelen effectief in te zetten.

Een verschuiving van klinische behandeling naar meer ambulante behandeling vraagt om investeringen in vroegsignalering en preventie. Voor mensen die intensievere zorg nodig hebben, en voor patiënten met een chronische eetstoornis, blijven voldoende middelen nodig. Medewerking van zorgverzekeraars en gemeenten is nodig om een vroege aanpak te realiseren. Meer preventie, vroegsignalering en eerdere effectieve hulp vragen om een vernieuwde organisatie van zorg voor mensen met (een mogelijke) eetstoornis. Dit vergt ook de ontwikkeling en inzet van nieuwe methodieken en technologieën, inclusief wetenschappelijk onderzoek daarnaar.

## **7.3 Welke competenties zijn nodig?**

Zorgprofessionals dienen te voldoen aan de competenties die horen bij hun BIG-of vakregistratie en beroepsprofiel. Ggz-professionals die patiënten met een eetstoornis behandelen, dienen daarnaast expertise te hebben op het gebied van eetstoornissen.

Patiënten met eetstoornissen roepen bij veel zorgprofessionals en naasten sterke gevoelens op. Bewustzijn van deze tegenoverdracht, evenals aandacht voor stigma, de eigen levensgeschiedenis en ervaringen, is van belang. Dit stelt de professional in staat om authentieke empathie, respect en professionele nabijheid te tonen.

Patiënten met een eetstoornis willen serieus genomen worden, gezien worden als mens en respectvol bejegend worden. Belangrijke aspecten van goede zorg zijn een persoonlijke, open en eerlijke benadering en ruimte voor evaluatie en feedback. Een goede, wederkerige relatie tussen patiënt en

zorgprofessional vraagt om wederzijds begrip voor elkaars mogelijkheden, prioriteiten en doelen. Vertrouwen en respect zijn hierin essentieel. Tijd en continuïteit van zorgverleners spelen een belangrijke rol. Verlies van vertrouwen in de behandelaar kan bij de patiënt leiden tot terugval of stagnatie in het herstelproces.

Het is wenselijk dat professionals in de somatiek (zoals artsen en verpleegkundigen op kinder- en interne geneeskundeafdelingen) periodiek een specifieke training volgen in het omgaan met patiënten met eetstoornissen. Ggz professionals kunnen collega's hierbij ondersteunen. Afhankelijk van de hulpvraag kan een psychiater, klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist worden geconsulteerd.

### **Deskundigheidsbevordering**

Een belangrijke voorwaarde voor een adequaat kwaliteitsbeleid is dat alle betrokken zorgverleners beschikken over goede en actuele kennis. Om die kennis op peil te houden, is het belangrijk om kwaliteitseisen te stellen aan het opleidingsniveau en hierover landelijke afspraken te maken. Deskundigheidsbevordering is een continu proces. Van de zorgverleners wordt verwacht dat zij adequaat zijn opgeleid om de hiervoor beschreven zorg met de juiste attitude te kunnen waarborgen. Ook de invulling van de rol van regiebehandelaar vereist adequate vaardigheden.

De opleiding en nascholing van zorgverleners is daarnaast gericht op (leren) samenwerken en communiceren, evenals op kennis van (psycho)sociale en interculturele aspecten. In ieder geval voldoen zorgverleners aan de kwaliteitseisen die door hun beroepsgroepen zijn vastgesteld.

## **7.4 Welke onderdelen zijn belangrijk in het kwaliteitsbeleid?**

### **Kwaliteitsstatuut**

Het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om de zorg voor de individuele patiënt in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) te organiseren. De nadruk ligt daarbij op de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de indicerend en coördinerend regiebehandelaar en van andere zorgverleners in de verschillende onderdelen van het zorgproces. Ook formuleert het kwaliteitsstatuut kwaliteitseisen op het gebied van leren en verbeteren. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is van toepassing op deze zorgstandaard.

### **7.4.1 Kwaliteit en organisatie**

Continu leren en verbeteren binnen organisaties is in principe een verplicht onderdeel van het kwaliteitsbeleid van een zorgaanbieder. Er zijn diverse manieren om de kwaliteit te verbeteren en het leren te faciliteren, zowel tussen professionals onderling als tussen professionals, de patiënt en diens naasten:

1. Evaluatie: door middel van evaluatiegesprekken of -bijeenkomsten met betrokkenen.
2. Multidisciplinair overleg: overleg tussen verschillende disciplines over diagnostiek en/of het behandeltraject.
3. Intervisie: casuïstiek of werkbijeenkomsten tussen professionals, binnen of tussen teams/organisaties.
4. Supervisie: gesprekken of bijeenkomsten gericht op het toetsen en verbeteren van kwaliteit en vaardigheden.
5. Patiëntbesprekingen: besprekingen met de patiënt, diens naasten en betrokken professionals.

6. Moreel beraad: gesprek waarin ethische kwesties besproken worden met behulp van een gespreksmethodiek en een gespreksleider.
7. Calamiteitenbesprekingen: besprekingen met betrokkenen na het voordoen van een calamiteit.
8. Externe evaluaties: feedback van professionals uit andere organisaties.
9. Incidenten bespreking: bespreken van somatische en/of farmacotherapeutische incidenten op basis van GIM/VIM meldingen.

Daarnaast is het belangrijk dat zorgorganisaties hun professionals voldoende ruimte bieden, zodat:

- zij hun kennis en vaardigheden op peil kunnen houden. Bijvoorbeeld door het bijwonen van referaten, bij- en nascholing, intervisie en supervisie;
- zij met regelmaat kunnen reflecteren op hun eigen handelen;
- zij toegang hebben tot kwalitatieve en kwantitatieve gegevens, waarmee zij hun handelen kunnen evalueren en verbeteren.

Het is essentieel om een organisatiecultuur te creëren waarin professionals zich prettig, veilig, gestimuleerd en gesteund voelen. Dit vraagt om een cultuur van onderling vertrouwen, waarin ruimte is om te leren, te verbeteren en te reflecteren.

#### 7.4.2 Kwaliteit en scholing

Een essentieel onderdeel van het kwaliteitsbeleid rondom de behandeling van eetstoornissen is de continue scholing van zorgprofessionals. Door deelname aan nascholingstrajecten blijven zij op de hoogte van de laatste inzichten en richtlijnen op dit gebied. Daarnaast zijn er richtlijnen en (multidisciplinaire) documenten die kennis en praktijk samenvatten en concreet maken.

Het borgen van kwaliteit vraagt om het regelmatig actualiseren van kennis en vaardigheden, zodat professionals kunnen handelen op basis van actuele inzichten en praktijkervaringen.

### 7.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Een systematische review naar de kosteneffectiviteit van interventies bij eetstoornissen laat zien dat de beschikbare evidentie op dit gebied beperkt is. Er zijn 8 studies gevonden, waarvan 7 relevant zijn voor de Nederlandse situatie. In 6 van deze 7 studies werd geconcludeerd dat de onderzochte interventie waarschijnlijk kosteneffectief was. Het betrof onder andere een ambulante behandelprogramma, begeleide zelfhulp, familie therapie, stepped care, screening op school, preventie op school en een online interventie. (Zie [Kosteneffectiviteit eetstoornissen](#) voor een uitgebreide omschrijving van de geïnccludeerde studies).

Eén van de geïnccludeerde studies is uitgevoerd in Nederland.<sup>187 188</sup> Omdat studies over kosteneffectiviteit zich niet zonder meer laten vertalen naar de Nederlandse situatie, is deze ene studie als basis gebruikt voor de budget impactanalyse. Deze analyse laat zien dat een bredere uitrol van de anonieme eHealth interventie (bestaande uit psycho-educatie en een geautomatiseerd monitoringssysteem) mogelijk kostenbesparend is. Het aanbieden van deze interventie aan 5.000 personen kan mogelijk 2 miljoen euro aan zorgkosten besparen over een periode van 5 maanden. Vanuit maatschappelijk perspectief zou de kostenbesparing mogelijk nog groter zijn.

De uitkomsten, gebaseerd op slechts 1 studie, zijn omgeven door een grote mate van onzekerheid. Toch vraagt de potentiële kostenbesparing – bij behoud van, of zelfs hogere effectiviteit ten opzichte van de

wachttijstconditie – om verder onderzoek gericht op het reduceren van deze onzekerheid.

Al met al staat de beschikbare kennis over kosteneffectiviteit bij eetstoornissen nog in de kinderschoenen. De beschikbare evidentie is echter veelbelovend vanuit het perspectief van kosteneffectiviteit.

## 7.6 Hoe wordt behandeling van eetstoornissen gefinancierd?

### Algemeen

Een zorgstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de zorgstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie wordt vergoed.

Voor vergoeding van de beschreven zorg kan de patiënt/cliënt mogelijk aanspraak maken op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te bepalen wat tot de verzekerde zorg binnen het basispakket behoort. Dat betekent dat goede zorg, zoals beschreven in deze zorgstandaard, niet automatisch gelijkstaat aan verzekerde zorg binnen het basispakket.

### Specifiek

De zorg voor patiënten met eetstoornissen jonger dan 18 jaar wordt vergoed door de gemeenten (Jeugdwet). Door de verschillende financieringsstromen doen zich in de praktijk knelpunten voor in de hulpverlening aan jongeren, zoals de vergoeding van klinische bedden en ambulante zorg door gemeenten. Het verschil in financiering tussen jeugd ggz en volwassenen ggz brengt niet alleen risico's met zich mee voor de continuïteit van zorg, maar ook voor de continuïteit van kennisoverdracht tussen zorgverleners. Dit komt mede doordat er sprake is van gescheiden kennissystemen voor zorgverleners in de kinderen en jeugd-ggz en volwassenen-ggz. Ook casusregie (tot 18 jaar regionaal op verschillende manieren belegd) vraagt om goede overdracht om de zorg te waarborgen.

De zorg voor volwassen patiënten met een eetstoornis wordt vergoed door de zorgverzekeraars (conform de basisverzekering Zvw). Als er sprake is van chronische problematiek waarvoor de patiënt ondersteuning nodig heeft, kan een beroep gedaan worden op de Wmo. De Wlz komt in beeld wanneer langdurige opname noodzakelijk is.

## 7.7 Wat vinden patiënten en naasten belangrijk bij organisatie van zorg?

### Algemeen:

- een voor de patiënt acceptabele wachttijd voor behandeling;
- het attenderen op informele zorg zoals begeleide zelfhulpgroepen, lotgenotencontact, contact met ervaringsdeskundigen of patiëntenverenigingen;
- goede samenwerking tussen specialisten, zorginstellingen, huisartsen, apothekers en wijkteams;
- maatschappelijke ondersteuning;
- indien gewenst de inzet van een casemanager of coach.

**Bij kinderen en jongeren:**

- het betrekken van ouders bij de zorg, met aandacht voor hun belastbaarheid en ervaringskennis;
- het betrekken van school en bredere netwerken zodat ontwikkeling op alle ontwikkelingsgebieden wordt gewaarborgd;
- zorgen voor een warme overdracht bij de overgang naar de volwassenen-ggz.

## 8. Kwaliteit van zorg meten

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

### 8.1 Inleiding

De patiënt en de behandelaar beslissen samen hoe en wanneer zij de voortgang van de behandeling en het herstelproces periodiek monitoren en evalueren. Om dit proces te ondersteunen, is een aantal uitkomstindicatoren geformuleerd, met bijbehorende meetinstrumenten. Het doel van deze indicatoren is het bevorderen van de kwaliteit van het individuele herstelproces. De interpretatie van de uitkomsten vindt plaats binnen de context van de behandeling en het persoonlijke verhaal van de patiënt.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van deze indicatoren en een aantal veelgebruikte meetinstrumenten voor deze patiëntengroep. In de paragraaf Monitoring worden belangrijke aspecten en aandachtspunten bij monitoring toegelicht.

De [Online Evaluatieondersteuning van Akwa GGZ](#) geeft advies over passende vragenlijsten voor monitoring en evaluatie. Behandelaar en patiënt vullen samen de tool in, en ontvangen vervolgens een evaluatieplan en tips voor het evaluatiegesprek en geschikte vragenlijsten.

### 8.2 Uitkomsten op het proces

#### Inleiding

De set kwaliteitsindicatoren is opgesteld ten behoeve van de reflectie op het eigen handelen en de interne kwaliteitsbevordering. Daarnaast kunnen de uitkomsten worden gebruikt om de ontwikkelingen binnen een bepaalde periode binnen de (zorg)groep te volgen. De uitkomsten kunnen worden vergeleken met wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen of met de data van andere multidisciplinair samenwerkende (zorg)groepen (interne benchmark).

#### Kerngetal

1. het percentage patiënten jonger dan 18 jaar uit de vaste praktijkpopulatie dat bekend is met de voedingsstoornis vermijdende/restrictieve voedselnamestoornis (ARFID);
2. het percentage patiënten jonger dan 18 jaar uit de vaste praktijkpopulatie dat bekend is met een eetstoornis;
3. het percentage patiënten van 18 jaar en ouder uit de vaste praktijkpopulatie dat bekend is met een eetstoornis;
4. het percentage patiënten van 18 jaar en ouder uit de vaste praktijkpopulatie dat bekend is met de voedingsstoornis ARFID.

#### Haalbare indicatoren

1. De mate van betrokkenheid van somatische zorgverlening in psychische zorg (indicator nr. 9 van generieke indicatoren). Operationalisatie voor eetstoornissen: het percentage patiënten waarbij rond de intake laboratoriumonderzoek is verricht en lichamelijk onderzoek is uitgevoerd, en het percentage patiënten waarbij tijdens de behandeling minstens 1 maal laboratoriumonderzoek is herhaald.
2. Periodieke evaluatie van de in het behandelplan geformuleerde doelen. De frequentie van evaluatie is

afhankelijk van de intensiteit van behandeling (zie de paragrafen monitoring en evalueren bij de specifieke eetstoornissen). Bij een hogere behandelintensiteit (opschalen) dient ook de frequentie van evaluatie toe te nemen;

3. Het percentage patiënten dat, bij indicatie voor vervolgbehandeling, ook werkelijk start met deze vervolgbehandeling. Denk aan terugvalpreventie, een aanvullende behandeling of een vervolgbehandeling;
4. Het percentage patiënten dat bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar continuïteit van zorg ervaart;
5. Het percentage patiënten waarbij de omgeving bij de behandeling is betrokken.

### 8.3 Uitkomsten op structuur

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om structuurindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met een eetstoornis. Als er in de toekomst nieuwe structuurindicatoren worden ontwikkeld voor zorgstandaarden, wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

### 8.4 Uitkomsten op het effect van de behandeling

#### Inleiding

De keuze van indicatoren is afhankelijk van het doel van de behandeling en van de [patiënt](#). Niet alle indicatoren zijn per definitie geschikt voor elk echelon van zorg, elk type zorgprofessional of elke patiënt. De behandelaar bepaalt samen met de patiënt welke indicatoren het doel van de behandeling goed omvatten.

Met de volgende indicatoren kunnen de voortgang en uitkomst van de behandeling en het herstelproces worden gemonitord:

- de mate van symptomatisch herstel;
- de mate van functioneel herstel (persoonlijk of maatschappelijk);
- de mate van verandering in kwaliteit van leven;
- de mate waarin overeengekomen doelen zijn gerealiseerd;
- patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie.

#### Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren

Hieronder volgt een beschrijving van veelgebruikte meetinstrumenten voor het monitoren en evalueren van de behandeling en het herstelproces van patiënten, binnen het kader van deze zorgstandaard. Het gaat om instrumenten die direct toepasbaar zijn in de behandelkamer.

Deze lijst is opgesteld na het raadplegen van professionals en patiënten; het is dus een handreiking van professionals aan professionals. Bij het samenstellen van deze lijst is niet naar volledigheid gestreefd. In de ROM-bibliotheek zijn aanvullende meetinstrumenten beschikbaar, zowel generiek als specifiek. De behandelaar kan naar eigen inzicht en voorkeur van de patiënt gebruik maken van deze of andere passende instrumenten.

In onderstaande tabel zijn de indicatoren met bijbehorende meetinstrumenten opgenomen. Deze worden

in de volgende paragrafen kort toegelicht.

*De instrumenten genoemd bij volwassenen zijn ook geschikt voor ouderen. Alleen als er een specifiek instrument is ontwikkeld dan staat deze specifiek benoemd in de tabel.*

Indicator	Specifieke instrumenten		
	Volwassenen	Jongeren	Ouderen
<b>Symptomatisch herstel</b>	Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), of de verkorte versie hiervan: de Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE-QS)	Eating Disorder Examination Questionnaire (Child EDE-Q)	
<i>Specifiek voor ARFID</i>	Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS)	Eating Disturbances in Youth-Questionnaire (EDY-Q)	
<b>Functioneel herstel</b>	Zie ROM bibliotheek		
<b>Kwaliteit van leven</b>	Eating Disorders Quality of Life Questionnaire (EDQoL)	KIDSCREEN-27	
<b>Doelrealisatie</b>	Zie ROM bibliotheek		
<b>Patiënten ervaringen</b>	Consumer Quality Index (CQi) (NB. Dit is een generiek instrument)	Consumer Quality Index (CQi) (vanaf 16 jaar)	
	Session Rating Scale (SRS)		

### Specifieke instrumenten voor monitoring bij Eetstoornissen

De **Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)** is een zelfrapportagevragenlijst dat de specifieke eetstoornissymptomen uitgebreid in kaart brengt bij mensen vanaf 12 jaar.<sup>189</sup> De vragenlijst bestaat uit 28 items en geeft een score van de globale ernst en van de frequentie en/of ernst van de volgende 4 subschalen: lijnen, piekeren over eten, piekeren over lichaamsvorm en piekeren over gewicht. De terugvraagperiode is 4 weken. Hierbij wordt gemeten op hoeveel dagen eetstoornissymptomen voorkwamen. De vragen kunnen worden beantwoord met een score van 0 tot 6 (0 dagen (score = 0), 1-5 dagen (score = 1), 6-12 dagen (score = 2), 13-15 dagen (score = 3), 16-22 dagen (score = 4), 23-27 dagen (score = 5) en 28 dagen (score = 6)).

Aanvullend aan de EDE-Q kunnen verschillende vragenlijsten worden gebruikt. (Zie Specialistische psychische diagnostiek).

Er is ook een verkorte versie van de EDE-Q beschikbaar: de **EDE-QS**, bestaande uit 12 items.<sup>190</sup> EDE-QS is een korte, betrouwbare en geldige maat voor de ernst van de eetstoornis, vergelijkbaar met de EDE-Q. Deze vragenlijst is geschikt voor gebruik bij monitoring in behandeling en onderzoek. Van de

EDE-Q is ook een kinderversie beschikbaar: de **Child EDE-Q**, geschikt voor kinderen en jongeren vanaf 10 jaar.

De **Eating Disturbances in Youth-Questionnaire (EDY-Q)** is een zelfrapportagelijst voor jongeren tussen de 8 en 13 jaar voor het detecteren van restrictieve eetstoornissen die kenmerkend zijn voor ARFID.<sup>191</sup> De EDY-Q bestaat uit 14 items, waaronder 2 vragen over pica en herkauwstoornissen en 12 items die 3 mogelijke presentaties van ARFID behandelen (emotionele stoornis door voedselvermijding, selectief eten en functionele dysfagie). Deze 12 items omvatten ook 2 items over gewichts- en lichaamsvormproblemen, als belangrijke uitsluitingscriteria van ARFID. De vragen kunnen worden beantwoord met een score van 0 tot 6, waarbij 0 = nooit en 6 = altijd.

De **Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS)**, is een kort multidimensionaal instrument om ARFID-geassocieerd eetgedrag te meten.<sup>192</sup> De NIAS bestaat uit 9 vragen die worden beantwoord op een 6-puntsschaal, variërend van 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'.

#### **De mate van verandering van kwaliteit van leven**

De **Eating Disorders Quality of Life Questionnaire (EDQoL)** is een vragenlijst die gebruikt kan worden voor het meten van de kwaliteit van leven als gevolg van een eetstoornis.<sup>193</sup> De EDQoL bestaat uit 25 items en beoordeelt de invloed van eetgedrag/lichaamsgewicht op 4 subschalen: psychologisch, fysiek/cognitief, financieel en werk/school. De totaalscore wordt berekend als het gemiddelde van de items op deze 4 subschalen. Hogere scores duiden op een lagere kwaliteit van leven.<sup>194</sup> De vragenlijst vraagt naar de afgelopen 30 dagen en wordt door de patiënt zelf ingevuld.

#### **Generieke instrumenten**

##### **De mate van verandering van kwaliteit van leven**

De **KIDSCREEN-27** brengt de kwaliteit van leven in kaart bij kinderen en adolescenten op 5 domeinen: fysiek welzijn, mentaal welzijn, autonomie en ouderrelatie, sociale steun en vriendschappen en functioneren op school. Er zijn 2 versies beschikbaar: 1 voor ouders en 1 voor kinderen/adolescenten. De KIDSCREEN-27 bestaat uit 27 vragen die worden beantwoord op een 5-puntsschaal. De terugvraagperiode is 1 week. Het betreft een zelfbeoordelingsschaal.

##### **Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie**

De **Consumer Quality Index (CQi)\*** is ontwikkeld om patiëntervaringen in de zorg te meten. Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn 2 versies ontwikkeld: 1 voor de kortdurende ambulante ggz en verslavingszorg en 1 voor de klinische ggz en verslavingszorg. De vragenlijsten bestaan uit schalen waarin wordt ingegaan op bejegening, samen beslissen, de uitvoering van de behandeling en ervaringen. De klinische versie bevat daarnaast vragen over het gevoel van veiligheid en de woon- en leefomgeving. De vragen worden beantwoord op een 5-puntsschaal. De terugvraagperiode is de periode van behandeling en de vragenlijst wordt ingevuld door de patiënt zelf.

De **Session Rating Scale (SRS)** meet het gevoel dat de cliënt overhoudt aan het behandelcontact. Deze wordt vaak gebruikt in combinatie met de Outcome Rating Scale (ORS), die het verloop van de behandeling meet, dus hoe het met de patiënt gaat gedurende de behandeling. Beide instrumenten worden gebruikt om de mening van de cliënt te monitoren en de behandeling hierop af te stemmen.

#### **\* Toelichtingen**

**Consumer Quality Index (CQi):** Meer informatie over de CQi vind je op <https://ggzdataportaal.nl/bibliotheek/>  
[Meer informatie](#)

## 9. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 29-10-2025 Beoordelingsdatum 29-10-2025

### 9.1 Verdieping somatiek

Hieronder wordt verder ingegaan op de somatiek. Per eetstoornis zijn de links gemaakt naar die thema's die van toepassing zijn. Het betreft de volgende onderwerpen:

1. [Indicatie snelheid verwijzen naar somatische arts](#)
2. [Aandachtspunten bij anamnese](#)
3. [Aandachtspunten bij lichamelijk onderzoek](#)
4. [Bloedonderzoek](#)
5. [Differentiaal diagnostiek](#)
6. [Ziekenhuis thuis beleid](#)
7. [Opname criteria](#)
8. [Beleid bij somatische opname](#)
9. [Hervoeding Algemeen](#)
10. [Hervoeding- Uitvoering](#)
11. [Hervoeding- Indicatie voor sondevoeding](#)
12. [Hervoeding - Samenvatting klinisch beleid](#)
13. [Hervoeding- Hoe vaak en wat controleer je](#)
14. [Gewicht- Gezond gewicht](#)
15. [Gewicht- Gewichtsbeloop](#)
16. [Somatische complicaties](#)
17. [Complicaties- Laag bloedsuiker](#)
18. [Complicaties- Hart en vaat stelsel](#)
19. [Complicaties - Longen](#)
20. [Complicaties- Maag darmstelsel](#)
21. [Complicaties- Botbreekbaarheid](#)
22. [Complicaties- Lichaamsgroei](#)
23. [Complicaties- Menstruatie en zwangerschap](#)
24. [Complicaties- Nieren: vocht, zout en mineralen](#)
25. [Complicaties- Purgeren/ Laxeren](#)
26. [Bewegingsdrang en aanbevelingen](#)
27. [Maagproblemen bij BED](#)
28. [Suikerziekte \(Diabetes Mellitus\) bij BED](#)
29. [Hart en vaat ziekten \(cardiovasculaire complicaties\) bij BED](#)
30. [Obstructief slaapapneu syndroom \(OSAS\) bij BED](#)
31. [Groei en puberteitsontwikkeling bij BED](#)
32. [Polycysteus ovarium syndroom \(PCOS\) bij BED](#)
33. [Vaker beschreven tekorten bij ARFID](#)

#### 9.1.1 Indicatiesnelheid verwijzen naar somatische arts

**Indicatie voor de snelheid waarmee een volwassen patiënt moet worden beoordeeld :**

Alarmsymptomen waarbij iemand in principe binnen 24 uur somatisch moet worden beoordeeld (spoedoverleg met huisarts of internist):

- volledige vochtweigering in combinatie met verminderd plassen of andere tekenen van uitdroging;
- zeer slechte voedselinname < 500 kcal/dg, langer dan 5 dagen;
- elektrolytstoornissen (natrium < 125 mmol/l, kalium < 2.8 mmol/l of < 3.0 mmol/l met ECG afwijkingen)
- een aan het bed gemeten lage bloedsuiker (random gemeten < 3.5/mmol/l overdag of klachten van een lage bloedsuiker)
- vertraagd denken (bradyfrenie)
- een vastgestelde trage pols (< 40 slagen per minuut)
- flauwvallen of uitputting

#### **Indicatie voor de snelheid waarmee een kind moet worden beoordeeld:**

##### **1. Alarmsymptomen waarbij een kind in principe binnen 24 uur somatisch moet worden beoordeeld (spoedoverleg kinderarts):**

- volledige vochtweigering in combinatie met verminderd plassen of andere tekenen van uitdroging
- zeer slechte voedselinname < 500 kcal/dg, langer dan 5 dagen
- ernstige elektrolytstoornissen
- vertraagd denken (bradyfrenie), hartkloppingen of ritmestoornissen
- een aan het bed gemeten lage bloedsuiker (random gemeten < 3.5/mmol/l overdag of klachten van een lage bloedsuiker)
- gewicht < 70 % van uitgangsgewicht (gewicht van het afvallen)

##### **2. Alarmsymptomen waarbij een kind in principe binnen 1 week somatisch moet worden beoordeeld (in overleg met kinderarts):**

- jonger dan 12 jaar zonder 1 van de acute complicaties
- kind waarbij groei en/of rijping is gestopt
- fors braken of laxeren
- snel gewichtsverlies (> 1.5 kg/week) en/of ernstig gewichtsverlies (>25% van uitgangsgewicht)

Let op: Jongens en sporters hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van complicaties, mogelijk doordat de onderliggende problematiek vaak later wordt herkend.

### **9.1.2 Aandachtspunten bij anamnese**

Naast een uitvoerige **algemene anamnese** inclusief ontwikkelingsanamnese en familieanamnese (met aandacht voor eetstoornissen, psychiatrische stoornissen zoals stemmingsstoornissen, neurodiversiteit, verslavingen e.a.), dienen de volgende aandachtspunten uit [de tabel](#) aan de orde te komen.

#### **Het belang van de hetero-anamnese :**

De patiënt kan vaak de ernst, duur of gevolgen van de eetstoornis onderschatten of ontkennen. Informatie van ouders, partners of andere naasten is cruciaal om een betrouwbaar beeld te krijgen van klachten, gedrag, gewichtsverloop en functioneren. Hetero-anamnese is daarom een essentieel onderdeel van de diagnostiek bij eetstoornissen.

#### **Voorgeschiedenis**

- Ziektevoorgeschiedenis
- Hulpverlenersvoorgeschiedenis en effect van therapie
- Familiaire belasting (psychiatrie, eetstoornissen, somatiek)

<b>Aandachtspunten anamnese én hetero-anamnese</b>	
Klachtschrijving	• aard, frequentie, duur, beloop in de tijd
Ontstaan van het afwijkende eet- en drinkgedrag	• begin, beschrijving, uitlokkende factoren
Gewichtsbeloop	• maximale en minimale gewicht, snelheid gewichtsverlies, weeggedrag, focus op getallen.
Voedingsanamnese	• inclusief drinkgedrag, veranderingen (bv. vegetarisch/veganistisch), vermijden van producten, gebruik van producten met specifiek effect (kauwgom, laxeerthee), calorische intake bijhouden (wijze waarop), maaltijdrituelen, eetbuien
Lichaamsbeleving	• fixatie op lichaamsdelen, streefgewicht, zelfperceptie (“te dik/te dun/goed”)
Compensatiegedrag/purgeren	• braken, laxeren, medicatiegebruik, frequentie, energieverbruik, fysieke inspanningspatroon, dwangmatig bewegen (duur, intensiteit, compulsieve component)
Sociale anamnese	• invloed op functioneren (school, werk), life events, doorgemaakt grensoverschrijdend gedrag, pesten, sociale relaties en hobby’s, gebruik alcohol/drugs/tabak, sociale media (rol bij ziekteproces), stemmingswisselingen
Automutilatie en suïcidaliteit	• frequentie, ernst, eerdere pogingen
Stemming en angst	• huilbuien, prikkelbaarheid, ruzies, angst- of paniekaanvallen
Endocrien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• groei: stagnatie ja/nee</li> <li>• puberteitsontwikkeling: stagnatie ja/nee</li> <li>• vrouwen: menarche, veranderingen menstruatiepatroon, libido, amenorroe, anticonceptiegebruik, gewicht ten tijde van amenorroe</li> <li>• mannen: libido, erectieproblemen</li> <li>• symptomen van systemische ziekten (bv. diabetes, chronische darmproblemen)</li> </ul>
Medicatiegebruik	• inclusief middelen die gewicht of eetlust beïnvloeden

**Tractusanamnese**

<p>Veelvoorkomende lichamelijke klachten bij eetstoornissen:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vermoeidheid</li> <li>• duizeligheid/orthostase</li> <li>• inspanningsintolerantie</li> <li>• flauwvallen/syncope</li> <li>• vol gevoel, postprandiale misselijkheid, buikpijn</li> <li>• obstipatie</li> <li>• algehele malaise</li> <li>• slaapproblemen</li> <li>• droge huid</li> <li>• gemakkelijk blauwe plekken</li> <li>• vertraagde wondgenezing</li> <li>• haaruitval</li> <li>• kouwelijkheid (met name handen/voeten)</li> <li>• hartkloppingen</li> <li>• bot- en gewrichtspijnen</li> <li>• uitblijvende menstruatie (primair/secundair)</li> <li>• afbuigende lengtegroei</li> <li>• vertraagde puberteitskenmerken</li> <li>• hypoglycemische klachten</li> </ul>
--	--

### 9.1.3 Aandachtspunten bij lichamelijk onderzoek

Aandachtspunten lichamelijk onderzoek	
Algemene eerste indruk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bewustzijnsniveau</li> <li>• dysmorphe kenmerken</li> </ul>
Vitale parameters	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ademhaling, pols (vaak ernstig vertraagde hartslag (bradycardie), bloeddruk (vaak vertraagde bloeddruk (hypotensie), bloeddruk liggend/ staand gemeten (ivm orthostase), temperatuur (vaak verlaagde temperatuur=hypothermie)</li> </ul>
Hydratietoestand (vochttoestand)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cave vochtophopingen (oedemen) of tekenen van uitdroging</li> </ul>
Voedingstoestand	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gewicht, lengte, Body Mass Index (G/L2)</li> <li>• spieratrofie (dunner worden van spieren), hoeveelheid vetweefsel</li> </ul>
Huid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kleur; oranje waas van de huis t.g.v. ophoping van caroteen(hypercarotenemie), bleek zien</li> <li>• lanugo (donshaar)</li> <li>• xerosis (droge huid)</li> <li>• haaruitval</li> <li>• broos/ breekbaar haar</li> <li>• littekens (let op: automutilatie)</li> <li>• nagels</li> <li>• wondjes aan vingers/ handrug (teken van Russel)</li> <li>• decubitus (doorligplekken)</li> <li>• acrocyanose (blauwe verkleuring van uitstekende lichaamsdelen)</li> </ul>

Thorax	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hartgrootte</li> <li>• hartuis (mitralisklep insufficiëntie)</li> <li>• pericardwrijven (langs elkaar wrijven van de vliezen van het hartzakje bij vocht/ontsteking)</li> </ul>
Abdomen (buik)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• scybalae (palpabele gevulde darmlissen bij obstipatie)</li> </ul>
Neurologisch onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bradyfrenie (vertraagd in denken)</li> <li>• afgenomen spierkracht</li> <li>• sensibiliteit (gevoelszin): (druk)-neuropathie. (storingen door het niet goed functioneren van 1 of meer zenuwen)</li> </ul>
Puberteitskenmerken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• secundaire geslachtskenmerken, atrofie</li> </ul>

### 9.1.4 Bloedonderzoek tabel

Aanvullend labonderzoek bij eetstoornissen		
Categorie	Parameters	Belang/ mogelijke afwijkingen
Algemeen klinisch chemisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• natrium</li> <li>• kalium</li> <li>• chloride</li> <li>• bicarbonaat</li> <li>• calcium</li> <li>• fosfaat</li> <li>• magnesium</li> <li>• glucose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>natrium</u>: hyponatriëmie bij waterloading; schommelingen bij purgeren</li> <li>• <u>kalium</u>: laag bij braken, laxeren, diuretica, overmatig dropgebruik, zoethout thee (glycyrrhizine).</li> <li>• <u>chloor/bicarbonaat</u>: metabole alkalose bij braken/diuretica; metabole acidose bij laxeren/uitdroging</li> <li>• <u>calcium/fosfaat/magnesium</u>: laag bij ondervoeding en hervoeding</li> <li>• <u>glucose</u>: hypo- of hyperglykemie</li> </ul>
Bloedgas (indien mogelijk)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pH</li> <li>• pCO<sub>2</sub></li> <li>• pO<sub>2</sub>,</li> <li>• bicarbonaat</li> <li>• base excess</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• objectieve zuur-base status</li> <li>• metabole alkalose bij braken/diuretica</li> <li>• metabole acidose bij laxeren/uitdroging</li> <li>• respiratoire acidose bij spierzwakte/uitputting</li> </ul>
Nierfunctie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ureum</li> <li>• creatinine</li> <li>• evt. cystatine C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nierfunctie en dehydratie</li> <li>• cystatine C betrouwbaarder bij ondergewicht</li> </ul>
Leverfunctie / eiwitten	ASAT, ALAT, AF, γGT, albumine	Transaminasen (ASAT/ALAT) kunnen tot 2x boven normaal stijgen tijdens refeeding/autofagie, meestal reversibel
Ontstekingswaarde	BSE	Screening op chronische ontsteking/infectie

Volledig bloedbeeld	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hb</li> <li>• MCV</li> <li>• leukocyten</li> <li>• trombocyten</li> <li>• differentiatie</li> </ul>	bij beenmergdepressie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• anemie (ijzer-, foliumzuur, B12-tekort)</li> <li>• leukopenie</li> <li>• trombocytopenie</li> </ul>
Vitamines (op indicatie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vitamine B1 (thiamine)</li> <li>• vitamine B12</li> <li>• foliumzuur</li> <li>• vitamine D</li> </ul>	Afhankelijk van voedingsanamnese; tekorten door slechte intake of malabsorptie
Op indicatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bilirubine</li> <li>• pre-albumine</li> <li>• amylase</li> <li>• lactaat</li> <li>• schildklierfunctie (TSH, FT4)</li> <li>• coeliakieserologie</li> <li>• lipidenprofiel (bij psychofarmaca of metabool risico)</li> </ul>	Gericht aanvullend onderzoek afhankelijk van klinische vraag

Zie ook labwaarden tijdens [hervoedingsfase bij 9.1.9.](#)

### 9.1.5 Differentiaaldiagnostiek

Gewenst gewichtsverlies			
Categorie	Subcategorie / Voorbeelden	Effect op eetlust	Onderscheidende vraag / Kernpunt
Diëten / calorierestictie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gezonde leefstijl,</li> <li>• intermitterend vasten</li> <li>• crashdieet</li> <li>• bariatrisch traject</li> </ul>	Afhankelijk, vaak behouden of licht verminderd	Is het doel gewichtsverlies uit gezondheid of uiterlijk, zonder pathologische overtuigingen?
Psychiatrische eetstoornis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anorexia nervosa</li> <li>• boulimia nervosa</li> <li>• ARFID</li> <li>• extreem gezond eten</li> </ul>	Sterk verminderd of pathologisch gestuurd	Gebeuren de eet- en gewichtsveranderingen vanuit pathologische angst om aan te komen / verstoord lichaamsbeeld?

Medicatie (voorgeschreven of vrij verkrijgbaar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• amfetaminen</li> <li>• cafeïnepreparaten</li> <li>• schildklierhormoon</li> <li>• GLP-1-agonisten</li> <li>• topiramaat</li> <li>• laxantia</li> <li>• diuretica</li> </ul>	Meestal verminderd	Wordt het middel gebruikt als afslankstrategie, met of zonder medische begeleiding?
Homeopathische / alternatieve afslankmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kruidenpreparaten,</li> <li>• 'natuurlijke' middelen (bv. efedrine, groene thee-extract)</li> </ul>	Variabel	Bewust gekozen om af te vallen? Risico's door onbekende ingrediënten?
Sporters (zonder anorectische cognities)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intensief trainen met dieet</li> <li>• gewichtsklasse-sporten (judo, boksen), bodybuilding</li> </ul>	Vaak behouden of verhoogd	Gaat het om prestatie/fysieke optimalisatie, zonder angst voor gewichtstoename of vertekend lichaamsbeeld?

<b>Ongewenst gewichtsverlies</b>		
	<b>Subcategorie / Voorbeelden</b>	<b>Effect op eetlust</b>
Endocrien	Hyperthyreoïdie (Graves), DM type 1 (polyfagie + afvallen), zeldzaam: feochromocytoom, glucagonoom	Verhoogd of behouden
Gastro-intestinaal	Coeliakie (malabsorptie), pancreasinsufficiëntie (CF, chronische pancreatitis), IBD (Crohn, colitis ulcerosa), parasitaire infecties	Verhoogd of behouden
Maligniteiten	Lymfoom, leukemie, GI-tumoren, solide tumoren (testis, ovarium, long)	Verminderd
Chronische infecties	Tuberculose, HIV, hepatitis, chronische bacteriële infecties	Verminderd
Auto-immuun / inflammatoir	Reumatoïde artritis, SLE, sclerodermie	Verminderd
Endocrien	Addison, hypopituitarisme	Verminderd
Neurologisch	Dysfagie, ALS, myasthenia gravis, epilepsie (incl. medicatie-effecten)	Verminderd
Chronische ziekten	CF, chronische nierziekte, levercirrose, congenitaal hartfalen	Verminderd
Obstructief / vasculaire compressies	SMA-syndroom (Wilkie), MALS (Dunbar-syndroom), oesofagusstenose/tumor, pylorusstenose, postoperatieve stricturen	Variabel

Motiliteitsstoornissen / parese	Gastroparese (diabetes, postoperatief, neurologisch), chronische intestinale pseudo-obstructie	Variabel
Sociaal / overig	Armoede, verwaarlozing, prestatiedruk (gewichtsklassen), stressfactoren	Variabel

### 9.1.6 Ziekenhuis thuis beleid

**Doel:** Met behulp van intensieve thuisbehandeling waarbij het voedingsadvies opvolgen en zoveel mogelijk rust gehouden wordt proberen een ziekenhuisopname te voorkomen.

Ziekenhuis thuis beleid	
Uitvoering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• het hele voedingsadvies (voedingslijst van de diëtist) onder begeleiding van de ouders opvolgen</li> <li>• ouders nemen de zorg voor het eten over (brood smeren, opscheppen, inschenken, warme maaltijd bereiden etc.)</li> <li>• in of om het bed blijven of op de bank in de woonkamer</li> <li>• maximaal 3 keer per dag de trap af, en 3 keer per dag trap op</li> <li>• na iedere maaltijd 1 uur rusten in een warme omgeving, onder dekbed</li> <li>• kleed je warm aan (aanpast aan het seizoen)</li> <li>• warm douchen, maximaal 1 keer per dag en niet langer dan 5 minuten</li> </ul>
Huisregels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geen discussie over het eten</li> <li>• uit de keuken blijven</li> <li>• geen zorg dragen voor het eten van andere gezinsleden</li> <li>• niet mee boodschappen doen of boodschappenlijstje maken</li> <li>• niet naar school</li> <li>• niet sporten en geen bewegingsoefeningen doen</li> <li>• thuis niet wegen</li> <li>• als je iets wilt veranderen, overleg dit dan de eerst met de behandelaar</li> </ul>
Toegestaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• televisie en video kijken, muziek luisteren, lezen</li> <li>• gezelschapsspelletjes</li> <li>• bezoek van vrienden/vriendinnen (op afspraak)</li> <li>• huiswerk maken (maximaal 1½ uur per dag)</li> </ul>
Tips	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maak een dagschema (normaal dag- en nachtritme)</li> <li>• overleg met de behandelaars, ouders en school voor het inpassen van fysieke inspanningen</li> </ul>
Duur	tot de gestelde doelen bereikt zijn en/of in overleg met de behandelaar, in principe maximaal 2 weken.

### 9.1.7 Opname criteria

Er bestaat geen consensus over de somatische opnamecriteria. Onderstaande somatische opnamecriteria zijn gebaseerd op praktijkkennis van experts. Houd een somatische opname zo kort mogelijk: in principe minder dan 2 weken waarbij de acute lichamelijke gevolgen worden afgewend.

#### Criteria opname op somatische gronden

Criteria voor opname algemeen ziekenhuis: indien aan 1 van deze criteria wordt voldaan is opname op een interne afdeling geïndiceerd om acuut gevaar (ernstig nadeel) af te wenden:

- hartritimestoornissen waaronder trage hartactie <40/min;
- ernstig verlaagde bloeddruk (diastole < P5 voor leeftijd) in combinatie met klachten bij orthostase
- (ernstige) dehydratie, al dan niet met vochtweigerings;
- ernstige ondervoeding (< 70% uitgangsgewicht) met (dreigende) complicaties;
- ernstige stoornissen in mineralen/zouten of vochtthuishouding;
- ernstig verlaagde bloedsuiker (< 2.8 mmol/l);
- ernstig verlaagde lichaamstemperatuur (< 33 graden);
- overig: voedsel- en vochtweigerings met dreigende complicaties, uitputting e.d.

**Let op:** voor kinderen kan stagnatie in groei en ontwikkeling een reden voor klinische hervoeding/opname zijn.

### 9.1.8 Beleid bij somatische opname

#### Opnamebeleid

Doelen somatische opname	<ul style="list-style-type: none"> <li>• het bewaken van de vitale functies (waaronder hartslag en bloeddruk);</li> <li>• het behandelen van (de complicaties van) energietekort/ondervoeding of purgeergedrag;</li> <li>• klinisch hervoeden.</li> </ul> <p>Het behalen van een bepaald gewicht valt in principe niet onder deze behandeldoelen.</p>
Maak duidelijke afspraken over tijdens opname)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• controles van vitale parameters/gewicht en overige observaties.</li> <li>• voeding;</li> <li>• diagnostiek;</li> <li>• fysieke inspanningen en/school/werk;</li> <li>• samenwerking en overlegmomenten met behandelaren GGZ/somatiek;</li> <li>• follow up in zowel de somatische als de psychiatrische zorg.</li> </ul>
Indicaties voor monitorbewaking	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vertraagde hartactie (&lt; 40/min)</li> <li>• hartritimestoornissen waaronder ernstige QT-tijd verlenging (&gt; P95 voor leeftijd/geslacht)</li> <li>• zeer ernstige ondervoeding (&lt;60 % van het uitgangsgewicht)</li> <li>• zeer ernstige elektrolytstoornissen (bijvoorbeeld hypokalaemie met ECG afwijkingen)</li> <li>• overweeg monitoring bij junctioneel ritme of bij (nachtelijke) bewegingsdrang.</li> </ul>

Aanvullende afspraken rondom monitorbewaking	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stop monitorbewaking bijvoorbeeld bij &gt; 48 uur zonder incidenten van &gt; 10 min met een hartactie &lt; 40/min.</li> <li>• vaak kan de monitor eerst overdag worden gestopt: tijdens de slaap is de hartactie doorgaans lager.</li> <li>• soms is hartmonitoring niet mogelijk, bijvoorbeeld in een gesloten psychiatrische kliniek waar geen monitor beschikbaar is. Maak in dat geval in afstemming met de betrokken behandelaars een overwogen beslissing over wat op dat moment het meest bijdraagt aan het welzijn van de patiënt.</li> </ul>
--	--

### 9.1.9 Hervoeding

Hervoeden kan zowel ambulante als klinische gebeurtenissen. Klinische hervoeding is van belang bij patiënten met een gewicht < 70% van het uitgangsgewicht of wanneer er sprake is van ernstige lichamelijke gevolgen door het energietekort. (Zie ook [Opnamecriteria](#)).

#### Tempo van hervoeden

Maak individuele afspraken met patiënten over het tempo van gewichtsherstel. Beoordeel daarbij of, en zo ja hoe groot het risico is op het optreden van het refeedingsyndroom. Dit risico is het grootst in de eerste 2 weken na de start van het hervoeden met een piek in de eerste 72 uur.

Het tempo van gewichtsherstel wordt bepaald door:

1. de motivatie van de patiënt;
2. de ernst van de somatische complicaties;
3. de setting (ambulante, psychiatrische afdeling of somatische afdeling).

3 voorbeelden van gewichtsherstel per setting\*

Recente onderzoeken hebben aangetoond dat sneller hervoeden zorgt voor eerder herstel van de lichamelijke complicaties waardoor de ligduur in het ziekenhuis verkort alsook de periode van ondervoeding. Voor de zeer ernstige groep patiënten lijkt snel hervoeden eveneens veilig te kunnen gebeuren.

#### Refeeding syndroom (of hervoedingssyndroom)

Bij herintroductie van koolhydraten bij ondervoede patiënten kan het refeedingsyndroom optreden. Tijdens langdurige ondervoeding verkeert het lichaam in een katabole toestand (afbraakstand, waarbij lichaamseigen weefsels worden gebruikt als energiebron). Bij hervoeding schakelt het metabolisme naar een anabole toestand (opbouwstand, waarbij voedingsstoffen worden gebruikt om reserves aan te vullen en weefsels te herstellen), waarbij insuline vrijkomt. Dit bevordert de opname van glucose in de cellen, samen met fosfaat, kalium en magnesium, wat kan leiden tot ernstige tekorten in het bloed. Daarnaast kan een tekort aan thiamine (vitamine B1), essentieel voor de koolhydraatstofwisseling, klinisch manifest worden. Insuline stimuleert bovendien vocht- en natriumretentie door de nieren, wat het risico op complicaties verder vergroot.

Labwaarden tijdens hervoedingsfase		
Parameter	Belang tijdens hervoeding	Klinische consequentie

Fosfaat	Kernprobleem van refeedingsyndroom; intracellulair verbruik ↑	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spierzwakte</li> <li>• ademhalingsfalen</li> <li>• rabdomyolyse</li> <li>• hemolyse</li> </ul>
Magnesium	Daalt door intracellulaire shift + tekorten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aritmieën</li> <li>• tremoren</li> <li>• convulsies</li> </ul>
Kalium	Daalt door insuline-effect + verliezen (braken/laxeren)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aritmieën</li> <li>• spierzwakte</li> <li>• ileus</li> </ul>
Glucose	Hypo- of hyperglykemie mogelijk	<p>1. Hypo → zwakte, trillen, verwardheid, in ernstige gevallen insuluten of bewustzijnsdaling</p> <p>2. Hyper → dehydratie, osmotische diurese</p>
Calcium	Kan dalen door verschuivingen of vit D- /albuminetekort	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spierkrampen</li> <li>• tetanie</li> <li>• aritmieën</li> </ul>
Natrium	Schommelingen bij waterloading, purgeren of vochtretentie	<p>1. Hypo → hoofdpijn, misselijkheid, verwardheid, in ernstige gevallen insuluten</p> <p>2. Hyper → dehydratie</p>
Chloor/bicarbonaat / bloedgas	Zuur-base verstoringen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratoire acidose bij spierzwakte/uitputting</li> <li>• Metabole acidose bij lactaat (thiaminetekort) of uitdroging/laxeren</li> <li>• Metabole alkalose bij braken/diuretica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ademhaling falen</li> <li>• ritmestoornissen</li> <li>• cognitieve klachten</li> </ul>
Thiamine (Vit B1)	Essentieel voor koolhydraatstofwisseling; tekort vaak pas zichtbaar bij hervoeding ( <i>indien mogelijk bepalen voor start hervoeden</i> )	<p>Wernicke-encefalopathie: trias → oogbewegingsstoornissen (nystagmus, oftalmoplegie) → ataxie → verwardheid; onbehandeld risico op irreversibel Korsakoff-syndroom</p>

\* Toelichtingen

**3 voorbeelden van gewichtsherstel per setting:** Let op, dit zijn voorbeelden! Ambulante setting: streef naar 0,25-0.5 kg per week; Psychiatrische setting (ggz-instelling): naar 0.5-1 kg per week; Klinisch somatische setting (ziekenhuis): 1-1.5 kg per week.

### 9.1.10 Hervoeding - Uitvoering

- Start met suppletie van thiamine voordat wordt gestart met hervoeden\* .
- Indien mogelijk: bepaal een uitgangswaarde van vitamine B1 in het bloed.
- Stel een individueel voedingsplan op met 6 voedingsmomenten per dag.
- Richtlijn voor verdeling van macronutriënten: eiwitten 15-20%, koolhydraten 50-60%, vetten 25-35%.
- Maak afspraken over de duur van de maaltijden en de begeleiding daarbij.
- Gebruik bij voorkeur vast voedsel; bied medische drinkvoeding aan als alternatief..
- Er is gemiddeld 800-1100 kcal per dag extra nodig voor 1 kg gewichtstoename per week.
- Start met een energie-inname van 1500-2000 kcal per dag en verhoog stapsgewijs met 250 kcal per 1-2 dag tot de gewenste hoeveelheid is bereikt. Kijk hierbij naar de individuele behoefte, eventuele complicaties en het verloop van het gewicht.

#### \* Toelichtingen

**Start met suppletie van thiamine voordat wordt gestart met hervoeden:** Dit advies is gebaseerd op expert opinion. Advies: 1ste 5 dagen tenminste 100 mg/dg. oraal of inuus 1 of 2 keer per dag. Zie voor meer informatie (knop hieronder) het Farmacotherapeutisch kompas, of het Kinderformularium.

[Meer informatie](#)

### 9.1.11 Hervoeding - Indicaties voor sondevoeding

Indicaties voor sondevoeding	
Indicaties	<ul style="list-style-type: none"><li>• extreme ondervoeding (cachexie): gewicht &lt; 60 % van het uitgangsgewicht met traagheid in denken, tekenen uitputting en/of spierzwakte</li><li>• totale weigering om te eten en/of drinken waarbij het de patiënt vooralsnog niet lukt dit zelfstandig op te pakken.</li><li>• kortdurend, op verzoek van de patiënt, bij tijdelijk onvermogen zelf te eten of te drinken</li><li>• ernstig lage bloedsuikers, waarbij continue of frequentere voeding (&gt; 6 keer per dag) nodig is</li><li>• zelden: ernstige afwijkingen in de elektrolyten</li></ul>

Adviezen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maak vooraf duidelijke afspraken met de patiënt over mogelijke redenen om sondevoeding te starten.</li> <li>• maak zo kort mogelijk gebruik van de sonde.</li> <li>• maak afspraken over het sonde-in/sonde-uitbeleid (verwijder bijvoorbeeld de sonde na elke maaltijd om hevelen via de sonde te voorkomen).</li> </ul>
----------	--

### 9.1.12 Hervoeding - Samenvatting klinisch beleid

Klinisch beleid hervoeden	
Dieet + vocht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• eetlijst 6 eetmomenten</li> <li>• duur en begeleiding afstemmen</li> <li>• hoogcalorisch starten (vanaf 1500 kcal/dg)</li> <li>• ophogen tot adequate inname met stappen van ~250 kcal/1-2dg</li> <li>• herstel vochtinname</li> </ul>
Gewicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• streef naar gewichtstoename</li> <li>• let op! De meeste patiënten vallen eerst af</li> <li>• gemiddeld is er 800-1100 kcal per dag extra nodig om 1 kg gewichtstoename per week te bereiken</li> </ul>
Lichamelijk onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bij voorkeur dagelijks (eerste week)</li> <li>• let op plotselinge hartslagversnelling, gewichtstoename, vocht vasthouden en tekenen hartfalen.</li> </ul>
Diagnostiek	<p><b>Bloedonderzoek:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dag 0 (voor start hervoeden), dag 3 en dag 5</li> <li>• vervolgonderzoek bij afwijkende waarden</li> <li>• eventueel glucose- dagcurve</li> </ul> <p><b>ECG:</b></p> <p>voor start van de hervoeding, daarna alleen op indicatie</p> <p><b>Urineonderzoek:</b></p> <p>op indicatie</p>
Fysieke inspanningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beperk fysieke inspanningen (herstel energiebalans).</li> <li>• zoek zoveel mogelijk afleiding</li> </ul>
Suppleties	<ul style="list-style-type: none"> <li>• thiamine voor start hervoeding</li> <li>• suppleer laagdrempelig fosfaat</li> </ul>
Bij symptomen hervoedingssyndroom	<ul style="list-style-type: none"> <li>• overweeg een zoutarm dieet en behandel de symptomen</li> <li>• pas bij voorkeur de calorische inname niet aan</li> </ul>

### 9.1.13 Hervoeding - Hoe vaak en wat controleer je wat tijdens hervoeden?

#### Ambulant hervoeden

- Minimaal 1 keer per week controle, inclusief lichamelijke onderzoek en vitale parameters (hartslag, bloeddruk, temperatuur) en gewicht; let op tekenen van oedeem/hartfalen en/of het hervoedingssyndroom.
- Start met een uitgangsbloedonderzoek; vervolgonderzoek afhankelijk van de uitslagen en de ernst van de situatie.

*Klinisch bij sneller hervoeden*

- In de eerste week: dagelijks lichamenlijk onderzoek en controles van vitale parameters en gewicht. Let op tekenen van oedeem, hartfalen of het hervoedingssyndroom.
- Bij opname [bloedonderzoek](#), herhalen op dag 3 en dag 5. Indien nodig vaker herhalen.
- Overweeg een [glucose-dagcurve](#).
- Vertoont de patiënt tekenen van het refeedingsyndroom, pas dan de energie- en vochtinname eventueel aan.
- Suppleer elektrolyten tijdig (vooral fosfaat) bij een dalende trend (0.3 mmol/l/ 1-2 dagen) of verlaagde waarde (streef naar > 1 mmol/l gedurende hervoeding).<sup>195 196</sup>
- Overweeg een natriumarm dieet bij het hervoedingssyndroom. Overige symptomen dienen op maat te worden behandeld.

*Algemene aandachtspunten bij interpreteren van het gewichtsbeloop*

- In de eerste dagen na het starten met hervoeding kan nog sprake zijn van gewichtsverlies. Dit komt door de opbouw van de energie-inname en de aanpassing van de stofwisselingsprocessen in het lichaam of bijvoorbeeld het teveel vocht uitplassen bij niet goed concentrerende nieren.
- Kijk vooral naar de trend van het gewicht over een aantal dagen/weken, dat zegt meer dan het gewicht per dag.
- Let ook op mogelijke beïnvloeding van het gewicht voor de weegmomenten. Bijvoorbeeld door het drinken van water, het verzwaren van kleding of het verdelen van gewichten over het lichaam. Bespreek dit open en zonder oordeel met de patiënt.

### 9.1.14 Gewicht - gezond gewicht

Hoe bepaal je het gezonde gewicht?	
Stap 1	<p><b>Analyse van groei en lengteontwikkeling.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• reconstrueer de <b>historische groeicurve</b> (lengte en gewicht over de tijd)</li> <li>• beoordeel of sprake is van: <ul style="list-style-type: none"> <li>- normale groei,</li> <li>- afbuigende groei, of</li> <li>- groeivertraging.</li> </ul> </li> <li>• gebruik hiervoor gegevens uit jeugdgezondheidszorg, groeiboekje, of medisch dossier.</li> </ul>

Stap 2a	<p>Indien geen groeivertraging;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bepaal het <b>0 SD-gewicht bij de huidige lengte</b> op de gewicht-lengtecurve.</li> <li>• indien de patiënt eerder een <b>goed functionerend lichaam</b> had (inclusief normale groei en menstruatie) bij een lagere SD, gebruik dan die SD-waarde als referentie.</li> </ul>
Stap 2b	<p>Bij groeivertraging:</p> <p><b>Extrapoler</b> de te verwachten <b>normale lengte</b> op basis van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• historische groeigegevens, en</li> <li>• de <b>target height</b> (gemiddelde van ouderlengtes ± geslachtscorrectie)</li> <li>• bereken vervolgens het <b>0 SD-gewicht</b> dat hoort bij deze verwachte lengte.</li> <li>• indien historische groeigegevens ontbreken, mag het gewicht bij <b>0 SD naar de huidige lengte</b> worden aangehouden, met de kanttekening dat dit mogelijk een <b>onderschatting</b> is.</li> </ul>
Stap 3	<p><b>Vaststellen van de gezonde gewichtsmarge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de <b>gezonde gewichtsmarge</b> wordt bepaald als: <b>gewicht bij 0 SD naar lengte -1 kg (ondergrens) en +4 kg (bovengrens)</b>.</li> <li>• bij patiënten ouder dan 16 jaar: pas overstappen op de groeicurve voor volwassenen (&gt;16 jaar) <b>na volledige lichamelijke maturatie</b>.</li> <li>• <b>Indicatie voor gezond gewicht bij meisjes:</b></li> <li>• het gewicht waarbij herstel optreedt van <b>drie opeenvolgende menstruaties</b> (meestal bij ± <b>90% van het ideale lichaamsgewicht</b>);</li> <li>• <b>tel circa 2 kg hierbij op</b> voor de gezonde streefwaarde.</li> </ul>
<b>Algemene informatie over gewicht/wegen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in de eerste dagen na de start van hervoeding treedt vaak nog gewichtsverlies op. Dit komt door de geleidelijke opbouw van de energie-inname en de aanpassing van de stofwisselingsprocessen in het lichaam.</li> <li>• kijk vooral naar de trend van het gewicht over een aantal dagen/weken, dat zegt meer dan het gewicht per dag.</li> </ul> <p>Let ook op mogelijke beïnvloeding van het gewicht voor de weegmomenten. Bij langdurige anorexia kan een andere "setpoint" worden nagestreefd. Bijvoorbeeld door het drinken van water, het verzwaren van kleding of het verdelen van gewichten over het lichaam.</p> <p>Bespreek dit open en zonder oordeel met de patiënt.</p>

### 9.1.15 Gewicht - gewichtsbeloop

#### Groeigegevens en gewicht

Bij volwassenen is de Body Mass Index ( $BMI = \text{gewicht}/(\text{lengte})^2 = \text{kg}/\text{m}^2$ ) de meest gebruikte methode om vast te stellen of er sprake is van ondergewicht. Bij volwassenen is er sprake van ondergewicht als de BMI lager is dan 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Wees kritisch bij het gebruik van de BMI als maat: het nadeel is dat deze geen rekening houdt met lichaamsamenstelling waardoor er zowel een overschatting als een onderschatting van de situatie.

Kinderen-adolescenten: bij kinderen loopt de BMI op met de leeftijd. Vraag bij de jeugdarts of jeugdgezondheidszorginstelling oude groeigegevens op voor een reconstructie van de historische groeicurve om groeivertraging op te sporen en een gezond gewicht te bepalen.

### 9.1.16 Complicaties - Lage bloedsuiker (hypoglykemie)

## Gevolgen

Bij patiënten met een energietekort kan een lage bloedsuiker optreden. Zowel de nuchtere glucosewaarden als de waarden na voedselinname liggen lager dan bij gezonde personen.

Bijdragende oorzaken kunnen zijn:

- falende gluconeogenese (vorming van glucose uit andere bronnen)
- onvoldoende glycogeenvoorraden
- verhoogd glucoseverbruik (bijvoorbeeld door overmatig sporten)
- verminderde glucagonsecretie

*Informatie:*

- De streefwaarden voor bloedsuiker zijn tussen de 3,5-10 mmol/l overdag en 4-10 mmol/l voor de avond/nacht.
- Een ernstig verlaagde suikerwaarde (<2.8mmol) kan gevaarlijk zijn en leiden tot coma, convulsie of overlijden.
- Veel patiënten rapporteren symptomen passende bij een lage bloedsuiker, vooral postprandiaal (na de maaltijd) of na langdurig nuchter zijn.
- Na een eetbui/braken worden eveneens vaker lagere bloedsuikerwaarden gemeten, waarschijnlijk doordat er dan een grote hoeveelheid insuline vrij komt in het lichaam.
- Klachten bij hypoglykemie kunnen zijn: transpireren, duizeligheid, hoofdpijn, trillen, wazig zien en/of snelle hartslag.
- Bij frequent voorkomen van een lage bloedsuiker ervaren patiënten vaak geen klachten (hypoglykemie unawareness).

## Aanbevelingen

Bij een gemeten lage bloedsuiker of klachten van lage bloedsuiker:  
verricht een bedside bloedsuikermeting en herhaal de meting bij twijfel.

Bij een ernstig verlaagde waarde en/of bij klachten, handel als volgt:

- **Bij aanspreekbare patiënt:** Geef een glas limonade (niet suikervrij!) of 4 dextro energytabletten + een boterham met beleg of 1 flesje nutridrink (300ckal = 200ml van 1.5 kcal/ml of 125ml van 2,4ckal/ml). Indien dit niet lukt: overweeg sondevoeding.
- **Bij een niet- aanspreekbare patiënt:** Stabiliseer depatiënt en dien een intraveneuze glucosebolus toe(10 gr = 100 ml glucose 10 %). Let op: Geef indien mogelijk eerst thiamine intraveneus. Zodra het bewustzijn terugkeert: Geef een boterham met beleg of een nutridrink.
- Note: Glucagon toedienen heeft vaak geen zin vanwege het ontbreken van glycogeenvoorraden.

Let op: tijdens de hervoedingsfase worden ook geregeld hoge bloedsuikers gezien.

## 9.1.17 Complicaties - Hart- en vaatstelsel

### Gevolgen

Acute harddood als gevolg van ritmestoornissen en/of hartfalen is – naast suïcidaliteit – een van de belangrijkste doodsoorzaken bij AN.

- Een vertraagde hartslag (bradycardie), lage bloeddruk (hypotensie) en orthostase (plotselinge

bloeddrukdaling bij opstaan) komen bij vrijwel alle patiënten met AN voor. Deze worden gezien als fysiologische aanpassingen aan de slechte voedingstoestand.

### **Signalen van hartfalen en anatomische veranderingen**

Een relatief snelle pols kan een teken zijn van beginnend hartfalen. Anatomisch worden regelmatig de volgende afwijkingen gezien: afname van de linkerkamer massa, verminderd hartminuutvolume, afname van de verkortingsfractie en het ontstaan van een lekkende mitralisklep, veroorzaakt door malalignment van de hartstructuren bij ondervoeding.

### **Aanbevelingen**

#### ***ECG-afwijkingen***

Qtc-tijd verlenging\* en een wisselende QT-tijd dispersie (het verschil tussen de langste en kortste QT-tijd op het ECG) worden in wisselende mate gevonden bij patiënten met AN:

- als gevolg van cardiale atrofie bij ondervoeding;
- bij elektrolytstoornissen (vooral door purgeren/laxeren of tijdens de hervoedingsfase);
- of als bijwerking van medicatie.

De beschreven incidentie wisselt sterk.

Overige afwijkingen die worden gezien op het ECG: verlengde PR-tijd, verlaagde amplitudes, linkerastdeviatie, AV-block, repolarisatieafwijkingen.

Bij echografisch onderzoek wordt vaak pericardvocht gezien. Dit heeft meestal geen duidelijke klinische relevantie. Routinematig echografisch onderzoek van het hart is dan ook niet geïndiceerd, tenzij er specifieke klachten of verdenkingen zijn.

#### ***Indicaties voor monitorbewaking***

- vertraagde hartactie < 40/min
- hartritmestoornissen of ernstige QT-tijd verlenging (> P95 voor leeftijd/geslacht)
- zeer ernstige ondervoeding (<60 % uitgangsgewicht)
- ernstige elektrolytstoornissen zoals hypokaliemie met ECG afwijkingen bij junctioneel ritme en bij (nachtelijke) bewegingsdrang

#### ***Aanvullende afspraken rondom monitorbewaking:***

- Stop de monitorbewaking na > 48 uur zonder incidenten van > 10 min met een hartactie < 40/min.
- Vaak kan de monitor eerst overdag worden gestopt: tijdens de slaap is de hartfrequentie meestal lager.
- Soms is hartmonitoring niet mogelijk vanwege de setting, bijvoorbeeld in een gesloten psychiatrische kliniek waar de patient verblijft. Maak in dat geval, in afstemming met de betrokken behandelaars, een weloverwogen keuze over wat op dat moment het meest bijdraagt aan het welzijn van de patiënt.

#### **\* Toelichtingen**

**Qtc-tijd verlenging:** De normaalwaarde voor de gecorrigeerde QT tijd (QTc) is korter dan 450ms voor mannen en korter dan 460ms voor vrouwen.

### 9.1.18 Complicaties - Longen

Bij anorexia nervosa/ondervoeding kan respiratoire spierzwakte (incl. diafragma) leiden tot een restrictief longbeeld en hypoventilatie.

- Bloedgasafwijkingen die vaker gezien worden: milde hypoxemie; bij ernstige decompensatie hypercapnie en respiratoire acidose.
- Repetitief braken verhoogt de kans op pneumomediastinum of pneumothorax.
- Let op een verhoogd Infectierisico door verminderde hoestkracht en verminderde weerstand.

### 9.1.19 Complicaties - Maagdarmstelsel

#### Gevolgen

Het gehele maagdarmstelsel kan problemen ervaren als gevolg van het energietekort dan wel het purgeren. Veel patiënten krijgen last van verstopping (obstipatie), ervaren een vol gevoel en wisselende buikpijnklachten. Gevolgen hoog in het spijsverteringskanaal (slokdarm, complicaties tgv oesophagale reflux) zijn meestal gerelateerd aan braken, de gevolgen lager in het spijsverteringskanaal aan het laxeren.

De meeste complicaties verdwijnen na hervoeding en herstel van het energietekort en de eetstoornis.

- *Leverenzymstijgingen* worden frequent waargenomen, waarbij een stijging tot 2x de bovengrens als acceptabel wordt beschouwd. ALAT is daarbij vaak hoger dan ASAT. De werkdiagnose is dat dit hoort bij refeeding of bij autofagie. Bij hogere waarden moeten andere oorzaken worden uitgesloten.
- *Het serumalbumine* is vaak normaal, ook bij ernstig ondervoede patiënten. Dit komt door de relatief hoge eiwitname in het dieet van eetstoornispatiënten. Een verlaagd pre-albumine lijkt een voorspellende waarde voor het optreden van een verlaagd fosfaat en hypoglykemie in de vroege fase van hervoeding bij ernstig ondervoede patiënten met AN. Het verlies van peritoneaal vet kan leiden tot het *arteria mesenterica superior syndroom*, een obstructie van een deel van de dunne darm. Dit gaat vaak gepaard met hevige buikpijn na de maaltijd, braken en uitblijvende ontlasting.
- Heel zelden wordt bij mensen met een eetstoornis een ontsteking van de alvleesklier (pancreatitis) na snel gewichtsverlies gezien, een acute maagverwijding\*, slokdarmscheuren\*, of een ileus.

#### Aanbevelingen

Ernstige obstipatie komt veel voor. Advies voor de patiënt: neem voldoende energie, vocht en vezels. De arts kan in de behandeling laagdrempelig starten met volume- vergrotende laxeermiddelen.

#### \* Toelichtingen

**acute maagverwijding:** Ook wel maagdilatatie genoemd.

**slokdarmscheuren:** Ook wel oesophagusruptuur genoemd.

## 9.1.20 Complicaties - Botbreekbaarheid

### Gevolgen

Voor alle patiënten met anorexia/verminderde voedingstoestand bestaat een tot 3 x verhoogde kans op fracturen. Ook na herstel blijft het fractuurrisico verhoogd.

Er geen lineaire correlatie tussen de uitslag van de DEXA-scan en de mate van verhoogde botbreekbaarheid bij patiënten met AN. Wel zegt een afwijkende uitslag iets over de ernst van de ondervoeding. De scan kan daarom worden gebruikt om de lichamelijke situatie in kaart te brengen en te ondersteunen bij psycho-educatie en motivatie.

Er is in de huidige therapie, behalve bij zeer specifieke groepen (zoals volwassen vrouwen met erg lage botmineraaldichtheid en meerdere fracturen bij wie gewichtsherstel niet lukt), geen plaats voor suppletie met (transdermaal) oestrogeen, bisfosfonaten of vergelijkbare middelen.

### Aanbevelingen

- Het maken van een DEXA-scan wordt zinvol geacht bij patiënten met AN ongeacht de ziekteduur, menstruatiestatus of het geslacht, met name als onderdeel van psycho-educatie.
- Het herhalen van de DEXA-scan kan worden overwogen na 1,5 tot 2 jaar bij persistent ondergewicht of bij het optreden van pathologische fracturen.
- De uitslag van de scan heeft geen gevolgen over het advies over contact en/of risicosporten. Voor alle patiënten met AN geldt:
  - Vermijden sporten met high impact zoals rugby, sprongen van grote hoogte of parachutespringen.
  - Wees laagdrempelig in het beoordelen en inzetten van beeldvorming bij klachten die passen bij de fractuur.
  - Zet in op herstel van gezond gewicht, het opnieuw op gang komen van de menstruatie en een lichte mate van lichaamsbeweging mits de lichamelijke situatie dit toestaat.
  - Zorg voor een normale dagelijkse inname van calcium (1200 mg/dag) en vitamine D (400-800 IE/dag). Suppletie heeft geen bewezen meerwaarde boven voldoende inname via voeding.

## 9.1.21 Complicaties - Lichaamsgroei

### Gevolgen

*bij problemen met lengtegroei*

Vaak is er stagnatie in de lengtegroei ten gevolge van ondergewicht/energie deficiëntie. Ook bij herstel van de voedingstoestand wordt de genetisch voorspelde eindlengte vaak niet gehaald, vooral wanneer de eetstoornis is begonnen vóór de menarche.

### **Aanbevelingen**

*bij problemen met lichaamsgroei*

Bepaal op indicatie de skeletleeftijd om eventuele andere oorzaken van groeistagnatie uit te sluiten en een inschatting van de groeiachterstand te kunnen maken. De behandeling bestaat uit het herstel van het gewicht en voedingstoestand. Toediening van groeihormoon speelt hierin vooralsnog geen rol.

## **9.1.22 Complicaties - Menstruatie en zwangerschap**

### **Gevolgen**

Uitblijvende menstruatie bij patiënten met een eetstoornis is meestal het gevolg van hypogonadotroop hypogonadisme. Bij ongeveer 80% van de vrouwen met amenorroe als gevolg van energiedeficiëntie keert de menstruatie binnen 6 maanden terug, nadat een gezonde gewichtsmarge is bereikt.

Tijdens een periode van amenorroe is zwangerschap wél mogelijk. Benadruk daarom bij seksueel actieve patiënten het belang van het blijven gebruiken van beschermende maatregelen.

Orale anticonceptie (OAC) kunnen bij jeugdige, nog in groei zijnde patiënten, leiden tot vervroegde sluiting van de groeischijven. Daarnaast vertroebelt orale anticonceptie het zicht op de spontane terugkeer van de menstruatie, een belangrijke maat voor somatisch herstel. Er is onvoldoende evidentie dat OAC een positief effect heeft op de botdichtheid.

Tijdens de zwangerschap heeft de zwangere een hoger risico op een hoge bloeddruk, miskraam, complicaties tijdens de bevalling, vroeggeboorte en vertraagde groei in de baarmoeder (IUGR).

### **Aanbevelingen**

Bij een uitblijvende menstruatie, ondanks het bereiken van een gezond gewicht, is het belangrijk om te evalueren of dit gewicht passend is bij de lengte of mogelijk te laag is. Onderzoek ook of er sprake is van excessief bewegen of dat er andere oorzaken zijn voor het uitblijven van de menstruatie. Bij vrouwelijke adolescenten die nog geen menstruatie hebben gehad, dient bij het uitblijven ervan zonder duidelijke verklaring, laagdrempelig een echo te worden verricht om anatomische afwijkingen uit te sluiten.

## **9.1.23 Complicaties - Nieren, vochthuishouding en zouten/mineralen**

### **Gevolgen**

Nierproblemen en verstoringen van de water- en zouthuishouding komen regelmatig voor, met name tijdens laxantiamisbruik, overgeven en in de hervoedingsfase.

Ook dient te veel of juist te weinig drinken vanuit eetgestoorde gedachten, bijvoorbeeld om het gewicht te beïnvloeden, in kaart te worden gebracht. Het risicovolle gedrag dat soms wordt vertoond om het gewicht te beïnvloeden of het hongergevoel te stillen (zoals waterloading), kan leiden tot levensgevaarlijke elektrolytstoornissen (waterintoxicatie). Denk bij onbegrepen laag kalium ook aan het gebruik van drop of producten die zoethout bevatten.

In extreme gevallen kan nierfalen ontstaan door te langdurige vochtrestrictie. Braken en het gebruik van laxantia kunnen hieraan bijdragen.

Het serum kreatinine is, door de afname van spiermassa en productie, een slechte maat voor de nierfunctie. Er zijn aanwijzingen dat cystatine C (een laagmoleculair eiwit, bruikbaar als biomarker voor de nierfunctie) een betere maat is dan kreatinine.

Een ongevoeligheid voor vasopressine (antidiuretisch hormoon) in de nieren of een verminderde productie van vasopressine (centraal, in de hersenen) zijn beschreven met als gevolg diabetes insipidus (een aandoening die gekenmerkt wordt door polyurie (veel plassen) en polydipsie (veel drinken)).

Bovenstaande beelden herstellen na het herstel van de voedingstoestand.

Beschreven afwijkingen in de zuur-base balans:

- Hyperchloremische metabole acidose met een laag kalium kan wijzen op laxantiamisbruik.
- Een hypochloremische metabole alkalose met verlaagd kalium wordt gezien bij braken.
- En ook metabole lactaact acidose kan gezien worden bij hervoeding.

### **Aanbevelingen**

*bij afwijkende elektrolyten:*

1. Suppleer waar nodig en monitor de afwijkende waarden.
2. Ga in gesprek over mogelijke oorzaken (zoals purgeren of laxeren) van de elektrolytstoornissen en probeer de patiënt te helpen deze eventueel af te bouwen.
3. Voor supplementies (zie [Kinderformularium](#), [Farmacotherapeutisch Kompas](#) of [het Acute boekje](#)).

## **9.1.24 Complicaties - Braken /laxeren**

### **Gevolgen**

Langdurig braken of laxeren kan leiden tot hypovolemie en het Pseudo-Bartter syndroom. Bij dit syndroom heeft de patiënt een verhoogd aldosteron. Dit bijnierschorsormoon zorgt voor terugresorptie van water en natrium in de nieren. Kenmerken zijn: hypovolemie laag kalium en metabole alkalose. Bij het stoppen met braken of laxeren kan oedeemvorming optreden. Dit is niet schadelijk maar kan veel angst oproepen bij de patiënt. Uitleg over dit fenomeen kan hierbij helpend zijn.

### **Aanbevelingen**

*zolang iemand nog braakt of laxeert:*

1. Geef uitleg over de gevolgen van braken op het gewicht, de speekselklieren (zwellen door het speeksel) in het bloed (amylasestijging), afbraak glazuur van tanden.
2. Zowel bij afbouw van braken als van laxeren kan de patiënt vocht vasthouden, onafhankelijk van het tempo van afbouw. Dit kan grote gewichtsschommelingen geven. Leg uit dat dit een normale reactie is van het lichaam op langdurig vochttekort. Deze vochtretentie verdwijnt meestal spontaan.
3. Adviseer niet direct de tanden te poetsen na zelfopgewekt braken maar de mond te spoelen met water of iets basisch te nuttigen, zoals melk.
4. Bij het staken van laxeren kan hevige obstipatie optreden. Geef leefstijladviezen (vocht, vezels,

bewegen) en overweeg laagdrempelig het voorschrijven van osmotische laxantia.

5. Zorg voor tandheelkundige zorg: bij start behandeling beoordeling door tandarts (glazuur, cariës, gebit/ tandvlees e.a.). Herhaal dit elke 6 maanden, bij braken 1x per 2-3 maanden.

### 9.1.25 Bewegingsdrang en aanbevelingen

Veel patiënten met ondergewicht ervaren ernstige bewegingsdrang.

#### Waar ligt de grens tussen gezond bewegen en ongezond bewegen?

Fysieke inspanningen vele positieve effecten: verbetering van de cardiovasculaire en respiratoire fitheid, toename van kracht en botdichtheid en een gunstig effect op de psychische weerbaarheid en stressregulatie. Deze voordelen gelden ook voor mensen met een eetstoornis.

Tegelijkertijd kan fysieke inspanningen, in combinatie met inadequaat eetgedrag, een negatieve invloed hebben op het gewicht bij personen met AN. Fysieke inspanningen kunnen worden ingezet als vermijdingsgedrag, om negatieve gevoelens en gevoelens van leegte te onderdrukken. Het compulsieve karakter van bewegingsdrang kan ervoor zorgen dat belangrijke signalen van het lichaam, zoals vermoeidheid of blessure, worden genegeerd worden.

Er is weinig onderzoek beschikbaar over bewegingsadviezen bij eetstoornissen, mede door een gebrekkige conceptualisatie van bewegingsdrang. Het is bovendien belangrijk om te beseffen dat wie bewegingsdrang ervaart of benoemt, niet per se ook overmatig beweegt. Bewegingsdrang heeft namelijk ook een cognitief-affectieve component, die zich niet altijd vertaalt in een grote hoeveelheid beweging. Daarom is het essentieel om zowel de subjectieve beleving als de objectieve mate van beweging goed in kaart te brengen. Beoordeel ook het compulsieve karakter van de inspanning, bijvoorbeeld door te onderzoeken wat er gebeurt als de inspanning wordt onderbroken of niet kan worden uitgevoerd. Houd er rekening mee dat fysieke inspanning niet altijd zichtbaar is; patiënten kunnen ook verborgen bewegingen uitvoeren, bijvoorbeeld op de slaapkamer, met als doel calorieverbranding.

De kern is dat de motivatie om te bewegen vaak niet voortkomt uit plezier of het streven naar gezondheid, maar uit bezorgdheid over gewicht en lichaamsvormen (motieven die soms worden gepresenteerd als gezondheidsdoelen).

Let op: het verbieden van beweging kan bijdragen aan gewichtsherstel, maar heeft doorgaans geen effect op de onderliggende cognitieve processen. Bovendien heeft beweging ook positieve effecten, zoals het ondersteunen van emotieregulatie. De uitdaging is dan ook het vinden van een passende balans.

#### Aanbevelingen

*met betrekking tot algemene inspanningen:*

Algemeen advies bij bewegingsdrang: streef naar voldoende warme kleding en een warme omgevingstemperatuur. Werk toe naar een gezond gewicht, bespreek de functie en/of dwangmatigheid van het bewegen en het doel ervan. Probeer dwangmatig bewegen waar mogelijk te vervangen door plezierige of functionele inspanningen.

1. Geen fysieke inspanningen bij een calorische intake lager dan 1500 kcal/dag.
2. Start fysieke inspanningen pas bij een calorische intake hoger dan 1500 kcal/dag én wanneer:
  - er een goed stijgende gewichtstrend is gedurende tenminste 3 weken

- er voldoende compenserende energie ingenomen wordt voor de te leveren inspanning
- er geen somatische complicaties aanwezig zijn zoals syncope, hypoglykemie, palpitations e.a.

### 9.1.26 Somatische complicaties tabel

Somatische complicaties	
Systeem	Complicaties
Algemeen	Ondergewicht of onvoldoende gewichtstoename; gestoorde lengtegroei/kort gestalte; verlaagd basaal metabolisme; koude-/warmte-intolerantie; vermoeidheid en uitputting.
Neuro-endocrien	Ontregeling CCK, serotonerge/dopaminerge systemen, NPY/AgRP↑, PYY↑, leptine↓, ghreline↑, GLP-1↑; vertraagde/stagnerende puberteit; hypogonadotroop hypogonadisme; GH↑/IGF-1↓; cortisol↑; T3↓/rT3↑; SIADH; centrale diabetes insipidus; oxytocine↓; kisspeptine↓.
Metabool	Hypoglykemie; soms hyperglykemie (bij insulineresistentie, tijdens refeeding), zink laag; hypercholesterolemie; hypo-Mg/-P/-K (vooral bij braken/laxantia en refeeding).
Cardiovasculair	Hypotensie; bradycardie; orthostase; acrocyanose; ECG-afwijkingen (QTc-verlenging, ritmestoornissen); cardiale hypotrofie; mitralisklepinsufficiëntie of prolaps; pericardeffusie; decompensatio cordis/oedeem; acute hartdood.
Bewegingsapparaat	Verminderde botmineraaldichtheid (osteopenie/osteoporose); fractuurrisico; krampen; tetanie; spierzwakte/sarcopenie.
Hemato-immunologie	Pancytopenie; neutrofiele dysfunctie; complementafwijkingen; gestoorde Ig-synthese en cellulaire immuniteit; Hb-F-stijging.
Neuropsychologisch/neurologisch	(Pseudo)atrofie cerebrum (↓grijze/witte stof, vergrote liquorruimten); cognitieve stoornissen; EEG-afwijkingen; convulsies; perifere neuropathie; autonome dysfunctie. Wernicke-Korsakoff (bij refeeding, Vit B1 def): Wernicke (nystagmus, ataxie, verwardheid) → risico bij refeeding; onbehandeld → Korsakoff (geheugenstoornissen, confabulatie).
Tractus digestivus – algemeen	Buikpijn; vertraagde maaglediging; acute maagdilatatatie; pancreatitis; invaginatie; ernstige obstipatie/ileus; gastritis; reflux; galstenen/cholecystitis; flatulentie; smaakstoornissen; SMA-syndroom.
Tractus digestivus – bij braken	Reflux/oesofagitis; cariës en erosieve tanderosie; speekselklierzwellings; Mallory-Weiss; slokdarm- en maagulcera; Barrett-oesofagus; aspiratiepneumonie; vocht-/zuur-base-/elektrolytstoornissen (metabole alkalose, hypo-K/Cl).
Tractus digestivus – bij laxantia	Slijmvlieslaesies colon; melanositis coli; (pseudo)megacolon; catarrhale colitis; colon-inertie; diarree/steatorroe; metabole acidose/gemengde stoornissen; elektrolytverlies (K/Mg/Na).

Renaal	Dehydratie met prerenale nierinsufficiëntie; hypokaliëmisches nefropathie; tubulaire dysfunctie; nefrocalcinose; nierstenen; ↓GFR bij ernstig ondergewicht; pseudo-Bartter (rebound-oedeem na stoppen purgeergedrag).
Huid/haar/nagels	Xerosis; lanugo; acrocyanose; livedo; decubitus; slechte wondgenezing; petechiën/hematomen; haaruitval (telogeen effluvium); hyperkeratosis pilaris; erythema ab igne; broze nagels.
Dentitie	Erosieve glazuurschade; tandvlesbloeding; cariës; denti-overgevoeligheid.
Milieu intérieur/elektrolyten	Dehydratatie; hypo-K/Na/Mg/P; metabole alkalose (braken/diuretica) of acidose (laxantia); refeeding-syndroom (hypofosfatemie, aritmie, oedeem, Wernicke-encephalopathie); waterintoxicatie; rebound-oedeem na stoppen purgeer/laxeergedrag.

### 9.1.27 Maagproblemen bij BED

Maagproblemen komen vaak voor. Frequente eetbuien met grote hoeveelheden voedsel kunnen ernstige gevolgen hebben voor de maag, zoals een maagscheur of maagperforatie.

Patiënten dienen direct contact op te nemen met een arts bij:

- bloedbraken of teerzwarte ontlasting (melena)
- aanhoudend braken
- ernstige buikpijn
- klachten na bariatrische chirurgie in de eerste weken tot maanden zoals:
  - acuut ontstane ernstige buikpijn, snelle pols en/of koorts en/of buikpijn
  - continu braken en pijn in maagstreek

Lichamelijk onderzoek is altijd nodig bij spoedeisende klachten en symptomen zoals hierboven beschreven. Overleg bij verdenking van complicaties met een specialist en verwijs met spoed binnen 1 tot enkele uren bij bloedbraken, braken van stolsels en/of aanwijzingen voor een perforatie.<sup>197</sup>

### 9.1.28 Suikerziekte (diabetes mellitus) bij BED

Suikerziekte, ook wel diabetes mellitus type 2 (DM2), is een veelvoorkomend gevolg van overgewicht. Deze aandoening kan potentieel levensbedreigend zijn en heeft ingrijpende gevolgen voor de levenskwaliteit van patiënten.

Let op: Bij patiënten met DM2 heeft circa 20% een onderliggende eetstoornis, meestal een eetbuistoornis. Een patiënt met recent vastgestelde diabetes kan zich presenteren met klachten als: extreme dorst, veel drinken, droge mond, extreem veel plassen, gewichtsverlies en vermoeidheid.<sup>198</sup>

### 9.1.29 Hart en vaat ziekten (cardiovasculaire complicaties) bij BED

Hoge bloeddruk (hypertensie):

Bij personen tot 70 jaar: streef naar systolische bloeddruk < 140 mmHg. Bij personen met een verhoogd risico (zoals bij diabetes mellitus of chronische nierschade): streef naar een systolische bloeddruk < 130

mmHg. <sup>199</sup>

### **Metabool syndroom** <sup>200</sup>

Het metabool syndroom is geen ziekte op zich., maar een combinatie van risicofactoren voor hart-en vaatziekten die vaak samen voorkomen. Er is dan sprake van:

- overgewicht of obesitas;
- een te hoge bloeddruk;
- een stoornis in het vet- en suikermetabolisme.

### **9.1.30 Obstructief slaapapneu syndroom (OSAS) bij BED**

Bij OSAS blokkeren zachte delen in de keel en ook de tong de bovenste luchtweg waardoor de ademgang stopt. Dit heeft tot gevolg dat personen overdag vaker vermoeid, minder alert en zich minder goed kunnen concentreren. Bij het vermoeden van OSAS: verwijs door naar o.a. een slaapcentrum voor het vaststellen van de diagnose en behandeling. <sup>201 202</sup>

### **9.1.31 Groei en puberteitsontwikkeling bij BED**

Bij jeugdige patiënten met BED moet worden uitgesloten of er sprake is van secundaire obesitas of onderliggende problematiek. Secundaire obesitas kan het gevolg zijn van ziekten, genetische of chromosale afwijkingen, endocriene stoornissen of medicatiegebruik. Signalen die kunnen wijzen op secundaire obesitas zijn: kleine gestalte of een afbuigende lengte groeicurve, ernstige obesitas voor het 5<sup>e</sup> levensjaar, onverzadigbaar eetgedrag (hyperfagie), eetbuien, hirsutisme, Buffalo hump, volle maansgezicht, striae, dysmorfieën, nontwikkelingsachterstand en/of gedragsstoornissen (bijvoorbeeld autisme). Ook de familieanamnese kan aanwijzingen geven: denk aan ouders met een normaal gewicht terwijl het kind opvallend anders gebouwd is dan de rest van het gezin. <sup>203</sup>

### **9.1.32 Polycysteus ovarium syndroom (PCOS)bij BED**

Bij PCOS zitten er meer blaasjes in de eierstokken. Een groot percentage van de vrouwen met PCOS hebben overgewicht. Het risico op [PCOS](#) is verhoogd bij vrouwen met BED. <sup>204 205</sup>

### **9.1.33 Vaker beschreven tekorten bij ARFID**

Voor aanvullende informatie over de symptomen bij tekorten, de benodigde hoeveelheid per dag e.a. zie [het voedingscentrum](#)

- vitamine A <sup>206</sup>
- vitamine B1 (thiamine) <sup>207</sup>
- vitamine B2 <sup>208</sup>
- vitamine B6 <sup>209</sup>
- vitamine B11 (foliumzuur) <sup>210</sup>
- vitamine B12 <sup>211</sup>
- vitamine C <sup>212</sup>

- vitamine D <sup>213</sup>
- vitamine E <sup>214</sup>
- vitamine K <sup>215</sup>

## 9.2 Verdieping vaktherapie

Onderstaande de toepassingen van vaktherapie voor 3 van de 4 eetstoornissen in deze zorgstandaard. Er is geen evidentie voor de toepassing van vaktherapie voor ARFID.

### 9.2.1 Vaktherapie bij AN

Vaktherapie kan aanvullend worden ingezet bij de behandeling van AN. Er is met name evidentie voor de inzet van psychomotorische therapie.

#### Psychomotorische therapie (PMT)

- Het protocol Positieve lichaamsbeleving richt zich op positieve lichaamsexposure en kan worden ingezet bij de behandeling van negatieve lichaamsbeleving. <sup>216 217 218 219</sup>
- Een verstoorde perceptuele lichaamsbeleving kan worden behandeld met de hoepelmethode. <sup>220</sup>
- Voor het leren omgaan met geïnternaliseerde boosheid kan het protocol Agressie regulatie worden ingezet. <sup>221 222 223 224</sup>
- PMT-interventies gericht op gezond bewegen kunnen worden ingezet bij ernstige bewegingsdrang. <sup>225 226</sup>

#### Beeldende therapie (BT)

Beeldende therapie (BT) Kwantitatieve studies wijzen op een significante verbetering van kwaliteit van leven. <sup>227</sup>

#### Dramatherapie (DT)

Dramatherapie (DT) De effectiviteit van DT bij eetstoornissen lijkt veelbelovend, maar er is behoefte aan verder onderzoek en praktische richtlijnen. <sup>228</sup>

#### Muziektherapie (MT)

Muziektherapie (MT) Patiënten met AN kunnen mogelijk profiteren van het therapeutisch inzetten van muziek. Technieken van MT kunnen dienen als medium om bij te dragen aan het zelfgevoel en identiteit. <sup>229 230</sup>

#### Dans- en bewegingstherapie (DMT)

Dans- en bewegingstherapie (DMT) kan mogelijk worden ingezet om de verstoorde lichaamsbeleving, met name de interoceptie bij mensen met AN te verbeteren en om alexthymie te verminderen. <sup>231 232 233 234</sup>

### 9.2.2 Vaktherapie bij BN

Vaktherapie kan aanvullend aan de behandeling voor BN worden gegeven. Er is met name evidentie voor de inzet van psychomotorische therapie.

**Psychomotorische therapie (PMT)**

- Het protocol Positieve lichaamsbeleving richt zich op positieve lichaamsexposure en kan worden ingezet bij de behandeling van een negatieve lichaamsbeleving. <sup>216</sup>
- Voor het leren omgaan met geïnternaliseerde boosheid kan het protocol Agressieregulatie worden ingezet. <sup>221</sup>
- PMT-interventies gericht op gezond bewegen kunnen worden ingezet bij ernstige bewegingsdrang. <sup>225</sup>

**Beeldende therapie (BT)**

Beeldende therapie (BT)-Kwantitatieve studies geven een indicatie voor significante verbetering wat betreft kwaliteit van leven. <sup>235</sup>

**Dramatherapie (DT)**

De effectiviteit van DT bij eetstoornissen lijkt veelbelovend, maar er is behoefte aan verder onderzoek en praktische richtlijnen. <sup>236</sup>

**Muziektherapie (MT)**

Mensen met BN kunnen mogelijk profiteren van het therapeutisch inzetten van muziek. <sup>237</sup>

**Dans- en bewegingstherapie (DMT)**

DMT kan de interoceptie, van mensen met BN mogelijk verbeteren. Dit kan een positieve invloed hebben op de emotionele bewustwording (emotional awareness). DMT kan daarom worden beschouwd als een nuttige interventie om zowel emotieregulatie als lichaamsbewustzijn (interoceptie) te verbeteren. <sup>238 239</sup>

**9.2.3 Vaktherapie bij BED**

Vaktherapie kan aanvullend worden ingezet bij de behandeling van BED. Er is met name evidentie voor de toepassing van psychomotorische therapie.

**Psychomotorische therapie (PMT)**

- Het protocol Positieve lichaamsbeleving richt zich op positieve lichaamsexposure en kan worden ingezet bij de behandeling van een negatieve lichaamsbeleving. <sup>240 241 242 243 244</sup>
- Voor het leren omgaan met geïnternaliseerde boosheid kan het protocol Agressieregulatie <sup>245 246 247 248</sup> worden ingezet.
- PMT-interventies gericht op gezond bewegen kunnen worden ingezet bij ernstige bewegingsarmoede. <sup>249</sup>

**Beeldende therapie (BT)**

Kwantitatieve studies geven een indicatie voor een significante verbetering wat betreft de kwaliteit van leven. <sup>250</sup>

### **Dramatherapie (DT)**

De effectiviteit van DT bij BED lijkt veelbelovend, maar er is behoefte aan verder onderzoek en praktische richtlijnen.<sup>251</sup>

### **Muziektherapie (MT)**

Technieken van MT kunnen fungeren als medium om bij te dragen aan het zelfgevoel en de identiteitsontwikkeling.<sup>252</sup>

### **Dans- en bewegingstherapie (DMT)**

DMT kan mogelijk worden gezien als een nuttige interventie om emotieregulatie en interoceptief lichaamsbewustzijn te ondersteunen.<sup>253</sup>

## 10. Referentielijst

1. Hoek, H.W., & van Elburg, A. (2014). Voedings- en eetstoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(3), 187–191.
2. Smink, F.R.E., van Hoeken, D., & Hoek, H.W. (2013). Epidemiology, course and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543–548.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>
3. Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
4. Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., ... & Yu, D. (2021). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 1–14.  
<https://doi.org/10.1007/s40519-020-00859-x>
5. Eeden, A.E. van, Hoeken, D., Hendriksen, J.M.T., & Hoek, H.W. (2023). Increase in incidence of anorexia nervosa among 10- to 14-year-old girls: A nationwide study in the Netherlands over four decades. *International Journal of Eating Disorders*, 56(12), 2295–2303.  
<https://doi.org/10.1002/eat.24064>
6. Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 362–371.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000826>
7. Eeden, A.E. van, Hoeken, D., & Hoek, H.W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515–524.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
8. D'Adamo, L., Smolar, L., Balantekin, K.N., Taylor, C.B., Wilfley, D.E., & Fitzsimmons-Craft, E.E. (2023). Prevalence, characteristics, and correlates of probable avoidant/restrictive food intake disorder among adult respondents to the National Eating Disorders Association online screen: A cross-sectional study. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00939-0>
9. Kennedy, H.L., Hitchman, L.M., Pettie, M.A., Bulik, C.M., & Jordan, J. (2023). Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in New Zealand and Australia: A scoping review. *Journal of Eating Disorders*, 11, 196. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00922-9>
10. Mangweth-Matzek, B., & Hoek, H.W. (2017). Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 446–451.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000367>
11. Gezondheidsraad. (2022, 28 juni). Adviesrapport. Gezondheidsraad.  
<https://www.gezondheidsraad.nl>
12. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
13. Smink, F.R.E., van Hoeken, D., & Hoek, H.W. (2013). Epidemiology, course and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543–548.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>
14. Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I.C., Dingemans, A., Ehrlich, S., Elzakkars, I., Favaro, A., Giel, K., Harrison, A., Himmerich, H., Hoek, H.W., Herpertz-Dahlmann, B., Kas, M.J., Seitz, J., Smeets, P., Sternheim, L., Tenconi, E., Elburg, A. van, Furth, E. van & Zipfel, S. (2016). Eating

- disorders: The big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 313-315. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X)
15. Kimmel, M.C., Ferguson, E.H., Zerwas, S., Bulik, C.M., & Meltzer-Brody, S. (2016). Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 260–275. <https://doi.org/10.1002/eat.22483>
  16. Hoeken, D. van, & Hoek, H.W. (2020). Review of the burden of eating disorders: Mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 521–527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>
  17. Smink, F.R.E., Hoeken, D. van, & Hoek, H.W. (2013). Epidemiology, course and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543–548. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>
  18. Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I C., Dingemans, A., Ehrlich, S., & Zipfel, S. (2016). Eating disorders: The big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 313–315. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X)
  19. Erskine, H.E., Whiteford, H.A., & Pike, K.M. (2016). The global burden of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 346–353. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000276>
  20. Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A.M., Trott, M., Firth, J., Carfagno, M., Eaton, M., Toffol, M. de, Vergine, M., Meneguzzo, P., Collantoni, E., Gallicchio, D., Stubbs, B., Girardi, A., Busetto, P., Favaro, A., Carvalho, A.F., Steinhausen, H.C., & Correll, C.U. (2024). Outcomes in people with eating disorders: A transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 23(1), 124–138. <https://doi.org/10.1002/wps.21182>
  21. Eddy, K.T., Tabri, N., Thomas, J.J., Murray, H.B., Keshaviah, A., Hastings, E., Ekins, K., Krishna, M., Herzog, D.B., Keel, P.K., & Franko, D.L. (2022). Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(2), 184–189. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10393>
  22. Eddy, K.T., Tabri, N., Thomas, J.J., Murray, H.B., Keshaviah, A., Hastings, E., Ekins, K., Krishna, M., Herzog, D.B., Keel, P.K., & Franko, D.L. (2017). Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(2), 184–189. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10393>
  23. Krom, H., Sluijs Veer, L. van der, Zundert, S. van, Otten, M.A., Benninga, M., Haverman, L. & Kindermann, A. (2019). Health related quality of life of infants and children with avoidant restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 410-418. <https://doi.org/10.1002/eat.23042>
  24. Hay, P., Mitchison, D., Collado, A.E.L., González-Chica, D.A., Stocks, N., & Touyz, S. (2017). Burden and health-related quality of life of eating disorders, including avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 5, 43. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0178-9>
  25. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
  26. Hay, P., et al. (2014). The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977–1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814>
  27. Russell, H., Aouad, P., Le, A., Marks, P., Maloney, D., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Psychotherapies for eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00886-w>
  28. Russell, H., Aouad, P., Le, A., Marks, P., Maloney, D., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Psychotherapies for eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*,

- 11(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00886-w>
29. Thomas, J.J., & Eddy, K.T. (2019). Cognitive-behavioral therapy for avoidant/ restrictive food intake disorder. Children, adolescents, and adults. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108553532>
30. Mulkens, S., Haan, E. de, Kroes, D., & Dumont, E. (2020). Behandelprotocol voor de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID) bij jongeren. In C. Braet & S. Bögels (Red.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten* (pp. 133–161). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
31. Russell, H., Aouad, P., Le, A., Marks, P., Maloney, D., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Psychotherapies for eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00886-w>
32. Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A.M., Trott, M., Firth, J., Carfagno, M., Eaton, M., Toffol M.de, Vergine, M., Meneguzzo, P., Collantoni, E., Gallicchio, D., Stubbs, B., Girardi, A., Busetto, P., Favaro, A., Carvalho, A.F., Steinhausen, H.C. & Correll, C.U. (2024). Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*. Feb;23(1):124-138. doi: 10.1002/wps.21182.
33. Raevuori, A., Keski-Rakhonen, A. & Hoek, H.W. (2014). A review of eating-disorders in males. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 426-430. <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000103>
34. Eeden, A.E. van, Hoeken, D. van, Hendriksen, J.M.T., & Hoek, H.W. (2023). Increase in incidence of anorexia nervosa among 10- to 14-year-old girls: A nationwide study in the Netherlands over four decades. *International Journal of Eating Disorders*, 56(12), 2295–2303. <https://doi.org/10.1002/eat.24064>
35. Bulic, C.M., Kleiman, S.C. & Yilmaz, Z. (2016). Genetic epidemiology of eating disorders. *Current opinion in Psychiatry*, 29(6), 383-388. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>
36. Watson, H.J., Yilmaz, Z., Thornton, L.M., Hübel, C., Coleman, J.R., Gaspar, H A., ... & Seitz, J. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature genetics*, 51(8), 1207-1214. <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0439-2>
37. Homan, K.J., Crowley, S.L., & Sim, L.A. (2019). Motivation for sport participation and eating disorder risk among female collegiate athletes. *Eating Disorders*, 27(4), 369-383. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1528239>
38. Bonfanti, R.C., Melchiori, F., Teti, A., Albano, G., Raffard, S., Rodgers, R., & Coco, G.L. (2025). The association between social comparison in social media, body image concerns and eating disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Body Image*, 52, 101841. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2025.101841>
39. Dane, A., & Bhatia, K. (2023). The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS Global Public Health*, 3(3), e0001091. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001091>
40. Solmi, M., Radua, J., Stubbs, B., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., Carvalho, A.F., Dragioti, E., Favaro, A., Monteleone, A.M., Shin, J.I., Fusar-Poli, P., & Castellini, G. (2021). Risk factors for eating disorders: An umbrella review of published meta-analyses. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(3), 314–323. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1099>
41. Marks, R.J., Foe, A. de, & Collett, J. (2020). The pursuit of wellness: Social media, body image and eating disorders. *Children and Youth Services Review*, 119, 105659. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105659>
42. Kerr, J.A., Paine, J., Thrower, E., Hoq, M., Mollica, C., Sawyer, S.M., Azzopardi, P.S., & Pang, K.C. (2024). Prevalence of eating disorder symptoms in transgender and gender diverse

- adolescents presenting for gender-affirming care. *Journal of Adolescent Health*, 74(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.11.396>
43. Elburg, A. van, Danner, U.N., Sternheim, L.C., Lammers, M.W., & Elzakkers, I. (2021). Mental capacity, decision-making and emotion dysregulation in severe enduring anorexia nervosa. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 545317. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.545317>
  44. Voswinkel, M.M., Rijkers, C., Delden, J.J.M. van, & Elburg, A. van, (2021). Externalizing your eating disorder: A qualitative interview study. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00486-6>
  45. Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., & Ward, W. (2014). The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977–1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814>
  46. Keshishian, A.C., Tabri, N., Becker, K.R., Franko, D.L., Herzog, D.B., Thomas, J.J., & Eddy, K.T. (2021). Comorbid depression and substance use prospectively predict eating disorder persistence among women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 31(4), 309–315. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2021.06.003>
  47. Lloyd, E.C., Haase, A.M., Foster, C.E., & Verplanken, B. (2019). A systematic review of studies probing longitudinal associations between anxiety and anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 276, 175–185. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.083>
  48. Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & Hausswolff-Juhlin, Y. von (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders: Results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), 294–299. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>
  49. Cederlöf, M., Thornton, L.M., Baker, J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Rück, C., ... & Mataix-Cols, D. (2015). Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: A longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry*, 14(3), 333–338. <https://doi.org/10.1002/wps.20251>
  50. Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K.T., Neunhoffer, A.L., ... & Rosenvinge, J.H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: A meta-analysis. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 201–209. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0278-6>
  51. Rijkers, C., Schoorl, M., Hoeken, D. van, & Hoek, H.W. (2019). Eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(6), 510–517. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000544>
  52. Longo, P., Amodeo, L., Toppino, F., Abbate-Daga, G., Panero, M., & Martini, M. (2024). An updated report on trauma in Anorexia Nervosa: Confirmation and novel data. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1), 100372. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2023.100372>
  53. Nagata, J.M., Ganson, K.T., & Murray, S.B. (2020). Eating disorders in adolescent boys and young men: An update. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(4), 476–481. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000918>
  54. Spratt, C.J., MacKenzie Myles, L.A., & Merlo, E.M. (2022). Eating disorders in men: a comprehensive summary. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 9(2), 249-254 <https://doi.org/10.22543/7674.92.P249254>
  55. Kutz, A.M., Marsh, A.G., Gunderson, C.G., Maguen, S. & Masheb, R.M. (2020). Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *Journal of general internal medicine*; 35(3): 885-893. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05477-6>
  56. First Eet Kit. (z.d.). Gevolgen voor je lichaam. <https://www.firsteetkit.nl/gevolgen-voor-je-lichaam>
  57. Hilbert, A., Buerger, A., Hartmann, A.S., Spenner, K., Czaja, J., & Warschburger, P. (2013).

- Psychometric evaluation of the Eating Disorder Examination adapted for children. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 330–339. <https://doi.org/10.1002/erv.2229>
58. Glashouwer, K.A., Veer, R. van der, Malderen, E. van, & Goossens, L. (2019). ChEDE-17: Child version of the Eating Disorder Examination (versie 17) [In voorbereiding].
59. Aardoom, J.J., Dingemans, A.E., Slof Op 't Landt, M.C.T., & Furth, E.F. van (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors*, 13(4), 305–309. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.09.002>
60. Decaluwé, V., & Braet, C. (1999). Child Eating Disorder Examination–Questionnaire (ChEDE-Q): Dutch translation and adaptation of the Eating Disorder Examination–Questionnaire (EDE-Q) authored by C. Fairburn & S. Beglin. Universiteit Gent
61. Goossens, L., & Braet, C. (2010). The screening for eating pathology in the pediatric field. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(6), 483–490. <https://doi.org/10.3109/17477160903473632>
62. Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. van, & Pieters, G. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders*, 3(2), 133–144. <https://doi.org/10.1080/10640269508249156>
63. Rekkers, M., Rijkers, C. van der, Delden, J.J.M. van, & Elburg, A. van, (2021). Measuring body satisfaction in women with eating disorders and healthy women: Appearance-related and functional components in the Body Cathexis Scale (Dutch version). *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(3), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00964-x>
64. Lehmann, V., Ouwens, M.A., Braeken, J., Danner, U.N., Elburg, A.A. van, Bekker, M.H.J., & Strien, T. van (2013). Psychometric properties of the Dutch version of the Eating Disorder Inventory–3. *SAGE Open*, 3(4), 2158244013508415. <https://doi.org/10.1177/2158244013508415>
65. Grisso, T., Appelbaum, P.S., & Hill-Fotouhi, C. (1997). The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatric Services*, 48(11), 1415–1419. <https://doi.org/10.1176/ps.48.11.1415>
66. Collaborative Leaders Network. (z.d.). Tools for collaborative leadership. <https://collaborativeleadersnetwork.org>
67. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (z.d.). Richtlijn terugvalpreventie anorexia nervosa (deel 1 en 2).
68. Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (z.d.). Behandelmethoden bij eetstoornissen. <https://kenniscentrum-kjp.nl>
69. Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., & Eisler, I. (2016). Family therapy for child and adolescent eating disorders: A critical review. *Family Process*, 55(3), 577–594. <https://doi.org/10.1111/famp.12242>
70. Eisler, I., Simic, M., Hodsoll, J., Asen, E., Berelowitz, M., Connan, F., Ellis, G., Hugo, P., Schmidt, U., Treasure, J., Yi, I., & Landau, S. (2016). A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 16(1), 422. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1129-6>
71. Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2020). *Cognitive behavior therapy for adolescents with eating disorders*. Guilford Press.
72. Fairburn, C.G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
73. Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2020). *Cognitive behavior therapy for adolescents with eating disorders*. Guilford Press.
74. Andony, L.J., Tay, E., Allen, K.L., Wade, T.D., Hay, P., Touyz, S., McIntosh, V.V., Treasure, J., Schmidt, U.H., Fairburn, C.G., Erceg-Hurn, D.M., Fursland, A., Crosby, R.D., & Byrne, S.M.

- (2015). Therapist adherence in the Strong Without Anorexia Nervosa (SWAN) study: A randomized controlled trial of three treatments for adults with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1170–1175. <https://doi.org/10.1002/eat.22455>
75. Schmidt, U., Magill, N., Renwick, B., Keyes, A., Kenyon, M., Dejong, H., Lose, A., Broadbent, H., Loomes, R., Yasin, H., Watson, C., Ghelani, S., Bonin, E.M., Serpell, L., Richards, L., Johnson-Sabine, E., Boughton, N., Whitehead, L., Beecham, J., Treasure, J., & Landau, S. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 796–807. <https://doi.org/10.1037/ccp0000019>
76. Rekkers, M., Boerhout, C., Nieuwenhuijse, A., & Bonekamp, J. (2019). Psychomotor interventions for Eating disorders. In: J. de Lange, O. Glas, J. van Busschbach, C. Emck, & T. Scheewe (Eds.). *Psychomotor interventions for mental health: Adults*. (pp. 133-161). Amsterdam: Boom uitgevers.
77. Richtlijndatabase. (z.d.). Chronisch suïcidaal gedrag – richtlijn. [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/suïcidaal\\_gedrag](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/suïcidaal_gedrag)
78. Mac Donald, B., Bulik, C.M., Petersen, L.V., & Clausen, L. (2022). Influence of eating disorder psychopathology and general psychopathology on the risk of involuntary treatment in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(8), 3157–3172. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01446-y>
79. Berends, T., Meijel, B. van, Nugteren, W., Deen, M., Danner, U.N., Hoek, H.W. van, & Elburg, A.A. van (2016). Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: A cohort study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 316. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1019-y>
80. Relapse An. (z.d.). Relapse prevention resources for anorexia nervosa. <https://www.relapse-an.com>
81. Eeden, A.E. van, Hoeken, D., & Hoek, H.W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
82. Mangweth-Matzek, B., & Hoek, H.W. (2017). Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 446–451. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000367>
83. Hay, P., et al (2014). The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977–1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814>
84. Smink, F.R.E., Hoeken, D. van, & Hoek, H.W. (2013). Epidemiology, course and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543–548. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>
85. Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I.C., Dingemans, A., Ehrlich, S., ... & Zipfel, S. (2016). Eating disorders: The big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 313–315. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X)
86. Bulik, C.M., Kleiman, S.C., & Yilmaz, Z. (2016). Genetic epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 383–388. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>
87. Homan, K.J., Crowley, S.L., & Sim, L.A. (2019). Motivation for sport participation and eating disorder risk among female collegiate athletes. *Eating Disorders*, 27(4), 369–383. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1528239>
88. Bonfanti, R.C., Melchiori, F., Teti, A., Albano, G., Raffard, S., Rodgers, R., & Coco, G. L. (2025). The association between social comparison in social media, body image concerns and eating

- disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Body Image*, 52, 101841. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2025.101841>
- Marks, R.J., de Foe, A., & Collett, J. (2020). The pursuit of wellness: Social media, body image and eating disorders. *Children and Youth Services Review*, 119, 105659. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105659>
- Dane, A., & Bhatia, K. (2023). The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS Global Public Health*, 3(3), e0001091. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001091>
89. Kerr, J.A., Paine, J., Thrower, E., Hoq, M., Mollica, C., Sawyer, S.M., Azzopardi, P.S., & Pang, K.C. (2024). Prevalence of eating disorder symptoms in transgender and gender diverse adolescents presenting for gender-affirming care. *Journal of Adolescent Health*, 74(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.11.396>
90. Yean, C., Benau, E.M., Dakanalis, A., Hormes, J.M., Perone, J., & Timko, C.A. (2013). The relationship of sex and sexual orientation to self-esteem, body shape satisfaction, and eating disorder symptomatology. *Frontiers in Psychology*, 4, 887. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00887>
91. Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders: Results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), 294–299. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>
92. Harrop, E.N., & Marlatt, G.A. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors*, 35(5), 392–398. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.12.016>
93. Rijkers, C., Schoorl, M., Hoeken, D. van, & Hoek, H. W. (2019). Eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(6), 510–517. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000544>
94. Kalindjian, N., Hirot, F., Stona, A.C., Huas, C., & Godart, N. (2022). Early detection of eating disorders: A scoping review. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(1), 21–68. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01273-4>
95. Nagata, J.M., Ganson, K.T., & Murray, S.B. (2020). Eating disorders in adolescent boys and young men: An update. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(4), 476–481. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000918>
96. Spratt, C.J., MacKenzie Myles, L.A., & Merlo, E.M. (2022). Eating disorders in men: A comprehensive summary. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 9(2), 249–254. <https://doi.org/10.22543/7674.92.P249254>
97. Kutz, A.M., Marsh, A.G., Gunderson, C.G., Maguen, S., & Masheb, R.M. (2020). Eating disorder screening: A systematic review and meta-analysis of diagnostic test characteristics of the SCOFF. *Journal of General Internal Medicine*, 35(3), 885–893. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05477-6>
98. Cotton, M.A., Ball, C., & Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating disorders: The SCOFF questionnaire for primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 53–56. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20412.x>
99. Dingemans, A.E., Furth, E.F. van, & Aardoom, J.J. (2020). Nederlandse vertaling van de Eating Disorder Examination 17.0 [Testinstrument].
100. Hilbert, A., Buerger, A., Hartmann, A.S., Spenner, K., Czaja, J., & Warschburger, P. (2013). Psychometric evaluation of the Eating Disorder Examination adapted for children. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 330–339. <https://doi.org/10.1002/erv.2229>
101. Glashouwer, K. A., Veer, R. van der, Malderen, E. van, & Goossens, L. (2019). ChEDE-17: Child version of the Eating Disorder Examination, version 17 [In voorbereiding].
102. Lehmann, V., Ouwens, M.A., Braeken, J., Danner, U.N., Elburg, A.A. van, Bekker, M.H.J., & Strien, T. van (2013). Psychometric properties of the Dutch version of the Eating Disorder

- Inventory—3. SAGE Open, 3(4), 2158244013508415. <https://doi.org/10.1177/2158244013508415>
103. Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., & Eisler, I. (2016). Family therapy for child and adolescent eating disorders: A critical review. *Family Process*, 55(3), 577–594. <https://doi.org/10.1111/famp.12242>
  104. Dalle Grave, R. & Calugi, S. (2020). *Cognitive Behavior Therapy for Adolescents with Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
  105. Jong, J., de & Starre, M. van der, (2024). Recente ontwikkelingen binnen cognitive behavior therapy–enhanced (CBT-E). *Gedragstherapie*, 57(3), 254–271.
  106. Fairburn C.G.(2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press
  107. Paphiti, A., & Newman, E. (2023). 10-session Cognitive Behavioural Therapy (CBT-T) for eating disorders: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Cognitive Therapy*, 16, 646–681. <https://doi.org/10.1007/s41811-023-00184-y>
  108. Rekkers, M., Boerhout, C., Nieuwenhuijse, A., & Bonekamp, J. (2019). Psychomotor interventions for eating disorders. In J. de Lange, O. Glas, J. van Busschbach, C. Emck, & T. Scheewe (Eds.), *Psychomotor interventions for mental health: Adults* (pp. 133–161). Amsterdam: Boom uitgevers.
  109. Muratore, A.F., & Attia, E. (2022). Psychopharmacologic management of eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 24(7), 345–351. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01340-5>
  110. Flament, M.F., Bissada, H., & Spettigue, W. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(2), 189–207. <https://doi.org/10.1017/S1461145711000381>
  111. Himmerich, H., Lewis, Y.D., Conti, C., Mutwalli, H., Karwautz, A., Sjögren, J.M., ... Kasper, S. (2023). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines update 2023 on the pharmacological treatment of eating disorders. *World Journal of Biological Psychiatry*, 1–64. <https://doi.org/10.1080/15622975.2023.2179663> 106d.
  112. Hay, P.J., & Claudino, A.M. (2010). Bulimia nervosa. *BMJ Clinical Evidence*, 2010, 1009.
  113. Richtlijndatabase. (z.d.). Chronisch suïcidaal gedrag – behandeling op langere termijn suïcidaliteit. [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/suïcidaal\\_gedrag/behandeling\\_op\\_langere\\_termijn\\_suïcidaliteit/](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/suïcidaal_gedrag/behandeling_op_langere_termijn_suïcidaliteit/)
  114. Giel, K.E., Bulik, C.M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., ... Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-9>
  115. Giel, K.E., Bulik, C.M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., ... Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-9>
  116. Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: Prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525–531. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000750>
  117. Mangweth-Matzek, B., & Hoek, H.W. (2017). Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 446–451. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000367>
  118. Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: Prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525–531. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000750>
  119. Giel, K.E., Bulik, C.M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., ... Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-9>
  120. Giel, K.E., Bulik, C.M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., ... & Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature reviews disease primers*, 8(1), 16.

121. Giel, K.E., Bulik, C.M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., ... Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-9>
122. Araujo, D.M.R., Santos, G.F.D.S., & Nardi, A.E. (2010). Binge eating disorder and depression: A systematic review. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(2–2), 199–207. <https://doi.org/10.3109/15622970701849952>
123. Becker, D.F., & Grilo, C.M. (2015). Comorbidity of mood and substance use disorders in patients with binge-eating disorder: Associations with personality disorder and eating disorder pathology. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(2), 159–164. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.011>
124. Rijkers, C., Schoorl, M., Hoeken, D. van, & Hoek, H.W. (2019). Eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(6), 510–517. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000544>
125. Wooldridge, J.S., Herbert, M.S., Dochat, C., & Afari, N. (2021). Understanding relationships between posttraumatic stress disorder symptoms, binge-eating symptoms, and obesity-related quality of life: The role of experiential avoidance. *Eating Disorders*, 29(3), 260–275. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1701363>
126. Svedlund, N.E., Norring, C., Ginsberg, Y., & von Hauswolff-Juhlin, Y. (2017). Symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among adult eating disorder patients. *BMC Psychiatry*, 17, 90. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1240-7>
127. Becker, K.R., Plessow, F., Coniglio, K.A., Tabri, N., Franko, D.L., Zayas, L.V., ... & Eddy, K.T. (2017). Global/local processing style: Explaining the relationship between trait anxiety and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1264–1272. <https://doi.org/10.1002/eat.22775>
128. Giel, K.E., Bulik, C.M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., & Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-9>
129. Giel, K.E., Bulik, C.M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., & Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-9>
130. Kutz, A.M., Marsh, A.G., Gunderson, C.G., Maguen, S., & Masheb, R.M. (2020). Eating disorder screening: A systematic review and meta-analysis of diagnostic test characteristics of the SCOFF. *Journal of General Internal Medicine*, 35(3), 885–893. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05477-6>
131. Cotton, M.A., Ball, C., & Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating disorders: The SCOFF questionnaire for primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 53–56. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20412.x>
132. Adviescommissie Preventie Eetstoornissen. (z.d.). Advies: Preventie en vroege behandeling van eetstoornissen [PDF-document].
133. Romano, K.A., Heron, K.E., Smith, K.E., Crosby, R.D., Engel, S.G., Wonderlich, S.A., Pang, R.D., & Mason, T.B. (2020). Somatic symptoms and binge eating in women's daily lives. *Journal of Psychosomatic Research*, 135, 110161. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110161>
134. Dingemans, A.E., Furth, E.F. van, & Aardoom, J.J. (2020). Nederlandse vertaling van de Eating Disorder Examination 17.0 [Testinstrument].
135. Hilbert, A., Buerger, A., Hartmann, A.S., Spenner, K., Czaja, J., & Warschburger, P. (2013). Psychometric evaluation of the Eating Disorder Examination adapted for children. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 330–339. <https://doi.org/10.1002/erv.2229>
136. Glashouwer, K.A., Veer, R. van der, Malderen, E. van, & Goossens, L. (2019). ChEDE-17: Child version of the Eating Disorder Examination, version 17 [In voorbereiding].

137. Decaluwé, V., & Braet, C. (1999). Child Eating Disorder Examination – Questionnaire (ChEDE-Q): Dutch translation and adaptation of the Eating Disorder Examination – Questionnaire [Vertaling]. Universiteit Gent.
138. Goossens, L., & Braet, C. (2010). The screening for eating pathology in the pediatric field. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(6), 483–490. <https://doi.org/10.3109/17477160903473632>
139. Strien, T. van, Frijters, J.E., Bergers, G., & Defares, P.B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295–315. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)
140. Lehmann, V., Ouwens, M.A., Braeken, J., Danner, U.N., van Elburg, A.A., Bekker, M.H.J., & Strien, T. van (2013). Psychometric properties of the Dutch version of the Eating Disorder Inventory–3. *SAGE Open*, 3(4), 2158244013508415. <https://doi.org/10.1177/2158244013508415>
141. Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2020). *Cognitive behavior therapy for adolescents with eating disorders*. Guilford Press.
142. Jong, J. de, & Starre, M. van der (2024). Recente ontwikkelingen binnen cognitive behavior therapy-enhanced (CBT-E). *Gedragstherapie*, 57(3), 254–271.
143. Paphiti, A., & Newman, E. (2023). 10-session Cognitive Behavioural Therapy (CBT-T) for eating disorders: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Cognitive Therapy*, 16, 646–681. <https://doi.org/10.1007/s41811-023-00184-y>
144. Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
145. Jong, J. de, & Starre, M. van der (2024). Recente ontwikkelingen binnen cognitive behavior therapy-enhanced (CBT-E). *Gedragstherapie*, 57(3), 254–271.
146. Wilfley, D.E., Mackenzie, K.R., Welch, R.R., Ayres, V.E., & Weissman, M.M. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. New York: Basic Books.
147. Safer, D.L., Telch, C.F., & Chen, E.Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York: Guilford Press.
148. Melisse, B., Blankers, M., Berg, E. van den, Jonge, M. de, Lommerse, N., Furth, E. van, ... & Beurs, E. de (2023). Economic evaluation of web-based guided self-help cognitive behavioral therapy-enhanced for binge-eating disorder compared to a waiting list: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 56(9), 1772–1784. <https://doi.org/10.1002/eat.24143>
149. Melisse, B., Berg, E. van den, Jonge, M. de, Blankers, M., Furth, E. van, Dekker, J., & Beurs, E. de (2023). Efficacy of web-based, guided self-help cognitive behavioral therapy-enhanced for binge eating disorder: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e40472. <https://doi.org/10.2196/40472>
150. Melisse, B., Berg, E. van den, & Beurs, E. de, (2024). Effectiveness of web-based guided self-help cognitive behavioral therapy-enhanced for binge-eating disorder: An implementation study. *International Journal of Eating Disorders*, 57(6), 1379–1389. <https://doi.org/10.1002/eat.24295>
151. CBO. (2008). *Richtlijn eetstoornissen*. Utrecht: CBO.
152. Rekkers, M., Boerhout, C., Nieuwenhuijse, A., & Bonekamp, J. (2019). Psychomotor interventions for eating disorders. In J. de Lange, O. Glas, J. van Busschbach, C. Emck, & T. Scheewe (Eds.), *Psychomotor interventions for mental health. Adults* (pp. 133–161). Amsterdam: Boom uitgevers.
153. Crow, S.J. (2019). Pharmacologic treatment of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 253–262. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.007>
154. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
155. Forman, S.F. et al (2014). Predictors of outcome at 1 year in adolescents with DSM-5 restrictive eating disorders: Report of the National Eating Disorders Quality Improvement Collaborative.

- Journal of Adolescent Health, 55(6), 750–756. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.014>
156. Norris, M.L., Spettigue, W.J., & Katzman, D.K. (2016). Update on eating disorders: Current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 213–218. <https://doi.org/10.2147/NDT.S82538>
  157. Sanchez-Cerezo, J., Nagularaj, L., Gledhill, J., & Nicholls, D. (2023). What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 31(2), 226–246. <https://doi.org/10.1002/erv.2983>
  158. Kurz, S., Dyck, Z. van, Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). Early onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(7), 779–785. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0622-z>
  159. Sanchez-Cerezo, J., Nagularaj, L., Gledhill, J., & Nicholls, D. (2023). What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 31(2), 226–246. <https://doi.org/10.1002/erv.2983>
  160. Hay, P., Mitchison, D., Collado, A.E.L., González-Chica, D.A., Stocks, N., & Touyz, S. (2017). Burden and health-related quality of life of eating disorders, including avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0149-z>
  161. Hilbert, A., Zenger, M., Eichler, J., & Brähler, E. (2021). Psychometric evaluation of the Eating Disorders in Youth-Questionnaire when used in adults: Prevalence estimates for symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder and population norms. *International Journal of Eating Disorders*, 54(3), 399–408. <https://doi.org/10.1002/eat.23436>
  162. Dinkler, L., Wronski, M., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., & Bulik, C.M. (2023). Etiology of the broad avoidant restrictive food intake disorder phenotype in Swedish twins aged 6 to 12 years. *JAMA Psychiatry*, 80(3), 260–269. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.4821>
  163. Sanchez-Cerezo, J., Nagularaj, L., Gledhill, J., & Nicholls, D. (2023). What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 31(2), 226–246. <https://doi.org/10.1002/erv.2983>
  164. Eddy, K.T., Thomas, J.J., Hastings, E., Edkins, K., Lamont, E., Nevins, C.M., ... & Becker, A.E. (2015). Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *International Journal of Eating Disorders*, 48(5), 464–470. <https://doi.org/10.1002/eat.22350>
  165. Zickgraf, H.F., Franklin, M.E., & Rozin, P. (2016). Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: Comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0110-6>
  166. National Library of Medicine. (2023). PubMed entries on ARFID and related disorders. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38062502/> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38454301/>
  167. Dalle Grave, A., & Sapuppo, W. (2020). Treatment of ARFID: A systematic review. *Italian Journal of Eating Disorders and Obesity*, 4(1), 13–23.
  168. Sharp, W.G., Stubbs, K.H., Adams, H., Wells, B.M., Lesack, R.S., Criado, K.K., & Scahill, L.D. (2016). Intensive, manual-based intervention for pediatric feeding disorders: Results from a randomized pilot trial. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 62(4), 658–663. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001038>
  169. Seys, D.M., Duker, P.C., & Rensen, J.H.M. (2010). Effect van het SLIK-programma op voedselname bij kinderen met voedselweigering. *Nederlands Tijdschrift voor*

- Kindergeneeskunde, 78(4), 184–189.
170. Dalle Grave, A., & Sapuppo, W. (2020). Treatment of ARFID: A systematic review. *Italian Journal of Eating Disorders and Obesity*, 4(1), 13–23.
  171. Mulkens, S., & Waller, G. (2021). New developments in cognitive-behavioural therapy for eating disorders (CBT-ED). *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 576–583.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000744>
  172. Dovey, T.M., Wilken, M., Martin, C.I., & Meyer, C. (2018). Definitions and clinical guidance on the enteral dependence component of the avoidant/restrictive food intake disorder diagnostic criteria in children. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 42(3), 499–507.  
<https://doi.org/10.1177/0148607117750089>
  173. Dumont, E., Huskens, B., Seys, D., Rensen, H., Duker, P., & Mulkens, S. (2020). Het SLIK-programma: Behandelprotocol voor de vermijdende/restrictieve voedselnamestoornis (ARFID) bij jonge kinderen. In C. Braet & S. Bögels (Red.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
  174. Mulkens, S., de Haan, E., Kroes, D., & Dumont, E. (2020). Behandelprotocol voor de vermijdende/restrictieve voedselnamestoornis (ARFID) bij jongeren. In C. Braet & S. Bögels (Red.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
  175. Bryant-Waugh, R., & Higgins, C. (Eds.). (2020). *Avoidant restrictive food intake disorder in childhood and adolescence: A clinical guide*. London & New York: Routledge.
  176. Thomas, J.J., & Eddy, K.T. (2019). *Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Children, adolescents, and adults*. Cambridge: Cambridge University Press.
  177. Mulkens, S., Neimeijer, R., Dumont, E., & Kroes, D. (2024). *ARFID bij kinderen, jongeren en volwassenen: Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
  178. Lock, J.D. (2022). *Family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder*. New York & London: Routledge.
  179. Thomas, J. ., Becker, K.R., & Eddy, K.T. (2021). *The picky eater's recovery book: Overcoming avoidant/restrictive food intake disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.
  180. Kindermann, A., Kneepkens, C.M.F., Stok, A., Dijk, E.M. van, Engels, M., & Douwes, A.C. (2008). Discontinuation of tube feeding in young children by hunger provocation. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 47(1), 87–91. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31815b98ef>
  181. Dumont, E., Huskens, B., Seys, D., Rensen, H., Duker, P., & Mulkens, S. (2020). Het SLIK-programma: Behandelprotocol voor de vermijdende/restrictieve voedselnamestoornis (ARFID) bij jonge kinderen. In C. Braet & S. Bögels (Red.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
  182. Lock, J.D. (2022). *Family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder*. New York & London: Routledge.
  183. Gray, E., Chen, T., Menzel, J., Schwartz, T., & Kaye, W.H. (2018). Mirtazapine and weight gain in avoidant and restrictive food intake disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(4), 288–289. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.011>
  184. Robison, M., Rogers, M.L., Robertson, L., Duffy, M.E., Manwaring, J., Riddle, M., ... & Joiner, T.E. (2022). Avoidant restrictive food intake disorder and suicidal ideation. *Psychiatry Research*, 317, 114925. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114925>
  185. Kambanis, P.E., Kuhnle, M.C., Wons, O.B., Jo, J.H., Keshishian, A.C., Hauser, K., Becker, K.R., Franko, D.L., Misra, M., Micali, N., Lawson, E.A., Eddy, K.T., & Thomas, J.J. (2020). Prevalence and correlates of psychiatric comorbidities in children and adolescents with full and subthreshold avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 53(2), 256–265.  
<https://doi.org/10.1002/eat.23191>

186. National Library of Medicine. (n.d.). PubMed record: ARFID-related studies.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24577245/>
187. Aardoom, J., Dingemans, A., Ginkel, J. van, Spinhoven, P., Furth, E. van, & Akker-van Marle, M.E. van den (2016a). Cost-utility of an Internet-based intervention with or without therapist support in comparison with a waiting list for individuals with eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 49(12), 1068–1076.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22583>
188. Aardoom, J., Dingemans, A., Spinhoven, P., Ginkel, J. van, de Rooij, M. de, & Furth, E. de (2016b). Web-based fully automated self-help with different levels of therapist support for individuals with eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), e159. <https://doi.org/10.2196/jmir.5709>
189. Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309–314). New York: Guilford Press. (Nederlandse vertaling door A-team Jansen Lab, Universiteit Maastricht).
190. Gideon, N., Hawkes, N., Mond, J., Saunders, R., Tchanturia, K., & Serpell, L. (2016). Development and psychometric validation of the EDE-QS, a 12-item short form of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *PLoS ONE*, 11(5), e0152744.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152744>
191. Kurz, S., Dyck, Z. van, Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 779–785. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0622-z>
192. Zickgraf, H.F., & Ellis, J.M. (2018). Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*, 123, 32–42. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.111>
193. Engel, S.G., Wittrock, D.A., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Mitchell, J.E., & Kolotkin, R.L. (2006). Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument (EDQOL). *International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 62–71.  
<https://doi.org/10.1002/eat.20200>
194. Engel, S.G., Wittrock, D.A., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Mitchell, J.E., & Kolotkin, R.L. (2006). Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 62–71.  
<https://doi.org/10.1002/eat.20200>
195. Kinderformularium. (z.d.). Natriumfosfaat oraal.  
<https://www.kinderformularium.nl/geneesmiddel/466/natriumfosfaat-oraal>
196. Farmacotherapeutisch Kompas. (z.d.). Natriumfosfaat (bij hypofosfatemie).  
[https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/n/natriumfosfaat\\_\\_bij\\_hypofat](https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/n/natriumfosfaat__bij_hypofat)
197. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (z.d.). NHG-Standaard: Maagklachten.  
<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/maagklachten>
198. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (z.d.). NHG-Standaard: Diabetes mellitus type 2.  
<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2>
199. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (z.d.). NHG-Standaard: Cardiovasculair risicomanagement. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement>
200. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (z.d.). NHG-Standaard: Cardiovasculair risicomanagement. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement>
201. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (z.d.). NHG-Standaard: Slaapproblemen en slaapmiddelen – Beleid bij overige slaapstoornissen.  
<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen-en-slaapmiddelen#volledige-tekstrichtlijnen-beleid-bij-overige-slaapstoornissen>

202. Richtlijndatabase. (z.d.). Obstructief slaapapneu (OSA) bij volwassenen. [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/osa\\_bij\\_volwassenen/startpagina\\_-\\_obstructief\\_slaapapneu\\_osa.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/osa_bij_volwassenen/startpagina_-_obstructief_slaapapneu_osa.html)
203. Richtlijndatabase. (z.d.). Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen – Diagnostiek en ondersteuning. [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht\\_en\\_obesitas\\_bij\\_volwassenen\\_en\\_kinderen/diagnoc](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/diagnoc)
204. De Gynaecoloog. (z.d.). PCOS – Polycysteus ovarium syndroom. <https://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/pcos-polycysteus-ovarium-syndroom/>
205. Thuisarts.nl. (z.d.). Ik heb polycysteus ovariumsyndroom (PCOS). <https://www.thuisarts.nl/polycysteus-ovarium-syndroom-pcos/ik-heb-polycysteus-ovariumsyndroom-pcos#in-het-kort>
206. Voedingscentrum. (z.d.). Vitamine A. <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vitamine-a.aspx>
207. Voedingscentrum. (z.d.). Vitamine B1. <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vitamine-b1.aspx>
208. Voedingscentrum. (z.d.). Vitamine B2. <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vitamine-b2.aspx>
209. Voedingscentrum. (z.d.). Vitamine B6. <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vitamine-b6.aspx>
210. Voedingscentrum. (z.d.). Foliumzuur (vitamine B11). <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/foliumzuur.aspx>
211. Voedingscentrum. (z.d.). Vitamine B12. <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vitamine-b12.aspx>
212. Voedingscentrum. (z.d.). Vitamine C. <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vitamine-c.aspx>
213. Voedingscentrum. (z.d.). Vitamine D. <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vitamine-d.aspx>
214. Voedingscentrum. (z.d.). Vitamine E. <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vitamine-e.aspx>
215. Voedingscentrum. (z.d.). Vitamine K. <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vitamine-k.aspx>
216. Rekkers, M., Aardenburg, L., Scheffers, M., Elburg, A. van, & Busschbach, J.T. van (2022). Shifting the focus: A pilot study on the effects of positive body exposure on body satisfaction, body attitude, eating pathology and depressive symptoms in female patients with eating disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11795. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811794>
217. Rekkers, M., Scheffers, M., Elburg, A. van, & Busschbach, J. van, (2020a). The protocol Positive Body Experience (PBE): Introducing a psychomotor therapy intervention based on positive body exposure targeting negative body image in eating disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/17432979.2020.1751830>
218. Rekkers, M. (2024). *Body image in eating disorders: Integrating aesthetic and functional body experience* [Proefschrift, Universiteit Utrecht].
219. Rekkers, M., & Gulik, S. van (2018). *Protocol Positieve lichaamsbeleving*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
220. Keizer, A., Engel, M.M., Bonekamp, J., & Elburg, A. van (2018). Hoop Training: A pilot study assessing the effectiveness of a multisensory approach to treatment of body image disturbance in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(6), 729–737. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0585-z>

221. Boerhout, C., Busschbach, J.T. van, Wiersma, D., & Hoek, H.W. (2013). Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 8(4), 241–253. <https://doi.org/10.1080/17432979.2013.790330>
222. Boerhout, C., Swart, M., Voskamp, M., Troquete, N.A.C., Busschbach, J.T. van, & Hoek, H.W. (2017a). Aggression regulation in day treatment of eating disorders: Two-center RCT of a brief body- and movement-oriented intervention. *European Eating Disorders Review*, 25(1), 52–59. <https://doi.org/10.1002/erv.2488>
223. Boerhout, C., Swart, M., Busschbach, J.T. van, & Hoek, H.W. (2016). Effect of aggression regulation on eating disorder pathology: RCT of a brief body- and movement-oriented intervention. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 114–121. <https://doi.org/10.1002/erv.2418>
224. Boerhout, C. (2017b). Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders: Evidence-based treatment and performance-based measurement [Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen].
225. Nieuwenhuijse, A., Snijders, F., Hoek, E. van den, & Elburg, A. van (2023). Stilstaan bij dwangmatig bewegen. *Gedragstherapie*, 56(3), 339–346.
226. Rekkers, M., Boerhout, C., Nieuwenhuijse, A., & Bonekamp, J. (2019). Psychomotor interventions for eating disorders. In J. de Lange, O. Glas, J. van Busschbach, C. Emck, & T. Scheewe (Eds.), *Psychomotor interventions for mental health: Adults* (pp. 133–161). Amsterdam: Boom Uitgevers.
227. Griffin, C., Fenner, P., Landorf, K.B., & Cotchett, M. (2021). Effectiveness of art therapy for people with eating disorders: A mixed methods systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 76, 101859. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101859>
228. Wood, L.L., Hartung, S., Al-Qadfan, F., Wichmann, S., Cho, A.B., & Bryant, D. (2022). Drama therapy and the treatment of eating disorders: Advancing towards clinical guidelines. *The Arts in Psychotherapy*, 80, 101948. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101948>
229. Pasiali, V., Quick, D., Hassall, J., & Park, H A. (2020). Music therapy programming for persons with eating disorders: A review with clinical examples. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 20(3), 15–15. <https://doi.org/10.15845/voices.v20i3.3050>
230. Testa, F., Arunachalam, S., Heiderscheidt, A., & Himmerich, H. (2020). A systematic review of scientific studies on the effects of music in people with or at risk for eating disorders. *Psychiatria Danubina*, 32(3–4), 334–345. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33370711/>
231. Bastoni, I., Guerrini Usubini, A., Gobetti, M., Sanna, M., Pagnoncelli, G., Ubaldi, L., ... & Mendolicchio, L. (2023). Let the body talk: Preliminary data of an open trial of dance movement therapy for eating disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 13(1), 5. <https://doi.org/10.3390/jcm13010005>
232. Savidaki, M., Demirtoka, S., & Rodríguez-Jiménez, R.M. (2020). Re-inhabiting one's body: A pilot study on the effects of dance movement therapy on body image and alexithymia in eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00299-7>
233. Savidaki, M., Demirtoka, S., & Rodríguez-Jiménez, R.M. (2020). Re-inhabiting one's body: A pilot study on the effects of dance movement therapy on body image and alexithymia in eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00299-7>
234. Syper, A., Keitel, M., Polovsky, D.M., & Sha, W. (2023). Dance/movement therapy for individuals with eating disorders: A phenomenological approach. *American Journal of Dance Therapy*, 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10465-023-09397-0>
235. Griffin, C., Fenner, P., Landorf, K.B., & Cotchett, M. (2021). Effectiveness of art therapy for people with eating disorders: A mixed methods systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 76, 101859. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101859>
236. Wood, L.L., Hartung, S., Al-Qadfan, F., Wichmann, S., Cho, A.B., & Bryant, D. (2022). Drama therapy and the treatment of eating disorders: Advancing towards clinical guidelines. *The Arts in*

- Psychotherapy, 80, 101948. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101948>
237. Testa, F., Arunachalam, S., Heiderscheid, A., & Himmerich, H. (2020). A systematic review of scientific studies on the effects of music in people with or at risk for eating disorders. *Psychiatria Danubina*, 32(3–4), 334–345. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33370711/>
238. Bastoni, I., Guerrini Usubini, A., Gobetti, M., Sanna, M., Pagnoncelli, G., Uboldi, L., ... & Mendolicchio, L. (2023). Let the body talk: Preliminary data of an open trial of dance movement therapy for eating disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 13(1), 5. <https://doi.org/10.3390/jcm13010005>
239. Syper, A., Keitel, M., Polovsky, D.M., & Sha, W. (2023). Dance/movement therapy for individuals with eating disorders: A phenomenological approach. *American Journal of Dance Therapy*, 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10465-023-09397-0>
240. Rekkers, M., Aardenburg, L., Scheffers, M., Elburg, A. van, & Busschbach, J.T. van (2022). Shifting the focus: A pilot study on the effects of positive body exposure on body satisfaction, body attitude, eating pathology and depressive symptoms in female patients with eating disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11795. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811794>
241. Rekkers, M., Scheffers, M., Elburg, A. van, & Busschbach, J. van (2020a). The protocol Positive Body Experience (PBE): Introducing a psychomotor therapy intervention based on positive body exposure targeting negative body image in eating disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/17432979.2020.1751830>
242. Rekkers, M. (2024). Body image in eating disorders: Integrating aesthetic and functional body experience [Proefschrift, Universiteit Utrecht].
243. Rekkers, M. (2024). Body image in eating disorders: Integrating aesthetic and functional body experience [Proefschrift, Universiteit Utrecht].
244. Rekkers, M., & Gulik, S. van (2018). Protocol Positieve lichaamsbeleving. Amsterdam: Boom Uitgevers.
245. Boerhout, C., Busschbach, J.T. van, Wiersma, D., & Hoek, H.W. (2013). Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 8(4), 241–253. <https://doi.org/10.1080/17432979.2013.790330>
246. Boerhout, C., Swart, M., Voskamp, M., Troquete, N.A.C., Busschbach, J.T. van, & Hoek, H.W. (2017a). Aggression regulation in day treatment of eating disorders: Two-center RCT of a brief body- and movement-oriented intervention. *European Eating Disorders Review*, 25(1), 52–59. <https://doi.org/10.1002/erv.2488>
247. Boerhout C., Swart, M., Busschbach, J.T. van, & Hoek, H.W. (2016) Effect of Aggression Regulation on Eating Disorder Pathology: RCT of a Brief Body and Movement Oriented Intervention. *European Eating Disorders Review*, 24, 114-121.
248. Boerhout, C. (2017b). Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders: Evidence-based treatment and performance-based measurement [Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen].
249. Vancampfort, D., Probst, M., Adriaens, A., Pieters, G., Hert, M. de, Stubbs, B., ... & Vanderlinden, J. (2014). Changes in physical activity, physical fitness, self-perception and quality of life following a six-month physical activity counseling and cognitive behavioral therapy program in outpatients with binge eating disorder. *Psychiatry Research*, 219(2), 361–366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.019>
250. Griffin, C., Fenner, P., Landorf, K.B., & Cotchett, M. (2021). Effectiveness of art therapy for people with eating disorders: A mixed methods systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 76, 101859. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101859>
251. Wood, L.L., Hartung, S., Al-Qadfan, F., Wichmann, S., Cho, A.B., & Bryant, D. (2022). Drama

- therapy and the treatment of eating disorders: Advancing towards clinical guidelines. *The Arts in Psychotherapy*, 80, 101948. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101948>
252. Pasiali, V., Quick, D., Hassall, J., & Park, H.A. (2020). Music therapy programming for persons with eating disorders: A review with clinical examples. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 20(3), 15–15. <https://doi.org/10.15845/voices.v20i3.3050>
253. Bastoni, I., Guerrini Usubini, A., Gobetti, M., Sanna, M., Pagnoncelli, G., Uboldi, L., ... & Mendolicchio, L. (2023). Let the body talk: Preliminary data of an open trial of dance movement therapy for eating disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 13(1), 5. <https://doi.org/10.3390/jcm13010005>