

# Een praktische handreiking voor de eerste lijn bij eetstoornissen

Emma Horton, Lisa Pijnenburg, Eric van Furth, Lilian van Geelkerken

**Huisartsen zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten met eetstoornissen en hun naasten. Deze patiënten moeten snel verwezen worden naar de specialistische zorg, want ze kunnen in levensbedreigende situaties terechtkomen. Daarom is het belangrijk om een gerichte anamnese met lichamelijk onderzoek en aanvullend labonderzoek uit te voeren. Dit levert veel informatie op over het type en de ernst van een eetstoornis. We bieden handvatten voor het signaleren en vroeg detecteren, en de diagnostiek en indicaties voor doorverwijzing naar collega's in de eerste- en tweedelijnszorg.**

Patiënten met eetstoornissen komen niet veel voor in de huisartsenpraktijk; gemiddeld heeft een huisarts in een normpraktijk (n = 2095) 19 patiënten met de diagnose anorexia nervosa of boulimia nervosa.<sup>1,2</sup> Deze patiëntengroep kan een uitdaging vormen vanwege de diagnostiek, somatische complicaties en hoge morbiditeit en mortaliteit, in combinatie met onderliggende psychiatrische comorbiditeit, die bij 70% van de patiënten aanwezig is.<sup>3</sup> Daarnaast heeft de gespecialiseerde zorg wachtlijsten en kan de overbruggingszorg lastig zijn om te bolwerken. De DSM-5 onderscheidt 3 voedingsstoornissen: pica (het consumeren van niet-eetbare dingen), de ruminatiestoornis en de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID), en 3 eetstoornissen: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN)

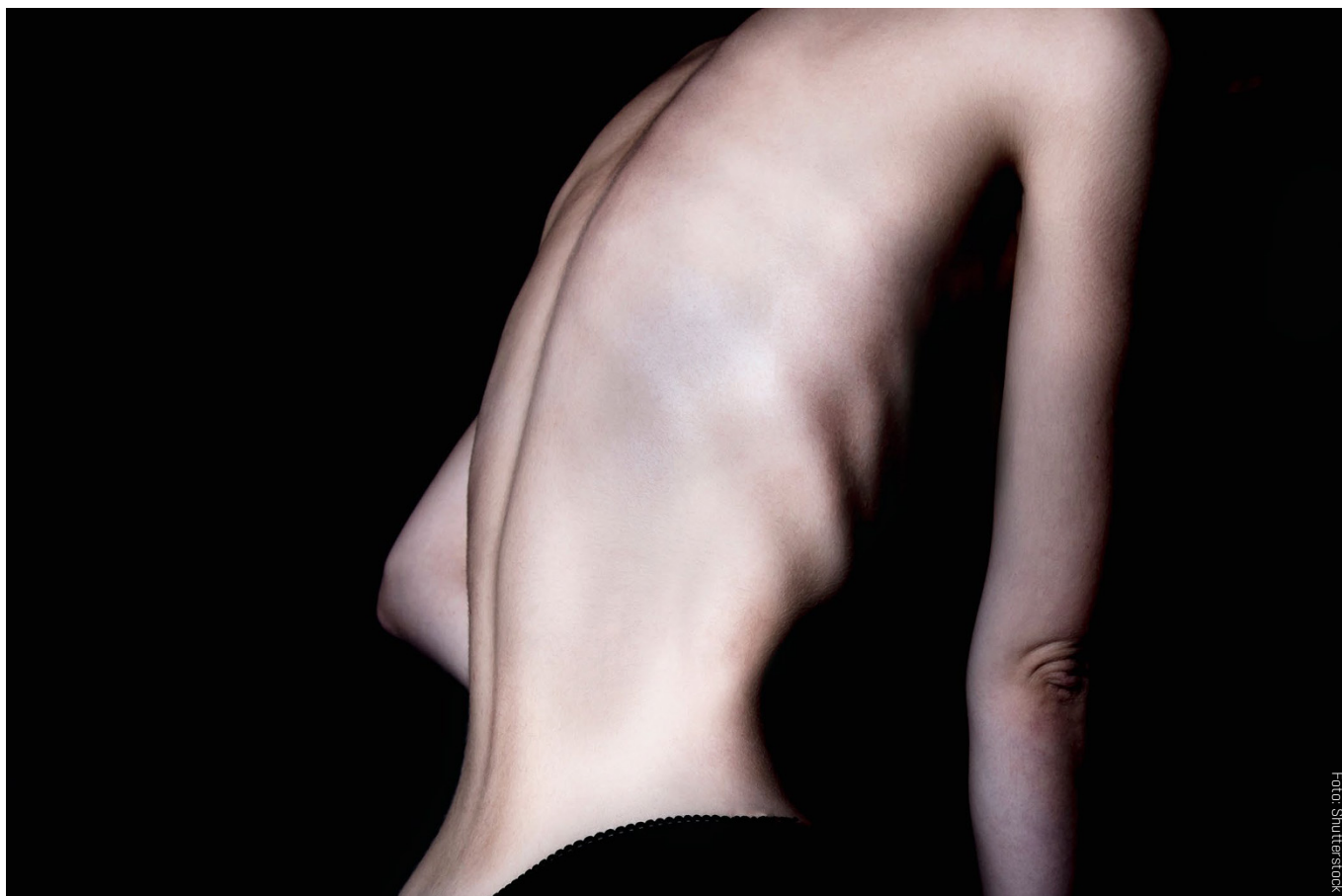


Foto: Shutterstock

Snel verwijzen naar specialistische zorg en een behandeling opstarten leiden over het algemeen tot sneller herstel bij eetstoornissen.

## DE KERN

- Patiënten met een eetstoornis komen niet vaak voor in de huisartsenpraktijk, variëren onderling veel van elkaar en kunnen in levensbedreigende situaties terechtkomen.
- Bij vermoeden van een eetstoornis kan een gerichte anamnese met lichamelijk onderzoek en aanvullend labonderzoek veel informatie opleveren over het type en de ernst van een eetstoornis.
- Gebruik het groeiende Eetstoornissen Netwerk van behandelaren om naar de juiste persoon of instantie in de regio te verwijzen.
- Snelle toeleiding naar passende zorg verbetert de prognose.

en de eetbuistoornis (BED). Daarnaast kent de DSM-5 de andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis en de ongespecificeerde voedings- of eetstoornis.<sup>4</sup> In dit artikel bespreken we 4 stoornissen die aan bod komen in de Zorgstandaard Eetstoornissen: AN, BN, BED en ARFID.<sup>1</sup> nZie [tabel 1] voor de verschillende kenmerken per eetstoornis.

De Zorgstandaard Eetstoornissen omschrijft de beste behandelopties voor een patiënt met 1 van deze eetstoornissen, vanaf de leeftijd van 6 jaar. De standaard is ontwikkeld door een werkgroep van professionals, patiënten en hun naasten, en is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en praktijkkennis. Huisartsen kunnen deze standaard gebruiken voor achtergrondinformatie over de 4 types. De Zorgstandaard bevat ook een apart hoofdstuk over de diagnostiek in de huisartsenpraktijk, waarbij anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek aan bod komen.

De incidentie van eetstoornissen in de Nederlandse populatie blijft de afgelopen jaren stabiel met 54 per 100.000 vrouwen.<sup>2,5,6</sup> We zien een toename in de incidentie van anorexia onder jongeren onder de 15 jaar, met een piekincidentie rond de 15 jaar.<sup>5,6</sup> Bij mannen is de incidentie ongeveer 10 keer lager dan die bij vrouwen. Er is sprake van onderrapportage,

vermoedelijk vanwege stigma's die bij mannen een rol kunnen spelen: het hebben van een psychiatrische ziekte en het lijden aan een 'vrouwspecifieke' aandoening.<sup>7</sup> De incidentie van BN neemt de afgelopen decennia over alle leeftijdsgroepen af. Mogelijk heeft dit te maken met de toename van obesitas, en daarmee het normaliseren van overgewicht.<sup>2,5,7</sup> De piekincidentie van BN ligt tussen de 20 en 29 jaar. De kans op herstel van AN of BN is 4 tot 8 keer groter wanneer de diagnose voor het negentiende levensjaar gesteld wordt dan daarna.<sup>8</sup> Personen met BED hebben regelmatig eetbuien met een gevoel van controleverlies, zonder compensatoir gedrag. Doordat dat laatste ontbreekt, hebben mensen met BED vaak overgewicht of (morbide) obesitas. Onderzoek laat zien dat BED vaker voorkomt bij mannen dan bij vrouwen.<sup>7,9</sup> Bij kinderen en adolescenten ligt de prevalentie volgens schattingen op 1-3%. BED ontstaat bij jongeren meestal tijdens de adolescentie.<sup>10</sup>

Patiënten met ARFID hebben een selectief eetpatroon en vermijden bepaalde producten, zonder dat er zorgen zijn over gewichtstoename of *body image*. Het selectieve eten kan komen door smaak- of voedselvoorkeuren, sensorische kenmerken of slikangst. De oorzaak hiervan kan gelegen zijn in desinteresse in het eten of een gebrek aan plezier in eten. De populatie is jonger dan bij de andere eetstoornissen en er worden meer mannen/jongens gediagnosticeerd. Bij deze groep komt psychiatrische comorbiditeit vaak voor, zoals AD(H)D en autisme.<sup>11-13</sup> Er zijn bepaalde risicofactoren voor het ontstaan van een eetstoornis, bijvoorbeeld erfelijke kwetsbaarheid, specifieke psychische factoren, zoals een negatieve lichaamsbeleving, en irrationele zorgen over het gewicht. Ook problemen in de gezinssituatie en een taboe op het uiten van gevoelens kunnen het risico verhogen. Daarnaast spelen ook socioculturele factoren een rol, bijvoorbeeld bij het beoefenen van topsport of schoonheidsidealen.<sup>1,3,14</sup>

## SIGNALEREN, VROEGE DETECTIE EN DIAGNOSTIEK

Het is bekend dat (jong)volwassenen met een eetstoornis niet vaak met 'een eetstoornis' bij de huisarts komen. Ze schamen zich vaak of hebben onvoldoende ziektebesef.<sup>1,15</sup> Meestal

Tabel 1

Kenmerken van eetstoornissen

| Eetstoornis      | Eten  | Gewicht                                     | Body image                               | Eetbuien                      | Compensatiegedrag; purgeren, sporten |
|------------------|---|---|--|-------------------------------|--------------------------------------|
| Anorexia nervosa | [Zeer] restrictief                              | Ondergewicht                                | Onevenredig grote invloed op zelfoordeel | Kunnen voorkomen              | 1 of meer vormen aanwezig            |
| Bulimia nervosa  | Onregelmatig, kan restrictief zijn              | Normaal of overgewicht                      | Onevenredig grote invloed op zelfoordeel | Regelmatig met compensatie    | Regelmatig aanwezig                  |
| Eetbuistoornis   | Geen restricties                                | Normaal of overgewicht                      | Niet altijd van grote invloed            | Regelmatig zonder compensatie | Niet regelmatig                      |
| ARFID            | Restrictief voor alles of selectief restrictief | Ondergewicht en/of met voedingsdeficiënties | Niet van invloed                         | Niet aanwezig                 | Geen                                 |

vormen specifieke klachten aanleiding voor een consult. Bij kinderen of jongeren trekken ouders of verzorgers vaker aan de bel. Typische, specifieke klachten zijn: *failure-to-thrive*, vermoeidheid, klachten van het maag-darmstelsel, stemmingsklachten en angstklachten.<sup>3,12,13</sup> De menstruatie kan bij vrouwen uitblijven door ondergewicht, stress en wanneer ze overmatig sporten en bewegen.<sup>15</sup>

Een gerichte anamnese en lichamelijke onderzoek, zoals omschreven in de Zorgstandaard of de Signalenkaart eetstoornissen voor de huisartsenpraktijk van Stichting Kiem, kunnen al veel informatie opleveren.<sup>1,14</sup> Zo zijn ook andere oorzaken van de klachten uit te sluiten. Lichamelijk onderzoek met de basismetingen van bloeddruk, pols, temperatuur, gewicht, lengte en BMI zijn makkelijk te vervolgen en kunnen de ernst van de situatie weerspiegelen.<sup>15</sup> Opvallende tekenen van purgeergedrag zijn symmetrisch vergrote speekselklieren aan beide kanten en wonden op de knokkels door het braken (*Russell's sign*). Voor kinderen loopt de BMI op met de leeftijd en kunnen de individuele historische groeicurves een goede indicatie geven van de ernst van het onder- en overgewicht.

Bij iedereen met een vermoeden van een eetstoornis kunt u oriënterend laboratoriumonderzoek verrichten. Zo kunnen afwijkingen aan het licht komen die mogelijk om behandeling vragen [tabel 2]. Bij ondergewicht kan het lab volledig normaal zijn. Normale uitslagen zeggen echter niets over de ernst van de aandoening. De snelheid van de gewichtsdaling zegt daar meer over. Bij purgeergedrag (braken, laxeren) kunnen er stoornissen voorkomen in de elektrolyten- en vochthuishouding. Een hypokaliëmie kan in de eerste lijn behandeld worden en het kalium kan vervolgd worden tot de waarde genormaliseerd is. Controleer de elektrolyten iedere maand bij persisterend purgeergedrag; doe dat vaker bij afwijkende waarden. Bij BED in combinatie met obesitas is het belangrijk het cardiovasculaire risico in te schatten, inclusief onderzoek naar diabetes mellitus, hypercholesterolemie en de transaminasen. Vraag bijvoorbeeld de praktijkondersteuner dit te vervolgen.<sup>16,17</sup> Maak bij elektrolytenstoornissen een ecg of laat de cardioloog dat doen, vooral bij een hypokaliëmie en bij ernstig ondergewicht (BMI < 15). Wanneer er sprake is van een QTc-tijdverlenging luidt het advies QT-tijd-verlengende medicatie te staken (in overleg met de voorschrijver) en met de kinderarts of internist/cardioloog te bespreken of monitoringbewaking nodig is.

Informeert naar het voedingspatroon, inclusief de hoeveelheid drinken, en vraag of de patiënt eetbuien heeft. Bij ARFID zien we vaak een eenzijdig, beperkt eetpatroon. Vraag ook naar interesse in eten, en of bepaalde voedingssoorten reacties oproepen.<sup>11</sup> Bij deze groep kan een diëtiste een voedingsanamnese afnemen om vitaminedeficiënties op te sporen.<sup>14</sup> Ook is gericht aanvullend onderzoek mogelijk naar een tekort aan vitamines en micronutriënten.<sup>11,18</sup>

## BEJEGENING

Bij een vermoeden van een eetstoornis kan en mag u vragen of daar sprake van is. Wees eerlijk en oprecht geïnteresseerd

**Tabel 2**

Labonderzoek en ecg

| Bepalingen   | Voorkomende afwijkingen   |
|--|---|
| Volledig bloedbeeld  | Verlaagd door beenmergonderdrukking bij ondervoeding  |
| Na, K, bicarbonaat, chloride                                   | Afwijkend bij braken, laxeren, <i>water loading</i>   |
| Ureum, creatinine  | Verhoogd bij ondervoeding en/of dehydratie  |
| ASAT, ALAT   | Tot 2 keer verhoogd bij ondervoeding en obesitas  |
| Albumine   | Vaak hoognormaal bij eetstoornissen   |
| Glucose  | Verlaagd bij ernstige ondervoeding/ondergewicht; verhoogd bij (pre)diabetes bij overgewicht |
| Lipidenspectrum  | Verhoogd bij obesitas bij BED-patiënten   |
| Ecg: geïndiceerd bij ondervoeding, purgeren, kaliumafwijkingen | Let op QTc-tijdverlenging, hartritme stoornissen  |

in het verhaal van de patiënt. Oordeel niet, en bied de patiënt steun tijdens de gesprekken. Vraag gericht door, zodat de patiënt zijn antwoorden zo concreet mogelijk maakt. Een patiënt met een eetstoornis kan de klachten bagatelliseren. Beschermende of uitlokkende omgevingsfactoren kunnen bepalen of een stoornis tot uiting komt. Een grote groep patiënten heeft een angstige constitutie, wat verergerd kan worden bij een traumatische of stressvolle gebeurtenis, zoals de COVID-19-maatregelen. Probeer de focus niet op het eten te leggen, maar bespreek de angsten die er zijn. Hierdoor bouwt u sneller een vertrouwensband op, wat nodig kan zijn voor de ondersteuning bij het opstarten van zorg.<sup>19</sup> Afspraken met de POH-ggz (jeugd) kunnen goed zijn voor de contactopbouw, verbetering van de diagnostiek en vergroting van de motivatie voor behandeling.

## INDICATIES VOOR VERWIJZING

Overleg en verwijs jongeren bij een vermoeden van een eetstoornis laagdrempelig naar een kinderarts en/of een gespecialiseerd behandelcentrum voor eetstoornissen. Kinderen en jongeren blijven vaak voor de somatische zorg bij de kinderarts, tenzij het behandelcentrum voor de eetstoornis dit anders organiseert. De kinderarts kan net als de huisarts doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg in de regio. Volwassenen met een vermoeden van een eetstoornis (AN, BN, BED of ARFID) kunt u verwijzen naar een gespecialiseerd eetstoornisbehandelcentrum of de specialistische ggz (S-ggz) in de regio die deze problematiek behandelt. Op de website van het Eetstoornissen Netwerk vindt u behandelaren.

Verwijs in de volgende gevallen met spoed: ernstig ondergewicht (BMI < 15), ernstig purgeergedrag, afvallen > 1 kg per week en ernstige psychiatrische comorbiditeit.<sup>1,15</sup> In andere gevallen volstaat een reguliere verwijzing naar een behandelcentrum in de regio. Er zijn 5 TOPGGz-erkende behandelcentra die ook bovenregionaal werken. Meestal verwijst een regionale ggz-instelling hier zo nodig naar. Bij ernstige klachten en afwijkende bloeduitslagen door de eetstoornis

**Tabel 3**

Indicaties voor overleg en beoordeling door een internist of kinderarts op [zeer] korte termijn

| Spoedoverleg/beoordeling internist   | Beoordeling binnen 24 uur door een kinderarts                                   | Beoordeling binnen 1 week door een kinderarts  |
|--|---|--|
| Vochtweigering en tekenen van dehydratie   | Acute vochtweigering met tekenen van uitdroging                                 | Stop van de maturatie en groei   |
| Elektrolytenstoornissen: Natrium < 125 mmol/L, Kalium < 2,8 mmol/L of < 3 mmol/L met ecg-afwijkingen | Elektrolytenstoornissen   | Fors purgeren: braken en/of laxeren  |
| Symptomatische hypoglykemie  | Hypoglykemie [random gemeten < 3,5/mmol/l] of klachten van een lage bloedsuiker | Syncope  |
| Bradycardie  | Bradycardie   | Aanwijzingen voor bedreigde lichamelijke situatie  |
| Bradycardie: pols < 40 slagen per minuut   | Bradycardie: < 40 slagen per minuut   | Bij aanvullend onderzoek gevonden afwijkingen [elektrolytstoornissen, trage hartslag]      |
| Algehele uitputting  | Gewicht < 70% van het uitgangsgewicht [gewicht voor start afvallen]             | Snel gewichtsverlies (> 1,5 kg/week) en/of ernstig gewichtsverlies (> 25% uitgangsgewicht) |
|  | Ritmestoornissen  |  |

kan het voor een somatische beoordeling nodig zijn om te overleggen met een specialist in het ziekenhuis. Indicaties om met spoed te overleggen met de internist of de kinderarts vindt u in [tabel 3].

### OVERBRUGGING EN OVERLEG

Vanwege de wachtlijsten bij de S-ggz kunt u overbruggingszorg opstarten, bijvoorbeeld via de POH. Omdat u vaak het eerste aanspreekpunt bent is het belangrijk om in deze overbruggingsfase een goede band te behouden met de patiënt en zijn of haar systeem.

Op de website [www.eetstoornissenennetwerk.nl](http://www.eetstoornissenennetwerk.nl) vindt u alle inloophuizen, eerstelijnsbehandelaren, behandelcentra en instellingen die zich hebben gespecialiseerd in eetstoornissen. K-EET is een landelijk project dat als doel heeft de zorg voor kinderen met eetstoornissen te verbeteren. K-EET heeft voor zorgverleners een aantal tools ontwikkeld. De First Eet Kit biedt toegankelijke informatie over eetstoornissen bij jongeren. Daarnaast kan de K-EETi-telefoonlijn dagelijks gebeld worden voor adviezen en overleg over patiënten met een eetstoornis. Verwijs patiënten naar Proud2Bme: de grootste Nederlandse online hulpsite voor patiënten met eetproblematiek.

Tijdens de overbruggingsfase kunt u ook verwijzen naar GZ-psychologen, systeemtherapeuten en diëtisten (aangesloten bij het Voedings Interventie Eetstoornissen (VIE) netwerk) die kennis hebben over eetstoornissen. Bied bij voorkeur hulp aan dicht bij huis. Adviseer of benader zo nodig inloophuizen voor eetstoornissen. Deze organisaties worden door vrijwilligers en ervaringsdeskundigen gerund. Vaak organiseren ze informatieavonden voor patiënten en naasten.

Er kan een psychiatrische crisissituatie ontstaan, bijvoorbeeld bij suïcidaliteit, waarbij een spoedige beoordeling gewenst is. Wanneer de patiënt in behandeling is bij een ggz-instelling kunt u overleggen met de behandelaar, die de beoordeling

vaak zelf kan doen. Wanneer de patiënt buiten de regio wordt behandeld, kan het nodig zijn om de regionale crisisdienst de beoordeling te laten uitvoeren. Buiten kantooruren loopt de route voor overleg via de regionale crisisdienst. Vermeld dan waar de patiënt onder behandeling is, zodat er zo nodig informatie uitgewisseld kan worden.

Wees er alert op dat het gevoel van crisis bij deze groep patiënten makkelijk overgedragen kan worden naar de hulpverlener. Dit kan leiden tot een gevoel van onmacht, onbegrip en onenigheid, soms ook tussen hulpverleners.<sup>19</sup> Overleg in dit soort situaties altijd met de behandelaren van de patiënt.

### CHRONISCHE EETSTOORNISSEN

Er is een kleine groep patiënten bij wie behandeling niet tot remissie van de eetstoornis leidt, en die een chronische en langdurige eetstoornis ontwikkelen. Behandeling van deze groep kan zich richten op het voorkomen van verslechtering op somatisch, sociaal en maatschappelijk niveau. Deze patiënten vormen een lastige groep voor de huisarts vanwege de vaak slechte somatische toestand. Bespreek met de patiënt en diens behandelaar wat zij van u als huisarts verwachten, en wat het beleid is bij een eventuele achteruitgang.

### CONCLUSIE

Eetstoornissen komen in verschillende vormen voor, maar hebben een gemene deler: snel verwijzen naar specialistische zorg en snel een behandeling opstarten leiden over het algemeen tot sneller herstel. De huisarts speelt een essentiële rol bij een vermoeden van een eetstoornis, bijvoorbeeld om de somatische gezondheid van de patiënt te vervolgen. De huisarts is ook het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en diens systeem wanneer er overbrugd moet worden naar specialistische zorg. Overleg met en schakel hulp in van zorgverleners die verbonden zijn aan het groeiende Eetstoornissen Netwerk. ■

## LITERATUUR

1. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Zorgstandaard Eetstoornissen. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018.
2. Donker G. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn – Peilstations 2018. Utrecht: Nivel, 2019.
3. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet* 2020;395:899-911.
4. APA. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Boom, 2013.
5. Smink FR, Van Hoeken D, Donker GA, Susser ES, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *Psychol Med* 2016;46:1189-96.
6. Van Eeden AE, Van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2021;34:515-24.
7. Galmiche M, Dechelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr* 2019;109:1402-13.
8. Van Son GE, Van Hoeken D, Van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *Int J Eat Disord* 2010;43:130-8.
9. Keski-Rahkonen A. Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* 2021;34:525-31.
10. Bohon C. Binge eating disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2019;28:549-55.
11. Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, Thomas JJ. Evaluation and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in adolescents. *Curr Pediatr Rep* 2018;6:107-13.
12. Bourne L, Bryant-Waugh R, Cook J, Mandy W. Avoidant/restrictive food intake disorder: a systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry Res* 2020;288:112961.
13. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2017;47:95-103.
14. Stichting Kiem. Signalenkaart eetstoornissen voor de huisartsenpraktijk. Amersfoort: Stichting Kiem, 2022.
15. Horton E, Van Geelkerken L. Somatische zorg voor jongeren met een eetstoornis. *Huisarts Wet* 2018;61:41-3.
16. NHG-werkgroep CVRM. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. richtlijnen.nhg.org. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2019. Geraadpleegd op 28 september 2022.
17. NHG-werkgroep Obesitas. NHG-Standaard Obesitas. richtlijnen.nhg.org. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2020. Geraadpleegd op 28 september 2022.
18. Feillet F, Bocquet A, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Frelut ML, et al. Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Arch Pediatr* 2019;26:437-41.
19. Seah XY, Tham XC, Kamaruzaman NR, Yobas PK. Knowledge, attitudes and challenges of healthcare professionals managing people with eating disorders: a literature review. *Arch Psychiatr Nurs* 2017;31:125-36.

Horton EE, Pijnenburg L, Van Furth E, Van Geelkerken L. Een praktische handreiking voor de eerste lijn bij eetstoornissen. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-022-2159-6. GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula, Leiden: E.E. Horton, huisarts, e.horton@rivierduinen.nl; L. Pijnenburg, psychiater; prof. dr. E. van Furth, klinisch psycholoog/directeur; L. van Geelkerken, kinderarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.