

Eetstoornissen

Wat houdt een eetstoornis in?

Voedings- en eetstoornissen zijn psychiatrische aandoeningen met ernstig verstoord eetgedrag en somatische gevolgen. Deze zorgstandaard beschrijft de zorg voor vier specifieke stoornissen: Anorexia nervosa (AN), Boulimia nervosa (BN), Eetbuiestoornis (BED), en Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID). De standaard beperkt zich daarmee tot de meest voorkomende voedings- en eetstoornissen. De standaard beschrijft ook de situatie dat mensen kampen met ernstige eetproblemen die niet precies aan de criteria van een van deze vier voldoen. Mogelijk is dan sprake van een ‘andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis’. Er wordt aangeraden het hoofdstuk te raadplegen dat het beste aansluit. Types voedings- en eetstoornissen kunnen soms in elkaar overlopen.

Kenmerken per eetstoornis:

AN	BN	BED	ARFID
Angst voor gewichtstoename gaat veelal gepaard met laag lichaamsgewicht	Perioden van eetbuien met compensatiegedrag zoals braken	Regelmatige eetbuien zonder compensatiegedrag	Beperkte voedselinname (qua hoeveelheid en/of variatie) zonder angst voor gewichtstoename

Epidemiologische kenmerken

Eetstoornissen ontstaan meestal in de adolescentie of jongvolwassenheid, maar kunnen op elke leeftijd voorkomen. AN begint steeds vaker voor het 15e jaar, en ARFID ontstaat vaak in de kindertijd. De geschatte lifetime prevalentie bij vrouwen is 4% voor AN, 1-3% voor BN en 1-4% voor BED. ARFID heeft een prevalentie van 0,3-5%. In een gemiddelde huisartsenpraktijk (n=2168) hebben ongeveer 20 patiënten een eetstoornis.

Voorkomen en vroegtijdig herkennen

Vroege herkenning is cruciaal gezien het vaak late hulp zoeken door schaamte en/of gebrek aan ziektebesef. Belangrijke signalen zijn eetproblemen, verstoord en/of negatief lichaamsbeeld, onverklaard gewichtsverlies of -toename, en psychosociale klachten (zoals terugtrekken en somberheid). Voor herkenning van ARFID spelen ouders vaak een sleutelrol. Huisartsen, jeugd- en kinderartsen hebben een essentiële rol in de herkenning van klachten als moeheid, obstipatie, afbuigende groeicurves en perfectionisme. Maar ook zorgprofessionals op scholen of bij sportverenigingen kunnen een signalerende rol hebben. Signalen: zie [signalenkaart eetstoornissen](#).

Diagnosticeren

De diagnose wordt gesteld op basis van DSM-5-TR-criteria met aandacht voor somatische complicaties en comorbiditeit. Bij beperkt ziekte-inzicht is betrokkenheid van familie en andere zorgverleners essentieel. Diagnostische screeners en hulpmiddelen ondersteunen een gedetailleerde beoordeling. Somatische diagnostiek richt zich op het uitsluiten van andere oorzaken en het vaststellen van complicaties zoals ondervoeding of elektrolytenstoornissen.

Behandeling en begeleiding

De behandeling is gericht op normalisatie van eetgedrag (en stoppen met compensatiegedrag), psychosociaal functioneren, lichaamsbeleving en zelfbeeld. De voorkeur gaat uit naar ambulante behandeling.

Aanbevolen behandelopties voor specifieke eetstoornissen:

AN	BN en BED	ARFID
De behandeling combineert psychotherapie (CBT-E, MANTRA of SSCM voor volwassenen, FBT of CBT-E voor kinderen en adolescenten) en somatische zorg, zoals hervoeding en monitoring van complicaties zoals refeeding-syndroom. Bij comorbiditeit kan gelijktijdige behandeling nodig zijn. Overweeg bij comorbide PTSS om deze eerst te behandelen.	Cognitieve gedragstherapie (CGT of CBT-E) is de voorkeursbehandeling. Overweeg de verkorte CBT-T. Bij BN kan somatische monitoring, en bij BED gewichtsmanagement, parallel worden gestart.	Cognitieve gedragstherapie met exposure aan vermeden voedsel is de kern. Bij kinderen is ouder- en gezinsbegeleiding essentieel, naast monitoring van groei en ontwikkeling.
Aanvullende behandeling:	Aanvullende zorg zoals psychomotorische therapie, farmacotherapie en voedingsinterventies door gespecialiseerde diëtisten wordt waar nodig ingezet. Bij comorbiditeit, zoals ernstige depressie, moet dit parallel worden behandeld. Bij patiënten met obesitas kan, na een geslaagde behandeling, gewichtsmanagement worden toegevoegd. Voor meer details over specifieke interventies zie de zorgstandaard .	

Herstel, participatie en re-integratie

Herstel richt zich op kwaliteit van leven, sociale participatie en terugvalpreventie. Herstel omvat zowel medische als psychosociale aspecten. Participatiedoelen zoals terugkeer naar werk of school worden vastgelegd in het zorgplan. Lange-termijn nazorg en terugvalpreventie zijn essentieel gezien de hoge terugvalpercentages.

Organiseren van zorg

Zorg voor eetstoornissen vraagt om nauwe samenwerking en ketenzorg tussen voorveld (GGD, scholen, POH-jeugd, POH-GGZ, huisarts), basis-GGZ en gespecialiseerde zorg. De regie ligt idealiter bij een vaste zorgprofessional om continuïteit te waarborgen, met specifieke aandacht voor overgang naar volwassenenzorg bij jongeren. Regionale spreiding van gespecialiseerde centra is essentieel.