



VROEGE DETECTIE EN PREVENTIE VAN GEWICHT- EN EETPROBLEMEN

DEEL 3: PRAKTIJKLEIDRAAD VOOR HET BIJKOMEND AANBOD

VWVJ: ANN KEYMEULEN, KATELIJNE VAN HOECK KENNISCENTRUM
EETEXPERT: ROZEMARIJN JEANINE, AN VANDEPUTTE

2018

Inhoud

1	Doelstellingen van het bijkomend aanbod:	2
2	Gespreks- en begeleidingsstijl	2
3	Anamnese.....	4
4	Klinisch onderzoek.....	6
5	Differentiaal diagnose	9
6	Beleid.....	13
7	Wat mag er na verwijzing worden verwacht?.....	14

Het bijkomend aanbod bestaat uit één of meerdere contacten met de ouders en het kind of met de adolescent. Deze contacten kunnen volgen op een systematisch contact of vinden plaats op vraag van ouders en/of de leerling.

In de tekst die volgt wordt geen onderscheid gemaakt tussen vervolcontacten voor een vermoeden van voedings-, eet- en gewichtsproblemen, leeftijd en het voorkomen van klachten en complicaties. Het is de kennis en vaardigheid van de artsen die bepaalt wat precies wordt bevraagd en onderzocht. Hieronder volgt een opsomming van aandachtspunten.

1 Doelstellingen van het bijkomend aanbod:

- Installeren/bestendigen van een positief contact en een constructieve samenwerking;
- Kennismaken van de attributies van ouders/het kind/de adolescent betreffende het probleem (gewicht, eten, voeden) en de positieve aspecten en perspectieven die zich aandienen;
- Bespreken van wens tot verandering, de motivatie bij de ouders/de leerling;
- Een eerste aanzet tot (differentiaal) diagnose van een gewichtsprobleem, voedings- of eetprobleem of onderliggende pathologie;
- Inschatten van het gezondheidsrisico en de wenselijkheid tot verwijzing;
- Tot een gedeeld besluit komen waaronder zo mogelijk een verwijzing naar de behandelende arts.

2 Gespreks- en begeleidingsstijl

De CLB-medewerker is een groeicoach. Een groeigerichte, niet-stigmatiserende gespreksstijl, bouwt op de principes van **motiverend werken**.

- (1) *Tegemoetkomen aan de nood aan autonomie, verbondenheid en competentie van de cliënt:* door o.m. verschillende behandelopties voor te stellen, een empathische en aanvaardende houding aan te nemen, inspanningen van de cliënt te bekrachtigen en concrete, haalbare stappen voor te stellen. **Probeer als hulpverlener aan de jongere niet je eigen visie op te leggen want dit kan een averechts effect hebben.** Vertrekken van de ervaringen van de leerling werkt competentiebevorderend (“Wat heb je al geprobeerd? Wat werkte voor jou en wat niet?”). Verbondenheid wordt getoond doordat de CLB-medewerker zich ruimer interesseert voor het leven van de leerling op verschillende domeinen en niet meteen te focust op het probleemgedrag. **Probeer dan ook met de jongere een band op te bouwen, vraag bijvoorbeeld naar zijn/haar interesses en probeer hun vertrouwen te winnen. Geef hen erkenning.** Ook het sociale luik is hierbij van belang, waarbij de hulpverlener de leerling kan stimuleren om familieleden en vrienden te betrekken in de gedragsverandering (bv. een ‘buddy’ zoeken om samen te gaan sporten bij leerlingen met overgewicht of een vriend(in) zoeken om te bellen bij een moeilijk moment dat doorgaans verstoord eetgedrag of compensatiegedrag *triggert*).

Tabel 1. Tips om tegemoet te komen aan de basisnoden

Autonomie	Verbondenheid	Competentie
<ul style="list-style-type: none"> • druk en controle vermijden • autonomie-ondersteunende taal • keuzes voorzien • informatie aanbieden • reflectief luisteren 	<ul style="list-style-type: none"> • empathie • interesse tonen • open communicatie • op gelijk niveau praten • steun van zorgfiguren aanmoedigen 	<ul style="list-style-type: none"> • activiteiten aanpassen aan capaciteiten van leerling en omgeving • realistische doelen stellen • verwachtingen duidelijk aangeven • zelf-management vaardigheden leren • positieve feedback geven • vertrouwen uiten • diagnosticeren vermijden
Autonome motivatie, persoonlijke aanvaarding en welzijn		

(2) *Motiverende gesprekstechnieken gebruiken:*

- a. **Open vragen stellen:** bv. “Kan je me eens opsommen wat voor jou de voor- en nadelen zijn van je huidige levensstijl?”
- b. **Bevestigen:** De CLB-medewerker kan positieve intenties benadrukken (bijv. ‘toch fijn dat je gekomen bent’, ‘je hebt je best gedaan’,...), empathisch volgen (bijv. ‘het zit je precies hoog’) en competentievragen stellen (bijv. ‘hoe heb je dat volgehouden?’).
- c. **Samenvatten en reflectief luisteren:** Bv. “Je vindt zelf dat je geen probleem hebt en dat je omgeving zich nutteloos zorgen om je maakt. Ik begrijp dat je je prima voelt en dat je graag je gewicht onder controle wil houden. Maar merk je ook op dat hierdoor bepaalde zaken wat moeilijker lopen (school, hobby’s, etc.), ervaar je er ook nadelen van (bv. lichamelijk)?”.

(3) *Afstemming van de aanpak op het motivatiestadium van de cliënt:* afhankelijk van de mate van probleeminzicht en bereidheid tot verandering zal de CLB-medewerker eerder focussen op informatie en duiding geven (na toestemming) en voor- en nadelen van de stap naar behandeling exploreren, dan wel begeleiden bij concrete stappen om de externe hulpverlener te contacteren.

Hou er ook rekening mee dat personen met eet- en gewichtsproblemen vaak op een **stigmatiserende** manier benaderd worden. Zo wordt ervan uitgegaan dat iemand met overgewicht er per definitie een ongezonde leefstijl op nahoudt (en dus schuld draagt, geen zelfcontrole heeft, lui is etc.), en personen met een eetstoornis worden vaak als manipulatief afgeschilderd, waarbij de eetstoornis niet als ziekte maar als keuze wordt beschouwd. Tips om stigmatisering te verminderen, zijn:

(1) *Rond benadering van de leerling met een eet- of gewichtsprobleem*

- Contact maken met de leerling en starten met luisteren, vooraleer te oordelen, adviseren of wegen.
- De leerling in zijn totaliteit bekijken, op verschillende levensdomeinen.

- De leerling bekrachtigen in de inspanningen die reeds werden geleverd, de leerling benaderen vanuit zijn krachten en sterktes.
- Ongeacht leeftijd, geslacht of gewicht heeft iedereen wel ongezonde gewoonten. Communiceer dat gewicht niet synoniem staat voor een (on)gezonde leefstijl.
- Samen met de leerling het streefgewicht nuanceren en gezondheidsdoelen zoeken.
- Inspraak en participatie van de leerling in (de doelen van) de behandeling.
- De omgeving, significante anderen, betrekken en meenemen in de gezondheidsfocus, om zo ook de stigmatisering binnen het gezin te verminderen.

(2) *Bij jezelf*

- Bewustwording van stigma's die bij jezelf leven, en dit op regelmatige tijdstippen, met voldoende tijd en aandacht. Vraag je ook af hoe je zou reageren op een persoon als deze geen overgewicht/ondergewicht/eetprobleem zou hebben.
- Kennisvergroting over de complexiteit van eet- en gewichtsproblemen.
- Een positief voorbeeld zijn door je in te zetten voor de rechten van personen met eet- en gewichtsproblemen en daarin authentiek zijn.
- Inlevingsoefeningen doen.

Verdiepende informatie

- Voor de motivationele denkkaders, klik [hier](#).
- Voor meer info rond stigmatisering bij eet- en gewichtsproblemen, klik [hier](#).

Hulpmiddelen

- Voor **tips** rond destigmatisering in de **hulpverlening**, klik [hier](#).

3 Anamnese

Volgende domeinen komen aan bod:

1. **Gewicht:** Huidig gewicht (in verhouding tot lengte: BMI), gewichtsschommelingen, minimum- en maximumgewicht tijdens de voorbije jaren.
2. **Betekenis en beleving van eigen uiterlijk en gewicht:** overbezorgdheid, sterke preoccupatie, angst om dik te worden, ontkenning van magerheid.
3. **Eetpatroon:** Frequentie van maaltijden, selectief eten (vermijden van vetten en zoetigheden, enkel "gezonde" voedingsmiddelen eten), eetbuien of controleverlies tijdens het eten.
4. **Compenserende maatregelen om het gewicht onder controle te houden:** overmatig bewegen, zelf opgewekt braken, gebruik van laxemiddelen, diuretica (plaspillen) of afslankmiddelen.
5. **Lichamelijke tekenen of klachten:** koude-gevoel, vermoeidheid, uitblijven van de menstruaties, lichamelijke klachten (gewrichtspijnen, maag-darmklachten, verstoord slaappatroon)

Deze domeinen zijn eveneens bespreekbaar met ouders ten aanzien van het gewicht of het eetgedrag van hun kleuter. Niet alle vormen van selectief eten door een kleuter vereisen tussenkomst van een gespecialiseerde hulpverlener in eetproblemen. Volgens de Wolfson/Levine criteria (1) is ingrijpen nodig wanneer het zeer selectief eten zich al **meer dan een maand** voordoet en er **belangrijke medische gevolgen** zijn zoals een achterstand in gewicht in functie van lengte (niet in functie van leeftijd) of als het kind nutritionele tekorten heeft. Indien er geen medische complicaties zijn maar het kind **wel anticiperend kokhalzen of braken** vertoont, dus nog voor het begint te eten of als de ouders het kind voeden, wordt er ook professionele hulp ingeroepen. Bij **disfunctioneel aanbieden van voedsel** denken we onder meer aan het kind 'stalken' met voedsel, dwang gebruiken, of afleiding aanbieden tijdens het voeden. Bijkomende criteria zijn **sterke spanning aan tafel** bij het kind en/of ouders, of het vermoeden van een **psychiatrisch probleem** bij het kind (bijv. een autismespectrumstoornis)(2, 3). Zie ook [Kennisluik – Vroegdetectie van eetproblemen bij peuters en kleuters](#).

De eerste doelstelling is het **verminderen van stress** aan tafel bij het kind en ouders. De bedoeling is om eten en het samen aan tafel zitten weer aangenaam te maken. Hierbij mag geen dwang aanwezig zijn en wordt vertrokken van wat het kind lekker vindt. De tweede doelstelling gaat over hoe ouders hun kind kunnen leren zijn of haar voedselinname te reguleren op basis van **honger en verzadiging**. Indien er oraal-motorische of spraakproblemen zijn wordt logopedie ingeschakeld. Pas als laatste doelstelling, als de vorige stappen goed zijn doorlopen en de angst voor voeding weg is, wordt er gestart met het **uitbreiden van de soorten voedingsmiddelen**. Dit is een langzaam proces waarbij het kind zelf het tempo bepaalt.

Tijdens het hele gesprek heeft men aandacht voor **risico en beschermende factoren**.

Een document over [het risicoprofiel voor eet- en gewichtsproblemen](#) en [samenvattingsfiche](#)

Nog informatie rond risico- en beschermende factoren: zie

<http://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek/risico-en-beschermende-factoren>

Voor meer informatie rond signalen van eet- en gewichtsproblemen, zie

<http://www.draaiboeken.eetexpert.be/basisdraaiboek/vroegdetectie>

Voor meer informatie rond comorbiditeiten bij eet- en gewichtsproblemen, zie

<http://www.draaiboeken.eetexpert.be/cgg-draaiboek2017/nodige-expertkennis#comorbiditeiten>

De EOS-P, de pediatrie versie van de Edmonton Obesity Staging System, laat toe het gezondheidsrisico van een gewichtsprobleem in te schatten om een gepast (verwijs)beleid te voeren en de geschikte behandeling/begeleiding aan te vangen. Deze benadering dwingt om verder te kijken dan het gewichtsprobleem alleen. De stadiëring van de ernst en prognose wordt gedaan aan de hand van volgende aspecten van het menselijk functioneren:

- **Metabole aspecten** zoals, (pre)hypertensie, (pre)diabetes type 2, lipidenstoornis, gestoorde transaminasen, leversteatose;
- **Mechanische aspecten**, waarmee wordt bedoeld lichamelijke functionele beperkingen met impact op dagelijkse activiteiten zoals gewichts- en spierpijnen, slaapapnoe, dyspnee, gastro-oesofagale reflux, oedeem;
- **Mentale aspecten**: depressie, angst, ontwikkelingsproblemen, leerstoornissen, ADHD, eetstoornis en andere psychopathologie;

- **Milieu of aspecten gerelateerd aan de context:** de aan- of afwezigheid van gezonde, vaardige, zorgende ouders, opvoedingsproblemen, schoolverzuim, pesterij, financiële belemmeringen, stressfactoren in het gezin

Het onderzoek van de metabole parameters vereist een verwijzing naar de huisarts voor een bloedname. De mechanische, mentale en contextaspecten kunnen in gesprek worden gebracht. Bij gebrek aan metabole informatie kan geen volledige score worden toegekend maar de score op de overige parameters is al richtinggevend voor de noodzaak van en de aard van een behandeling.

4 Klinisch onderzoek

Het klinisch onderzoek heeft als doel mogelijke **verklaringen en co-morbiditeit** en **complicaties** op te sporen die het belang en de urgentie van een verwijzing kunnen vergroten. De resultaten van het onderzoek kunnen bijdragen tot de inschatting van de EOSS-P.

- Interpretatie van de **groecurve**: het gewicht en de gestalte:
 - obesitas gaat samen met overgroei, endocrinologische oorzaken (hypothyroidie, groeihormoontekort, hypercortisolemie) gaan eerder samen met kleine gestalte of groeivertraging;
 - zorgwekkend ondergewicht gaat eerder samen met groeivertraging.
- **Kijk naar de lichaamsbouw**: in het bijzonder de gespierdheid en de lichaamsproporties. Sterk gespierd of stevig gebouwd zijn of het hebben van relatief korte benen kan aanleiding geven tot een hogere BMI-waarde zonder dat er sprake is van overgewicht of obesitas. Dit in tegenstelling tot een vetverdeling die zich duidelijk abdominaal en/of thoracaal situeert bij een kind met relatief lange benen of een fijnere lichaamsbouw.
- **Het puberteitsstadium**: Een prepubertaire groeivertraging gecombineerd met een beginnende pubertaire vetafzetting kan aanleiding geven tot een hogere BMI-waarde. De BMI moet in dit geval worden getoetst aan het groeipatroon en de stadia van pubertaire ontwikkeling.
- **Inspectie** van haar, huid en gelaatsuitdrukking: broos glansloos haar, gebrek aan expressie (hypothyroidie), oedeem (bijnierpathologie), striae, acanthosis nigricans, wondjes op de handrug door het zelfopgewekt braken, gezwollen speekselklieren, hese stem, koude en verkleurde handen, broze nagels, uitdrogingsverschijnselen of littekens van zelfbeschadigend gedrag.
- Inspectie van de statiek: knie - heup
- **Palpatie** van het abdomen: leversteatose
- **Bloeddruk** liggend en staand
- **Eventueel spierzwakte**
- **Eventueel temperatuur**
- Gericht opsporen van **dysmorfe kenmerken** die eigen zijn aan syndromen geassocieerd met obesitas (cfr. Deel1 Theoretisch deel.III Groei & puberteit).

Zie ook http://www.draaiboeken.eetexpert.be/detectie-en-somatische-opvolging-eetstoornissen/detectie-en-diagnostiek#klinisch_onderzoek (doorscrollen naar “basisonderzoek”)

Tabel 2: Lichamelijke tekens van ondervoeding, purgeergedrag en eetbuien (bron eetexpert.be)

Ondervoeding	Purgeergedrag	Eetbuien
Gewichtsverandering	Gewichtsverandering	Gewichtsverandering
Maag-darm klachten	Maag-darm klachten	Maag-darm klachten
Onregelmatige/ uitblijvende menstruatie	Onregelmatige/ uitblijvende menstruatie	
Koudegevoel	Keelpijn, heesheid, zwelling speekselklieren	
Slaapproblemen	Aantasting gebit of tandvlees	
Donshaartjes op het gezicht	Wondjes op rug van vingers en handen	
Vertraging van lengtegroei bij kinderen	Hartritmestoornissen (door kaliumtekort)	
Verslapping en uitdroging van de huid, gele huid	Spierslapte, duizeligheid, flauwte	
Overmatige haaruitval	Concentratie- en coördinatieproblemen	
Spierslapte, duizeligheid, flauwte		
Concentratie- en coördinatieproblemen		

Tabel 3: lichamelijke gevolgen van ondervoeding (bron eetexpert.be)

Adaptatieprocessen (reversiebel)	Korte-termijn risico's	Lange-termijn risico's
Lage bloeddruk en hartslag	Hypoglycemie	Groeiretardatie
Endocriene veranderingen	Cardiale afwijkingen	Stoornissen in de ontwikkeling van de puberteit en vruchtbaarheidsproblemen
Huidveranderingen	Stoornissen van het maag-darm kanaal	Osteoporose
	Uitdrogingsverschijnselen	Afwijkingen in de hersenontwikkeling
	Elektrolytenstoornissen	
	Renale complicaties	

Tabel 4: gevolgen van braken

Basismechanisme	Kenmerken	Gevolgen
Vochtverlies via braaksel	Uitdroging Verhoging van ADH en aldosteron	Duizeligheid, syncope, nierstenen, nierschade, oedeem
Verlies van elektrolyten en mineralen	Hypokaliëmie Magnesiumtekort	Hartritmestoornis en plotse dood Metabole alkalose, hypokaliëmie Verwardheid, spierzwakte, spierkrampen
Verlies van zuur via braaksel	Metabole alkalose	Ph bloed > 7.45 Deshydratie, spierkrampen en prikkelbaarheid
Mechanische schade	Aantasting gebit Faryngitis, laryngitis Ontsteking slokdarm, maag en dunne darm Verstoorde speekseldrainage	heesheid, keelpijn Mallory-Weiss en Boerhave syndroom, reflux en Barret-oesofagus Amylasemie
Geweld van het braken	Ribfracturen Aspiratie in de luchtwegen	Aspiratiepneumonie

Tabel 5: gevolgen van misbruik van laxeremiddelen

Laxeren		
Vochtverlies door diarree	Verhoging antidiuretisch hormoon en aldosteron Uitdroging	Oedeem Duizeligheid, flauwvallen, nierstenen, nierschade
Verlies van elektrolyten en mineralen	Hypokaliëmie Magnesiumtekort	Hartproblemen Metabole alkalose Kaliumtekort Verwardheid, spierzwakte, kramp en hartritmestoornissen
Verlies van zuur via urine	Metabole alkalose	pH bloed >7,45 Dehydratie, spierkrampen, prikkelbaarheid
Verlies van base via stoelgang[1]	Metabole acidose	pH bloed < 7,35 Hoofdpijn, misselijkheid, slaperigheid
Mechanische schade	Luie darm	Constipatie Aambeien Ileus of verlamming Rectumprolaps Cathartisch colon
Zenuwschade	Beschadiging zenuwstelsel van darmwand	Melanosis coli

Tabel 6: gevolgen van misbruik van diuretica

Diuretica		
Vochtverlies via urine	Verhoging antidiuretisch hormoon en aldosteron	Oedeem
	Uitdroging	Duizeligheid, flauwvallen, nierstenen, nierschade
Elektrolytenstoornissen	Hypokaliëmie	Hartproblemen
	Hypochloremie	Dehydratatie, spierkrampen,
	(metabole alkalose)	misselijkheid

Tabel 7: gevolgen van eetbuien

Basismechanisme	Voorbeelden	Effecten en symptomen
Hormonale effecten	Dopamine ↑ Serotonine ↑ Snellere reactie van cholecystokinine Adrenaline ↑	Eetbuien houden zichzelf in stand Benauwdheid
Overbelasting spijsverteringsstelsel	Maag- en darmzweren Reflux Acute maagdilatie Necrose van de maagwand Scheur van de maagwand Pancreatitis	Maag-darm klachten Ontsteking slokdarm 'acute buik': hevige buikpijn, opgezette buik, gespannen buikspieren, koorts, snelle ademhaling, snelle hartslag, shock
Gewichtsgelateerde comorbiditeiten	Overbelasting door gewicht Metabole veranderingen	Mechanische complicaties Cardiovasculaire en metabole complicaties

5 Differentiaal diagnose

Bij vermoeden van een eetstoornis bij **ondergewicht** of **sterk gewichtsverlies** is het klinisch onderzoek van belang om lichamelijke oorzaken van ondergewicht uit te sluiten(4, 5). Naast de lichamelijke symptomen is de psychologische component heel belangrijk in de differentiaaldiagnose.

Een eerste onderscheid moet worden gemaakt tussen **onschuldig lijngedrag** en een eetstoornis(risico).

Tabel 8: onderscheid tussen onschuldig en zorgwekkend lijngedrag

Onschuldig lijngedrag	Eetstoornisrisico
<ul style="list-style-type: none"> • Kleren passen niet meer • Wil er een paar kilo's af • Willen van maat 44 naar maat 40 • Zich fitter willen voelen • Geen pafferig gevoel meer • Slanker op vakantie • Gezondheidsmotieven 	<ul style="list-style-type: none"> • Meer zelfvertrouwen krijgen • Minder verlegen worden • Meer geaccepteerd worden • Zelfrespect krijgen • Gelukkiger worden • Erbij willen horen • Controle over het lichaam

Een combinatie van volgende factoren kan aanwijzing zijn voor de **ernst van een eetstoornis**:

- Een sterke gewichtsdaling in een relatief korte periode: bv. > 15 % gewichtsverlies op 6 maanden tijd, of meer dan 0,5 kg per week.
- Een erg verstoord eet- en drinkpatroon: stoppen met drinken, niet meer aan tafel komen om te eten.
- Excessief sporten of fitnessen.
- Schoolresultaten gaan opvallend sterk achteruit.
- Geen grenzen meer kunnen stellen in de impulscontrole: bv. plots heel kwaad worden naar medeleerlingen of leerkrachten toe.
- Tekenen van depressiviteit.
- Suïciderisico: Zijn er concrete plannen? Is er al iemand op de hoogte?
- Draagkracht van het gezin: als de ouders aangeven 'we houden het niet meer uit'.
- Frequent braken of gebruik van laxemiddelen: kaliumgehalte moet steeds nagekeken worden.

Bij de inschatting van de ernst is het ook belangrijk de **beschermende factoren** te overlopen: Zijn de sociale contacten nog goed? Heeft de leerling nog een vertrouwenspersoon? Is er goede communicatie thuis? Geniet de leerling nog van vrije tijd en hobby's?

Uiteraard zijn er ook een aantal labowaarden die de huisarts kan opvolgen en die een indicatie geven van de ernst.

Met behulp van de risicotaxatie kan de arts een inschatting maken van de **nodige zorgintensiteit**.

- Bij patiënten met een **beperkt (medisch/psychiatrisch) risico** worden regelmatige check-ups gepland, in combinatie met eerstelijns multidisciplinaire opvolging.
- Bij patiënten met een **matig risico** wordt wekelijkse monitoring aangeraden, met inschakeling van gespecialiseerde hulp, en overweging van psychiatrische opname.
- Bij **ernstig risico** is urgente medische opname ter stabilisatie nodig.

Uitbreidingsinformatie

Voor meer informatie rond het ernststadiëringssysteem EOSS-P en indicatiestelling bij overgewicht, klik hier

Voor meer informatie rond ernstinschatting en indicatiestelling bij eetstoornissen, klik hier

<http://www.draaiboeken.eetexpert.be/detectie-en-somatische-opvolging-eetstoornissen/detectie-en-diagnostiek#risicotaxatie>

Bij de **lichamelijke oorzaken van ondergewicht** is er geen bewuste wens om af te vallen, en is er geen verstoord lichaamsbeeld. Tabel 9 geeft een overzicht van lichamelijke oorzaken van ondergewicht.

Tabel 9: Lichamelijke oorzaken van ondergewicht/gewichtsverlies

Aandoening	Kenmerken	Verschil met ES
Hyperthyreoïdie	Verhoogde stofwisseling Snelle hartslag Hoge bloeddruk Warme huid, transpiratie	Vertraagde stofwisseling Trage hartslag Lage bloeddruk Koud aanvoelen
Infectieziekten en aids	Hogere lichaamstemperatuur	Lagere lichaamstemperatuur
Tumoren en leukemie	Verhoogde stofwisseling	Vertraagde stofwisseling
Achalasie (zwellend slokdarm)	Verminderde peristaltiek Belemmering doorgang naar maag Pijn en beklemd gevoel	
Coeliakie (glutenovergevoeligheid)	Gewichtsverlies Vermoeidheid Diarree en buikklachten	
Ziekte van Crohn	Gewichtsverlies Vermoeidheid Diarree en spijsverteringsproblemen	
Chronische pancreatitis	Gewichtsverlies Darmklachten Spijsverteringsproblemen	
Andere psychiatrische klachten (bv. depressie, angststoornis)	Gewichtsverlies Verminderde eetlust Selectief eetgedrag	Bewuste wens om af te vallen

Verminderde eetlust kan ook een symptoom van depressie zijn, en kan dan zelfs gepaard gaan met aanzienlijke vermagering(6). Ook angststoornissen kunnen gepaard gaan met gewichtsverlies, als spanningsverschijnsel, of in het kader van bepaalde obsessies, fobieën (bv. slikfobie, braakfobie) of vermijdingsgedrag (bv. angst om in gezelschap te eten)(7, 8). Anderzijds kampen personen met een eetstoornis ook vaak met depressieve en angstklachten(9). Verder horen ook psychose, druggebruik en somatisatiestoornis tot de psychiatrische differentiaaldiagnose(5, 10).

Aandachtspunten

- **Uithongering** lokt ook bepaalde **psychische symptomen** uit, die verdwijnen wanneer de voedingstoestand hersteld wordt. Voorbeelden zijn lusteloosheid en obsessief bezig zijn met eten. Dit maakt gewichtsherstel prioritair op de behandeling van psychische symptomen. Uithongering kan ook cognitieve problemen, zoals concentratieverlies, veroorzaken(11).

- Braken kan ook wijzen op keto-acidose ten gevolge van **diabetes**. Het is belangrijk hier behoedzaam voor te zijn. Deze toestand is gevaarlijk en moet snel gecorrigeerd worden(12).

Overgewicht en obesitas worden in sommige gevallen (mede) veroorzaakt door een genetisch syndroom of een somatische aandoening. Hoewel slechts een zeer klein aandeel van de mensen met obesitas een genetische aandoening hebben, is het toch belangrijk om deze oorzaken na te gaan. Zeker wanneer de eetgewoonten vrij normaal zijn en er specifieke bijkomende symptomen aanwezig zijn, dient men interne aandoeningen in overweging te nemen. Om na te gaan wat de oorzaak is van het overgewicht en of er al sprake is van een weerslag op de lichamelijke conditie, is het belangrijk een bloeddrukmeting, algemene inspectie van de huid, hart- en longauscultatie en palpatie van de schildklier uit te voeren(13).

Enkele zeldzame **genetische syndromen** die gepaard gaan met overgewicht zijn Prader Willi syndroom, Bardet Biedl syndroom en Beckwith-Wiedemann syndroom. Deze syndromen gaan gepaard met ontwikkelingsstoornissen, verstandelijke handicap (al dan niet ernstig), dysmorphie, gehoor- en visusproblemen, enz.(14).

Een aantal **hormonale problemen** veroorzaken ook gewichtstoename. Tekort aan groeihormoon, tekort aan schildklierhormoon (hypothyreoïdie) en een te hoge cortisolproductie door de bijnier of vanuit de hypofyse (syndroom van Cushing) veroorzaken een verminderd energieverbruik wat gepaard kan gaan met de ontwikkeling van overgewicht/obesitas(15). Deze endocrinologische stoornissen kunnen gepaard gaan met een verminderde groei.

De arts vraagt advies bij een endocrinoloog of geneticus bij (vermoeden op) een van deze oorzaken.

Verder is er ook heel wat **medicatie** die overgewicht kan veroorzaken:

- antipsychotica (soms gegeven bij gedragsproblemen)
- anti-epileptica (uitgezonderd topiramaat: gewichtsdaling)
- antidepressiva
- glucocorticoïden

Ook een aantal **emotionele/psychiatrische problemen** kunnen gewichtstoename met zich meebrengen, zoals depressie en angst(6, 16, 17). Nachtelijk eten kan voorkomen zonder dat er volledig ontwaken optreedt, waardoor men 's morgens geen of weinig herinnering meer heeft aan het nachtelijk gebeuren; het gaat dan wellicht om een slaapstoornis van het type slaapwandelen(18).

Jongeren met obesitas hebben vaak te kampen met depressieve stemmingsstoornissen. In sommige gevallen gaat de depressieve stemming vooraf aan het overgewicht, in andere gevallen is ze er secundair aan. Het is zeer belangrijk dat deze depressieve gevoelens onderkend worden zodat bij de aanpak ervan de psychologische begeleiding op de voorgrond staat.

Overgewicht kan het resultaat zijn van een **eetbuistoornis** (binge eating disorder: eetbuien zonder compensatiegedrag). In de totale groep obese personen wordt geschat dat 3 tot 15% kampt met een eetbuistoornis(19). Het is belangrijk dit als zodanig te onderkennen omdat hierbij een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is met psychologische ondersteuning als zeer belangrijke pijler.

Bij vermoeden van een endocrinologische of genetische **oorzaak** evenals bij **complicaties**, moet er voor verder onderzoek en beleid worden doorverwezen naar de huisarts.

6 Beleid

De theorie stelt dat kinderen/jongeren met obesitas, zorgwekkend ondergewicht, zorgwekkende gewichtstoename of gewichtsverlies verwezen worden naar de behandelende arts. De nood tot doorverwijzing hangt niet alleen af van de ernst van de symptomen, maar ook van factoren die een gunstige evolutie van het eet- of gewichtsprobleem in de weg staan, zoals (andere) fysieke of mentale problemen bij het kind, of de draagkracht van het gezin (bv. sociaaleconomische problemen, psychopathologie bij de ouder).

Een doorverwijzing is geslaagd wanneer de ouders (voor jonge kinderen) en de (aankomende) adolescent voldoende inzicht hebben verworven en gemotiveerd zijn om effectief op de verwijzing in te gaan.

Onder voorbehoud van [de motivatie](#) geeft tabel 10 de redenen tot verwijzing en eventueel verzwarende omstandigheden.

Tabel 10: indicaties voor verwijzing.

Domein	Reden
Klinisch	<ul style="list-style-type: none"> • Obesitas (een gewichtsindex > 140 voor kinderen tot en met 9 jaar of een BMI-plotpunt boven de hoogste grijze zone voor al wie 9+ is) • Zorgwekkend ondergewicht (BMI plotpunt onder de laagste grijze zone). • Zorgwekkende evolutie van het gewicht: aanzienlijk gewichtsverlies of toename in verhouding tot de lengte en de leeftijd. Een stagnatie (en daardoor daling in de curve) kan ook betekenisvol zijn • Verstoord eet- en beweeggedrag dat niet kan worden toegeschreven aan leeftijdsspecifiek gedrag binnen de normale ontwikkeling. Hieronder valt ook controleverlies bij het eten en compensatiegedrag (incl. purgeergedrag). • Verzwarend element, wanneer er gezondheidsrisico's zijn als gevolg van overgewicht/obesitas (zie EOSS-P), ernstig ondergewicht, braken of laxeren.

<p>Verzwarend: Emotioneel of mentaal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer het welbevinden van het kind/de jongere ernstig verstoord is. Men vermoedt een depressie of een ernstig verstoord zelfbeeld. De leerling ervaart uitgesproken spanning of is slachtoffer van pesterijen. Deze gemoedstoestand zal zonder professionele begeleiding blijven bestaan. • Een ontwikkelingsprobleem is een verzwarend argument voor een doorverwijzing.
<p>Verzwarend: Gezin of sociaal (kind in interactie met de omgeving) In dit geval moet er naast een verwijzing naar de behandelend arts bijkomende ondersteuning worden overwogen voor ouders/gezin</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer de draagkracht van één of beide ouders beperkt is door depressie, verslaving of psychiatrische aandoening. • Wanneer de gezinssituatie zorgwekkend is door conflict, vechtscheiding, mishandeling, verwaarlozing... • Wanneer financiële belemmeringen de mogelijkheden van de ouders beperken om voldoende structuur aan te bieden om de adviezen te kunnen toepassen.

7 Wat mag er na verwijzing worden verwacht?

Kinderen en jongeren met **obesitas** worden door het CLB naar de **huisarts** verwezen, zodat deze de gezondheidsrisico's, meer specifiek het metabole risico, kan inschatten (eventueel samen met een multidisciplinair team) en obesitasgerelateerde risicofactoren kan monitoren. De beslissing van de huisarts om een kind met overgewicht of obesitas verder door te verwijzen voor behandeling door een **(lid van een) multidisciplinair team binnen de eerstelijnszorg**, zal afhangen van de bredere ernstinschatting (conform het conceptueel model EOSS-P). Het betreft **gezondheidsgerelateerde risico's of barrières** tot gewichtsmanagement op medisch, mechanisch, mentaal of gezins- en omgevingsniveau. Het kan hier bijvoorbeeld gaan over een (beginnende) fysieke aandoening ten gevolge van het gewicht (gezondheidsrisico op medisch niveau), gewrichtspijnen die een actieve levensstijl belemmeren (barrière tot gewichtsmanagement op fysiek niveau), sterke lichaamsontevredenheid (gezondheidsrisico op mentaal niveau), een leerstoornis of mentale beperking (barrière tot gewichtsmanagement op mentaal niveau) of een moeilijke financiële of thuissituatie (barrière op vlak van sociaal milieu). Elk van deze voorbeelden is voldoende voor de huisarts om door te verwijzen naar een aanbevolen actor(20).

Bij een **vermoeden van een eetstoornisproblematiek** is het **steeds** aangewezen om de leerling **door te verwijzen** naar externe hulpverlening, dit in samenspraak en overleg met de huisarts, die het verder kan opvolgen. De hulpverlening bij eetstoornissen is net zoals bij overgewicht **multidisciplinair** (arts, diëtist en psycholoog/pedagoog/psychiater), waarbij de hulpverleners **specifieke ervaring** hebben met de behandeling van eetstoornissen(21). De behandeling richt zich zowel op herstel van gewicht en eetgedrag, als op de psychosociale onderhoudsfactoren(22).

Mede vanuit het *stepped care* model wordt (gespecialiseerde) **ambulante behandeling** verkozen boven een residentiële behandeling: er wordt bij voorkeur gekozen voor de minst ingrijpende vorm van hulp voor cliënt, zo dicht mogelijk bij het gewone leef-, leer- of werkmilieu(9, 23). Een cliënt met een eetstoornis komt bij voorkeur eerst voor behandeling in een ambulante setting vooraleer hulp gezocht wordt in een residentiële setting en wordt best nadien ook weer ambulant opgevolgd.

Verdiepende info: website Eetexpert

- Zorgtoewijzing door de behandelende arts. Meer informatie vind je [hier](#)

Referenties

1. Levine A, Bachar L, Tsangen Z, Boaz M. Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2011;52:536-568.
2. Chatoor I. Sensory food aversions in infants and toddlers. *Journal of Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers, and Families* 2009;29:44-49.
3. Levy Y, Levy A, Zangen T, Levine A. Diagnostic clues for identification of nonorganic versus organic causes of food refusal and poor feeding. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2009;48:355-362.
4. Vandereycken W, Noorderbos G. *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: de Tijdstroom; 2008.
5. *Eetstoornissen bij kinderen en adolescenten*. Finland: Duodecim Medical Publications Ltd; 2010.
6. Poliv J, Herman CP. Clinical depression and weight change: A complex relation. *Journal of Abnormal Psychology* 1976;85:338-340.
7. Massop M. *Misselijk van angst. Leven met een overgeeffobie*. Antwerpen: Houtekiet; 2005.
8. Verhulst FC. *Adolescentenpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum; 2000.
9. *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.
10. Vermassen A, Vanderlinden J, Pieters G. Eetstoornissen in de huisartsenpraktijk: diagnose en behandeling. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2012;68:1035-1049.
11. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2014;48:977-1008.
12. Meas T, Taboulet P, Sobngwi E, Gautier JF. Is capillary ketone determination useful in clinical practice? In which circumstances? *Diabetes Metab* 2005;31:299-303.
13. Van Royen P, Bastiaens H, D'Hondt A, Provoost C, & Van der Borght W. Overgewicht en obesits bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Nu* 2006;35:118-140.

14. Wilding J. Pathophysiology and aetiology of obesity. *Medicine* 2010;39:6-10.
15. Sabin M, Werther G, Kiess W. Genetics of obesity and overgrowth syndromes. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2011;25:207-220.
16. Snoek HM, Engels RCME, van Strien T, Otten R. Emotional, external and restrained eating behavior and BMI trajectories in adolescence. *Appetite* 2013;67:81-87.
17. de Wit LM, van Straten A, Lamers F, Cuijpers P, Penninx BWJH. Depressive and anxiety disorders: associated with losing or gaining weight over 2 years? *Psychiatry Research* 2015;227:230-237.
18. Chokroverty S, Allen RP, Walters AS, Montagna P. *Sleep and movement disorders* (2nd edition). Oxford; 2013.
19. Pagoto S, Schneider K, Appelhans BM, Curtin C, Hajduk A. Psychological co-morbidities of obesity. In: Pagoto, S.(Ed). *Psychological co-morbidities of physical illness - A behavioral medicine perspective*. LLC: Springer; 2011. p. 1-72.
20. Hadjiyannakis S, Buchholz A, Chanoine J-P, Jetha MM, Gaboury L, Hamilton J, et al. The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics: A proposed clinical staging system for paediatric obesity. *Paediatrics and Child Health* 2016;21:21-26.
21. Trimbos. *Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen*: Trimbos-Instituut; 2006.
22. Eating disorders: recognition and treatment. www.nice.org.uk: NICE guideline [NG69]; 2017.
23. *Improving Health systems and services for mental health*. Genève: World Health Organization; 2009.