

Wat is de rol van de eerstelijns diëtist bij de behandeling van cliënten met een eetstoornis?

Opgesteld door:

Sanne Kramp, Jelleke Kuipers en diëtist (i.o.) José van den Berg
i.s.m. Nederlandse Diëtistenvereniging voor Eetstoornissen (NDE)

September 2025



Inleiding

Voor u ligt een document waarin beschreven staat wat de rol is van de eerstelijns diëtist bij de begeleiding van cliënten met een eetstoornis. Dit document is ontstaan in opdracht van K-EET Noord met in eerste instantie als doel om inzichtelijk te maken welke rol een diëtist kan spelen in de wachttijdoeverbrugging van cliënten met een eetstoornis. Dit document kan gebruikt worden door alle professionals die betrokken zijn bij de behandeling van eetstoornissen, waardoor er een multidisciplinaire samenwerking ontstaat. Het betreft begeleiding van cliënten met een eetstoornis, in alle leeftijden dus zowel 18- als 18+.

In dit document wordt eerst het verschil tussen een eetprobleem en een eetstoornis omschreven, met bijbehorende kenmerken en signalen. Vervolgens zal worden ingegaan op de rol van de diëtist en de begeleiding daarvan in verschillende situaties. Het beoogt een overzicht te geven wat de functies en taken zijn van de diëtist in de verschillende fasen van de behandeling bij eetstoornissen. Daarnaast worden ook de functies en inzet van andere disciplines beschreven in deze verschillende fasen.

Het is de intentie het document jaarlijks te herzien en aan te vullen met actuele inzichten en kennis, teneinde het document steeds beter bruikbaar/completer wordt. Het document is in te zien en te downloaden via de website van de Nederlandse Diëtistenvereniging voor Eetstoornissen (NDE). Vragen of opmerkingen graag mailen via bestuur@dietisten-eetstoornissen.nl.

Inhoudsopgave

Inhoud

Inleiding	2
1. Verschil tussen een eetprobleem en eetstoornis	4
1.1 Eetprobleem	4
1.2 Eetstoornis	4
1.2.1 Signalen eetstoornis.....	4
1.2.2 Soorten eetstoornissen.....	5
2. Diëtistische begeleiding in de eerste lijn	8
2.1 Verschillende situaties.....	8
1. Preventie & Vroegsignalering.....	8
2. De rol van de diëtist bij (het vermoeden van een) eetstoornis	9
3. Nazorg	9
4. Opvang voor wachttijdoverbrugging	9
2.2 Voorwaarden voor behandeling in de eerste lijn.....	10
2.3 Soorten hulpverleners.....	10
2.4 Competenties diëtist	11
Wanneer beschikt een diëtist over voldoende competenties voor het verzorgen van behandeling? Aan welke voorwaarden /scholingen moet de diëtist voldoen?.....	11
3 Bijlagen	12
3.1 Bijlage 1 - Signalenkaart eetstoornissen - Huisarts.....	12
3.2 Bijlage 2 – Informatie over Eetstoornissen	12
4 Literatuurlijst	13

1. Verschil tussen een eetprobleem en eetstoornis

1.1 Eetprobleem

Er is sprake van een eetprobleem als je een verstoorde relatie met voedsel hebt. Eten of juist niet eten beheerst niet je volledige leven, maar heeft wel dagelijks invloed op jouw gedachten en stemming (Janssen, 2014).

Bij een **eetprobleem** zijn de klachten milder dan bij een eetstoornis. Een eetprobleem voldoet niet aan de diagnostische criteria van de DSM-5-TR (2022). Een eetprobleem zorgt niet voor een ontwrichting van het dagelijks leven, wat bij een eetstoornis wel het geval is. Maar ook een eetprobleem kan zorgen voor consequenties voor het psychische en sociale leven welke belemmerend en beperkend kunnen zijn (*Zorgstandaard Eetstoornissen*, 2017, (update verwacht eind 2025)). Daarnaast bestaat het risico dat zonder behandeling of begeleiding een eetprobleem overgaat in een eetstoornis (*Thuisarts.nl*, 2017). Ook bij een eetprobleem kan een cliënt doorverwezen worden naar de diëtist.

1.2 Eetstoornis

Een **eetstoornis** is een ernstige mentale aandoening waarmee iemand vastloopt in het dagelijks leven, binnen het gezin, op school /werk en/of op sociaal gebied, terwijl diegene dit niet wil. Dit is heel ingrijpend. (Nvoo, z.d.) Eetstoornissen hebben vaak ernstige somatische gevolgen zoals verlaagde bloeddruk, hartritmestoornissen, afwijkende bloedwaarden voor glucose of elektrolyten (bijvoorbeeld kaliumtekort), gebitsproblemen, overgewicht, obesitas en ondergewicht. Voor jongeren kan dit betekenen dat er sprake kan zijn van de afremming van lichamelijke ontwikkelingen (*Zorgstandaard Eetstoornissen*, 2017).

1.2.1 Signalen eetstoornis

Zie voor een algeheel overzicht bijlage 1. Hier staat onder meer omschreven: signalen horend bij een eetstoornis, gedachten, eetgedrag, triggers, et cetera. We noemen de meest voorkomende signalen:

- Angst om te eten;
- Angst om aan te komen in gewicht;
- Obsessief bezig zijn met eten, altijd bezig met lijnen, eten en calorieën;
- Vertekend lichaamsbeeld;
- Weinig zelfvertrouwen/ laag zelfbeeld;
- Gewichtstoename, gewichtsverlies en/of gewichtsschommelingen;
- Restrictief en/of selectief eten;
- Compensatiegedrag zoals bewegingsdrang, braken, laxeren.

Mogelijke specifieke psychologische risicofactoren:

- Sterke overtuigingen over eten/eetbuien/lichaam/uiterlijk/gewicht;
- Negatieve lichaamsbeleving;
- Lijngericht gedrag;

- Negatieve zelfwaardering (negatieve zelfovertuigingen als: 'ik ben onaantrekkelijk'; 'ik ben niets waard');
- Gevoel van ineffectiviteit;
- Perfectionisme;
- Impulsiviteit;
- Moeite met het verdragen en reguleren van emoties.

1.2.2 Soorten eetstoornissen

De diagnose van een eetstoornis wordt gesteld op basis van de DSM-5-TR (2022) criteria.

Anorexia nervosa (AN) (DSM-5-TR, 2022)

- 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.

Specificatie actuele ernst:

De volgende waarden zijn afkomstig van de categorieën van ondergewicht die de WHO hanteert voor volwassenen.

De mate van ernst kan worden verhoogd om aan te geven wat de klinische symptomen zijn, de mate van functionele beperking en de noodzaak van toezicht.

- Licht BMI > 17 kg/m²
- Matig BMI 16-16,99 kg/m²
- Ernstig BMI 15-15,99 kg/m²
- Zeer ernstig BMI < 15 kg/m²

Noot van de auteurs: bij jongeren (18-) wordt bij voorkeur de groeicurve gebruikt om de mate van ondergewicht aan te geven.

Boulimia nervosa (BN) (DSM-5-TR, 2022)

- Recidiverende eetbui-episoden. Een eetbui-episode wordt gekenmerkt door beide volgende kenmerken:
 - Het in een afzonderlijke tijdsperiode (bijvoorbeeld binnen 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.

- Het gevoel tijdens de episode geen beheersing 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).
- Recidiverend inadequaal compensatoir gedrag om gewichtstoename tegen te gaan, zoals zelfopgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica of andere medicatie; vasten of overdadige lichaamsbeweging.
- Zowel de eetbuien als het inadequate compensatoire gedrag doen zich gedurende 3 maanden gemiddeld minstens eenmaal per week voor.
- De lichaamsvorm en het lichaamsgewicht hebben een onevenredig grote invloed op het oordeel over zichzelf.
- De stoornis treedt niet uitsluitend op tijdens episoden van anorexia nervosa.

Opmerking: * hij/zij kan ook gelezen worden als “het” of “hen”

Specificatie actuele ernst:

Het minimumniveau van ernst is gebaseerd op de frequentie van het inadequate compensatoire gedrag.

- Licht: gemiddeld 1 tot 3 episoden met inadequaal compensatoir gedrag per week
- Matig: Gemiddeld 4 tot 7 episoden met inadequaal compensatoir gedrag per week
- Ernstig: Gemiddeld 8 tot 13 episoden met inadequaal compensatoir gedrag per week
- Zeer ernstig: gemiddeld 14 of meer episoden met inadequaal compensatoir gedrag per week.

Eetbuistoornis (Binge Eating Disorder: BED) ((DSM-5-TR, 2022)

- Recidiverende eetbui-episoden. Een eetbui-episode wordt gekenmerkt door beide volgende kenmerken:
 - 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.
 - Het gevoel tijdens de episode geen beheersing 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).
- De eetbui-episoden hangen samen met drie (of meer) van de volgende kenmerken:
 - Veel sneller eten dan normaal;
 - Doorgaan met eten totdat een onaangenaam vol gevoel ontstaat;
 - Grote hoeveelheden voedsel nuttigen zonder lichamelijke trek te hebben;
 - Alleen eten, uit schaamte over de hoeveelheid die de betrokkene nuttigt;
 - Achteraf van zichzelf walgen, zich somber of erg schuldig voelen.

- Er is sprake van een duidelijke lijdensdruk door de eetbuien;
- De eetbuien komen gedurende 3 maanden gemiddeld minstens eenmaal per week voor;
- De eetbuien gaan niet gepaard met het recidiverend toepassen van inadequaate compensatoir gedrag zoals bij boulimia nervosa, en treden niet uitsluitend op in het beloop van boulimia nervosa en anorexia nervosa.

Specificatie actuele ernst:

Het minimumniveau van ernst is gebaseerd op de frequentie waarin de eetbui-episoden zich voordoen.

- Licht: 1-3 eetbui-episoden per week
- Matig: 4-7 eetbui-episoden per week
- Ernstig 8 tot 13 eetbui-episoden per week
- Zeer ernstig: 14 of meer eetbui-episoden per week

Andere Gespecificeerde voedings- of eetstoornis (OSFED)(DSM-5-TR, 2022)

Dit is een categorie voor cliënten die meestal een aantal overeenkomstige, maar niet alle kenmerken hebben van de eerdergenoemde, meer specifieke eetstoornissen zoals Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa en Binge Eating Disorder.

Tot de voorbeelden van OSFED horen:

1. Bij vrouwen wordt voldaan aan alle criteria van anorexia nervosa, alleen de betrokkene menstrueert wel regelmatig.
2. Atypische anorexia: Aan alle criteria van anorexia nervosa wordt voldaan, maar, ondanks significant gewichtsverlies, ligt het huidige lichaamsgewicht van betrokkene binnen of boven de normale grenzen.
3. Boulimia nervosa (met lage frequentie en/of van beperkte duur): Er is volledig aan de criteria van boulimia nervosa voldaan, behalve dat de eetbuien en in het inadequate compensatoire gedrag zich gemiddeld minder dan één keer per week en/of gedurende minder dan drie maanden voordoen.
4. Het geregeld tonen van inadequate compensatoire gedragingen na het eten van kleine hoeveelheden (bijvoorbeeld zelfopgewekt braken na het eten van twee koekjes).
5. Chew & Spit: Herhaald kauwen op en uitspugen, dus niet doorslikken van voedsel.
6. 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 per week en/of gedurende minder dan drie maanden voordoen.
7. Nachtelijk eetsyndroom.

Vermijdende/restrictieve voedselinname stoornis (ARFID: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder) (DSM-5-TR, 2022)

- Een 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), kan samenhangen 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 hiermee samenhangende cultureel gesanctioneerde gewoonte.
- De voedingsstoornis 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 voedingsstoornis kan niet worden toegeschreven aan een gelijktijdig optredende somatische aandoening en kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis. Wanneer de voedingsstoornis zich voordoet binnen de context van een andere aandoening of stoornis, is de ernst van de stoornis groter dan wat normaal bij deze aandoeningen of stoornissen wordt gezien en is afzonderlijke aandacht gerechtvaardigd.

2. Diëtistische begeleiding in de eerste lijn

2.1 Verschillende situaties

De diëtist kan in verschillende situaties/ fasen begeleiding bieden (NPI, 2020). Wel is het afhankelijk van de diëtistenpraktijk welke leeftijdsgroep de diëtist begeleidt.

We bespreken achtereenvolgens wat de diëtist kan betekenen in preventie en vroegsignalering. Vervolgens wat de diëtist in de eerste lijn bij een vermoeden van een eetstoornis kan doen en wat deze kan doen bij nazorg. Tenslotte beschrijven we welke rol de diëtist heeft bij wachttijdoverbrugging.

1. Preventie & Vroegsignalering

Diëtisten kunnen als een van de eersten (naast andere professionals) signaleren dat er sprake is van eetgestoord gedrag en bepaalde opvattingen/ overtuigingen opmerken die kunnen wijzen op een eetstoornis. Het is mogelijk dat de arts/verwijzer een cliënt verwijst naar een diëtist met in eerste instantie een andere hulpvraag dan het vermoeden van een eetstoornis, zoals hulp bij een vegetarisch voedingspatroon, darmklachten of energieverlies, o.a. bij sporters. Omdat een diëtist veel aandacht besteedt aan de voedingsanamnese (waarbij wordt ingegaan op zowel eetpatroon

als eetgedrag) komen eetgestoorde gedragingen hierbij vaak naar boven. Daarnaast kan de cliënt via direct toegankelijkheid diëtetiek (DTD), dus zonder verwijzing, bij de diëtist terecht komen. Bij het signaleren van het vermoeden van een eetstoornis is het advies om in overleg met een huisarts aanvullende hulp te starten via BGGZ-/SGGZ. Een diëtist kan niet rechtstreeks verwijzen naar de BGGZ of SGGZ. Dit moet een arts doen en in de meeste gevallen is de huisarts de contactpersoon voor de diëtist. In een enkel geval kan een jeugdarts de aangewezen persoon zijn om de doorverwijzing te verzorgen.

2. De rol van de diëtist bij (het vermoeden van een) eetstoornis

De rol van de diëtist is tweeledig: psycho-educatie (geven van voorlichting over voeding, eetgedrag, honger, verzadiging, consequenties van het eetgedrag, et cetera) en voedingsmanagement: toewerken naar het normaliseren van eetgedrag, toewerken naar volwaardig eetpatroon door voldoende variatie in voedingsmiddelenkeuze o.a. door middel van introductie van door de cliënt verboden voedingsmiddelen, afbouwen van compensatiegedrag, afbouwen van eetbuien, irreële cognities over voeding en gewicht bespreken, et cetera (dieetbehandelingsrichtlijn eetstoornissen, 2023). Aandacht voor motivatie voor verandering en triggers, die bepaald eetgedrag uitlokken, zijn essentieel in deze fase.

Gedurende de begeleiding van de diëtist is er altijd nauw contact met betrokken hulpverleners ter afstemming en samenwerking. Als er sprake is van een (vermoeden van) een eetstoornis is het van belang dat er structureel andere disciplines worden ingezet. Denk hierbij aan samenwerking tussen de diëtist en psycholoog of POH-GGZ, ervaringsdeskundigen en psychomotorische therapeuten. Er zal sprake zijn van een multidisciplinaire behandeling. De diëtist dient onderdeel uit te maken van het behandelteam. De medische controle zal worden uitgevoerd door de huisarts of specialist. Psychologische behandeling zal worden gedaan door een psycholoog/ psychotherapeut, waarbij de voorkeur is voor CGT (dieetbehandelingsrichtlijn eetstoornissen, 2023).

3. Nazorg

De diëtist kan een belangrijke rol spelen na afronding van een behandeling. Bij de nazorg zal er aandacht zijn voor het bespreken van preventie van een terugval. Vanuit de GGZ zal er meestal een terugvalpreventieplan opgesteld worden en welke de diëtist kan bespreken met de cliënt. Indien een cliënt geen terugvalpreventieplan heeft, kan de diëtist dit samen met de cliënt opstellen. Hierin wordt beschreven welke vaardigheden de patiënt geleerd heeft om de huidige voedingsgewoonten te kunnen handhaven, welke signalen een eventuele terugval kunnen voorspellen en worden moeilijke momenten in het omgaan met eten en stabilisatie van het gewicht geëvalueerd (dieetbehandelingsrichtlijn eetstoornissen, 2023).

4. Opvang voor wachttijdoeverbrugging

Blijkt er na de intake bij een professional dat er sprake is van matige tot ernstige complexiteit, zal er volgens protocol altijd direct doorverwezen worden naar de

specialistische GGZ. Indien er sprake is van een wachttijd bij de betreffende instelling, kan dat een knelpunt zijn in het snel aanbieden van adequate behandeling.

De diëtist kan in deze fase een ondersteunende rol innemen in het bieden van wachttijdoverbrugging. In deze situatie houdt de diëtist nauw contact met betrokken hulpverleners en zal de situatie waar mogelijk trachten te stabiliseren. Via de huisarts kan consultatie aangevraagd worden bij de GGZ en met hulpverleners werkzaam bij de landelijke telefonische hulplijn K-eeti overlegd kunnen worden. Ook bij wachttijdoverbrugging is aandacht voor psycho-educatie, motiverende gespreksvoering en het stellen van haalbare doelen. Hierbij zal begeleiding bestaan uit eerste- en tweedelijnszorg voor een optimale samenwerking met o.a. diëtist, huisarts, jeugdarts, kinderarts, POH, psycholoog, GGZ behandelaar, (lichaamsgerichte) therapeut en-/ of ervaringsdeskundige.

2.2 Voorwaarden voor behandeling in de eerste lijn

- Als er sprake is van milde symptomen of beginnende eetproblemen, kan de diëtist starten met de behandeling en hulp bieden bij het verminderen van symptomen waardoor (ernstige) complicaties uitblijven.
- Indien een cliënt intrinsiek gemotiveerd is en bereid is het probleem aan te pakken.
- Indien er (nog) geen intensieve hulp nodig is of de cliënt hier niet voor openstaat.
- Helaas is er een groep cliënten die niet herstelt van een eetstoornis, ondanks dat zij vaak meerdere behandelingen gedurende meerdere jaren hebben gehad. Deze groep wordt 'Cliënten met een Langdurige Eetstoornis (LES)' genoemd. De diëtist kan samen met deze cliënten kleine haalbare doelen formuleren om te werken aan verbetering van kwaliteit van leven. Mocht de LES-cliënt somatisch achteruit gaan, dan wordt de huisarts ingelicht.
- Belangrijk is om de eerstelijns begeleiding regelmatig te evalueren. Indien er geen vooruitgang is, dan is een multidisciplinaire behandeling nodig. Zie onder 2.3.

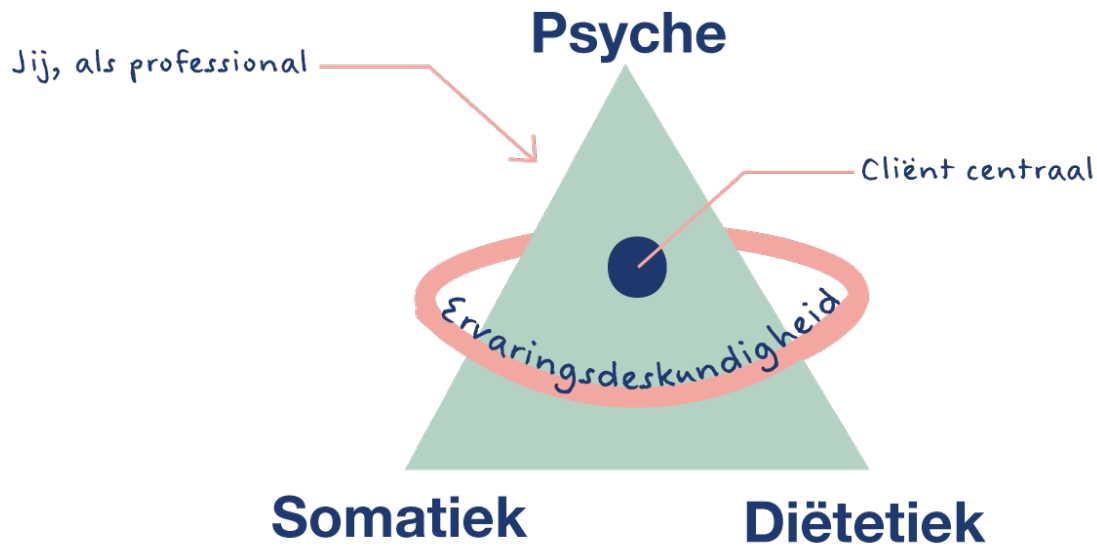
2.3 Soorten hulpverleners

Verschillende soorten hulpverleners met verschillende specialisaties kunnen ingezet worden bij de begeleiding van de cliënt. Elk specialisme heeft een eigen rol en biedt een andere vorm van begeleiding. Denk hierbij aan;

- Diëtist
- Medisch arts/specialist
- Huisarts
- Psycholoog/psychotherapeut
- POH -somatiek
- POH-GGZ
- Haptonoom/lichaamsgerichte therapeut
- Psychomotorisch therapeut of Creatief therapeut
- Specialistische GGZ (SGGZ)
- Ervaringsdeskundige: Ixta Noa, Proud2Bme, Stichting JIJ, Leontienhuis, Dalisay, St Kiem, Recovery, et cetera.

Voor een uitgebreid overzicht zie [Eetstoornissen Netwerk](#).

Bij de behandeling van mensen met een eetstoornis is het belangrijk dat professionals elkaar weten te vinden en dat de lijntjes kort zijn. Zowel binnen de preventie/vroegsignalering als de eerste-, tweede- en derdelijns zorg. Alleen dan kan de behandeling optimaal verlopen.



Naast professionals zullen naasten ook van betekenis zijn en een belangrijke rol kunnen spelen tijdens wachttijdoverbrugging, behandeling en herstel. Denk hierbij aan partners, ouders/verzorgers, vrienden of vriendinnen, familieleden. Zij kunnen een toegevoegde waarde hebben in het ondersteunen van de cliënt in het proces van motiveren en kiezen om tot een gezamenlijk gedragen behandelplan te komen (*Zorgstandaard eetstoornissen*, 2017). Het actief betrekken van naasten verdient de aanbeveling. Eerder genoemde ervaringsdeskundige hulp kan eveneens worden ingezet voor naasten.

2.4 Competenties diëtist

Wanneer beschikt een diëtist over voldoende competenties voor het verzorgen van behandeling? Aan welke voorwaarden /scholingen moet de diëtist voldoen?

Minimaal is de Post-HBO specialisatie voor diëtisten 'Behandeling van mensen met een eetstoornis' gevolgd. Deze scholing wordt verzorgd door de NDE (Nederlandse Diëtistenvereniging voor Eetstoornissen). Deelname aan intervisie binnen de regio met andere gespecialiseerde diëtisten omtrent eetstoornissen (minimaal 3 x per jaar verplicht gesteld door de beroepsvereniging).

Zie [hier](#) voor een overzicht van diëtisten werkzaam in het eetstoornisveld.

3 Bijlagen

3.1 Bijlage 1 - Signalenkaart eetstoornissen - Huisarts

Een huisarts speelt een belangrijke rol bij het signaleren van eetstoornissen. Om huisartsen te ondersteunen bij deze taak heeft Stichting Kiem samen met K-EET, PsyQ en individuele experts, de 'Signalenkaart eetstoornissen voor de huisartsenpraktijk' vernieuwd.

Eventueel kan in de eerstelijns gezondheidszorg gebruik gemaakt worden van de SCOFF vragenlijst of ESP (Eating Disorder Screen for Primary care (ESP) – Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie).

Het vroegtijdig signaleren van een eetstoornis en snel de juiste hulp inschakelen is cruciaal wanneer we kijken naar de ontwikkeling en het herstel van eetstoornissen. Hoe eerder interventie, hoe groter de kans op herstel. De persoon zelf heeft vaak geen ziektebesef noch inzicht in de ziekte. Ook voor de omgeving is het lastig om een eetstoornis te herkennen.

Des te belangrijker is het dat áls iemand terechtkomt bij de huisarts, deze weet wat de eerste signalen van een eetstoornis kunnen zijn. De vernieuwde signalenkaart bevat naast signalen ook informatie over (differentiaal) diagnostiek, doorverwijzen en somatisch onderzoek. De kaart is digitaal beschikbaar via de website van Stichting Kiem (Stichting Kiem, 2022).

3.2 Bijlage 2 – Informatie over Eetstoornissen

Het hebben van een eetstoornis – of een kwetsbaarheid daarvoor – verdient eerdere herkenning, beter begrip en effectievere behandeling. Het vroegtijdig herkennen en behandelen van een eetstoornis leidt namelijk tot minder lijden, minder maatschappelijke kosten en minder ernstig zieke kinderen, jongeren en ook volwassenen. K-EET is het netwerk van zorgprofessionals, ervaringsdeskundigen en ouders/ naasten dat zich hiervoor inzet. Op de website van K-EET, de landelijke Ketenaanpak EETstoornissen is veel informatie te vinden.

Vanuit K-EET zijn er diverse initiatieven voor erkenning, hulp en aandacht bij eetstoornissen, zoals:

- een interactieve zorgkaart, Zorgkaart Eetstoornissen Netwerk is de plek waar het actuele behandelaanbod te vinden is en waar zorgverleners elkaar eenvoudig kunnen vinden om sneller de juiste zorg te bieden.
- First EET kit richt zich op het eerder herkennen van eetstoornissen door omstanders (familie, zorg, school etc.) en het stimuleren van de juiste medische behandeling.
- Eetstoornissen-advieslijn voor professionals: bij K-EETi kun je als zorg- of jeugdhulp-professional een casus bespreken met een expert. K-EETi denkt mee en geeft praktisch en inhoudelijk advies.

4 Literatuurlijst

- Groot, J., Peeters, S., & Van Veen, A.-R. (2023, december). *Dieetbehandelingsrichtlijn eetstoornissen*.
- *NPi: Eetstoornissen, een praktische handreiking voor paramedici*. (2020, februari).
- *Zorgstandaarden*. (2017a).
- *Zorgstandaarden*. (2017b).
- *DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*. 2022. Human Concern
- *Ik heb een (beginnend) eetprobleem* | Thuisarts.nl (2017, 18 december).

- Janssen, F. (2014). *Liefde in plaats van chocola / druk 2: emotie-eten de baas, dat lukt jou ook*. Booklight.
- Marim, S. (2022, 11 augustus). *Stichting Kiem lanceert vernieuwde signalenkaart eetstoornissen - Stichting Kiem*. Stichting Kiem
- *Nvoo - eetstoornissen*. (z.d.).
- Stichting Kiem. (11, augustus 2022). *Signalenkaart eetstoornissen*. Stichting KIEM
- *Zorgstandaard Eetstoornissen: EBRO Module Screening en diagnostiek*. (2017, 11 november). ggzstandaarden.nl