



Alexianen

ZORGGROEP TIENEN



Alexianen

ZORGGROEP TIENEN

1 april 2015

Wat neem ik mee en wat laat ik achter?

Wanneer is opname nodig vanuit voedingsperspectief?

Ilse Ulens

Taak van een voedingsdeskundige

- Het signaleren van een eetstoornis
- Het bepalen en herstellen van de voedingstoestand
- Het begeleiden van de patiënt naar een normaal voedingspatroon
- Symptomen onder controle brengen
- Voorlichting, over gezonde voeding, over kookbereidingen, over normaal voedingsgedrag, over lichaamsgewicht en gewichtsregulatie, over de lichamelijke gevolgen van een eetstoornis, het wegnemen van foutieve cognities over voeding

Diagnostische criteria (DSM-IV)

AN:

- weigering van het LG op peil te houden dat minimaal normaal is voor leeftijd en lengte
- intense angst voor gewichtstoename of om dik te worden, zelfs bij een duidelijk te laag LG
- een stoornis van het zelfbeeld
- afwezigheid van ten minste drie opeenvolgende menstruaties

Diagnostische criteria (DSM-IV)

Twee typen:

- het restrictieve type: de echte vasters, vertonen geen compenseergedrag (meestal extreem bewegingsdrang)
- het purgeer type: zelf opgewekt braken, misbruik van laxeerpillen of diuretica

Diagnostische criteria (DSM-V)

- Weigering om lichaamsgewicht op peil te houden → restrictie van energie-inname
- Ondergewicht → significant laag gewicht
- Criterium D (menarche) → verwijderd

Diagnostische criteria (DSM-IV)

BN:

- eten in een kort tijdsbestek van een hoeveelheid voedsel die veel groter is dan de meeste mensen in een zelfde periode of onder zelfde omstandigheden zouden eten
- een gevoel van gebrek aan zelfbeheersing
- compenserend gedrag om gewichtstoename te voorkomen
- de eetaanvallen en het compenserend gedrag komen gemiddeld twee keer per week voor gedurende drie maanden

Diagnostische criteria (DSM-IV)

Twee typen:

- purgeer type: braken of misbruik van laxeerpillen en/of diuretica
- niet-purgeer-type: ander compensatiegedrag namelijk vasten of extreem bewegingsdrang

Diagnostische criteria (DSM-V)

- Eetbuien minstens 2x per week → minstens 1x per week
- Geen subtyperingen meer

Diagnostische criteria (DSM-IV)

Binge eating:

- NAO
- oncontroleerbare eetbuien zonder dat er compensatiegedrag is → overgewicht of obees

Diagnostische criteria (DSM-V)

- BED wordt een afzonderlijke diagnose
- De eetbuien komen gemiddeld minstens één keer per week gedurende 3 maanden voor

Enkele basisrichtlijnen

- Besef dat uw patiënt echt het noorden kwijt is wat betreft eten
- Heb aandacht voor lichamelijke klachten en stuur door
- Kijk verder dan het ‘eetprobleem’
- Maak duidelijke afspraken in overleg met haar
- Neem steeds beslissingen samen met haar
- Toon begrip, maar blijf consequent
- Blijf motiveren en luister
- Stimuleer eigen verantwoordelijkheid

Therapiecontract voor AN

- Huidig gewicht:.....
- Ideaal gewicht:
 - boven 18 jaar: BMI (G/L^2)
 - onder 18 jaar: groeicurven
 - *(een normale hormoonhuishouding)*
- Eerste streefdoel: gewichtsstabilisatie
- Haar ideaal streefgewicht: tweede streefdoel
- Gewichtsstijging: bespreekbaar maken
- Evaluatiemomenten:
 - driemaandelijks
 - afspraken naleven

Wat doen als er onvoldoende gewichtsstijging is?

- Opbouwpatroon
- Compensatiegedrag in vraag stellen
- Dieetproducten uitschakelen!
- Beweging onder de loep zetten
- Drinkbare bijvoeding voorstellen: Forti of Nutri (tussen de maaltijden door en niet ter vervanging)
(geen shakes van vermageringsproducten)
- Consequent blijven aan de afgesproken consequenties



Alexianen

ZORGGROEP TIENEN

Therapiecontract voor BN

- Huidig gewicht:...
- Ideaal gewicht:
 - boven 18 jaar: BMI (G/L^2)
 - onder 18 jaar: groeicurven
(een normale hormoonhuishouding)
- Eerste streefdoel: gewichtsstabilisatie
- Haar ideaal streefgewicht: tweede streefdoel
(fundamentele fout is dat BN-patiënten tegelijkertijd hun eetgedrag en hun gewicht trachten te controleren)
- Herstel normaal eetpatroon, geleidelijk afbouwen van eetbuien en zelfcontroletechnieken toepassen
- Evaluatiemomenten:
 - driemaandelijks
 - afspraken naleven



Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

Suggesties om eetbuien te vermijden

Door herstel van normaal eetpatroon en toepassen van zelfcontroletechnieken.
Opsporen van uitlokkers van eetbuien en alternatieven leren toepassen bij confrontatie met uitlokkers

- Hoofdmaaltijden niet overslaan
- Stoppen met diëten
- Wat tijdens een hoofdmaaltijd gegeten wordt mag niet gecompenseerd worden
- Duidelijke scheidingslijn tss een maaltijd en een eetbui
- Eetstijl aanpassen maw niet te snel eten
- Werken met een boodschappenlijstje
- Tussendoortjes inschakelen, ook verboden voedsel (veilige context)
- Tafel onmiddellijk afruimen of gewoon uit de keuken
- Alternatieven toepassen
iemand opbellen, wandeling maken, gaan sporten, een bad nemen, weggaan van de moeilijke situaties, kuisen

Stoppen met braken

Is niet evident:

- braken heeft als gevolg dat de concentratie van **endogene opioïden** stijgt in het bloed
- endogene opioïden: geven een aangename eufore gevoel ⇒ verslaving!
- deze stoffen stimuleren ook de eetlust ⇒ de neiging tot eetbuïen versterken
- angst voor gewichtsstijging

Tijdelijke gewichtsstijging

- Stoppen met braken of laxeren kunnen een tijdelijke gewichtsstijging veroorzaken (evt. zoutarm dieet toepassen)
- Een normaal eetpatroon + eetbuien kan een tijdelijke gewichtsstijging veroorzaken
- Een tijdelijke gewichtsstijging als gevolg van het niet mogen compenseren

Samenwerken met andere hulpverleners

- Huisarts (medisch vlak)

en/of

- Psycholoog / psychiater (psychisch vlak)
 - *naar wie doorverwijzen: naar iemand die kennis heeft van eetstoornissen*



Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

Samenwerken met andere hulpverleners

- Start:
 - contact met huisarts: somatische opvolging
 - contact met psycholoog/psychiater:
 - therapiedoelen overleggen
- Verloop:
 - contact met huisarts: blijft voornamelijk somatisch
 - contact met psycholoog/psychiater:
 - bespreken van verloop van symptomen
 - bespreken van vooropgestelde therapiedoelen

Belangrijk!

- Belangrijk dat je uw taken in het behandelteam duidelijk afbakt!
 - zowel naar de patiënt als naar de psycholoog
- Bereid zijn tot uitwisselen van informatie, zeker in het naleven van afspraken
 - vraagt tijd, maar overleg is cruciaal anders gevaar dat patiënten therapeuten tegen elkaar uitspelen



Alexianen
ZORGGROEP TIENEN

Wat mee in 't oog houden?

- Gewicht
- Elektrolytenstoornissen
- Refeedingsyndroom
- Hypoglycemie
- Hypotensie/bradycardie
- Transitstoornissen
- Amenorroe
- Osteoporose
- Vochtbalans

Wat kunnen we verwachten?

- Vanuit standpunt van de patiënten

- Vanuit standpunt van de andere hulpverleners

Gewicht

- BMI:
 - Laag risico: > 15
 - Medium risico: 13-15
 - Hoog risico: < 13

Elektrolytenstoornissen

- Laag Natrium: verdachte water waarden: (< 125 mmol/l hoog risico)
- Laag Kalium: bij braken of laxativamisbruik (< 3 mmol/l hoog risico)
- Hypoglycemie: < 54 mg/dl hoog risico)

Refeedingsyndroom

- Hiermee wordt bedoeld het brede scala aan complicaties van metabole en functionele veranderingen na starten van volledige voeding bij ernstig ondervoede patiënten (< BMI 13 hoog risico)
- Symptomen:
 - Arritmieën
 - Congestief hartfalen
 - Bewustzijnsdaling, coma

Algemene principes bij 'refeeding'

- Liefst peroraal, zonodig enteraal, nooit parenteraal
- Geen E-rijke voeding bij refeeding
- Vermijd IV suikers
- Gewichtstoename 0,5 – 1 kg/week

Transitstoornissen

- Constipatieproblemen
- Diarree
- Intoleranties

Verworven lactoseintolerantie bij AN:

- oorzaak: door het langdurig vermijden van deze producten
- klagen van diarree en een opgeblazen buik
- lactose test: blaastest
- eventueel lactosearm dieet
- oplossing: verdwijnt als men het voedingsmiddel geleidelijk weer gaat gebruiken

Amenorroe en osteoporose

- De pil maskeert amenorroe: zou ook geen effect hebben ter bescherming van osteoporose ??
- Vit D/ Ca: ??
- Bifosfonaten: ??

Vochtbalans bij AN

- **Aldosteron** (hormoon gesecreteerd door de bijnieren) staat in voor de vochtbalans. Het wordt gereguleerd door ADH (hormoon gesecreteerd door de hypothalamus)
bij AN is ADH $\downarrow\downarrow \Rightarrow \uparrow$ vochtverlies \Rightarrow uitdrogingsverschijnselen
- Tekort aan eiwitten in de voeding geeft verstoring van de vochtbalans \Rightarrow hongerodeem = vnl in de onderbenen, enkels, oogleden en buik

Oedemen bij BN

- Aldosteron $\uparrow \Rightarrow$ ADH $\uparrow \Rightarrow$ vochtophoping
- Deze vochtophoping wordt opvallend als men stopt met braken of laxeren omdat de hoeveelheid ADH nog enkele dagen tot weken hoog blijft!
- Deze gewichtsstijging kan oplopen tot meerdere kilo's

Criteria bij beoordeling indicatie/contra-indicatie voor ambulante behandeling

Criteria van 0 tot 10

0: medisch gezond

10: medisch ongezond

1. Medisch stabiel/onstabiel (lage pols, lage BD, elektrolytenstoornissen, hypokaliëmie)
2. Zelfmoordgevaar/-dreiging
3. Gewicht (lager dan BMI 16 kan indicatie zijn voor opname)
4. Motivatie (lagere motivatie pleit voor andere behandeling)
5. Comorbiditeit (depressie, angst, obsessief-compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis, vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek)
6. Al dan niet begeleiding nodig bij maaltijden en andere dagelijkse routine

7. Al dan niet begeleiding nodig bij het beperken van beweging
8. Al dan niet begeleiding nodig om het purgeergedrag te controleren
9. Aan- of afwezigheid van steunende familie of andere context (ernstige familiale conflicten en spanningen pleiten voor intensiveren van behandeling)
10. Bereikbaarheid (afstand van woonplaats naar behandellocatie)
11. Indien ambulante behandeling al is gestart: evalueer vooruitgang/stagnatie en aard van de voorgestelde behandeling.

Wanneer doorverwijzen naar een residentiële setting?

- Wanneer duidelijk in therapiecontract staat geschreven wanneer ambulante therapie niet meer mogelijk is
- Wanneer medisch gezien ambulante therapie niet meer verantwoord is
- Wanneer situatie achteruit gaat
- Wanneer er geen vooruitgang is

Hoe doorverwijzen naar een residentiële setting?

- Mogelijke settings bespreken
- Wachtlijsten nagaan
- Telefonisch contact
- Afspraak (intake) laten maken
- Bespreken van eerste gesprek/indruk
- Opvolging tot opname mogelijk is

Nazorgafspraken Ter Berken

Afspraken over gewicht en eetpatroon

huidig gewicht:.....

streefgewicht:.....

vragen:

- hoe wil ik hier aan werken om dit te bereiken of te behouden?
- wat zijn te verwachten moeilijke momenten ivm eten en hoe pak ik deze aan?
- wat doe ik als ik mijn doelstelling niet bereik? (gewicht en eetgedrag)
- met welk gewicht ga je bijtanken?
- met welk gewicht is opname terug noodzakelijk?

Groep 1A

- Uitgebreide voedingsanamnese:
 - Gewichtsevolutie
 - In kaart brengen van symptomen: eetbuien/braken/laxeren/niet eten/drinken/bewegingsdrang
 - Eetpatroon vlak voor opname
 - Vlees/vegetarisch
 - Of ze al dan niet een diëtiste geconsulteerd hebben en waarvoor

Groep 1 A

- Start van normale pakketten bespreken

Groep 1B

- Opbouw van normale pakketten
- Bij onvoldoende gewichtsevolutie wordt er gestart met versterkte pakketten op voorwaarde dat ze hun nl pakketten kunnen opeten
- Er wordt enkel met bijvoeding (Nutri) gestart als ze onvoldoende gewichtsstijging hebben en versterkt volledig kunnen opeten
- Beweging wordt in kaart gebracht en evt afbouw

Groep 1B

- Opbouwschema en afbouwschema opstellen
- Bespreken van de weekends:
 - Eetafspraken met ouders en partners
 - Veiligheden en alternatieven inbouwen
 - Hulp leren vragen

Groep 1B

- Eigen vraag: start lijn 750g/week
- Overgang naar een behandelingsgroep: de laatste 3 wegingen boven de lijn, anders stop therapie

Groep 3 & 4

- Bespreken van de weekends, eetgebeuren, symptomen, moeilijke momenten, bespreken van alternatieven en veiligheden, leren hulp vragen,...
- Thema's: vegetarische voeding, BMI, zelfbeeld, somatische klachten, beweging, feesten en restaurants,

Groep 4

- Meer verantwoordelijkheid bij hen!

Reservefase

- Indien ze twee weken achtereenvolgens onder de lijn zitten → reflextiefase
 - Gedurende 1 week nutri's: niet verplicht!
 - Bespreken van verkort weekend
- Indien ze drie weken achtereenvolgens onder de lijn zitten → wordt groep 1 besproken
- In groep 4 is er geen reflextiefase!



Alexianen

ZORGGROEP TIENEN

Pakketten

- **Normale pakketten**

O: 3 sneden met zoet beleg en minarine + fruit

Tussendoortje

M: Soep

3 aardappelen

90 g vlees + saus

½ bord groenten

Dessert

Tussendoortje

A: 3 sneden met hartig beleg en minarine en fruit

LA: 1 sneede met zoet beleg en melkproduct

- **Versterkte pakketten**

O: 4 sneden met zoet beleg en minarine + fruit

Tussendoortje + evt Nutri

M: Soep met room

4 aardappelen

90 g vlees + saus

½ bord groenten

Dessert

Tussendoortje = evt Nutri

A: 4 sneden met hartig beleg en minarine en fruit

LA: 2 sneden met zoet beleg en minarine en melkproduct + evt Nutri



Alexianen

ZORGROEP

- # Gewichten
- BMI < 12
 - Binnen de afdeling blijven
 - Verplaatsen met de rolstoel
 - Lift gebruiken
 - BMI < 14
 - Binnen de afdeling blijven
 - Afdeling verlaten enkel met toestemming van verpleegkundige
 - BMI 14-16
 - Binnen de kliniek blijven
 - Bij gewichtsstijging van 1 kg: kunnen uitzonderingen besproken worden
 - BMI 16
 - Beweging: 1 u per week
 - BMI 19
 - Tot BMI 19 een streeflijn van 750 g per week
 - Vanaf BMI 19 een minimumlijn op BMI 19
 - Medisch aanvaardbaar gewicht op voorwaarde dat menstruatie spontaan doorkomen
 - BMI 20
 - Streefgewicht

Weegmomenten

- Groep 1A en 1B: elke dag
- Behandelingsgroep:
 - Elke dag wegen tot BMI 16
 - Vanaf BMI 16: 3 keer per week
 - Ontslagfase: 2 keer per week

Zelfstandigheid uitbouwen

- Kookmodule
- Vervangen van maaltijden en tussendoortjes
- Op restaurant gaan
- Snack gaan eten
- In ontslagfase: 1 avond per week 's avonds koken



Alexianen

ZORGGROEP TIENEN