Preventie en vroege behandeling van eetstoornissen

Aan: de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Nr. 2022/12, Den Haag, 28 juni 2022

Gezondheidsraad

inhoud

Samenvatting 3

01 Inleiding 6

1.1 Aanleiding en context 7
1.2 Adviesvraag 7
1.3 Werkwijze 8
1.4 Leeswijzer 8

02 Organisatie van zorg voor eetstoornissen 10

2.1 Typen eetstoornissen 11
2.2 Prevalentie en incidentie 14
2.3 Organisatie van zorg 16
2.4 Knelpunten in de organisatie van de zorg rond eetstoornissen 18

03 Preventie en vroege herkenning van eetstoornissen 21

3.1 Algemene factoren die bijdragen aan het ontstaan van eetstoornissen 22
3.2 Specifieke risicofactoren 23
3.3 Preventie 26
3.4 Vroege herkenning 28

04 Vroege behandeling van eetstoornissen 32

4.1 Geschikte interventies voor vroege behandeling 33
4.2 Samenloop van eetstoornissen met andere aandoeningen 38

05 Advies 41

5.1. Snellere herkenning en behandeling met uniforme aanpak 42
5.2. Comorbiditeit 44
5.3 Onderzoeksagenda 45

Literatuur 46

samenvatting

Eetstoornissen zijn ernstige psychiatrische aandoeningen die vooral jonge mensen treffen. De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft samen met de Vereniging Nederlandse Gemeenten een landelijke stuurgroep K-EET ingesteld die de komende tien jaar een significante daling wil realiseren van het aantal kinderen en jongeren met een ernstige eetstoornis. Om die ambitie te verwezenlijken is meer kennis nodig. De staatssecretaris heeft de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over de stand van de wetenschap rond preventie, vroege herkenning en tijdige behandeling van eetstoornissen en behandeling van eetstoornissen in combinatie met andere aandoeningen (comorbiditeit) bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen tot 25 jaar (hierna: kinderen en jongeren). De raad heeft hiervoor de Commissie Preventie en behandeling eetstoornissen ingesteld.

De commissie heeft zich gericht op vier aandoeningen: anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuistoornis en de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis ARFID (*avoidant/restrictive food intake disorder*).[a] De commissie heeft internationaal wetenschappelijk onderzoek in kaart gebracht, relevante rapporten en adviezen bestudeerd, deskundigen gehoord en patiëntenorganisaties en belanghebbenden uit het veld aan het woord gelaten op een hoorzitting.

Zorg kent knelpunten

Anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis komen het vaakst voor bij jonge vrouwen in de leeftijd van 15-30 jaar. ARFID komt meer voor op (zeer) jonge leeftijd en vergeleken met de andere stoornissen vaker onder jongens. Het aantal mensen in Nederland met anorexia nervosa en boulimia nervosa lijkt over de tijd tamelijk stabiel, maar cijfers vanaf 2010 zijn (nog) niet bekend. Van de eetbuistoornis en ARFID ontbreken gegevens over de prevalentie.

De commissie constateert een aantal knelpunten in de zorg, die van invloed zijn op vroege herkenning en de tijdige behandeling van kinderen en jongeren met een eetstoornis. De belangrijkste knelpunten zijn: gebrek aan kennis in de samenleving, bij ouders en bij (zorg)professionals over eetstoornissen en over de Zorgstandaard eetstoornissen, lange wachtlijsten en een versnipperd zorgaanbod. Ook ontbreekt sinds de invoering van de Jeugdwet een landelijk registratiesysteem. Hierdoor is er geen zicht meer op de omvang en de ernst van eetstoornissen. Verder zijn de veelal kortdurende zorgcontracten tussen

[a] Anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis zijn eetstoornissen en ARFID is een voedingsstoornis. Omwille van de leesbaarheid gebruikt de commissie in dit advies de term eetstoornissen als overkoepelend begrip.

gemeenten en zorgaanbieders en de overgang van de zorg van de jeugdhulp (tot 18 jaar) naar de volwassenenzorg belangrijke knelpunten.

Preventie door vergroten mediawijsheid en zelfvertrouwen

De risicofactoren voor het ontstaan van anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis zijn zeer divers. Voor een deel gaat het om factoren die te maken hebben met eetgedrag en lichaamsbeleving. Daarnaast betreft het factoren die te maken hebben met de mentale gezondheid. Preventie specifiek gericht op het voorkomen van deze eetstoornissen is over het algemeen niet erg effectief en interventies die gericht zijn op eetgedrag of gewicht kunnen zelfs contraproductief werken. Meer succes heeft het inzetten op het geven van informatie en voorlichting aan ouders over eetstoornissen, mediawijsheid bij jongeren en hun ouders (verantwoord, veilig en kritisch leren omgaan met beeldvorming in de media) en op het vergroten van het zelfvertrouwen. Over de risicofactoren en preventie van ARFID is nog weinig bekend.

Vroege herkenning door scholing en betrouwbaar screeningsinstrument

Hoe eerder een eetstoornis herkend wordt, hoe beter de kans op herstel. Vroege herkenning van eetstoornissen wordt bemoeilijkt door het ontbreken van ziektebesef bij de kinderen en jongeren zelf en gebrek aan kennis en handelingsverlegenheid bij ouders en zorgprofessionals in de eerste en tweede lijn, zoals huisartsen, jeugdartsen en GZ-psychologen. Verder is er behoefte aan een gevalideerd screeningsinstrument voor kinderen en jongeren. Uit de internationale literatuur komen enkele betrouwbare en valide instrumenten naar voren voor volwassenen. Van deze instrumenten moet de betrouwbaarheid bij kinderen en jongeren veelal nog vastgesteld worden. Voor ARFID is wel een goed screeningsinstrument beschikbaar.

Laagdrempelige interventies voor vroege behandeling

Er zijn diverse interventies die effectief kunnen zijn in de vroege behandeling van eetstoornissen, al is op dit terrein ook meer onderzoek gewenst. In de vroege fase van de eetstoornis is het belangrijk om de omgeving, met name de ouders van het kind, actief bij de behandeling te betrekken. Familie-gebaseerde interventies en therapieën zijn effectief in de behandeling van een (beginnende) eetstoornis. Bij het aanpakken van eerste symptomen kunnen ook zogenoemde op dissonantie gebaseerde interventies en cognitieve gedragstherapie effectief ingezet worden, waarbij jongeren (15+) leren onrealistische of niet-helpende overtuigingen om te buigen en haalbare doelen te stellen. Daarnaast zijn online interventies een veelbelovende ontwikkeling om laagdrempelig ouders en jongeren te bereiken. Mogelijk kunnen deze ook helpen om als vroege behandeling in te zetten ter overbrugging van de wachtlijst voor (vervolg)behandeling.

Nog te weinig bekend over samenloop met andere aandoeningen

Eetstoornissen gaan vaak samen met andere psychische stoornissen, zoals angst- en stemmingsstoornissen. Dergelijke comorbiditeit (multimorbiditeit) vergroot het risico op langdurige en ernstiger klachten en minder goed dagelijks functioneren. Er blijkt veel variatie te zijn in het ontstaan van comorbiditeit. Over de gedeelde risicofactoren voor het ontstaan van comorbiditeit en effectieve behandeling van multimorbiditeit is nog te weinig bekend. Meer intensieve en gepersonaliseerde zorg lijkt noodzakelijk.

Advies: uniforme aanpak en meer onderzoek

Een snellere herkenning en behandeling van eetstoornissen is essentieel, omdat de prognose dan gunstiger is. Dat vraagt volgens de commissie om een landelijke uniforme aanpak, die kan worden geïmplementeerd op gemeentelijk of regionaal niveau. Essentieel daarin zijn volgens de commissie een kennisinfrastructuur voor scholing en bovenregionale samenwerking en een landelijk registratiesysteem. Ook is het van belang dat kinderen, jongeren en ouders worden betrokken bij de opzet, uitvoering en evaluatie. De commissie adviseert preventie vooral te richten op het vergroten van de mentale weerbaarheid van kinderen en jongeren (waaronder zelfvertrouwen, zelfbeeld en lichaamsbeleving), het voorlichten en informeren van ouders en het vergroten van de media-wijsheid bij kinderen en jongeren en hun ouders. Vroege herkenning vraagt zowel om meer kennis (en ziektebesef) bij de jongeren zelf, hun ouders en betrokken beroepsgroepen als om een goed screeningsinstrument. Winst in de vroege behandeling is volgens de commissie te behalen door te zorgen voor een laagdrempelig behandelaanbod dat direct na de diagnose kan worden ingezet. Ook zou de kennis en zorg meer gebundeld kunnen worden. Over de behandeling van comorbiditeit is nog te weinig bekend. De commissie adviseert te investeren in meer onderzoek naar eetstoornissen; hiervoor heeft zij een onderzoeksagenda opgesteld.

01 inleiding

1.1 Aanleiding en context

Eetstoornissen komen voor onder alle leeftijden, maar vooral onder jonge vrouwen. Het gaat om ernstige psychiatrische aandoeningen die ook vaak ernstige somatische gevolgen hebben. Eetstoornissen duren meestal vele jaren en leiden, vergeleken met andere psychische ziekten, tot een lage kwaliteit van leven en een hoge ziektelast. Van alle psychische aandoeningen leidt anorexia nervosa het vaakst tot de dood. Mensen met deze ziekte hebben een vijf keer hogere kans om te overlijden dan hun leeftijdgenoten. Voor mensen met boulimia nervosa is dat risico twee keer zo hoog.[1]

Een eetstoornis komt vaak voor in combinatie met andere vormen van (psychische) problematiek (comorbiditeit), zoals angst- en stemmingsstoornissen, een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en een stoornis in het autistisch spectrum. De behandeling vraagt mede daardoor om een specialistische, integrale aanpak waarin verschillende organisaties en disciplines met elkaar samenwerken.[2] Zorgprofessionals, kinderen en jongeren met een eetstoornis en hun ouders ervaren al langere tijd en in toenemende mate knelpunten in de zorgketen. Zo worden eetstoornissen vaak niet tijdig herkend, zijn de wachttijden voor behandelplekken lang, ontbreekt een actueel overzicht van een landelijk en regionaal behandelaanbod en is de continuïteit van de behandeling (en financiering daarvan) een probleem als de jongere 18 wordt.[2,3]

Het verbeteren van de zorg aan kinderen, adolescenten en jongvolwassenen tot 25 jaar (hierna: kinderen en jongeren) met een eetstoornis is een belangrijk speerpunt van de staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). VWS en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) hebben in april 2019 de stuurgroep landelijke ketenaanpak eetstoornissen (K-EET) ingesteld. De opdracht aan K-EET is om een inhoudelijk gedragen, duurzaam fundament te leggen onder de ketenaanpak van eetstoornissen bij kinderen en jongeren, zowel landelijk, bovenregionaal als in de gemeenten.
K-EET wil dat kinderen, jongeren en volwassenen met een (potentiële) eetstoornis, al dan niet in combinatie met andere (psychische) aandoeningen, de komende jaren eerder herkend, beter begrepen en eerder en beter behandeld worden. De ambitie is dat het aantal ernstig en levensbedreigend zieke kinderen en jongeren over tien jaar significant is gedaald.[2] Om deze ambitie te kunnen verwezenlijken is meer kennis nodig.

1.2 Adviesvraag

In april 2021 heeft de staatssecretaris van VWS de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over de stand van de wetenschap van de mogelijkheden tot vroege opsporing en tijdige behandeling (vraag 1) en over wat er wetenschappelijk bekend is over de combinatie van eetstoornissen met andere vormen van (psychische) problematiek (vraag 2). De volledige tekst van de adviesaanvraag is te vinden op

www.gezondheidsraad.nl. Voor de beantwoording van de vragen van de staatssecretaris heeft de voorzitter van de Gezondheidsraad de Commissie Preventie en behandeling van eetstoornissen geïnstalleerd. De samenstelling van die commissie staat achter in dit advies.

1.3 Werkwijze

De commissie heeft zich gericht op vier aandoeningen: anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuistoornis, en de vermijdende/restrictieve voedsel(inname)stoornis afgekort als ARFID (zie hoofdstuk 2 voor de kenmerken van de verschillende stoornissen). De eerste drie zijn eetstoornissen en ARFID is een voedingsstoornis. Omwille van de leesbaarheid gebruikt de commissie in dit advies de term eetstoornissen als overkoepelend begrip.

De commissie gebruikte systematische reviews en meta-analyses om internationaal onderzoek in kaart te brengen naar de preventie, vroege herkenning en vroege behandeling van eetstoornissen en naar de behandeling van comorbide problematiek. De focus lag op studies gepubliceerd in de afgelopen vijf jaar, omdat de laatste verkenning dateert uit 2017, toen de Zorgstandaard eetstoornissen verscheen. Wanneer overzichtsstudies ontbraken, heeft de commissie gebruikgemaakt van recente epidemiologische studies, gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's), kwalitatieve studies en relevante rapporten en adviezen, zoals van K-EET en een inventarisatie van goede voorbeelden van de aanpak van eetstoornissen in andere landen.[4]

De commissie heeft een hoorzitting gehouden met patiëntenorganisaties en belanghebbenden uit het veld. Daarnaast heeft de commissie deskundigen geraadpleegd met expertise op het gebied van preventie, vroege herkenning, vroege behandeling en comorbiditeit van eetstoornissen. De verslagen van deze bijeenkomsten zijn te vinden op www.gezondheidsraad.nl. Het advies is getoetst door de beraadsgroep van de Gezondheidsraad.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijft de commissie de kenmerken en de prevalentie en incidentie van de diverse eetstoornissen en hoe de zorg voor deze aandoeningen in Nederland georganiseerd is. In hoofdstuk 3 gaat de commissie in op de factoren die bijdragen aan het ontstaan van eetstoornissen. Ook geeft zij een overzicht van de preventieve interventies die helpen het ontstaan van een eetstoornis te voorkomen, of van invloed zijn op de risicofactoren. Daarnaast beschrijft zij wat er bekend is over vroege herkenning en beschikbare effectieve screenings-instrumenten. In hoofdstuk 4 schetst de commissie de stand van de wetenschap over geschikte interventies voor vroege behandeling, met daarnaast een overzicht van bekende combinaties van eetstoornissen

met andere aandoeningen. Tot slot volgt in hoofdstuk 5 het advies van de commissie. Dit hoofdstuk eindigt met een agenda voor toekomstig onderzoek naar preventie, vroege herkenning en vroege behandeling van eetstoornissen en comorbiditeit.

02
organisatie van zorg voor eetstoornissen

Anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis komen het vaakst voor bij jonge vrouwen in de leeftijd van 15-30 jaar. ARFID komt meer voor op (zeer) jonge leeftijd en vaker onder jongens dan de andere stoornissen. Vanwege de jonge leeftijd van kinderen en jongeren met een eetstoornis is de overgang van de zorg van de jeugdhulp (tot 18 jaar) naar de volwassenenzorg een aandachtspunt. Ook ontbreekt sinds de invoering van de Jeugdwet een landelijk registratiesysteem. Hierdoor is er geen zicht meer op de omvang en de ernst van eetstoornissen. Andere knelpunten in de zorgpraktijk zijn onder meer gebrek aan kennis, lange wachtlijsten, kortdurende zorgcontracten tussen gemeenten en zorgaanbieders en versnippering in het aanbod.

2.1 Typen eetstoornissen

Eetstoornissen zijn psychische aandoeningen met vaak ernstige somatische gevolgen.[5] In de Zorgstandaard eetstoornissen en in de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen de twee klassieke eetstoornissen anorexia nervosa en boulimia nervosa en de eetbuistoornis (*binge eating disorder*) en de recent erkende vermijdende of restrictieve voedselinnamestoornis, beter bekend als ARFID (*avoidant/restrictive food intake disorder*).

Anorexia nervosa

Mensen die anorexia nervosa hebben, beperken hun energie-inname ten opzichte van hun energiebehoefte. Hierdoor hebben ze een te laag lichaamsgewicht voor hun leeftijd, sekse en groeicurve. Mensen met anorexia nervosa hebben een intense angst om aan te komen of dik te worden en/of volharden in gedrag dat gewichtstoename voorkomt. Ook hebben zij vaak een verstoord lichaamsbeeld. Dit houdt in dat de manier waarop zij hun lichaamsgewicht of lichaamsvorm ervaren niet overeenkomt met de werkelijkheid, waardoor onderkenning van de ernst van het lage lichaamsgewicht uitblijft. Het lichaamsgewicht heeft een onevenredig grote invloed op hoe iemand met anorexia nervosa over zichzelf denkt.

Anorexia nervosa kent grofweg twee typen: het restrictieve type en het eetbuien-/purgerende type. Tot het eerste type horen mensen bij wie het gewichtsverlies vooral komt door dieet houden, vasten en/of overmatige lichaamsbeweging. Het tweede type betreft mensen die last hebben van eetbuien en/of zelf opgewekt braken of die gebruikmaken van laxerende of vochtafdrijvende middelen (laxantia, diuretica) of klysma's.

Boulimia nervosa

Mensen die lijden aan boulimia nervosa hebben steeds terugkerende eetbuien (gedurende 3 maanden minimaal 1 keer per week). Tijdens een eetbui eet iemand in een beperkte tijd, bijvoorbeeld binnen 2 uur, een grote hoeveelheid voedsel; veel meer dan de meeste mensen binnen dezelfde tijd, onder vergelijkbare omstandigheden zouden eten. Bij zo'n eetbui heeft iemand het gevoel niet meer te kunnen stoppen met eten en

geen controle te hebben op wat en hoeveel hij/zij eet. Om gewichtstoename tegen te gaan wordt de eetbui gecompenseerd met zelf opgewekt braken, gebruik van laxantia, diuretica of andere medicatie; vasten, of heel veel lichaamsbeweging. Ook bij deze eetstoornis hebben de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht een onevenredige invloed op het oordeel dat iemand over zichzelf heeft.

De eetbuistoornis

Mensen die last hebben van de eetbuistoornis vertonen hetzelfde gedrag als bij boulimia nervosa maar hebben daarbij minimaal drie van de volgende kenmerken:

- Veel sneller eten dan normaal;
- Dooreten totdat een onaangenaam vol gevoel ontstaat;
- Grote hoeveelheden voedsel nuttigen zonder lichamelijke trek te hebben;
- Alleen eten, uit schaamte over de hoeveelheid die wordt gegeten;
- Achteraf van zichzelf walgen, zich somber of erg schuldig voelen;
- Duidelijke lijdensdruk door de eetbuien.

Mensen met de eetbuistoornis compenseren, anders dan iemand met boulimia nervosa, hun eetgedrag niet. Ze bewegen niet overmatig, gebruiken geen laxantia of diuretica en wekken na een eetbui geen braken op.

ARFID

Bij de voedingsstoornis ARFID heeft iemand geen interesse in eten. Het kan ook zijn dat iemand een bepaald soort eten stelselmatig vermijdt vanwege de (sensorische) kenmerken of eigenschappen, zoals kleur, smaak of textuur of zorgen over de aversieve (afkeer opwekkende) gevolgen van het eten. Dit leidt uiteindelijk tot gewichtsverlies, een tekort aan bepaalde voedingsstoffen en vitamines, of een beperking in de sociale activiteiten vanwege het eetgedrag. In tegenstelling tot de eetstoornissen is er bij ARFID geen sprake van een verstoord lichaamsbeeld of angst om aan te komen.

Tabel 1 Kenmerken van eetstoornissen en ARFID

Aandoening	Kenmerken	Compensatie van gedrag
Anorexia nervosa	• Beperken van de energie-inname (voedsel) ten opzichte van de energiebehoefte; • Intense angst om aan te komen of dik te worden en/of volharden in gedrag dat gewichtstoename voorkomt; • Verstoorde manier waarop de betrokkene zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm ervaart; • Lichaamsvorm en -gewicht hebben een onevenredige invloed op het zelfbeeld. Lichaamsgewicht: te laag voor de leeftijd, de sekse, de groeicurve en de lichamelijke gezondheid. Er zijn twee typen anorexia nervosa: **1 Restrictieve type** • Gewichtsverlies vooral door dieet houden, vasten en/of overmatige lichaamsbeweging. **2 Eetbuien-/purgerende type** • Eetbuien; • Zelfopgewekt braken; • Gebruik van laxeermiddelen.	Gewichtstoename tegengaan door: • Zelfopgewekt braken; • Gebruik van laxeermiddelen; • Vasten; • Veel lichaamsbeweging.
Boulimia nervosa	• Terugkerende eetbuien (gedurende 3 maanden minimaal 1 keer per week); • Grote hoeveelheid eten in korte tijd; • Gevoel geen controle te hebben over eetgedrag (hoeveelheid eten), en niet kunnen stoppen; • Lichaamsvorm en -gewicht hebben een onevenredige invloed op het zelfbeeld. Lichaamsgewicht: meestal normaal, waardoor de eetstoornis niet opvalt.	Gewichtstoename tegengaan door: • Zelfopgewekt braken; • Gebruik van laxeermiddelen; • Vasten; • Veel lichaamsbeweging.
Eetbuistoornis	Lijkt op boulimia, maar onderscheidt zich door minimaal 3 van onderstaande kenmerken: • Veel sneller eten dan normaal; • Blijven dooreten; • Grote hoeveelheden eten zonder lichamelijk trek te hebben; • Alleen eten (uit schaamte over de hoeveelheid); • Gevoel van walging, schuld of somberte achteraf; • Lijdensdruk door de eetbuien. Lichaamsgewicht: vaker overgewicht, doordat gedrag niet gecompenseerd wordt door bijvoorbeeld overmatig bewegen of zelfopgewekt braken.	Nee
ARFID*	• Geen interesse of plezier in eten; • Selectief en/of restrictief eetgedrag; • Vermijden van eten door kenmerken als kleur, smaak of textuur; • Tekort(en) aan voedingsstoffen; • Vermijden sociale activiteiten. Lichaamsgewicht: vaak gewichtsverlies.	Nee

2.2 Prevalentie en incidentie

Een eetstoornis kan ontstaan op verschillende momenten in de levensloop. In de eerste levensfase heeft dit vaak een lichamelijke oorzaak; zelden gaat het om een hardnekkige weigering van voedsel.[6] Bij kinderen tussen ongeveer 2-6 jaar gaat het vaak om pedagogische eetproblemen. Vanaf de basisschoolleeftijd worden selectief eten en de eerste vormen van anorexia nervosa zichtbaar. Anorexia nervosa ontstaat vaak in de eerste fase van de puberteit en in de adolescentieperiode; boulimia nervosa en de eetbuistoornis ontstaan vaak in de tweede helft van de puberteit. Eetstoornissen kunnen voortduren tot ver in de volwassenheid. In de adolescentieperiode kan ook de combinatie van een eetstoornis en een persoonlijkheidsstoornis of andere psychische problemen zichtbaar worden.[6]

Anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis komen het vaakst voor bij jonge vrouwen in de leeftijd van 15-30 jaar.[7] Een piek wordt gezien gedurende transitieperiodes in de levensloop, zoals tijdens de adolescentie en (in mindere mate) tijdens de menopauze.[8,9] Anorexia nervosa wordt steeds vaker op een jongere leeftijd gediagnosticeerd (jonger dan 15 jaar).[10] ARFID komt in vergelijking met de andere stoornissen vaker voor op (zeer) jonge leeftijd en treft ook meer jongens. De ernst en lange duur van eetstoornissen, de vaak jonge leeftijd en de toegenomen aanmeldingen met toenemende wachtlijsten als gevolg van de COVID-19 pandemie baren veel mensen zorgen (zie ook paragraaf 3.2.3).[11,12]

Prevalentie van eetstoornissen in Westerse landen

De kans om ergens in het leven een eetstoornis te ontwikkelen wordt *lifetime* prevalentie genoemd. De *lifetime* prevalentie van anorexia nervosa in Westerse landen wordt geschat op 4% onder vrouwen en 0,3% onder mannen. De *lifetime* prevalentie van boulimia nervosa en de eetbuistoornis wordt in Westerse landen geschat op respectievelijk 3% en 1,8% voor vrouwen en 1% en 0,7% voor mannen.[10,13] Het gaat om een onderschatting, omdat niet altijd of pas laat hulp wordt gezocht voor een eetstoornis. Er zijn nog weinig epidemiologische studies uitgevoerd naar de prevalentie van ARFID, waardoor gegevens over de *lifetime* prevalentie ontbreken. Een eerste schatting van de zogenoemde puntprevalentie (het aantal gevallen op een bepaald moment) wijst uit dat 3,2% van de Zwitserse kinderen van 8-13 jaar voldeden aan de criteria van ARFID.[14] Onder 250 Nederlandse 14- tot 18-jarigen werd een puntprevalentie van 2,9% gevonden.[15]

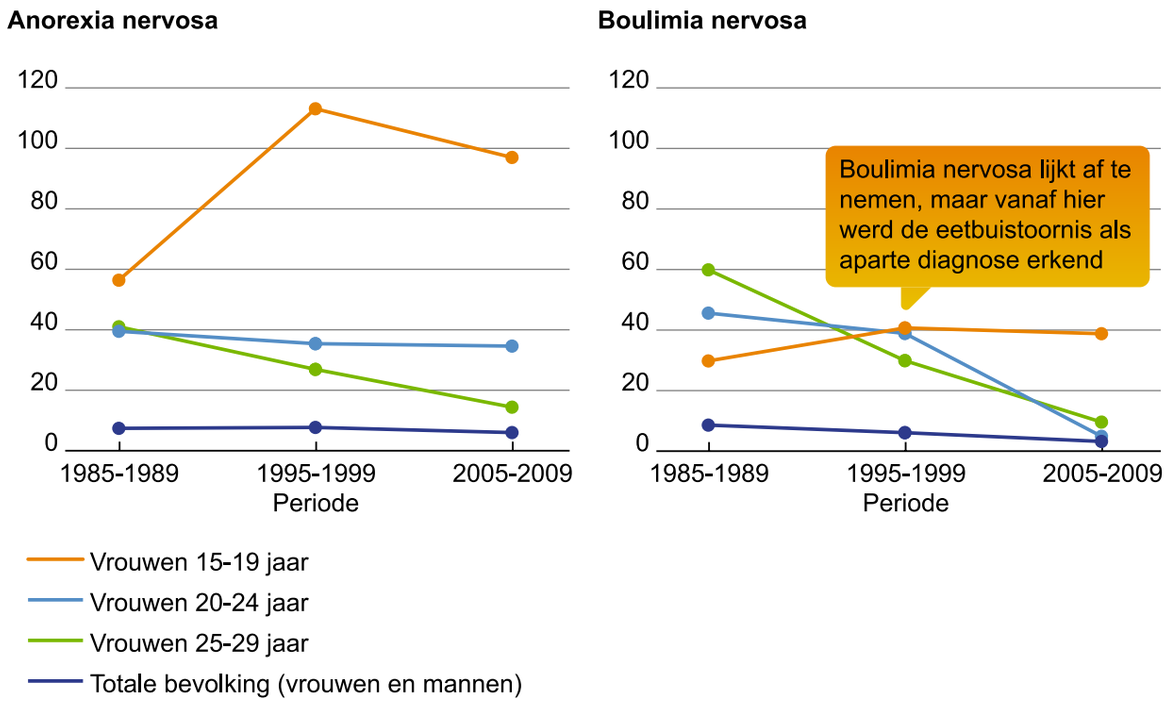
Incidentie van eetstoornissen in Nederland

Een representatieve steekproef onder huisartspraktijken in Nederland toont aan dat het aantal nieuwe gevallen per jaar (incidentie) van anorexia nervosa stabiel is gebleven tot 2009.[7] In de periode 1985-1989 ging het om 7,4 gevallen per 100.000 inwoners, in de periode 1995-1999 om

7,7 per 100.000 en in de periode 2005-2009 om 6 per 100.000 inwoners. De incidentie was het hoogst onder 15-19-jarige vrouwen, met incidentiecijfers variërend van 56,4 per 100.000 jonge vrouwen in 1985-1989, tot 113,1 per 100.000 in 1995-1999 en 97,0 per 100.000 jonge vrouwen in 2005-2009. De incidentie van boulimia nervosa nam af in dezelfde perioden, van 8,6 naar 6,1 en 3,2 nieuwe gevallen per 100.000 inwoners per jaar.[a] De incidentie van boulimia nervosa in 1985-1989 was het hoogst voor de groep 25-29-jarige vrouwen (59,9 per 100.000) en in de andere jaren het hoogst voor 15-19-jarige vrouwen met respectievelijk 40,7 per 100.000 en 38,8 per 100.000 jonge vrouwen.[7] Recentere gegevens over de incidentie van anorexia en boulimia nervosa (vanaf 2010) en gegevens over de eetbuistoornis en ARFID ontbreken nog in Nederland.

Eetstoornissen komen het meest voor bij jonge vrouwen

Incidentie per 100.000 inwoners, voor 3 studieperiodes tot 2009



Figuur 1 Incidentie van anorexia nervosa en boulimia nervosa in de algemene bevolking en relevante subgroepen tot 2009

[a] De afname van de diagnose boulimia nervosa over de tijd is (deels) te verklaren door de erkenning van de eetbuistoornis als psychiatrische aandoening vanaf 1994. De eetbuistoornis werd sindsdien in Nederland niet apart geregistreerd waardoor gegevens over de eetbuistoornis over de tijd ontbreken.

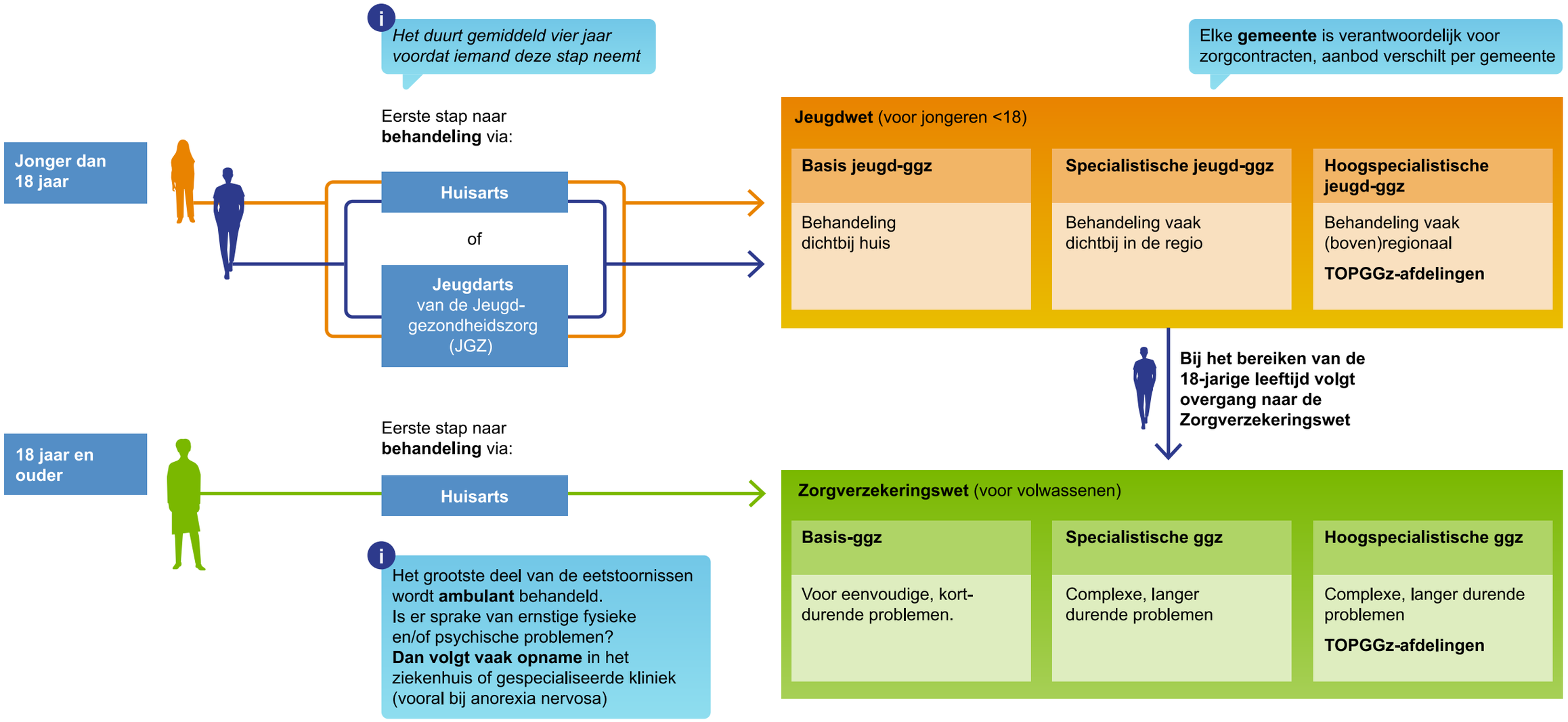
2.3 Organisatie van zorg

De meeste mensen met een eetstoornis kunnen ambulant behandeld worden. In geval van ernstige fysieke en/of psychische problemen is opname in het ziekenhuis of gespecialiseerde kliniek aangewezen.
In het laatste geval gaat het overwegend om kinderen en jongeren met anorexia nervosa.

De eerste stap naar hulpverlening vindt veelal plaats via de huisarts en soms ook via de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Omdat er bij een eetstoornis vaak sprake is van een verstoord ziektebesef en/of schaamte, duurt het gemiddeld vier jaar voordat iemand deze stap neemt.[5]
De huisarts kan kinderen en jongeren met eetproblemen of een beginnende eetstoornis begeleiden en behandelen met de ondersteuning van een praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (poh-ggz) en met een aanbod van e-health en consultatiemogelijkheden bij de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Zo is bijvoorbeeld de K-EETi-hulplijn beschikbaar voor intercollegiaal advies van experts over (mogelijke) eetstoornissen bij kinderen en jongeren. De huisarts kan besluiten iemand (direct) te verwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg. De jeugdarts en jeugdverpleegkundige kunnen ook benaderd worden door jeugdigen, ouders, en scholen wanneer er zorgen zijn over het welzijn of de gezondheid van een kind of jongere. De jeugdarts kan eveneens kinderen en adolescenten rechtstreeks verwijzen naar de ggz. De JGZ voert op verschillende leeftijden screening en gezondheidsonderzoek uit op scholen of in de centra voor jeugd en gezin.

De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland is vastgelegd in de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet (volwassenen).
Op de zorg voor eetstoornissen aan jongeren onder de 18 jaar is de Jeugdwet van toepassing. Bij de behandeling van kinderen en jongeren wordt onderscheid gemaakt in basis jeugd-ggz, specialistische jeugd-ggz en hoogspecialistische jeugd-ggz. Basis jeugd-ggz is voor eenvoudige, kortdurende problemen, waarbij behandeling plaatsvindt door bijvoorbeeld een eerstelijns gz-psycholoog of psychotherapeut.[16]
In de gespecialiseerde jeugd-ggz worden kinderen en jongeren behandeld met complexe en langer durende problemen. Onderdeel hiervan is de hoogspecialistische jeugd-ggz, zoals TOPGGz-afdelingen waar kinderen en jongeren met een eetstoornis worden behandeld. Gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor het aanbod en de vergoeding van jeugdhulp.

Behandeling van voedings- en eetstoornissen in Nederland



Figuur 2 Behandeling van eetstoornissen in Nederland

2.4 Knelpunten in de organisatie van de zorg rond eetstoornissen

De organisatie van de zorg voor eetstoornissen kent een aantal knelpunten, die de commissie in deze paragraaf beschrijft. Zij baseert zich hierbij op de literatuur, haar eigen *expert opinion*, inbreng van deelnemers aan de hoorzitting en rapportages zoals van K-EET.

Kennis

In huisartsenpraktijken is niet altijd voldoende kennis aanwezig om mensen met een (beginnende) eetstoornis tijdig te herkennen en te begeleiden.[2,3,17] Uit de hoorzitting en *expert opinions* kwam naar voren dat ook de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg en de GGD onvoldoende kennis lijken te hebben om eetproblemen op tijd te signaleren en vroege behandeling toe te passen. Daarnaast lijken GZ-psychologen en psychotherapeuten in de basis-ggz vaak onvoldoende kennis te hebben om kinderen en jongeren met een (beginnende) eetstoornis te herkennen en/of vroegtijdig te behandelen. Dat komt onder andere doordat er in opleidingen van relevante beroepsgroepen weinig aandacht is voor deze aandoeningen. Huisartsenpraktijken en jeugdartsen geven daarnaast aan niet goed op de hoogte te zijn van het zorgaanbod voor vroege behandeling van eetstoornissen, waardoor verwijzing stagneert.[2,3,17] Gemeenten hebben vaak onvoldoende kennis om adequate hulp in te kopen voor kinderen met een eetstoornis.[2,3,12,18-21]

Verwijzing

K-EET constateert dat er lang niet overal een goed verwijsnetwerk is tussen de basis (jeugd-)ggz en specialistische (jeugd-)ggz voor eetstoornissen. Vaak is bij de huisarts, jeugdarts en de gemeente niet bekend welke psychologen en psychotherapeuten geschoold of gespecialiseerd zijn op het gebied van eetstoornissen en naar welke hulpverleners een jongere met een beginnende eetstoornis kan worden doorverwezen. Ook ontbreekt het aan uniforme triage.[2,3] Bovendien kent Nederland lange wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg.
Uit *expert opinions*, inventarisaties van K-EET en een kleinschalig onderzoek blijkt dat de wachtlijsten voor kinderen en jongeren onder 18 jaar lang zijn.[2,3,12] Omdat een landelijke registratie ontbreekt, zijn hierover geen precieze gegevens bekend.[22] Voor jongeren vanaf 18 jaar met een eetstoornis is op dit moment zowel de aanmeldwachttijd (de tijd tot het intakegesprek) als de behandelwachttijd boven de zogenoemde treeknorm (de door zorgaanbieders en verzekeraars redelijke geachte wachttijd) van respectievelijk 4 en 10 weken.[2,3] In januari 2022 was de gemiddelde aanmeldwachttijd voor de behandeling van mensen van 18 jaar en ouder met eetstoornissen in Nederland 10 weken, en de behandelwachttijd nog eens 6,6 weken.[23] De regionale wachttijden variëren sterk, van 0 tot 30 weken totale wachttijd.[23]

Zorgaanbod

De overdracht van de verantwoordelijkheid voor de jeugdhulp aan gemeenten heeft geleid tot het wegvallen van essentiële onderdelen in de zorgketen voor eetstoornissen, zoals voldoende aanbod van ambulante hulp en klinische opnameplekken.[2,11,18-22,24] Ambulante behandeling sluit bovendien niet altijd aan op de klinische behandeling. Verder is er geen soepele overgang van zorgverlening als jongeren 18 jaar worden en overgaan van de jeugdhulp naar de volwassenenzorg.[18,21] De samenwerking tussen aanbieders van specialistische zorg voor eetstoornissen en andere zorgaanbieders verloopt moeizaam, omdat gemeenten kortdurende contracten afsluiten. In de praktijk betekent dit dat de zorg in gemeenten verschillend is georganiseerd en dat ook het zorgaanbod per tijdsperiode kan verschillen.[2,11,18-22,24]

Om geconstateerde (ernstige) eetproblemen en een beginnende eetstoornis (vroegtijdig) te behandelen wordt in Nederland gebruik gemaakt van de Zorgstandaard eetstoornissen die voor het laatst in 2017 een update kreeg.[5] In de praktijk worden echter met name door gemeenten ook behandelingen vergoed die hieraan niet voldoen. Nieuw aanbod wordt niet altijd getoetst. K-EET zet in op een bredere implementatie van de Zorgstandaard eetstoornissen, omdat deze in de praktijk niet structureel toegepast wordt.[2,3] Uit de raadpleging van deskundigen en de hoorzitting blijkt verder dat zorgprofessionals nog vaak een minimale grens van de *body mass index* (BMI) hanteren om tot behandeling van de eetstoornis, onderliggende of comorbide problemen over te gaan. Van jongeren met een te lage BMI wordt ten onrechte soms gedacht dat zij door hun gezondheidstoestand niet in staat zijn om te starten met een psychologische behandeling.

In Nederland zijn er, net als in veel andere Europese landen, geen of nauwelijks specialistische zorgcentra waarin alle type eetstoornissen bij kinderen en jongeren van alle leeftijden vroegtijdig behandeld kunnen worden. Het gevolg is dat er een grote verscheidenheid aan dienstverlening beschikbaar is. Kinderen en jongeren en hun naasten hebben behoefte aan goed gecoördineerde zorg die gegeven wordt door een specialistisch team rondom de jongere en zijn of haar sociale netwerk. Kwalitatief goede zorg voor kinderen en jongeren met een eetstoornis zou moeten bestaan uit een mix van zorg aan huis, wijkgerichte zorg, en intensieve poliklinische behandeling in een specialistisch centrum. In het Verenigd Koninkrijk heeft de preventieve zorg recent een impuls gekregen door deze te organiseren vanuit zogenoemde community centra, waar mensen terecht kunnen zonder verwijzing van de huisarts. Gewerkt wordt met richtlijnen en een multidisciplinair team dat lokaal rond het gezin ingezet wordt.[4,25] Ook heeft het Verenigd Koninkrijk het programma *First episode Rapid Early intervention for Eating Disorders (FREED)* opgezet voor mensen van 18 jaar en ouder om ervoor te zorgen dat vroege herkenning en vroege behandeling plaatsvindt bij jongvolwassenen binnen drie jaar na het ontstaan van eerste klachten.[26] Eerste resultaten

wijzen uit dat FREED zorgt voor een snellere toeleiding naar zorg, minder intensieve zorg, en een reductie van klachten en zorgkosten in vergelijking met standaardzorg.[27]

03
preventie en vroege herkenning van eetstoornissen

De risicofactoren voor het ontstaan van anorexia, boulimia nervosa en eetbuistoornis zijn zeer divers. Voor een deel gaat het om factoren die te maken hebben met eetgedrag en lichaamsbeleving (beide kunnen ook symptomen zijn van deze eetstoornissen), daarnaast om factoren die te maken hebben met de mentale gezondheid. Preventieve interventies zijn over het algemeen niet erg effectief en interventies die gericht zijn op eetgedrag of gewicht kunnen zelfs contraproductief werken. Meer succes heeft inzetten op mediawijsheid en zelfvertrouwen. Over de risicofactoren en preventie van ARFID is nog weinig bekend. Vroege herkenning van eetstoornissen wordt bemoeilijkt door het ontbreken van ziektebesef bij de jongere zelf en gebrek aan kennis bij ouders, huisartsen, jeugdartsen en overige zorgprofessionals in de eerste en tweedelijnszorg, en bij scholen, dans- en sportopleidingen en sportverenigingen. Verder is er behoefte aan een gevalideerd screeningsinstrument voor kinderen en jongeren.

3.1 Algemene factoren die bijdragen aan het ontstaan van eetstoornissen

Anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis zijn complex, omdat een ingewikkelde combinatie van verschillende factoren van invloed is op het ontstaan en het beloop ervan. In de internationale literatuur zijn diverse risicofactoren geïdentificeerd die hierbij een rol spelen.
De belangrijkste risicofactoren lijken al vroeg in het leven aanwezig te zijn. Specifiek voor deze eetstoornissen zijn de risicofactoren rondom lichaamsbeleving (ontevredenheid over het eigen lichaam, verstoord lichaamsbeeld) en rondom eetgedrag (lijnen, calorieën tellen). Dit zijn niet alleen risicofactoren maar vaak ook symptomen van de eetstoornis. Daarnaast zijn er tal van andere risicofactoren: angst, depressie, slaapproblemen, problemen in de emotieregulatie, trauma, pesten, negatief commentaar op het gewicht, weinig interesse in sociale interactie, weinig sociale steun, perfectionisme, druk van het slankheidsideaal, lage zelfwaardering, voorbeeldgedrag van ouders en gezinsleden, onzekere hechting en problemen in de thuissituatie.[28-41] Ook een genetische kwetsbaarheid speelt een rol bij het ontwikkelen van een eetstoornis, met name bij anorexia nervosa: lijnen triggert deze kwetsbaarheid.[42,43]

Verder verhogen bepaalde activiteiten de kans op het ontstaan van anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis, zoals het (op hoog niveau) beoefenen van bepaalde sporten, dansopleidingen en internet- en sociale mediagebruik.[44-48] Ook kan de overgang naar adolescentie en volwassenheid een extra uitdaging zijn voor jongeren die gevoelig zijn voor het ontwikkelen van deze eetstoornissen.[8] Daarnaast kunnen diverse omgevingsfactoren een rol spelen. Zo komt boulimia nervosa in verstedelijkte gebieden vaker voor dan op het platteland,[49,50] hebben de coronamaatregelen invloed gehad (zie paragraaf 3.2.3)[51] en maakt het uit hoeveel tijd er zit tussen de eerste symptomen en het starten met een geschikte behandeling.[17,52,53]

De commissie stelt vast dat de kwaliteit van studies naar risicofactoren voor het ontstaan en het beloop van anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis veelal beperkt is. Het sterkste bewijs komt uit prospectieve cohortstudies (waarin een groep langer gevolgd wordt). De Nederlandse longitudinale studies *Generation R* en *Tracking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS)* waarin kinderen en adolescenten een langere periode worden gevolgd leveren (op termijn) mogelijk relevante informatie op over de invloed van bepaalde factoren op het ontstaan en beloop van eetstoornissen. In een studie onder de Nederlandse kinderen is recent aangetoond dat kinderen die op 11-jarige leeftijd meer angst ervaren (gegeneraliseerde angst en/of een sociale fobie), een hogere BMI hebben of meer overeten, een hoger risico lopen op het ontwikkelen van symptomen van anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis op latere leeftijd. De gevonden relaties waren klein maar consistent over de tijd.[54] Hoewel meisjes een groter risico lopen om symptomen te ontwikkelen, werden er geen verschillen in risicofactoren gevonden tussen meisjes en jongens.

Het sterkste bewijs is gevonden voor de volgende risicofactoren.[29]

- **Anorexia nervosa:** een lage BMI als kind (bijvoorbeeld door een laag geboortegewicht, conflicten over eten of maaltijden, of niet willen eten) en het bewust beperken of beïnvloeden van de voedselinname.
- **Boulimia nervosa en de eetbuistoornis:** internalisatie van het slankheidsideaal, lichaamsontevredenheid, overeten, lijnen, vasten en psychosociale beperkingen, zoals verminderd sociaal functioneren, sociale druk ervaren om dun te zijn, en verlies van controle tijdens het eten.
- **Een eetstoornis in het algemeen:** lichaamsontevredenheid, veel negatieve emoties, internalisatie van het slankheidsideaal, druk om slank te zijn en beperkte steun van familie.

Het onderzoek naar de risicofactoren voor het ontwikkelen van ARFID is volgens de commissie nog te beperkt om hierover een uitspraak te doen.

3.2 Specifieke risicofactoren

De commissie acht het belangrijk enkele risicofactoren nader toe te lichten. Dan gaat het om de eetstoornisspecifieke risicofactoren, de rol van sociale media en de gevolgen van de COVID-19-pandemie. Daarnaast vindt de commissie interventies ter voorkoming van overgewicht en obesitas een aandachtspunt, omdat deze onbedoeld eetstoornissen in de hand kunnen werken.

3.2.1 Lichaamsontevredenheid en eetgedrag

Ontevredenheid over het eigen lichaam is de bekendste risicofactor voor het ontstaan van boulimia nervosa, en in mindere mate ook voor anorexia nervosa.[55] Deze ontevredenheid ontstaat vaak in de adolescentie en komt vaker voor bij jonge vrouwen dan bij jonge mannen. Meisjes maken zich meer zorgen over hun gewicht en figuur en willen graag dunner zijn; jongens maken zich meer zorgen over een te hoog vetpercentage en

willen graag gespierd zijn.[55] Meisjes met boulimia nervosa zijn geneigd de aandacht meer te richten op voedsel en lichamen van anderen (sociale vergelijking), terwijl jonge vrouwen met anorexia nervosa geneigd zijn om zowel voedsel als afbeeldingen van mensen met overgewicht te vermijden, vergeleken met gezonde controlegroepen.[56] Risicofactoren voor alle typen eetstoornissen zijn het herhaaldelijk wegen en bekijken van het lichaam in bijvoorbeeld de spiegel, of juist het vermijden om naar het eigen lichaam te kijken.[57] Daarnaast is lijnen een risicofactor. Lijnen leidt op de korte termijn tot gewichtsverlies, maar op de lange termijn tot een toename naar het startgewicht of zelfs daarboven. Mensen met overgewicht en obesitas lopen meer risico op het ontwikkelen van verstoord eetgedrag, de eetbuistoornis en boulimia nervosa wanneer zij gaan lijnen.[58-61]

3.2.2 De toenemende invloed van sociale media

Kinderen en jongeren maken steeds meer gebruik van internet en sociale media. Dat is problematisch als het gaat om ongecontroleerd en onbewust veelvuldig gebruik. Door onderliggende algoritmes blijven kinderen en jongeren hangen in netwerken van bijvoorbeeld fitgirls, bekende modellen en pro-ana (een beweging die anorexia nervosa als levensstijl promoot). De vicieuze cirkel van steeds opnieuw en meer beelden van dergelijke schoonheidsidealen te bekijken kan een risico zijn voor het ontwikkelen van een eetstoornis als een jongere daar gevoelig voor is. Een meta-analyse met data van ruim 13.000 jongeren toont aan dat problematisch internetgebruik gerelateerd is aan anorexia nervosa, boulimia nervosa, de eetbuistoornis, zorgen over eten, verlies van controle over eten en lijnen.[46]

Ook blijkt de kans op het ontwikkelen van symptomen van een eetstoornis, lichaamsontevredenheid, lijnen en verstoord eetgedrag toe te nemen onder jongens en meisjes die veelvuldig gebruikmaken van sociale netwerksites (zoals Facebook, Instagram, SnapChat, TikTok), die veel bezig zijn met het bekijken van foto's en filmpjes van anderen en het uploaden van foto's en filmpjes van zichzelf, die relatief veel tijd spenderen aan het bewerken van hun online foto's en filmpjes, of meer sociale media-accounts beheren.[47,62-64] Hulpverleners, scholen en ouders van kinderen en jongeren hebben een kennisachterstand over het gebruik van sociale media onder jongeren en over de mogelijke invloed van deze media op het ontstaan en beloop van eetstoornissen. De geraadpleegde experts wijzen op het belang van interesse tonen voor en het (door) vragen naar het sociale media gebruik door hulpverleners, zowel bij de intake als tijdens de behandeling. Ook zou het goed zijn als ouders meer zicht zouden hebben op wat hun kinderen doen op sociale media en daarover met hen het gesprek zouden aangaan.

3.2.3 Gevolgen COVID-19-pandemie voor ontwikkeling eetstoornissen

Er zijn sinds de invoering van de Jeugdwet geen landelijke registratie-cijfers meer beschikbaar over het aantal kinderen en jongeren met een eetstoornis of ARFID,[12,22] waardoor een verandering in het exacte aantal mensen met eetstoornissen of ARFID niet wetenschappelijk aangetoond kan worden. Nieuwsberichten en de Nederlandse ggz melden wel een toename van het aantal meldingen van kinderen met anorexia nervosa. Ook rapporteren enkele artsen dat de verschijnselen waarmee zij zich melden heftiger zijn en dat de kinderen met anorexia nervosa steeds jonger worden.[65,66] Dit beeld wordt ook internationaal gezien.[4]
Mogelijk hangt dit samen met de (maatregelen ter bestrijding van de) COVID-19-pandemie, omdat kinderen en jongeren hierdoor meer werden blootgesteld aan factoren die een rol spelen bij het ontstaan en het beloop van een eetstoornis. Zo nam het gebruik van sociale media onder kinderen en jongeren toe. Andere risicofactoren gerelateerd aan COVID-19 zijn de berichtgeving in de media over de angst om aan te komen (de zogenoemde coronakilo's), de verhoogde kans voor mensen met overgewicht om in het ziekenhuis terecht te komen met COVID-19, het vaker afhalen en laten bezorgen van calorierijke maaltijden en beperkte toegang tot de geestelijke gezondheidszorg.[51] Meer algemene risicofactoren die tijdens de COVID-19-pandemie opspelen zijn het ervaren van een stressvolle situatie, angst en onzekerheid, minder mogelijkheden voor sociale steun door sociale isolatie, trauma (bijvoorbeeld door meer ruzie in huis), mishandeling, en perfectionistische verwachtingen om te presteren doordat er meer tijd is om thuis te werken en er geen duidelijke scheidslijn meer is tussen werk en privé.[51]

3.2.4 Gevolgen preventie overgewicht en obesitas

In 2010 concludeerde de Gezondheidsraad in het advies *Voor dik en dun* dat het onderzoek naar de vraag of de preventie van overgewicht en obesitas kenmerken van een (beginnende) eetstoornis beïnvloedt, methodologisch te wensen overliet. Er was te weinig bekend om met zekerheid iets te kunnen zeggen over een eventueel gunstig of ongunstig effect van de preventie van overgewicht en obesitas op het risico op eetstoornissen. De focus van nationale preventieactiviteiten in Nederland ligt inmiddels niet meer op lijnen en afvallen, maar op het bevorderen van gezond gedrag (zoals gezonde voedselkeuzes) en op het verbeteren van de kwaliteit van leven. De nadruk ligt niet meer alleen op gezond eten en voldoende bewegen, maar ook op het belang van voldoende slaap en ontspanning. Ook in de jeugdgezondheidszorg is de nadruk meer komen te liggen op het gezinsfunctioneren in plaats van op gewicht en gewichts-beheersing. Naast de preventieprogramma's van de overheid zijn er particuliere en commerciële initiatieven die wel gericht zijn op lijnen en afvallen. De invloed van *influencers* op sociale media op het eetgedrag van jongeren is daar een voorbeeld van.

In het Verenigd Koninkrijk houdt Stichting BEAT zich bezig met de preventie van eetstoornissen. Een rapport van deze stichting uit 2020 laat zien dat er in overheidscampagnes tegen overgewicht en obesitas geen rekening wordt gehouden met de kans op schadelijke uitkomsten voor kinderen, adolescenten en jongvolwassenen.[67] De campagnes benadrukken bijvoorbeeld de consumptie van bepaalde producten, calorieën tellen of productvergelijking (op basis van calorieën), hoe inname van producten te compenseren in beweging, structureel wegen en meten van kinderen op bepaalde leeftijden (met mogelijk angst en schaamte tot gevolg) en geven of bevestigen het beeld dat overgewicht slecht is en slank zijn goed. Van de 50 ondervraagde kinderen en adolescenten met anorexia nervosa rapporteert 14% dat een school-programma gericht op gezond eten een eerste trigger is geweest voor het ontwikkelen van de eetstoornis. In zowel Australië als het Verenigd Koninkrijk werken experts op het gebied van overgewicht nauw samen met experts op het gebied van eetstoornissen bij de ontwikkeling van campagnes en interventies ter preventie van overgewicht en obesitas.[67]

Volgens de commissie blijft de opzet van (landelijke en regionale) programma's ter voorkoming van overgewicht en obesitas een aandachts-punt. Obesitaspreventie is van belang, maar daarbij moet steeds bedacht worden hoe het risico op het ontstaan van een eetstoornis ondervangen kan worden. Bijvoorbeeld door de boodschap niet te richten op het gewicht maar op een positieve gedragsverandering, door de eigenwaarde te stimuleren en door te letten op taalgebruik.[67] Ook is onderzoek nodig naar ongewenste neveneffecten van overgewicht- en obesitaspreventie.

3.3 Preventie

In de afgelopen tien jaar is het aantal studies naar de preventie van eetstoornissen sterk toegenomen. Desondanks is het beeld dat naar voren komt in de literatuur nauwelijks veranderd ten opzichte van het Gezondheidsraadadvies *Voor dik en dun*. De commissie maakt in het huidige advies onderscheid tussen preventie, gericht op de algemene bevolking, en vroege herkenning, waarbij het erom gaat risicofactoren op te sporen in een bepaalde doelgroep. Vroege behandeling is vervolgens gericht op het reduceren van risicofactoren die ook (eerste) symptomen van een eetstoornis kunnen zijn en van de eetstoornis zelf (zie hoofdstuk 4).

Er zijn enkele meta-analyses en reviews uitgevoerd die specifiek gericht zijn op het voorkomen van (risicofactoren voor) anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis. Deze studies concluderen dat voorlichting of trainingen ter bevordering van het mentaal welbevinden bij kinderen en jongeren geen of kleine effecten hebben op het verminderen van risicofactoren voor deze eetstoornissen.[68-70] Het gaat hier om een select aantal studies, omdat van veel andere programma's gericht op het bevorderen van het mentaal welbevinden niet bekend is wat het effect is op het verminderen van risicofactoren. Preventieve programma's zijn

gericht op de algemene populatie waarbinnen een grote groep jongeren mentaal gezond is. Dat verklaart waarom vroege behandeling vaak betere effecten sorteert: de doelgroep is dan kleiner en de aanpak gerichter.[70] Onderzoek naar eenmalige voorlichtingsactiviteiten en workshops tonen consistent aan niet effectief te zijn.[68,69] Er zijn nog geen gegevens over langetermijneffecten beschikbaar van preventieve interventies. Ook is er in de wetenschappelijke literatuur weinig tot geen aandacht voor eventuele schadelijke neveneffecten van preventie, zoals het uitlokken van een eetstoornis, wanneer er op scholen aandacht is voor eetgedrag.[4,17] De commissie wees al op het belang hiermee rekening te houden.

Voor ARFID geldt dat er sprake is van onbegrip en gebrek aan kennis bij ouders, naasten en zorgverleners. Dit vraagt in eerste instantie om bewustwording, bekendheid en scholing van ouders en zorgprofessionals. Van de onderzochte preventieprogramma's ter voorkoming van anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis lijken interventies gericht op mediawijsheid het meest succesvol te zijn. Dit zijn interventies waarin aandacht is voor het schoonheidsideaal in de media, de invloed van reclame en sociaal vergelijken. De effecten van dergelijke interventies op verschillende risicofactoren voor eetstoornissen blijven overigens beperkt.[68-71] De thema's die in mediawijsheid aan bod komen lijken ook toepasbaar te zijn op sociale media, maar daaraan zou meer aandacht besteed kunnen worden. Bestaande interventies besteden bijvoorbeeld nog geen aandacht aan de mogelijke negatieve invloed van *influencers*, sluikreclame en de hoeveelheid informatie en prikkels. Behalve negatieve effecten kunnen sociale media ook positieve effecten hebben, zoals de mogelijkheid om laagdrempelig informatie en hulp te zoeken of het gebruik van artificiële intelligentie en nudging om kinderen en jongeren te leiden naar gezondheidsbevorderende websites.[72-75] Daarbij is het belangrijk dat kinderen en jongeren leren hoe ze onbetrouwbare informatie kunnen onderscheiden van betrouwbare informatie.
Het gebruik van alleen een waarschuwingstekst in de media blijkt niet effectief te zijn en kan zelfs averechts werken doordat er juist meer sociale (opwaartse) vergelijking plaatsvindt.[76] Opwaartse vergelijking wil zeggen dat persoonlijke kenmerken worden vergeleken met het in de media geschetste ideaalbeeld. Bij extreme vormen van opwaartse vergelijking kunnen jongeren erg onzeker worden. Onbekend is nog of een verwijzing naar (online) hulp, zoals gebeurt in het kader van zelfmoordpreventie (113online), effectief kan zijn in de preventie van eetstoornissen.

Verder zijn er kleine significante effecten gevonden van de veelal interactieve face-to-face groepsinterventies (vaak op scholen) gericht op lichaamswaardering, internalisatie van het schoonheidsideaal en zelfwaardering.[77] Onderzoekers suggereren dat bepaalde categorieën (top)sporters, de zogenoemde risicosporten zoals wielrennen en ballet, een multidisciplinair team (arts, diëtist en psycholoog) nodig hebben om de ontwikkeling van verstoord eetgedrag en een eetstoornis te voor-

komen.[44] Daarnaast zijn er enkele veelbelovende *community-based* preventieprogramma's gericht op het uitdagen van sociale idealen en het verbeteren van het zelfvertrouwen.[32] Over de effectiviteit van dergelijke programma's zijn nog geen conclusies te trekken. Dit komt doordat het aantal studies beperkt is, de programma's heterogeen van opzet zijn en de steekproeven klein, en doordat gegevens over de mate waarin de adviezen opgevolgd worden en gegevens over langetermijneffecten ontbreken.

In de afgelopen jaren is er groeiende aandacht in de literatuur voor de inzet van nieuwe psychologische interventies, zoals mindfulness, programma's gebaseerd op de positieve psychologie en zelfcompassie-interventies.[78] De meeste studies naar dit type interventies zijn echter alleen uitgevoerd bij (jong)volwassenen. Een voordeel van dergelijke interventies is dat de nadruk niet op eetgedrag, eetproblemen en gewicht en uiterlijk ligt, maar op het bevorderen van het mentaal welbevinden.[79] Zo is zelfcompassie sterk gerelateerd aan een positief lichaamsbeeld. Ook zijn er kleine tot middelmatige effecten gevonden op het verbeteren van het lichaamsbeeld en lichaamstevredenheid door de inzet van interventies waar mindfulness of zelfcompassie onderdeel van uitmaakte.[80,81] Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of dit ook voor kinderen en jongeren geldt.

3.4 Vroege herkenning

Wereldwijd wordt het belang van vroege herkenning van en vroege interventie bij eetstoornissen onderstreept. Dit geldt vooral voor jongeren onder 25 jaar, van wie het brein nog in ontwikkeling is. Anders dan bij sommige andere psychische aandoeningen is er weinig evidentie dat kinderen en jongeren met een eetstoornis spontaan herstellen. Onderzoeken laten zien dat het minimaal een jaar duurt, en gemiddeld vier jaar, voordat iemand met beginnende klachten professionele hulp zoekt.[52] Eetstoornissen zijn vaak lastig te herkennen, omdat jongeren niet herkend willen worden. Schaamte en het willen houden van controle speelt daarbij ook een rol. Leeftijdgenoten merken vaak eerder dan ouders en mentoren dat een jongere een eetprobleem heeft. Om vroege herkenning door leeftijdgenoten te stimuleren zou bij hen bekend moeten zijn bij wie ze terecht kunnen wanneer ze zich zorgen maken over een leeftijdgenoot. Ook worden symptomen die mogelijk kunnen wijzen op een eetstoornis stelselmatig gemist bij mannen, mensen met een niet-Westerse achtergrond, en bij mensen met een normaal of hoger gewicht.[82,83] Dat is reden tot zorg. Hoe eerder een eetstoornis herkend wordt, hoe groter de kans op herstel.[52]

3.4.1 Vroege herkenning blijft achter

Ondanks dat in de wetenschappelijke literatuur het belang van vroege herkenning al jaren breed gedragen wordt, verscheen er pas in 2021 een eerste review naar de vroege herkenning van eetstoornissen.[17] Door de

variëteit aan onderzoeksmethoden, doelgroepen en interventies is een meta-analyse naar effectieve methoden voor vroege herkenning nog niet mogelijk. Uit onderzoek blijkt dat het bijvoorbeeld in huisartsenpraktijken, scholen en sportverenigingen ontbreekt aan kennis, vaardigheden en doorverwijsmogelijkheden bij een verdenking van een eetstoornis.[17,84] Dit geldt nog sterker voor andere zorgprofessionals zoals tandartsen, mondhygiënisten, gynaecologen en maag-darmspecialisten. E-learningprogramma's bieden perspectief om grote groepen professionals te bereiken, maar effectiviteitsstudies naar dergelijke programma's ontbreken vooralsnog.[17]

Verschillende studies laten zien dat huisartsen minder gevallen van anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis herkennen dan op basis van epidemiologische data verwacht mag worden. Het is niet zo dat mensen met een (beginnende) eetstoornis zich minder vaak melden bij de huisarts. Studies laten zien dat adolescenten met een eetstoornis in de vijf jaar voorafgaand aan de diagnose juist significant vaker bij de huisarts zijn geweest dan mensen zonder eetstoornis.[17,25] Klachten waarmee zij zich melden bij de huisarts, hebben bijvoorbeeld te maken met het maagdarmstelsel (diarree en obstipatie), gynaecologische of psychologische problemen en zorgen over het gewicht of lichaam.

In verschillende landen zijn richtlijnen en standaarden voor vroege herkenning en behandeling van eetstoornissen beschikbaar. Soms zijn die gericht op een specifieke doelgroep, zoals huisartsen of sportbegeleiders. Dergelijke richtlijnen en standaarden worden in de praktijk echter nauwelijks gebruikt, omdat de doelgroepen praktische handvaten missen voor vroege herkenning.[17] Een handvat voor vroege herkenning is bijvoorbeeld de inzet van screeningsvragenlijsten.

3.4.2 Screeningsinstrumenten voor eetstoornissen

Er zijn diverse gevalideerde screeningsinstrumenten beschikbaar voor volwassenen. Zo komt de SCOFF (bestaande uit vijf vragen) in de internationale literatuur naar voren als een gebruiksvriendelijk, betrouwbaar en valide instrument voor vroege herkenning voor zowel anorexia nervosa als boulimia nervosa.[85] Een vergelijkbaar instrument is de *Eating disorder Screen for Primary care* (ESP).[86] Andere opties zijn verkorte versies en/of aangepaste versies van vragenlijsten voor kinderen en jongeren, zoals de *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), de *Eating Disorder Inventory* (EDI), de *Weight Concern Scale* (WCS), de *Eating Attitude Test-26 items* (EAT-26), en voor ARFID de *Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen* (NIAS), en de *Eating Disorder in Youth Questionnaire* (EDY-Q).[17,87-89]
Aan het gebruik van de vragenlijsten kleven echter enkele nadelen:

- De vragenlijsten zijn voornamelijk gevalideerd bij volwassenen in diverse landen. De Child EDE-Q (ChEDE-Q), EDI-C, ChEAT, NIAS en EDY-Q zijn ook geschikt, maar meestal niet gevalideerd om te gebruiken bij kinderen en jongeren.[88,90-93] Voor de ChEDE-Q (13- en

8-item versies) en de ChEAT (26-items) zijn enkele Nederlandstalige validatiestudies beschikbaar.[90,94,95] In de *JGZ-richtlijn voeding en eetgedrag* van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid wordt aanbevolen om bij kinderen van 5-19 jaar de SCOFF of ESP af te nemen, maar validatieonderzoek onder deze doelgroep ontbreekt vooralsnog.

- De vragenlijsten werken met zelfrapportage. Bekend is dat vragenlijsten over eetgedrag niet altijd eerlijk ingevuld worden. Daarom zou het goed zijn als er meer aandacht is voor fysieke veranderingen, gedragsveranderingen zoals obsessief sporten of bewegen, rapportage van ouders en een face-to-face beoordeling.[26] Het uitblijven van de menstruatie kan bijvoorbeeld voorafgaan aan gewichtsverlies bij anorexia nervosa, terwijl boulimia nervosa vaak leidt tot een onregelmatige menstruatie ondanks een normaal gewicht.[17]
- De genoemde vragenlijsten kunnen pas afgenomen worden bij (sterke) vermoedens van een eetstoornis. De nadruk van genoemde vragenlijsten ligt namelijk op eetgedrag, terwijl de nadruk bij vroege herkenning en vroege behandeling zou moeten liggen op het in kaart brengen en verbeteren van het mentaal welbevinden, de veerkracht, de lichaamsbeleving en diverse psychische problemen.[4,96] Dan kan screening ook eerder plaatsvinden. Voorbeelden zijn instrumenten die lichaamsbeleving meten zoals de 20-item Lichaamsattitudevragenlijst, LAV[97] of de 40-item *Body Cathexis Scale*, BCS.[98] Beide vragenlijsten zijn in het Nederlands beschikbaar en gevalideerd bij (jong) volwassenen. De LAV is ook geschikt bevonden voor adolescenten,[99] maar uitgebreid psychometrisch onderzoek en aanpassing voor kinderen ontbreekt.

Een veelbelovende ontwikkeling is de 6-item online vragenlijst *InsideOut Institute-Screener* die recent in Australië ontwikkeld en in een pilot onderzocht is.[100] Het doel van deze tool is om op een simpele en niet-confronterende manier het risico op het ontwikkelen van een eetstoornis vroegtijdig te detecteren. Wanneer blijkt dat een jongere een gemiddeld tot hoog risico op een eetstoornis heeft, wordt hij of zij gestimuleerd om contact op te nemen met een getrainde professional met expertise op het gebied van eetstoornissen waarvan direct een overzicht verschijnt op het scherm.[100]

De commissie is van oordeel dat het noodzakelijk is om eerst validatieonderzoek van screeningsinstrumenten uit te voeren bij kinderen en jongeren. Op basis van buitenlands onderzoek hebben de SCOFF, ESP en NIAS de grootste kans om effectief ingezet te worden voor uniforme screening op eetstoornissen. Het is belangrijk om al bij eerste signalen die mogelijk kunnen wijzen op een eetstoornis het gesprek aan te gaan met kinderen en jongeren en waar nodig te interveniëren om verergering te voorkomen. Daarnaast stelt de commissie dat het belangrijk is om structureel het welbevinden en de mentale gezondheid van kinderen en jongeren te monitoren, bijvoorbeeld op scholen door de

JGZ. Waar nodig kan dan met hen (en hun ouders) bekeken worden hoe dit te verbeteren om ergere psychische klachten te voorkomen.

04
vroege behandeling van eetstoornissen

Er zijn diverse interventies die effectief kunnen zijn in de vroege behandeling van eetstoornissen, al is op dit terrein ook meer onderzoek gewenst. Zoals ook genoemd in de Zorgstandaard eetstoornissen zijn familie-gebaseerde behandelingen het effectiefst in de aanpak van eetstoornissen bij kinderen en jongeren. Online interventies zijn een veelbelovende ontwikkeling om in potentie meer ouders en jongeren te bereiken. Mogelijk kunnen deze ook worden ingezet als vroege behandeling als iemand met een eetstoornis op de wachtlijst staat voor (vervolg)behandeling. Eetstoornissen gaan vaak samen met andere psychische aandoeningen, zoals angst- en stemmingsstoornissen, posttraumatische stress, autisme en persoonlijkheidsstoornissen. Over de risicofactoren voor en effectieve behandeling van dergelijke multimorbiditeit bij kinderen en jongeren is nog te weinig bekend.

4.1 Geschikte interventies voor vroege behandeling

Onder vroege behandeling verstaat de commissie (laagdrempelige) interventies die ingezet kunnen worden om risicofactoren of symptomen van een eetstoornis te reduceren, en om ernstige eetproblemen en een beginnende eetstoornis vroegtijdig te behandelen. Het aanbod van interventies voor vroege behandeling is groot. Echter, de interventies verschillen in aanpak, opzet en doelgroepen, en studies zijn vaak van beperkte kwaliteit.[68,69,77,101-103] In de literatuur ontbreekt een directe vergelijking tussen verschillende type interventies. Zo'n vergelijking is wel nodig om een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit en de doelmatigheid van de interventies. Ook is van belang dat onderzocht wordt welke interventies het beste werken voor welke (symptomen van een) eetstoornis. Dit zou volgens de commissie de eerste vervolgstap in het wetenschappelijk onderzoek moeten zijn. Verder zou onderzoek aandacht moeten besteden aan manieren om kinderen, adolescenten en jongvolwassenen te motiveren om mee te doen aan vroege behandeling en aan wetenschappelijk onderzoek.[104]

4.1.1 Reduceren van risicofactoren en (eerste) symptomen van anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis

Gemiddeld worden anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis rond het 18e levensjaar gediagnosticeerd (17-22 jaar), waarbij risicofactoren zich al eerder in het leven hebben gemanifesteerd. Vroege behandeling vindt daarom idealiter eerder in de adolescentie plaats.[8] De meeste vroege interventieprogramma's zijn gericht op het verbeteren van het lichaamsbeeld, en het verminderen van overeten en ongezond lijngedrag. Daarmee lijken ze geschikter voor de vroege behandeling van boulimia nervosa en de eetbuistoornis dan de vroege behandeling van anorexia nervosa.[29]

Het meeste bewijs voor effectiviteit is gevonden voor op dissonantie gebaseerde interventies (DBI) met middelmatige tot grote effecten op risicofactoren en mogelijke (eerste) symptomen zoals lichaams-ontevredenheid, lijnen en internalisatie van het slankheidsideaal.[68,69,105,106]

Deze interventies zijn mogelijk bij jongeren vanaf 15-16 jaar maar maken geen onderdeel uit van het Nederlandse zorgaanbod. Voor jong-volwassenen bleken ook interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT) en transdiagnostische interventies effectief in het verminderen van symptomen van een beginnende eetstoornis.[68,69,107] Daarnaast kunnen programma's gericht op een gezond gewicht en mediawijsheid effectief zijn.[68,69] Interventies voor preventie en vroege behandeling lijken echter niet in staat te zijn om zowel het eetgedrag als de lichaamsbeleving en zelfwaardering van kinderen en jongeren effectief te verbeteren. Dat kan het gevolg zijn van een gebrek aan consistent gebruik van uitkomstmaten in wetenschappelijk onderzoek naar preventie en vroege behandeling.[68,69]

Tabel 2 Veelvoorkomende interventies in wetenschappelijk onderzoek

Type	Beschrijving
Familie-gebaseerde therapie (FBT)	Familie-gebaseerde therapie is gericht op het sociale netwerk (systeem) van een kind of jongere, zoals het gezin. Er wordt samengewerkt met de ouders om begrip en kennis van de eetstoornis te vergroten. Daarnaast wordt er gekeken hoe ouders hun kind zoveel mogelijk kunnen ondersteunen tijdens de behandeling en hoe zij kunnen helpen de nieuwe, gezonde gewoonten te behouden. Het accent ligt op de samenwerking tussen de gezinsleden met als doel het kind ertoe te brengen weer normaal te eten.
Op dissonantie gebaseerde interventies (DBI)	Via verschillende oefeningen - erover praten, erover schrijven en gedragsoefeningen – krijgt iemand inzicht in zijn of haar onrealistische schoonheidsideaal. Het doel van deze vormen van therapie is iemands onrealistische overtuiging, mening of houding ten aanzien van het schoonheidsideaal te vervangen door een realistisch ideaalbeeld.
Cognitieve gedragstherapie (CGT)	CGT is een actieve en doelgerichte vorm van psychotherapie, waarbij iemand via oefeningen en opdrachten leert anders te denken. Het doel is niet-helpende denkpatronen te veranderen, behulpzame copingstrategieën te ontwikkelen, emoties te leren reguleren en haalbare doelen te leren stellen.
Transdiagnostische interventies	Dit zijn vormen van cognitieve gedragstherapie waarbij de focus niet ligt op een diagnose (zoals een eetstoornis), maar op onderliggende problematiek die van invloed zijn op het ontstaan of in stand houden van psychische klachten of een stoornis.
Mediawijsheid	Bij deze interventie wordt het gebruik van media besproken. In meerdere lessen komt aan bod wat stereotypes zijn en hoe reclame en de media van invloed zijn op beeldvorming en verwachtingen. Ook wordt het schoonheidsideaal, de druk van leeftijdgenoten en de media, en sociaal vergelijken besproken en hoe daarmee om te gaan. Het doel van deze interventie is iemand te leren verantwoord, veilig en kritisch om te gaan met allerlei vormen van media, zoals digitale media.
Gezond gewicht	In dit type interventies worden (kleine) aanpassingen gedaan in de leefstijl door de voedselinname meer in balans te brengen met het energieverbruik. Vaak worden ook de negatieve effecten van overgewicht, overeten en een zittende leefstijl besproken, en het belang van een gezond eetpatroon en voldoende bewegen. Het doel is om iemand meer tevreden te laten zijn met het eigen lichaam.

4.1.2 Reduceren van risicofactoren en (eerste) symptomen van ARFID

ARFID is in 2013 erkend als voedingsstoornis en opgenomen in de DSM-5. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de vroege behandeling van ARFID. De groep kinderen en jongeren met ARFID is zeer heterogeen, wat onderzoek naar effectieve interventies bemoeilijkt. Op basis van de huidige stand van de wetenschap en *expert opinion* adviseert de commissie om preventie en vroege behandeling vooral te richten op psycho-educatie en voorlichten van ouders. Zij maken zich vaak zorgen over het eetgedrag van hun kind. Dwang toepassen bij kinderen die niet willen eten kan bijdragen aan het ontstaan of verergeren van ARFID. De voorlichting aan ouders zou zich moeten richten op het voorbereiden en geven van maaltijden en snacks op gezette tijden, ontspannen eetmomenten, het goede voorbeeld geven, en afzien van dwang om een kind (een bepaald product) te laten eten.[108] Er zijn tot nu toe meer successen behaald met de behandeling van kortdurende ARFID dan met de behandeling van langdurige ARFID. Dat onderstreept het belang van voorlichting en bewustwording aan ouders en zorgprofessionals, vroege herkenning en vroege behandeling van ARFID.[108]

4.1.3 Organisatie(s) voor vroege herkenning en vroege behandeling in Nederland

In Nederland zijn er verschillende organisaties die zich bezighouden met de preventie, vroege herkenning en vroege behandeling van eetstoornissen. Vanuit K-EET is bijvoorbeeld een pilot gestart voor Vroege Interventie Bij EetStoornissen (VIBES), waarbij ouders van kinderen en jongeren met een recente diagnose van anorexia nervosa op een coachende manier hun kind helpen te herstellen. Daarnaast maken veel organisaties in Nederland gebruik van ervaringsdeskundigheid. Zo wordt er lotgenotencontact aangeboden via verschillende websites, hulplijnen en inloophuizen, wordt er informatie verstrekt via verschillende kanalen en in verschillende vormen (bijvoorbeeld www.weetwatjedoet.nl voor sporters en sportverenigingen), en zijn er diverse campagnes (bijvoorbeeld www.hetgaatnietovereten.nl), voorlichtingsmateriaal, instrumenten (zoals de signalenkaart voor huisartsen), en interventies ontwikkeld voor scholen, zorgprofessionals, kinderen en jongeren en hun ouders en naasten (bijvoorbeeld de First Eet Kit, www.firsteetkit.nl of Eerste Hulp Bij Eetstoornissen (EHBE)). Anonieme en gratis (online) interventies kunnen helpen om tijdig in een veilige omgeving eerlijk over eetgedrag te praten en hulp te accepteren. Verschillende organisaties in Nederland die zich bezighouden met de aanpak van eetstoornissen zien de inzet van ervaringsdeskundigen en lotgenotencontact als sleutel in alle fases van het zorgtraject, van vroege herkenning tot en met nazorg, en voor zowel kinderen en jongeren als hun ouders en naasten. Een Nederlands kwalitatief onderzoek naar de inzet van ervaringsdeskundigen bij de behandeling van eetstoornissen laat zien dat er voor- en nadelen zijn aan deze vorm van behandeling.[109] Op welke manier ervaringsdeskundigen

effectief ingezet kunnen worden in het zorgtraject van eetstoornissen is nog onduidelijk.[110]

Een landelijk gecoördineerd aanbod voor preventie, vroege herkenning en vroege behandeling, en wetenschappelijk onderzoek naar dit aanbod ontbreekt. Hoewel de organisaties in Nederland sterke (online) platforms hebben met een groot bereik, zou het bundelen van de krachten mogelijk tot meer uniformiteit, bereik en effectiviteit kunnen leiden. De commissie is van oordeel dat de Stichting BEAT in het Verenigd Koninkrijk daar een mooi voorbeeld van is.[4]

4.1.4 Online interventies voor preventie en vroege behandeling

Omdat een aantal recente reviews specifiek ingaat op online interventies bespreekt de commissie deze apart. Online interventies bestaan uit *e-mental health*, ofwel een deels of volledig online aanbod van een psychologische interventie of behandeling, en mobile health (*m-health*), ofwel het gebruik van tekstberichten via de mobiele telefoon of apps om de mentale gezondheid te bevorderen. De commissie vindt deze vormen van zorg veelbelovend om jongeren laagdrempelig te bereiken.[111] Vooral de ontwikkeling van *evidence-based* apps zou kunnen aansluiten op de wensen en behoeften van kinderen en jongeren. Het aantal apps voor het verbeteren van de mentale gezondheid is de laatste jaren sterk toegenomen. Vooralsnog blijft effectiviteitsonderzoek naar dergelijke apps achterwege, met name als het gaat om *m-health* gericht op de jongere doelgroep.[112,113] Daarnaast zijn er een beperkt aantal *e-mental-health*-interventies beschikbaar voor de behandeling van boulimia nervosa en eetbuistoornis.[102] Ook voor ARFID zijn er nog geen online interventies beschikbaar. *E-mental health*-interventies zijn vaak gebaseerd op CGT en laten kleine tot middelmatige effecten zien op het verminderen van risicofactoren voor en symptomen van eetstoornissen.[102,110,114] Voorkomen van drop-out (voortijdig stoppen) is een aandachtspunt, omdat dit bij online interventies nog vaker voorkomt dan bij reguliere interventies voor eetstoornissen.[114] Verwacht wordt dat online (zelf)hulp laagdrempelig en tegen weinig kosten veel mensen kan bereiken. Er zijn nog onvoldoende kosteneffectiviteitsstudies uitgevoerd om te kunnen zeggen of deze belofte wordt waargemaakt.[110,111]

4.1.5 Wachtlijstinterventies

In januari 2022 was de gemiddelde aanmeldwachttijd voor de behandeling van eetstoornissen voor volwassenen 10 weken, en de behandelwachttijd nog eens 6,6 weken.[23] Hoe lang de wachtlijsten voor kinderen en jongeren onder 18 jaar zijn is onbekend omdat een landelijke registratie ontbreekt. Deskundigen en belanghebbenden benadrukken dat zodra de (beginnende) eetstoornis gesignaleerd is, er zo snel mogelijk toeleiding naar (vroege) behandeling moet plaatsvinden. Hoe langer het duurt voordat iemand gepaste en deskundige hulp krijgt, hoe ernstiger en hardnekkiger de stoornis wordt en hoe slechter de prognose is. *E-mental health* en *m-health* kunnen mogelijk ook een belangrijke rol spelen bij het

reduceren van de wachtlijsten in de zorg voor kinderen en jongeren met een eetstoornis.

Momenteel wordt een eerste internationale studie naar een online zelfhulpinterventie uitgevoerd die is ontwikkeld om de wachttijd te overbruggen tot de behandeling van boulimia nervosa en de eetbuistoornis.[115] Voor het reduceren van (beginnende) boulimia nervosa en de eetbuistoornis kunnen op CGT gebaseerde online en offline zelfhulpinterventies ingezet worden bij adolescenten en jongvolwassenen. Het is nog onduidelijk of zelfhulpinterventies met of zonder begeleiding effectiever zijn dan face-to-face CGT-interventies.[110] Ook kunnen initiatieven zoals de oudergroep Eerste Hulp bij Eetstoornissen en de inzet van een ervaringsdeskundige buddy mogelijk tijdens het wachten op intensieve hulp al toegepast worden.

4.1.6 Aanpak van (ernstige) eetproblemen en beginnende eetstoornis

Voor de aanpak van een beginnende eetstoornis zijn effectieve methoden beschikbaar. Deze staan beschreven in de Zorgstandaard eetstoornissen maar de standaard is onvoldoende bekend bij zorgprofessionals en wordt mede daardoor niet door alle zorgprofessionals gevolgd. Zoals genoemd in de Zorgstandaard eetstoornissen is voor kinderen en adolescenten met anorexia nervosa familie-gebaseerde behandeling (FBT) de standaard, waarin ouders intensief betrokken worden.[5,116,117]

Ook voor de behandeling van boulimia nervosa en de eetbuistoornis is FBT of een andere vorm van systeemtherapie gewenst. Daarnaast kan ook (een aangepaste vorm van) CGT zoals CBT-E of *Adolescent Focused Therapy* ingezet worden voor kinderen en jongeren met een eetstoornis. Omdat de meeste studies onder volwassenen zijn uitgevoerd is het bewijs van de effectiviteit van CGT voor kinderen en jongeren met een eetstoornis minimaal.[30,116-119] MANTRA (*Maudsley Model of Anorexia Treatment for Adults*) is een veelbelovende behandeling waarvan de effectiviteit bij (jong)volwassenen met anorexia nervosa is vastgesteld en die in de praktijk ook bij kinderen en jongeren wordt toegepast.[120] Voor ARFID is nog geen behandeling opgenomen in de Zorgstandaard eetstoornissen, maar lijkt CGT het meest geschikt. Ondanks de opkomst van interventies gebaseerd op de zogenoemde *third wave CGT-therapieën* zoals schematherapie, *Acceptance and Commitment Therapy, Dialectical Behaviour Therapy en Compassion-Focused Therapy* waarin acceptatie, mindfulness en persoonlijke waarden centraal staan, kan de commissie nog geen uitspraak doen om dergelijke therapieën aan te bevelen als vroege behandeling van eetstoornissen. Op individueel niveau kan zo'n interventie eventueel naast een standaardbehandeling worden aangeboden.[121,122]

4.2 Samenloop van eetstoornissen met andere aandoeningen

De aanwezigheid van een of meerdere andere ziekten of aandoeningen naast de primaire eetstoornis wordt comorbiditeit genoemd. Multimorbiditeit, een combinatie van verschillende psychiatrische (en fysieke) aandoeningen, komt veelvuldig voor bij mensen met een eetstoornis, zowel bij kinderen, adolescenten als (jong)volwassenen.[123] Comorbiditeit lijkt vaker voor te komen bij ARFID en de eetbuigerelateerde eetstoornissen dan bij anorexia nervosa (restrictief type).[30] Comorbiditeit vergroot het risico op langdurige, ernstige klachten en verminderd dagelijks functioneren.[124,125] Er is nog weinig bekend over comorbiditeit bij eetstoornissen bij kinderen en jongeren, zowel als het gaat om de omvang en de gedeelde risicofactoren voor comorbiditeit als om effectieve behandelmogelijkheden.[126,127]

De meest voorkomende comorbide stoornissen bij eetstoornissen zijn angststoornissen, stemmingsstoornissen – met mogelijk meer suïcidale gedachten en suïcidepogingen tot gevolg – posttraumatische stressstoornis, obsessief compulsieve stoornis, en slaapproblemen. Ook middelenmisbruik, gok- en shopverslaving, ADHD, oppositioneel opstandige gedragsstoornis (ODD), antisociale gedragsstoornis (CD), autisme (voornamelijk bij anorexia nervosa en ARFID) en persoonlijkheidsstoornissen zoals een vermijdende, afhankelijke, obsessief-compulsieve en borderline persoonlijkheidsstoornissen komen vaker voor bij kinderen en adolescenten met een eetstoornis.[30,118,126-136] Kinderen met ARFID hebben vaker een comorbide medische conditie (zoals maag-darmklachten, voedselallergie), een angststoornis of obsessief-compulsieve stoornis en minder vaak een stemmingsstoornis dan kinderen met anorexia nervosa en boulimia nervosa. Ook zijn er aanwijzingen voor de aanwezigheid van autisme, ADHD, leerstoornissen en cognitieve beperkingen bij kinderen met ARFID.[108,137]

Uit grootschalig genetisch onderzoek blijkt dat anorexia nervosa genetisch samenhangt met een laag lichaamsvetpercentage en een kleinere kans op het ontwikkelen van metabole aandoeningen, zoals insuline-resistentie.[42,43] Het onderzoek suggereert dat het volgen van een dieet een trigger kan zijn voor het krijgen van anorexia nervosa. Een andere studie laat bovendien zien dat anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis een bepaalde genetische kwetsbaarheid delen met bekende stoornissen zoals depressie, schizofrenie en ADHD. Dit onderzoek toont daarnaast aan dat de genetische determinanten van anorexia nervosa anders zijn dan die van boulimia nervosa en de eetbuistoornis en dat die laatste twee stoornissen genetische kwetsbaarheid delen met overgewicht en obesitas.[138]

4.2.1 Volgorde van ontstaan

Enkele longitudinale en prospectieve studies kunnen een indicatie geven over de volgorde waarin de eetstoornis met andere stoornissen ontstaan.

Omdat dergelijke studies beperkt in aantal zijn en elke studie verschillende stoornissen in kaart brengt, kunnen er geen conclusies getrokken worden. Mogelijk ontstaat een depressie tegelijkertijd of later dan een eetstoornis, terwijl ADHD en gedragsproblemen op jongere leeftijd aanwezig lijken te zijn dan de eetstoornis.[139] Een traumatische gebeurtenis gaat vaak vooraf aan het ontwikkelen van een eetstoornis, maar daarbij zijn de ontwikkeling van symptomen van posttraumatische stress belangrijker dan het hebben doorgemaakt van een trauma. Bepaalde gedragingen die kenmerkend zijn voor een eetstoornis, zoals eetbuien, braken en restrictief eten, ontstaan mogelijk doordat deze als vermijdingsmechanisme gebruikt worden voor herbelevingen en bepaalde gedachten en gevoelens die door het trauma zijn ontstaan.[41] Een studie naar de aanwezigheid van een bipolaire stoornis naast een eetstoornis wijst erop dat bij sommige (jong)volwassenen een eetstoornis zich eerder manifesteert dan een bipolaire stoornis, terwijl dit bij anderen zich later of tegelijkertijd ontwikkelde.[125]

4.2.2 Behandeling van comorbide eetstoornissen

In de literatuur is weinig bekend over effectieve behandeling van een eetstoornis waarbij tevens sprake is van een of meerdere comorbide stoornissen. Onderzoek naar comorbiditeit wordt vooral bij (jong)volwassenen uitgevoerd. Meer intensieve en gepersonaliseerde zorg lijkt noodzakelijk, bijvoorbeeld door de geprotocolleerde FBT en CGT aan te passen op de persoon.[26] Ook lijkt het belangrijk als eerste aandacht te hebben voor eetstoornissymptomen. Verder is een transdiagnostische benadering aan te bevelen die gericht is op onderliggende processen en psychologisch welbevinden, zoals de aanpak van negatieve emoties en het bevorderen van zelfacceptatie.[140-143] Exposurestrategieën (blootstelling aan angsten) en emotieregulatie-strategieën (het leren voelen, omgaan en uiten van emoties) kunnen belangrijke aanvullingen zijn in de behandeling van comorbiditeit.[30,41,114,142,144-147] Beweging kan tevens toegevoegd worden wanneer een jongere met een eetstoornis ook overgewicht of obesitas en comorbide angst of depressie laten zien.[30,148]

Een specifieke comorbide aandoening waarvoor aanpassingen in de behandeling noodzakelijk zijn, is wanneer er naast de eetstoornis ook sprake is van autisme. Autisme gaat vaak samen met anorexia nervosa en ARFID, maar cijfers over prevalentie en incidentie lopen sterk uiteen (voor anorexia nervosa) of ontbreken (voor ARFID).[132] Het meeste onderzoek naar comorbiditeit van anorexia nervosa en autisme is gedaan bij volwassenen.[149] Onderzoek naar ARFID en autisme wordt wel uitgevoerd bij kinderen en jongeren, maar bestaat voor het grootste deel uit casusonderzoek.[150] Anorexia nervosa en autisme zijn sterk met elkaar verweven. De sensorische hooggevoeligheid speelt een grote rol in het ontstaan en het in stand houden van de eetstoornis. Mensen met autisme en anorexia nervosa hebben vaak geen duidelijke wens om gewicht te verliezen en geen negatief lichaams- of zelfbeeld. Wel kan er sprake zijn

van een verstoord lichaamsbewustzijn zoals balansproblemen en verhoogde of juist verlaagde sensorische gevoeligheid.[149,151,152]
Voor kinderen en jongeren met anorexia nervosa of ARFID en autisme past een flexibele en individuele aanpak beter dan de standaardzorg. Er zijn nog geen specifieke behandelingen beschikbaar voor deze doelgroep, terwijl bekend is dat er door de comorbiditeit met autisme meer ernstige klachten zijn en de behandeling moeizamer verloopt.[149,150] Wanneer er aanpassingen gedaan worden in de behandeling hangt dit sterk af van de individuele behandelaar en diens expertise op het gebied van zowel autisme als eetstoornissen.[132,149,152] In het Verenigd Koninkrijk is het programma PEACE ontwikkeld, een zeer intensief programma voor de behandeling van anorexia nervosa en autisme. Daarin zijn hulpverleners uitgebreid getraind, zijn ruimtes aangepast aan prikkelgevoeligheid, is visuele ondersteuning toegevoegd en wordt er meer uitleg gegeven. Ook zijn de sessies langer en worden er individuele eetschema's en behandeldoelen opgesteld.[153] Eerste resultaten van dit programma wijzen op een kosteneffectieve aanpak voor (jong)volwassenen met anorexia nervosa en autisme.[154]

05 advies

Een snellere herkenning en behandeling van eetstoornissen is essentieel, omdat de prognose dan gunstiger is. Dat vraagt volgens de commissie om een landelijke uniforme aanpak, die kan worden geïmplementeerd op gemeentelijk of regionaal niveau. Het opzetten van een kennis-infrastructuur voor scholing en bovenregionale samenwerking, een landelijk registratiesysteem en het betrekken van kinderen en jongeren in de opzet, uitvoering en evaluatie zijn daarbij essentieel. De commissie adviseert preventie vooral te richten op het vergroten van de mentale weerbaarheid van kinderen en jongeren (waaronder zelfvertrouwen, zelfbeeld en lichaamsbeleving), het voorlichten en informeren van ouders en het vergroten van de mediawijsheid bij kinderen en jongeren en hun ouders. Vroege herkenning vraagt zowel om meer kennis (en ziektebesef) bij de jongeren zelf, hun ouders en betrokken beroepsgroepen als om een goed screeningsinstrument. Winst in de vroege behandeling is volgens de commissie te behalen door te zorgen voor een laagdrempelig behandelaanbod dat direct na de diagnose kan worden ingezet. Ook zou de kennis en zorg meer gebundeld kunnen worden. Over de behandeling van comorbiditeit is nog te weinig bekend. De commissie adviseert te investeren in meer onderzoek naar eetstoornissen; hiervoor heeft zij een onderzoeksagenda opgesteld.

5.1. Snellere herkenning en behandeling met uniforme aanpak

Gemiddeld duurt het vier jaar voordat een jongere met een eetstoornis passende hulp krijgt. Hoe eerder de eetstoornis wordt herkend en de behandeling kan starten, hoe gunstiger de prognose: de eetstoornis is dan minder ernstig en de ziektelast voor de jongere en omgeving lager.
Dat het lang duurt voor iemand met een eetstoornis zorg krijgt komt door diverse factoren. Een daarvan is gebrek aan kennis in de (directe) omgeving van de jongere. Kinderen met ARFID en hun ouders voelen zich vaak onbegrepen door hun omgeving, de huisarts en de jeugd-gezondheidszorg. Bij jongeren met anorexia nervosa, boulimia nervosa of de eetbuistoornis ontbreekt vaak ziektebesef. Ook de wijze waarop de zorg voor kinderen en jongeren is georganiseerd draagt bij: er zijn lange wachtlijsten, zicht op de omvang en de ernst van eetstoornissen-problematiek ontbreekt (sinds de invoering van de Jeugdwet is er geen landelijk registratiesysteem meer) en er is een gebrek aan uniforme en wetenschappelijk onderbouwde specialistische zorg in de eerste en tweede lijn.[2,11,12,18-22,24] Om deze knelpunten te doorbreken adviseert de commissie te kiezen voor een landelijke uniforme aanpak van eetstoornissen en bij de implementatie gebruik te maken van de bovenregionale netwerken die K-EET geïnitieerd heeft. In het buitenland zijn goede ervaringen opgedaan met een landelijke uniforme en netwerkaanpak: deze blijkt effectief in het voorkomen en tijdig (h)erkennen van eetstoornissen.[4,25,27]

5.1.1 Preventie

De commissie constateert dat er de afgelopen tien jaar relatief weinig vooruitgang is geboekt in de ontwikkeling van kennis en methoden die nodig zijn om eetstoornissen te voorkomen. Met de huidige kennis is bijvoorbeeld niet bekend welke risicofactoren voor het ontstaan van een eetstoornis effectief aangepakt kunnen worden. Ook is nog niet te voorspellen wanneer een jongere een eetstoornis ontwikkelt, een andere psychische aandoening, een combinatie van aandoeningen of mentaal gezond blijft. Wel is duidelijk dat voorlichting aan kinderen en jongeren specifiek gericht op het voorkomen van anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis niet effectief is. Voor ARFID kan mogelijk wel ingezet worden op voorlichting, omdat zowel in de algemene bevolking als binnen de hulpverlening meer kennis en bewustwording over ARFID gewenst is.

De commissie adviseert als onderdeel van de landelijke uniforme aanpak om met de JGZ een aanbod te ontwikkelen om de mentale weerbaarheid van kinderen en jongeren te vergroten. Daarbij gaat het om het verbeteren van de emotieregulatie, weerbaarheidsvaardigheden, mediawijsheid, zelfvertrouwen en monitoren en bespreken van het mentaal welbevinden op scholen. De commissie verwacht dat dit bijdraagt aan het voorkomen van (risicofactoren voor) eetstoornissen. Onderzoek moet uitwijzen in hoeverre dit inderdaad het geval is. Daarnaast adviseert de commissie om deskundigen op het gebied van eetstoornissen structureel en actief te betrekken bij de preventieve aanpak van overgewicht en obesitas door de JGZ en de overheid, om de kans op het (onbedoeld) uitlokken van eetstoornissen te verkleinen.

5.1.2 Vroege herkenning

De commissie adviseert de vroege herkenning van eetstoornissen op vier manieren te bevorderen. Om te beginnen is het van belang om het ziektebesef bij kinderen en jongeren en hun ouders te vergroten. Onderzoek is nodig naar de manier waarop kinderen en jongeren met een (beginnende) eetstoornis te bereiken zijn en te motiveren om hulp te zoeken. Ten tweede adviseert de commissie ouders beter toe te rusten om hun kind te kunnen helpen bij eerste signalen van verstoord eetgedrag. De invloed van sociale media en comorbiditeit in relatie tot eetstoornissen verdient daarbij aandacht. Een door de overheid gefaciliteerd online platform en landelijke campagne kan bijdragen aan de vindbaarheid van verschillende initiatieven en het uitdragen van dezelfde boodschap aan ouders, kinderen en jongeren.
Voor leeftijdgenoten moet duidelijk worden waar zij terecht kunnen wanneer zij zich zorgen maken over een kind of jongere in hun netwerk. Een derde punt is volgens de commissie de verankering van de kennis en aanpak van eetstoornissen, risicofactoren en comorbiditeit in de opleidingen van relevante beroepsgroepen. Een landelijk beschikbaar e-learningprogramma voor deskundigheidsbevordering kan daarbij helpen. Tot slot hebben de JGZ en huisartsen behoefte aan een goed

screeningsinstrument voor de vroege opsporing van eetstoornissen.
De commissie adviseert validatieonderzoek te doen naar de Nederlandstalige versie van de SCOFF, ESP, NIAS en mogelijk de *InsideOut Institute Screener* bij kinderen en jongeren. Op basis van buitenlands onderzoek hebben de SCOFF en ESP de grootste kans om structureel en effectief ingezet te kunnen worden in de jeugdgezondheidszorg en huisartspraktijken voor het detecteren van anorexia nervosa en boulimia nervosa, en mogelijk ook voor de eetbuistoornis. De NIAS lijkt het meest geschikt voor de screening op ARFID.

5.1.3 Vroege behandeling

Een eerste stap in het realiseren van een tijdige behandeling is dat er bij eerste mogelijke symptomen van een eetstoornis een adequate analyse van de (mentale) problemen wordt gemaakt en een diagnose wordt gesteld in de eerste of tweede lijn. Daarna zou een jongere direct gebruik moeten kunnen maken van een effectief laagdrempelig (online) aanbod waarbij ook het netwerk, met name ouders, actief betrokken wordt.
Dit kan de behandelduur en de intensiteit van de behandeling verkorten en daarmee ook de wachtlijst voor de hoogspecialistische (derdelijns) zorg. De commissie adviseert een dergelijk aanbod te ontwikkelen.
Dit vraagt echter wel om meer kennis over welke interventies effectief zijn en voor welke doelgroep (leeftijd, diagnose, comorbiditeit).
Verder adviseert de commissie de zorg voor eetstoornissen beter inzichtelijk te maken en meer te bundelen. Zo is een regionaal overzicht van doorverwijsmogelijkheden nodig. In opdracht van K-EET zijn regioscans uitgevoerd die een aanzet geven voor het vormgeven van bovenregionale netwerken. Dergelijke zorgnetwerken kunnen ervoor zorgen dat zorgverleners elkaars expertise sneller en beter kunnen vinden en benutten. Inzet van lokale zorgregisseurs of casemanagers kan zorgen voor snelle en adequate zorg dicht bij huis. Verder kan de continuïteit van de behandeling rond de 18e verjaardag verbeteren door een transitiecoach in te zetten, [4,18,21,155] zoals die ook wordt ingezet in het onderwijs en in de zorg voor kinderen en jongeren met een lichamelijke of verstandelijke beperking. De transitiecoach moet zorgen voor een soepele overgang van de jeugd-GGZ naar de volwassen GGZ.

5.2. Comorbiditeit

Bij jongeren gaat een eetstoornis vaak samen met angst, depressie, posttraumatische stress en persoonlijkheidsstoornissen. Bij jongeren met anorexia nervosa komt ook autisme vaker voor dan bij jongeren zonder eetstoornis en bij kinderen met ARFID vaker autisme, ADHD of een leerstoornis. Het is onbekend hoe comorbiditeit effectief te behandelen is. Passende zorg voor kinderen en jongeren met een eetstoornis en comorbiditeit ontbreekt dan ook. Onderzoek is lastig, omdat de potentiële doelgroep erg gevarieerd is. Het beschikbare onderzoek is voornamelijk uitgevoerd onder (jong)volwassenen. De commissie adviseert in de zorg voor eetstoornissen een transdiagnostisch model als uitgangspunt te nemen, zodat in elke fase van het traject (vroege herkenning, diagnose en

behandeling) rekening wordt gehouden met comorbiditeit en onderliggende problemen. Ook voor de aanpak van comorbiditeit is het noodzakelijk om te investeren in deskundigheidsbevordering en bovenregionale netwerken.

5.3 Onderzoeksagenda

De commissie constateert dat er de afgelopen tien jaar relatief weinig vooruitgang is geboekt in de ontwikkeling van kennis die nodig is voor de preventie en vroege herkenning van eetstoornissen. Internationaal ontwikkeld aanbod voor preventie, vroege herkenning en vroege behandeling zou in Nederland getoetst moeten worden op effectiviteit. Daarom adviseert de commissie in te zetten op een stevige onderzoeksagenda met de volgende drie onderzoekslijnen:

1. Eerder erkennen en herkennen van (risicofactoren voor) eetstoornissen
   - Hoe kan vroege herkenning van eetstoornisproblematiek door ouders en het netwerk rondom een kind of jongere verbeterd worden?
   - Hoe kan sneller (online) hulpzoekgedrag bevorderd worden en hoe kunnen kinderen en jongeren en hun ouders toegeleid worden naar betrouwbare online informatie en hulp voor hun (mentale) problemen?
   - Welke risicofactoren spelen in welke levensfase een belangrijke rol bij de ontwikkeling en het beloop van eetstoornissen?
   - Wat is de betrouwbaarheid, validiteit en specificiteit van de Nederlandstalige versies van de SCOFF, ESP, *InsideOut Institute-Screener,* en NIAS om eetstoornissen vroegtijdig op te kunnen sporen bij kinderen en jongeren?
2. Effectiviteit van preventie en vroege behandeling
   - Welke online, m-health en face-to-face interventies zijn (kosten) effectief en voor wie?
   - Wat zijn de langetermijneffecten van preventieve activiteiten en vroege behandeling?
   - Wat is er nodig om ouders effectief bij preventie en vroege behandeling van eetstoornissen te betrekken?
3. Eetstoornissen en comorbiditeit
   - Hoe vaak komt multimorbiditeit voor bij kinderen en jongeren met een eetstoornis? En om welke stoornissen gaat het dan?
   - Welke (online) interventies en behandelingen zijn effectief in het voorkomen of behandelen van multimorbiditeit van kinderen en jongeren met een eetstoornis?

literatuur

1 Van Hoeken D, Hoek HW. *Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden*. Current opinion in psychiatry 2021; 34(6): 515-524.

2 Stuurgroep K-EET. *K-EET. Voorstel en advies voor een landelijke ketenaanpak eetstoornissen.* 2019.

3 Van Wamel A, de Lange M. *Regioscan eetstoornissen. Regio Gelderland*. Utrecht: Trimbos-instituut. 2022.

4 Significant. *Quickscan aanpak eetstoornissen. Inzichten, succesfactoren en lessen van internationale experts voor elke stap in het zorgproces van jongeren met een eetstoornis en hun ouders*. 2021.

5 *Zorgstandaard Eetstoornissen (2017)*. http://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen. Geraadpleegd: 1 maart 2022.

6 Noordenbos G, Van Elburg A. *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom. 2018.

7 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*. Psychological medicine 2016; 46(6): 1189-1196.

8 Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. *Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies*. Molecular psychiatry 2021: 1-15.

9 Mangweth-Matzek B, Hoek HW. *Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age*. Current opinion in psychiatry 2017; 30(6): 446.

10 Van Eeden AE, Van Hoeken D, Hoek HW. *Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Current opinion in psychiatry 2021; 34(6): 515.

11 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. *Onvoldoende tijdige en juiste hulp voor jongeren met ernstige psychische problemen*. Utrecht. 2021.

12 Het Vergeten Kind. *Het is een eenzame, uitzichtloze tijd. Kinderen over wachttijden in de jeugdzorg*. Utrecht. 2021.

13 Keski-Rahkonen A. *Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors*. Current opinion in psychiatry 2021; 34(6): 525-531.

14 Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. *Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls*. European child and adolescent psychiatry 2015; 24(7): 779-785.

15 Mulkens S. *ARFID (wacht…., wat?). Presentatie Gezondheidsraad.* Maastricht University, 6 september 2021.

16 GGZ Standaarden. *Eetstoornissen*. https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen/introductie: Geraadpleegd: 1 maart 2022.

17 Kalindjian N, Hirot F, Stona A-C, Huas C, Godart N. *Early detection of eating disorders: a scoping review*. Eating and weight disorders 2022; 27: 21-68.

[18] De Nederlandse ggz. *Geestelijke gezondheidszorg van de toekomst: op maat en op tijd*. Amersfoort. 2021.

[19] De Correspondent. Dahl I. *De psychologen zien het niet meer zitten (dus behandelen ze minder kinderen)*. 2018.

[20] De Correspondent. Dahl I. *Komt een kind bij de dokter. Of nee, toch op de wachtlijst*. 2018.

[21] Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Kinderombudsman, Nationale ombudsman, Nederlandse Zorgautoriteit Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. *Samen verder. Kinderen en gezinnen met complexe problemen samen verder helpen*. Den Haag, April 2021.

[22] NGO. *Kinderrechten in Nederland 2015-2020. Vijfde ngo-rapportage van het Kinderrechtencollectief aan de VN-Kinderrechtencomite*. Leiden. 2021.

[23] Vektis. *Factsheet wachttijdinformatie ggz*. https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wachttijdinformatie-ggz#:~:text=Actueel%20aantal%20wachtenden%20en%20Instroom&text=De%20Treeknorm%20voor%20aanmelding%20is%204%20weken%20en%20voor%20behandeling%2010%20weken. Geraadpleegd: 6 april 2022.

[24] De Nederlandse ggz. *Publieksrapportage uitvraag acute jeugd-ggz*. Amersfoort. 2021.

[25] Treasure J, Oyeleye O, Bonin EM, Zipfel S, Fernandez-Aranda F. *Optimising care pathways for adult anorexia nervosa. What is the evidence to guide the provision of high-quality, cost-effective services?* European eating disorders review 2021; 29(3): 306-315.

[26] Oldham-Cooper R, Semple C. *Prevention and early help for eating disorders in young people with type 1 diabetes*. Clinical child psychology and psychiatry 2021: 10.1177/1359104521994172.

[27] Austin A, Flynn M, Shearer J, Long M, Allen K, Mountford VA, et al. *The first episode rapid early intervention for eating disorders-upscaled study: Clinical outcomes*. Early intervention in psychiatry 2022; 16: 97-105.

[28] McClelland J, Robinson L, Potterton R, Mountford V, Schmidt U. *Symptom trajectories into eating disorders: A systematic review of longitudinal, nonclinical studies in children/adolescents*. European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists 2020; 63(1): e60.

[29] Stice E, Johnson S, Turgon R. *Eating disorder prevention*. Psychiatric clinics of north America 2019; 42(2): 309-318.

[30] Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F. *A review of binge eating disorder and obesity*. Neuropsychiatry 2021; 35: 57-67.

[31] Stice E, Shaw H. *Eating disorders: Insights from imaging and behavioral approaches to treatment*. Journal of psychopharmacology 2017; 31(11): 1485-1495.

[32] Hirsch KE, Blomquist KK. *Community-based prevention programs for disordered eating and obesity: Updates and current limitations*. Current obesity reports 2020; 9(2): 81-97.

[33] Prefit AB, Cândea DM, Szentagotai-Tătar A. *Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis*. Appetite 2019; 143: 104438.

[34] Christensen KA, Haynos AF. *A theoretical review of interpersonal emotion regulation in eating disorders: enhancing knowledge by bridging interpersonal and affective dysfunction*. Journal of eating disorders 2020; 8: 21.

[35] Giusti EM, Manna C, Scolari A, Mestre JM, Prevendar T, Castelnuovo G, et al. *The relationship between emotional intelligence, obesity and eating disorder in children and adolescents: A systematic mapping review*. International journal of environmental research and public health 2021; 18(4): 2054.

[36] Schaefer LM, Burke NL, Thompson JK. *Thin-ideal internalization: How much is too much?* Eating and weight disorders 2019; 24(5): 933-937.

[37] Colmsee ISO, Hank P, Bošnjak M. *Low self-esteem as a risk factor for eating disorders?: A meta-analysis*. Zeitschrift fur psychologie / Journal of psychology 2021; 229(1): 48-69.

[38] Cortés-García L, Takkouche B, Seoane G, Senra C. *Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis*. PLoS One 2019; 14(3): e0213099.

[39] Lloyd EC, Haase AM, Foster CE, Verplanken B. *A systematic review of studies probing longitudinal associations between anxiety and anorexia nervosa*. Psychiatry research 2019; 276: 175-185.

[40] Brewerton TD. *An overview of trauma-informed care and practice for eating disorders*. Journal of aggression, maltreatment and trauma 2019; 28(4): 445-462.

[41] Vanzhula IA, Calebs B, Fewell L, Levinson CA. *Illness pathways between eating disorder and post-traumatic stress disorder symptoms: Understanding comorbidity with network analysis*. European eating disorders review 2019; 27(2): 147-160.

[42] Watson HJ, Yilmaz Z, Thornton LM, Hübel C, Coleman JR, Gaspar HA, et al. *Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa*. Nature genetics 2019; 51(8): 1207-1214.

[43] Yilmaz Z, Hardaway JA, Bulik CM. *Genetics and epigenetics of eating disorders*. Advances in genomics and genetics 2015; 5: 131-150.

[44] Wells KR, Jeacocke NA, Appaneal R, Smith HD, Vlahovich N, Burke LM, et al. *The Australian Institute of Sport (AIS) and National Eating Disorders Collaboration (NEDC) position statement on disordered eating in high performance sport*. British journal of sports medicine 2020; 54(21): 1247-1258.

[45] Ströhle A. *Sports psychiatry: mental health and mental disorders in athletes and exercise treatment of mental disorders*. European archives of psychiatry and clinical neuroscience 2019; 269(5): 485-498.

[46] Hinojo-Lucena FJ, Aznar-Díaz I, Cáceres-Reche MP, Trujillo-Torres JM, Romero-Rodríguez JM. *Problematic internet use as a predictor of eating disorders in students: A systematic review and meta-analysis study*. Nutrients 2019; 11(9): 2151.

[47] Saul JS, Rodgers RF. *Adolescent eating disorder risk and the online world*. Child and adolescent psychiatric clinics of north America 2018; 27(2): 221-228.

[48] De Bruin APK. *Athletes with eating disorder symptomatology, a specific population with specific needs*. Current opinion in psychology 2017; 16: 148-153.

[49] Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AI, Van Furth EF, Hoek HW. *Urbanisation and the incidence of eating disorders*. The British journal of psychiatry 2006; 189(6): 562-563.

[50] Gorrell S, Trainor C, Le Grange D. *The impact of urbanization on risk for eating disorders*. Current opinion in psychiatry 2019; 32(3): 242-247.

[51] Cooper M, Reilly EE, Siegel JA, Coniglio K, Sadeh-Sharvit S, Pisetsky EM, et al. *Eating disorders during the COVID-19 pandemic and quarantine: an overview of risks and recommendations for treatment and early intervention*. Eating disorders 2020: 1-23.

[52] Austin A, Flynn M, Richards K, Hodsoll J, Duarte TA, Robinson P, et al. *Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: A systematic review of the literature*. European eating disorders review 2021; 29: 329-345.

[53] Beat. *Delaying for years, denied for months*. 2017.

[54] Van Eeden AE, Oldehinkel AJ, van Hoeken D, Hoek HW. *Risk factors in preadolescent boys and girls for the development of eating pathology in young adulthood*. International journal of eating disorders 2021; 54(7): 1147-1159.

[55] McLean SA, Paxton SJ. *Body image in the context of eating disorders*. Psychiatric clinics of north America 2019; 42(1): 145-156.

[56] Ralph-Nearman C, Achee M, Lapidus R, Stewart JL, Filik R. *A systematic and methodological review of attentional biases in eating disorders: Food, body, and perfectionism*. Brain and behavior 2019; 9(12): e01458.

[57] Nikodijevic A, Buck K, Fuller-Tyszkiewicz M, de Paoli T, Krug I. *Body checking and body avoidance in eating disorders: Systematic review and meta-analysis*. European eating disorders review 2018; 26(3): 159-185.

[58] Memon AN, Gowda AS, Rallabhandi B, Bidika E, Fayyaz H, Salib M, et al. *Have our attempts to curb obesity done more harm than good?* Cureus 2020; 12(9): e10275.

[59] De Giuseppe R, Di Napoli I, Porri D, Cena H. *Pediatric obesity and eating disorders symptoms: The role of the multidisciplinary treatment. A systematic review*. Frontiers in pediatrics 2019; 7: 123.

[60] Cena H, Stanford FC, Ochner L, Fonte ML, Biino G, De Giuseppe R, et al. *Association of a history of childhood-onset obesity and dieting with eating disorders*. Eating disorders 2017; 25(3): 216-229.

[61] Lebow J, Sim LA, Kransdorf LN. *Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders*. Journal of adolescent health 2015; 56(1): 19-24.

[62] Holland G, Tiggemann M. *A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes*. Body image 2016; 17: 100-110.

[63] Wilksch SM, O'Shea A, Ho P, Byrne S, Wade TD. *The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents*. International journal of eating disorders 2020; 53(1): 96-106.

[64] Lonergan AR, Bussey K, Fardouly J, Griffiths S, Murray SB, Hay P, et al. *Protect me from my selfie: Examining the association between photo-based social media behaviors and self-reported eating disorders in adolescence*. International journal of eating disorders 2020; 53(5): 755-766.

[65] Het Parool. Sevil M. *UMC: coronatijd is snelkookpan voor eetstoornissen en mishandeling kinderen*: 2021. Geraadpleegd: 2 februari 2022.

[66] Nieuwsuur. Kootstra J. *Sterke stijging anorexiapatiënten die helemaal stoppen met eten en drinken*: 2020. Geraadpleegd: 2 februari 2022.

[67] Beat. *Changes needed to government anti-obesity strategies in order to reduce their risk of harm to people with eating disorders*, 2020.

[68] Watson HJ, Joyce T, French E, Willan V, Kane RT, Tanner-Smith EE, et al. *Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials*. International journal of eating disorders 2016; 49(9): 833-862.

[69] Le LK, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. *Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis*. Clinical psychology review 2017; 53: 46-58.

[70] Schwartz C, Drexl K, Fischer A, Fumi M, Löwe B, Naab S, et al. *Universal prevention in eating disorders: A systematic narrative review of recent studies*. Mental health and prevention 2019; 14: 200162.

[71] McLean SA, Wertheim EH, Masters J, Paxton SJ. *A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders*. International journal of eating disorders 2017; 50(7): 847-851.

[72] Branley DB, Covey J. *Pro-ana versus Pro-recovery: A content analytic comparison of social media users' communication about eating disorders on twitter and tumblr*. Frontiers in psychology 2017; 8: 1356.

[73] Fitzsimmons-Craft EE, Krauss MJ, Costello SJ, Floyd GM, Wilfley DE, Cavazos-Rehg PA. *Adolescents and young adults engaged with pro-eating disorder social media: eating disorder and comorbid psychopathology, health care utilization, treatment barriers, and opinions on harnessing technology for treatment*. Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity 2020; 25(6): 1681-1692.

[74] Yan H, Fitzsimmons-Craft EE, Goodman M, Krauss M, Das S, Cavazos-Rehg P. *Automatic detection of eating disorder-related social*

media posts that could benefit from a mental health intervention. International journal of eating disorders 2019; 52(10): 1150-1156.

75 Stunden C, Zasada J, VanHeerwaarden N, Hollenberg E, Abi-Jaoudé A, Chaim G, et al. *Help-seeking behaviors of transition-aged youth for mental health concerns: qualitative study*. Journal of medical internet research 2020; 22(10): e18514.

76 Danthinne ES, Giorgianni FE, Rodgers RF. *Labels to prevent the detrimental effects of media on body image: A systematic review and meta-analysis*. International journal of eating disorders 2020; 53(5): 377-391.

77 Chua JYX, Tam W, Shorey S. *Research Review: Effectiveness of universal eating disorder prevention interventions in improving body image among children: a systematic review and meta-analysis*. Journal of child psychology and psychiatry 2020; 61(5): 522-535.

78 Van Agteren J, Iasiello M, Lo L, Bartholomaeus J, Kopsaftis Z, Carey M, et al. *A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing*. Nature human behaviour 2021; 5(5): 631-652.

79 Bennik E, De Jong PJ, Glashouwer KA, Neimeijer R, Elgersma H. *Bekijk jezelf door een roze bril*: een online preventieve strategie voor jongeren, gebaseerd op positieve psychologie. Gedragstherapie 2019; 52(3): 146-165.

80 Turk F, Waller G. *Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis*. Clinical psychology review 2020: 101856.

81 Beccia AL, Dunlap C, Hanes DA, Courneene BJ, Zwickey HL. *Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis*. Mental health and prevention 2018; 9: 1-12.

82 Austin SB, Hutcheson R, Wickramatilake-Templeman S, Velasquez K. *The second wave of public policy advocacy for eating disorders: Charting the course to maximize population impact*. Psychiatric clinics of north America 2019; 42(2): 319-336.

83 Ali K, Farrer L, Fassnacht DB, Gulliver A, Bauer S, Griffiths KM. *Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review*. International journal of eating disorders 2017; 50(1): 9-21.

84 Rowe E. *Early detection of eating disorders in general practice*. Australian family physician 2017; 46(11): 833-838.

85 Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. *Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF*. Journal of general internal medicine 2020; 35(3): 885-893.

86 Cotton MA, Ball C, Robinson P. *Four simple questions can help screen for eating disorders*. Journal of general internal medicine 2003; 18(1): 53-56.

87 Machado PP, Grilo CM, Rodrigues TF, Vaz AR, Crosby RD. *Eating disorder examination–questionnaire short forms: a comparison*. International journal of eating disorders 2020; 53(6): 937-944.

88 Zickgraf HF, Ellis JM. *Initial validation of the Nine Item Avoidant/ Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns*. Appetite 2018; 123: 32-42.

89 Hilbert A, van Dyck Z. *Eating disorders in youth-questionnaire*. English version University of Leipzig: http://nbn-resolving de/urn. 2016.

90 Kliem S, Schmidt R, Vogel M, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. *An 8-item short form of the Eating Disorder Examination-Questionnaire adapted for children (ChEDE-Q8)*. International journal of eating disorders 2017; 50(6): 679-686.

91 Thurfjell B, Edlund B, Arinell H, Hägglöf B, Garner DM, Engström I. *Eating Disorder Inventory for Children (EDI-C): Effects of age and gender in a Swedish sample*. European eating disorders review: The professional journal of the eating disorders association 2004; 12(4): 256-264.

92 Legendre M, Côté M, Aimé A, Brault M-C, Dion J, Bégin C. *The children's eating attitudes test: French validation of a short version*. Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity 2021; 26(8): 2749-2756.

93 Zorgstandaard. *Eetstoornissen EBRO module screening en diagnostiek*. 2017.

94 Goossens L, Braet C. *Screening for eating pathology in the pediatric field*. International journal of pediatric obesity 2010; 5(6): 483-490.

95 Theuwis L, Moens E, Braet C. *Psychometric quality of the Dutch version of the children's eating attitude test in a community sample and a sample of overweight youngsters*. Psychologica belgica 2010; 49(4).

96 De Vos JA, LaMarre A, Radstaak M, Bijkerk CA, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. *Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis*. Journal of eating disorders 2017; 5(1): 1-14.

97 Probst M, Vandereycken W, Coppenolle HV, Vanderlinden J. *The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire*. Eating disorders 1995; 3(2): 133-144.

98 Rekkers ME, Scheffers M, van Busschbach JT, van Elburg AA. *Measuring body satisfaction in women with eating disorders and healthy women: appearance-related and functional components in the Body Cathexis Scale (Dutch version)*. Eating and weight disorders 2021; 26(8): 2665-2672.

99 Probst M, Pieters G, Vanderlinden J. *Body experience assessment in non-clinical male and female subjects*. Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity 2009; 14(1): e16-e21.

100 Bryant E, Miskovic-Wheatley J, Touyz SW, Crosby RD, Koreshe E, Maguire S. *Identification of high risk and early stage eating disorders:*

first validation of a digital screening tool. Journal of eating disorders 2021; 9(1): 1-10.

[101] Watson HJ, Goodman EL, McLagan NB, Joyce T, French E, Willan V, et al. *Quality of randomized controlled trials in eating disorder prevention*. International journal of eating disorders 2017; 50(5): 459-470.

[102] Linardon J, Shatte A, Messer M, Firth J, Fuller-Tyszkiewicz M. *E-mental health interventions for the treatment and prevention of eating disorders: An updated systematic review and meta-analysis*. Journal of consulting and clinical psychology 2020; 88(11): 994-1007.

[103] Anastasiadou D, Folkvord F, Lupiañez-Villanueva F. *A systematic review of mHealth interventions for the support of eating disorders*. European eating disorders review 2018; 26(5): 394-416.

[104] Harrer M, Adam SH, Messner EM, Baumeister H, Cuijpers P, Bruffaerts R, et al. *Prevention of eating disorders at universities: A systematic review and meta-analysis*. International journal of eating disorders 2020; 53(6): 813-833.

[105] Stice E, Marti CN, Shaw H, Rohde P. *Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects*. Clinical and psychological review 2019; 70: 91-107.

[106] Stice E, Onipede ZA, Marti CN. *A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset*. Clinical psychology review 2021; 87: 102046.

[107] Barnett P, Arundell LL, Saunders R, Matthews H, Pilling S. *The efficacy of psychological interventions for the prevention and treatment of mental health disorders in university students: A systematic review and meta-analysis*. Journal of affective disorders 2021; 280(Pt A): 381-406.

[108] Zimmerman J, Fisher M. *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)*. Current problems in pediatric and adolescent health care 2017; 47(4): 95-103.

[109] De Vos JA, Netten C, Noordenbos G. *Recovered eating disorder therapists using their experiential knowledge in therapy: A qualitative examination of the therapists' and the patients' view*. Eating disorders 2016; 24(3): 207-223.

[110] Yim SH, Schmidt U. *Self-help treatment of eating disorders*. Psychiatric clinics of north America 2019; 42(2): 231-241.

[111] Dietvorst E, Legerstee JS, Vreeker A, Koval S, Mens MM, Keijsers L, et al. On behalf of all authors, the corresponding author states that there is no conflict of interest. *The Grow It! app-longitudinal changes in adolescent well-being during the COVID-19 pandemic: a proof-of-concept study*. European child and adolescent psychiatry 2022: 1-11.

[112] Grist R, Porter J, Stallard P. *Mental health mobile apps for preadolescents and adolescents: A systematic review*. Journal of medical internet research 2017; 19(5): e176.

[113] Wasil AR, Patel R, Cho JY, Shingleton RM, Weisz JR, DeRubeis RJ. *Smartphone apps for eating disorders: A systematic review of*

evidence-based content and application of user-adjusted analyses. International journal of eating disorders 2021; 54(5): 690-700.

[114] Taylor C, Graham AK, Flatt RE, Waldherr K, Fitzsimmons-Craft EE. *Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses*. European journal of public health 2021; 31(supl 1): i3-i10.

[115] Vollert B, Beintner I, Musiat P, Gordon G, Görlich D, Nacke B, et al. *Using internet-based self-help to bridge waiting time for face-to-face outpatient treatment for Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder and related disorders: Study protocol of a randomized controlled trial*. Internet interventions 2019; 16: 26-34.

[116] Muratore AF, Attia E. *Current therapeutic approaches to anorexia nervosa: State of the art*. Clinical therapies 2021; 43(1): 85-94.

[117] Hawkins-Elder H, Ward T. *The explanation of eating disorders: A critical analysis*. Behaviour change 2020; 37(2): 93-110.

[118] Hail L, Le Grange D. *Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges*. Adolescent health medicins and therapeutics 2018; 9: 11-16.

[119] Södersten P, Bergh C, Leon M, Brodin U, Zandian M. *Cognitive behavior therapy for eating disorders versus normalization of eating behavior*. Physiology and behavior 2017; 174: 178-190.

[120] Wittek T, Truttmann S, Zeiler M, Philipp J, Auer-Welsbach E, Koubek D, et al. *The Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adolescents and young adults (MANTRa): a study protocol for a multi-center cohort study*. Journal of eating disorders 2021; 9(1): 1-12.

[121] Harris E, Samuel V. *Acceptance and Commitment Therapy: A systematic literature review of prevention and intervention programs for mental health difficulties in children and young people*. Journal of cognitive psychotherapy 2020; 34(4): 280-305.

[122] Linardon J, Fairburn CG, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE, Brennan L. *The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review*. Clinical psychological review 2017; 58: 125-140.

[123] Yager J. *Can trans-syndromal prototypes ("types") improve depiction of complex psychiatric cases?: an alternative way to consider concordant comorbid psychiatric disorders and their contexts as coherent units for research, assessment, and treatment planning*. Journal of nervous and mental disease 2021; 209(1): 1-8.

[124] Franko DL, Tabri N, Keshaviah A, Murray HB, Herzog DB, Thomas JJ, et al. *Predictors of long-term recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Data from a 22-year longitudinal study*. Journal of psychiatric research 2018; 96: 183-188.

[125] Thiebaut S, Jaussent I, Maimoun L, Beziat S, Seneque M, Hamroun D, et al. *Impact of bipolar disorder on eating disorders severity in real-life settings*. Journal of affective disorders 2019; 246: 867-872.

[126] Convertino AD, Blashill AJ. *Psychiatric comorbidity of eating disorders in children between the ages of 9 and 10*. Journal of child psychology and psychiatry 2021; 63(5): 519-526.

[127] Mason TB, Smith KE. *Psychiatric comorbidity associated with eating disorders in 9- to 10-year-old children*. Canadian journal of psychiatry 2021: 7067437211026485.

[128] Mandelli L, Arminio A, Atti AR, De Ronchi D. *Suicide attempts in eating disorder subtypes: a meta-analysis of the literature employing DSM-IV, DSM-5, or ICD-10 diagnostic criteria*. Psycholical medicine 2019; 49(8): 1237-1249.

[129] Jordan J, Joyce PR, Carter FA, Horn J, McIntosh VV, Luty SE, et al. *Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa*. International journal of eating disorders 2008; 41(1): 47-56.

[130] Jagielska G, Kacperska I. *Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa*. Psychiatria Polska 2017; 51(2): 205-218.

[131] Cooper AR, Loeb KL, McGlinchey EL. *Sleep and eating disorders: current research and future directions*. Current opinion in psychology 2020; 34: 89-94.

[132] Westwood H, Tchanturia K. *Autism spectrum disorder in anorexia nervosa: an updated literature review*. Current psychiatry reports 2017; 19(7): 1-10.

[133] Dinkler L, Taylor MJ, Råstam M, Hadjikhani N, Bulik CM, Lichtenstein P, et al. *Anorexia nervosa and autism: a prospective twin cohort study*. Journal of child psychology and psychiatry 2021; 62(3): 316-326.

[134] Kerr-Gaffney J, Harrison A, Tchanturia K. *Social anxiety in the eating disorders: a systematic review and meta-analysis*. Psychological medicine 2018; 48(15): 2477-2491.

[135] Mandelli L, Draghetti S, Albert U, De Ronchi D, Atti A-R. *Rates of comorbid obsessive-compulsive disorder in eating disorders: A meta-analysis of the literature*. Journal of affective disorders 2020; 277: 927-939.

[136] Martinussen M, Friborg O, Schmierer P, Kaiser S, Øvergård KT, Neunhoeffer A-L, et al. *The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis*. Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity 2017; 22(2): 201-209.

[137] Kambanis PE, Kuhnle MC, Wons OB, Jo JH, Keshishian AC, Hauser K, et al. *Prevalence and correlates of psychiatric comorbidities in children and adolescents with full and subthreshold avoidant/restrictive food intake disorder*. International journal of eating disorders 2020; 53(2): 256-265.

[138] Hübel C, Abdulkadir M, Herle M, Loos RJF, Breen G, Bulik CM, et al. *One size does not fit all. Genomics differentiates among anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder*. International journal of eating disorders 2021; 54(5): 785-793.

[139] Zhang Z, Robinson L, Jia T, Quinlan EB, Tay N, Chu C, et al. *Development of disordered eating behaviors and comorbid depressive symptoms in adolescence: neural and psychopathological predictors*. Biological psychiatry 2020; 90(12): 853-862.

[140] Solmi M, Collantoni E, Meneguzzo P, Tenconi E, Favaro A. *Network analysis of specific psychopathology and psychiatric symptoms in patients with anorexia nervosa*. European eating disorders review 2019; 27(1): 24-33.

[141] Solmi M, Collantoni E, Meneguzzo P, Degortes D, Tenconi E, Favaro A. *Network analysis of specific psychopathology and psychiatric symptoms in patients with eating disorders*. International journal of eating disorders 2018; 51(7): 680-692.

[142] Monteleone AM, Mereu A, Cascino G, Criscuolo M, Castiglioni MC, Pellegrino F, et al. *Re-conceptualization of anorexia nervosa psychopathology: A network analysis study in adolescents with short duration of the illness*. International journal of eating disorders 2019; 52(11): 1263-1273.

[143] De Vos JA. *Understanding mental well-being in the face of adversity: A scientific exploration in eating disorder patients*. Enschede: Universiteit Twente. 2021.

[144] Butler RM, Heimberg RG. *Exposure therapy for eating disorders: A systematic review*. Clinical psychological review 2020; 78: 101851.

[145] Magson NR, Handford CM, Norberg MM. *The empirical status of cue exposure and response prevention treatment for binge eating: a systematic review*. Behavior therapy 2021; 52(2): 442-454.

[146] Smith KE, Mason TB, Crosby RD, Cao L, Leonard RC, Wetterneck CT, et al. *A comparative network analysis of eating disorder psychopathology and co-occurring depression and anxiety symptoms before and after treatment*. Psychological medicine 2019; 49(2): 314-324.

[147] Levinson CA, Brosof LC, Vanzhula I, Christian C, Jones P, Rodebaugh TL, et al. *Social anxiety and eating disorder comorbidity and underlying vulnerabilities: Using network analysis to conceptualize comorbidity*. International journal of eating disorders 2018; 51(7): 693-709.

[148] Mason TB, Smith KE, Belcher BR, Dunton GF, Luo S. *New insights into causal pathways between the pediatric age-related physical activity decline and loss of control eating: a narrative review and proposed conceptual model*. Frontiers in psychology 2020; 11: 578690.

[149] Boltri M, Sapuppo W. *Anorexia nervosa and autism spectrum disorder: a systematic review*. Psychiatry research 2021; 306: 114271.

[150] Bourne L, Mandy W, Bryant-Waugh R. *Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review*. Developmental medicine and child neurology 2022; 64: 691-699.

[151] Brede J, Babb C, Jones C, Elliott M, Zanker C, Tchanturia K, et al. *"For me, the anorexia is just a symptom, and the cause is the autism": Investigating restrictive eating disorders in autistic women*. Journal of autism and developmental disorders 2020; 50(12): 4280-4296.

[152] Kinnaird E, Norton C, Stewart C, Tchanturia K. *Same behaviours, different reasons: what do patients with co-occurring anorexia and autism want from treatment?* International review of psychiatry 2019; 31(4): 308-317.

[153] Tchanturia K, Smith K, Glennon D, Burhouse A. *Towards an improved understanding of the anorexia nervosa and autism spectrum comorbidity: PEACE pathway implementation*. Frontiers in psychiatry 2020; 11: 640.

[154] Tchanturia K, Dandil Y, Li Z, Smith K, Leslie M, Byford S. *A novel approach for autism spectrum condition patients with eating disorders: Analysis of treatment cost-savings*. European eating disorders review 2021; 29(3): 514-518.

[155] Bryan DC, Cardi V, Willmott D, Teehan EE, Rowlands K, Treasure J. *A systematic review of interventions to support transitions from intensive treatment for adults with anorexia nervosa and/or their carers*. European eating disorders review 2021; 29(3): 335-370.

Commissie en geraadpleegd deskundigen

Samenstelling Commissie Preventie en vroege behandeling van eetstoornissen

- prof. dr. A.A. van Elburg, hoogleraar klinische psychopathologie i.h.b. eetstoornissen, Universiteit Utrecht en (kinder- & jeugd)psychiater, Altrecht Eetstoornissen Rintvelt, Zeist, *voorzitter*
- prof. dr. E.F. van Furth, hoogleraar eetstoornissen, Universiteit Leiden en klinisch psycholoog, GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula, Leiden
- prof. dr. H.W. Hoek, hoogleraar psychiatrie, UMCG en Rijksuniversiteit Groningen en bijzonder hoogleraar epidemiologie, Columbia University, New York (USA)
- prof. dr. P.W. Jansen, hoogleraar ontwikkelingspsychopathologie, Erasmus Universiteit, Rotterdam
- dr. L. Moerland-Schut, verpleegkundig specialist GGZ, specialismeleider van het klinische en ambulante behandelaanbod van eetstoornissen bij volwassenen en kind en jeugd, Emergis, Goes
- dr. R.P. Reijs, Arts Maatschappij en Gezondheid, GGD Zuid Limburg en onderzoeker Universiteit Maastricht
- drs. M.E. Rekkers, psychomotorisch therapeut, GZ-psycholoog en PhD, Hogeschool Windesheim, Zwolle
- prof. dr. M.C. de Vries, kinderarts en hoogleraar normatieve aspecten van de geneeskunde, Universiteit Leiden

Waarnemer:

- Drs. A. Klijn, VWS, Den Haag

Secretarissen:

- dr. M. Schotanus-Dijkstra, Gezondheidsraad, Den Haag
- mr. dr. R.E. van Hellemondt, Gezondheidsraad, Den Haag

Geraadpleegde deskundigen[a]:

- dr. J.M. van Baar, projectmedewerker Trimbos-instituut, Utrecht
- dr. K. de Bruin, sport- en prestatiepsycholoog, Amsterdam
- prof. dr. G.H.P. van der Helm, hoogleraar onderwijs en zorg in het speciaal onderwijs, Universiteit van Amsterdam
- dr. R. Klaassen, kinder- en jeugdpsychiater, Levvel, Amsterdam
- prof. dr. A.A.N. Mulkens, hoogleraar voedings- en eetstoornissen, Universiteit Maastricht
- dr. G. Noordenbos, universitair docent, Universiteit Leiden
- prof. dr. ir. J.C. Seidell, hoogleraar voeding en gezondheid, VU Amsterdam
- dr. A.A. Spek, klinisch psycholoog en hoofd Autisme Expertisecentrum, Eemnes
- dr. J. Veldhuis, universitair docent en onderzoeker, VU Amsterdam

[a] Geraadpleegd deskundigen en geïnterviewde experts worden door de commissie geraadpleegd vanwege hun deskundigheid. Zij dragen geen verantwoordelijkheid voor de inhoud van het advies van de commissie.

Deelnemers hoorzitting:

- D. den Boon, Stichting KIEM
- P. Bos, Deskundige preventie eetstoornissen
- D. Endlich, Proud2Bme
- E. Eppenga, ISA Power
- O. Fokke, Ixta Noa
- J. Holtschlag, patiëntenvereniging WEET
- C. Lopes Cardozo, patiëntenvereniging WEET
- R. Maris, Ouder van patiënt met een eetstoornis
- R. Meijering, Stichting Jongens
- I. Plasmeijer, ISA Power
- A. Schnitzler, Ex-patiënt
- J. Spoelstra-Niezink, 99Gram
- M. Theloosen, Ixta Noa
- R. Vos, 99Gram
- R. Vreekamp, Ouder van patiënt met een eetstoornis

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids(zorg)onderzoek’ (art. 22 Gezondheidswet).
De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Infrastructuur en Waterstaat; Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.
De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

U kunt dit document downloaden van www.gezondheidsraad.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Preventie en vroege behandeling van eetstoornissen. Den Haag: Gezondheidsraad 2022; publicatienr. 2022/12.

Auteursrecht voorbehouden