

# VROEGDETECTIE BIJ EET- EN GEWICHTSPROBLEMEN

Een onevenwichtig eet- en beweegpatroon kan leiden tot overgewicht of ondergewicht. Beide gewichtsproblemen hebben belangrijke gevolgen voor de gezondheid. Ook bij een normaal gewicht kan er echter sprake zijn van een (beginnend) eetprobleem. Vroegtijdig herkennen en aanpakken van eet- en gewichtsproblemen zorgt voor een betere prognose. Hieronder staat een samenvattend overzicht van de belangrijkste signalen zoals die herkend kunnen worden door de persoon zelf of de omgeving: familieleden, vrienden, kennissen, leerkrachten, CLB, huisarts en andere zorgverstrekkers.

## **Gewichtsproblemen**

Gewichtsproblemen worden vanaf de leeftijd van 18 jaar vastgesteld op basis van de Body Mass Index (BMI = gewicht / lengte<sup>2</sup>) en middelomtrek. Voor kinderen en jongeren beneden de 18 jaar wordt gebruik gemaakt van BMI-percentielen op basis van de Vlaamse groeicurven (Roelants & Hauspie, 2004).

Er is sprake van ondergewicht wanneer de BMI lager is dan 18,5 (WHO, 2004). Wanneer men in korte tijd veel afvalt, is het belangrijk alert te zijn voor de ontwikkeling van ondergewicht. Ondergewicht is een frequente aandoening bij de oudste ouderen (75+). Wanneer somatische oorzaken zijn uitgesloten kan het ook een teken zijn van een onderliggende eetstoornis.

Er is sprake van overgewicht bij een BMI tussen 25 en 30. Bij een BMI boven de 30 is er sprake van obesitas (WHO, 2004). Mensen met overgewicht en obesitas hebben meer kans op ernstige aandoeningen, zoals suikerziekte, hoge bloeddruk, galstenen, hart- en vaatziekten, rug- en gewrichtsklachten en bepaalde soorten kanker. Naast de BMI is de middelomtrek een belangrijke indicator van overgewicht. Niet alleen de hoeveelheid maar ook de verdeling van het lichaamsvet over het lichaam is namelijk een belangrijke risicofactor. Een middelomtrek tussen 94 en 102 cm bij mannen en tussen 80 en 88 cm bij vrouwen betekent een verhoogd risico. Een middelomtrek groter dan 102 cm bij mannen en groter dan 88 cm bij vrouwen betekent een sterk verhoogd risico (BASO, 2000).

Naast de vastgestelde gewichtsverandering zelf zijn risicosignalen voor overgewicht: te frequent of te veel eten, een eenzijdig eetpatroon met weinig variatie in voeding, te veel sedentair gedrag en te weinig fysieke activiteit.

## **Eetproblemen**

Zowel ondergewicht als overgewicht kunnen wijzen op een onderliggend eetprobleem. Maar ook bij een normaal gewicht kan er sprake zijn van een (beginnend) eetprobleem.

Een evenwichtige voeding draagt bij tot (het behoud van) een goede gezondheid. Hiervoor gelden drie basisprincipes (VIGeZ, 2012): evenwicht, variatie en matigheid. Dit betekent dat er dagelijks in de juiste verhouding voedsel uit de zeven groepen van de 'actieve voedingsdriehoek' wordt geconsumeerd, dat er voldoende gevarieerd wordt tussen verschillende voedingsmiddelen en dat men de aanbevolen hoeveelheden binnen elke groep voedingsmiddelen respecteert. Het niet opvolgen van een of meer van deze drie basisregels van gezonde voeding kan een risicosignaal zijn.

Verder moet men letten op signalen met betrekking tot het eetgedrag, het psychosociaal functioneren en het lichamelijk functioneren. In bijlage wordt een overzicht gegeven van signalen van eetproblemen per leeftijdsgroep.

## **Problemen van beweging**

Voldoende bewegen draagt bij tot een goede gezondheid. Te weinig bewegen en te veel sedentair gedrag kan leiden tot overgewicht. Er is sprake van te weinig bewegen wanneer er niet aan de dagelijks aanbevolen hoeveelheid fysieke activiteit wordt voldaan en men de aanbevelingen voor sedentair gedrag overschrijdt.

Ook overmatig bewegen kan ongezond zijn. Dit is het geval wanneer de beweging (sport, fitness) interfereert met belangrijke activiteiten, optreedt op ongepaste tijdstippen of in ongepaste settings, of wanneer beweging wordt verder gezet ondanks letsels of medische complicaties (American Psychiatric Association, 2000). Te veel bewegen kan een signaal van een (beginnende) eetstoornis zijn, en dit des te meer naarmate de beweging vooral dient om de lichaamsvorm of het gewicht te beïnvloeden.

## **Verdere aanpak**

Bij herkenning van signalen van een (beginnend) eet- of gewichtsprobleem of bij sterk vermoeden ervan is de huisarts de aangewezen zorgverstreker om dit verder te beoordelen gezien de mogelijke risico's voor de gezondheid. Bij zuigelingen, peuters en kleuters is Kind & Gezin een belangrijk aanspreekpunt; bij schoolgaande kinderen en jongeren kan het CLB worden ingeschakeld.

## BIJLAGE

### SIGNALEN VAN EETPROBLEMEN PER LEEFTIJDGROEP

#### Vroegdetectie van eetproblemen bij peuters en kleuters (0-6 jaar)

##### *Lichte eetproblemen*

- bepaalde vorm van voedsel niet aanvaarden (bijv. vast voedsel, brokjes...)
- selectief of eenzijdig eten
- geen warm eten aanvaarden
- niet zelfstandig willen eten
- een sterke voedingsvoorkeur

##### *Ernstige eetproblemen*

- selectieve weigering van bepaalde soorten voedsel
- totale voedselweigering

##### *Signalen voor een eetstoornis<sup>1</sup>*

- aanhoudend weigeren van voeding
- minstens 1 van deze 2 symptomen:
  - disfunctioneel aanbieden van eten door ouders/verzorgers\*
  - anticipatoir kokhalzen
- aanvangsleeftijd < 2 jaar, presentatie < 6 jaar
- afwezigheid van duidelijke somatische aandoening die leidt tot voedselweigering of gebrek aan verbetering van het eetgedrag na medische behandeling van een organische aandoening

##### *\*Disfunctioneel aanbieden van eten =*

- het kind wordt gevoed wanneer het slaperig is omdat het kind voedsel weigert of weinig eet wanneer het wakker is
- het kind wordt achtervolgd met eten door aanhoudende, meestal niet succesvolle pogingen om het kind eten te geven ondanks weigering of veelvuldig aandringen om nog een slokje of hap te nemen
- het kind wordt gedwongen te eten door bijvoorbeeld de kaken met de hand van elkaar te halen
- rigide op vaste tijdstippen voeden waardoor afwezigheid van hongersignalen genegeerd wordt, of het kind als object behandelen tijdens het voeden
- alle maaltijden vinden plaats terwijl er afleiding is, het kind eet niet zonder afleiding
- maaltijden duren gewoonlijk langer dan 30 minuten ondanks dat het kind niet eet, eventueel in combinatie met het bovenstaande

#### Vroegdetectie van eetproblemen bij kinderen (6-12 jaar)

Fluctuaties in de voedselinname zijn eigen aan de ontwikkeling van het jonge kind. In de meeste gevallen worden de groei en de gewichtstoename van het kind hierdoor niet verstoord. Wanneer dit wel het geval is, spreken we van een eetprobleem. Zodra het abnormale eten de gezondheid kan verstoren en een op zichzelf staande problematiek vormt, en dus geen teken of symptoom van een andere stoornis of aandoening is, spreken we van een eetstoornis<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Wolfson criteria; Landelijk Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie; Levine e.a., 2011; Levy e.a., 2009.

<sup>2</sup> Eetexpert, 2010

### *Kieskeurig eten*

- Voedselweigering is problematisch als het een ernstig gelimiteerd eetpatroon betreft, met of zonder verstoring van de groei, sinds verschillende weken.
- Voedselaversie is de afkeer van bepaalde soorten voedsel of drank. De inname ervan wordt vermeden of zelfs geweigerd, of gaat gepaard met (neiging tot) misselijkheid, braken, angst of andere ongemakken.
- Selectief/eenzijdig eten betekent dat een veelheid aan smaken, temperaturen en texturen niet wordt geaccepteerd. Er is geen bereidheid om nieuwe soorten voedsel te proberen. Dit kan zijn oorsprong hebben in een leeftijdsgerelateerde neofobie (angst voor nieuw voedsel) waar inadequaet werd mee omgegaan, of in het temperament van het kind.

### *Te veel eten*

- Objectief overeten: het kind eet te veel in vergelijking met wat anderen van dezelfde leeftijd/sekse eten, ofwel bij maaltijden ofwel tussendoor.
- Objectieve eetbuien: dit is een variant van het vorige waarbij tijdens het eten controleverlies optreedt (niet kunnen stoppen).
- Subjectief overeten: ouder of kind rapporteert dat het kind teveel eet, maar in feite is dat niet het geval in vergelijking met wat anderen van dezelfde leeftijd/sekse eten, ofwel bij maaltijden ofwel tussendoor.
- Subjectieve eetbuien: ouder of kind rapporteert dat het kind controleverlies vertoont tijdens het eten (moeite om te stoppen), maar het eet niet echt teveel, bijvoorbeeld omdat de ouder dit niet toelaat.

### *Te frequent eten*

Als gezond eetpatroon wordt aanbevolen: drie hoofdmaaltijden per dag en twee tot drie tussendoortjes. Frequenter eten, tussen de maaltijden door, zal er vaak toe leiden dat de eetlust vermindert, zodat er minder gegeten wordt tijdens de hoofdmaaltijd. Omdat dit meestal de gelegenheid is waarop groenten en fruit worden aangeboden, zal tussendoor eten ten nadele van een gezond voedingsaanbod zijn. Bij kinderen die tussendoor geregeld frisdrank of gesuikerde melkdranken drinken, kan ook een vermindering van de eetlust optreden.

### *Te snel of te traag eten*

Te snel of te traag eten is relatief. Wanneer het kind en de ouders hiervan zelf geen hinder ondervinden, is er eigenlijk geen probleem.

- Te snel eten kan echter leiden tot verteringsongemakken of tot zich overeten, aangezien het een twintigtal minuten duurt vooraleer het verzadigingsgevoel optreedt. Te snel eten kan ook kaderen binnen een eetbui en dus een signaal zijn van een eetprobleem.
- Te traag eten kan teken zijn van verschillende, al dan niet ernstige eetproblemen. Algemeen kan men stellen dat een maaltijd niet langer mag duren dan 30 minuten. Wanneer het te traag eten sporadisch voorkomt, is het waarschijnlijk eerder een kwestie van 'niet lusten'. Bij een kind dat systematisch te traag eet kan men denken aan voedselweigering of slikproblemen.

### *Te veel snoepen*

Snoepen verwijst naar het eten of drinken van voedingsmiddelen die men lekker vindt, maar die behoren tot de restgroep van de 'actieve voedingsdriehoek' en dus niet noodzakelijk zijn voor een gezonde voeding (chocolade, koeken, cola, chips,...). Snoepen mag met mate. Het is niet eenduidig vast te leggen wanneer iemand te veel snoept. Men zou kunnen stellen dat wanneer de eetlust erdoor vermindert, er sprake is van te veel snoepen. Dit kan uiteraard ook leiden tot gewichtstoename.

### *Andere eetproblemen*

- 1) Kauwen en spugen: voedsel wordt gekauwd en geproefd, maar daarna uitgespuugd en dus niet doorgeslikt.
- 2) Slikangst: vermijden van het inslikken van bepaald voedsel of drank, meestal uit angst voor verslikken en/of verstikken (slik/stikfobie).

- 3) Regurgitatie: onvrijwillig teruggeven en uitspugen van ingeslikt voedsel; er grijpt een spontane terugvloeï (reflux) plaats van de maaginhoud in de slokdarm, zonder gevoel van misselijkheid.
- 4) Ruminatie: half verteerd voedsel wordt zonder inspanning uit de maag naar boven gewerkt, herkauwd en weer ingeslikt.
- 5) Pica: herhaald eten van stoffen die niet eetbaar zijn, waarbij dit geen deel uitmaakt van het ontwikkelingsniveau (komt vaak voor bij kinderen tussen 18 en 36 maanden, maar wordt daarna steeds zeldzamer)

### **Vroegdetectie van eetproblemen bij jongeren en volwassenen (vanaf 12 jaar)**

#### *Lichamelijke signalen*

Een eerste belangrijk lichamenlijk signaal is meestal een verandering in gewicht: een vermagering, een toename in gewicht of een schommeling in gewicht.

Andere lichamenlijke signalen van een (beginnende) eetstoornis zijn:

- vage klachten zoals hoofdpijn, moeheid, lusteloosheid
- onregelmatig worden of uitblijven van de menstruaties
- keelpijn, heesheid, zwelling van de speekselklieren
- aantasting van gebit of tandvlees (door overmatig braken)
- snel koud hebben; koude handen en voeten; blauwe vingers, lippen of wintertenen
- maag/darmklachten (buikpijn, misselijkheid, zuurbranden, obstipatie)
- spierslapte, duizeligheid, flauwte
- wondjes op rug van vingers en handen (door geforceerd braken)
- slaapproblemen
- verslapping en uitdroging van de huid, gele huid
- overmatige haaruitval
- donshaartjes op het gezicht
- na toiletbezoek bloeddorlopen ogen (door braken)
- vertraging van lengtegroei bij kinderen
- concentratie- en coördinatieproblemen
- hartritmestoornissen (door kaliumtekort)

#### *Voeding en eetgedrag*

- overdreven bezig zijn met voeding
  - voortdurend bezig zijn met eten, lijnen en calorieën tellen
  - bezoeken van allerlei websites over eten en lijnen
  - overheersende wens te vermageren
  - piekeren over eten, schuldgevoel over 'te veel' eten
- te weinig eten
  - maaltijden overslaan
  - stiekem weggoeien van eten
  - vaak aangeven 'geen honger' te hebben
  - herhaalde excuses om niet te hoeven eten
  - vermijden van sociale situaties waarin gegeten wordt
  - treuzelen of 'spelen' met eten tijdens maaltijden
  - langzaam eten en lang kauwen
  - veel water drinken (om honger te stillen)
- te veel eten
  - eten van abnormaal grote hoeveelheden voedsel
  - vaak veel sneller eten dan normaal

- gevoel eten niet meer onder controle te hebben, met schuld- of onrustgevoelens achteraf
- vinden van lege verpakkingen, 'verdwenen' voedsel (bijv. uit koelkast)
- stiekem hamsteren van voedsel (bijv. op eigen kamer)
- na het eten naar het toilet gaan (om te braken)
- stiekem gebruik van laxemiddelen, plas- of dieetpillen
- selectief eten
  - caloriearm eten en drinken
  - gewoon eten 'te vet' vinden
  - overdreven veel light-producten eten
  - mijden van vet en zoet voedsel

#### *Beweeggedrag*

- overdreven veel bewegen/sporten
  - beweging interfereert met belangrijke activiteiten
  - bewegen op ongepaste tijdstippen of in ongepaste settings
  - blijven bewegen ondanks blessures of ziekte
  - zelden gaan zitten of rust nemen
- bewegen of sporten als middel om lichaamsvorm of gewicht te veranderen
  - rond etenstijd sporten
  - onvoldoende rekening houden met signalen van vermoeidheid of pijn
  - veelvuldig intensieve lichaams oefeningen doen om calorieën te verbranden
  - steeds verder opvoeren van intensiteit en frequentie
  - rigide oefenschema
  - schuldvoelen wanneer beweging niet kan doorgaan

#### *Psycho-sociale signalen*

- lage zelfwaardering, gebrek aan zelfvertrouwen
- negatief lichaamsbeeld
  - zichzelf lelijk en dik voelen
  - bang zijn om dik te worden
  - herhaaldelijk voor de spiegel of op de weegschaal staan
  - veel bezig zijn met gewicht en figuur
  - gewicht bepaalt humeur
  - denken en doen wordt gedomineerd door de wens slank te zijn
  - onvrede met of schaamte over het eigen lichaam
  - verhullende kleding dragen
- faalangst, perfectionisme en prestatiedrang (bijv. in sport, studie of werk)
- sterke stemmingswisselingen, prikkelbaarheid
- somberheid en negatieve kijk op zichzelf en de toekomst
- teonemend sociaal isolement
- stelen van voedsel of geld (om voedsel of afslankmiddelen te kopen)
- problemen op school of werk

#### **Vroegdetectie van eetproblemen bij oudste ouderen (+75 jaar)**

Een groot deel van de oudste ouderen is ondervoed en dit veroorzaakt een verlaagde immuniteit met meer infecties, trager herstel van ziekte en een groter sterfterisico tot gevolg. Er is ook vertraagde wondheling door eiwittekort. Verminderde spierkracht en vermoeidheid veroorzaken moeilijkere revalidatie, meer valpartijen, immobiliteit, bedlegerigheid, langer verblijf in ziekenhuizen en een verminderde levenskwaliteit.

Ook treden vocht- en elektrolytenstoornissen, apathie en depressie op. Veel ouderen beginnen zich onvoldoende te voeden wanneer zij alleen komen te staan of wanneer zij in een ziekenhuis of woonzorgcentrum worden opgenomen. Ook onvoldoende lichaamsbeweging is gevaarlijk voor de ouderen, omdat daardoor snel spierafbraak ontstaat<sup>3</sup>.

*Aandachtspunten om ondervoeding te detecteren:*

- gewicht en BMI
  - onvrijwillig gewichtsverlies van 5% in 1 maand tijd of 10% in 6 maanden tijd
  - BMI < 23
- eetlust en eetgedrag
  - verminderde eetlust
  - ¼ van voedsel niet opeten bij meeste maaltijden
- medicatie
  - polyfarmacie (combinatie van geneesmiddelen)
  - geneesmiddelen die invloed hebben op het eetgedrag
- verandering in het algemeen functioneren

*Risicofactoren voor ondervoeding:*

- alleen wonen
- fysieke handicap
- dementie en cognitieve problemen
- gebrek aan financiële middelen
- slechte staat van het gebit, droge mond, pijn en ongemak bij het kauwen
- slikproblemen
- verminderde smaak en geur bij toenemende leeftijd
- emotionele en psychische problemen: depressie, angst, dysforie (onrust, prikkelbaarheid)
- medicatie die beperkte eetlust of droge mond veroorzaakt
- algemene aandoeningen: kanker, hartfalen, infecties, diabetes, chronische ziekten
- andere fysieke oorzaken: artrose, krachtverlies, complicaties van osteoporose, spieratrofie, zwakke handvaardigheid, apathie, gebrek aan lichaamsbeweging, tremoren, verminderde zintuiglijke waarnemingen (reuk, zicht en smaak)

---

<sup>3</sup> Defloor e.a., 2010; Goeminne, 2009

## REFERENTIES

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed-TR). Washington, DC: APA.
- Beers, M.H., Jones, T.V., & Berkwits, M. (2008). *Merck manual leeftijd & gezondheid. Over gezond ouder worden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Belgian Association for the Study of Obesity (2010). *De consensus van de BASO. Een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas*. Link: <http://belgie.easo.org/>
- Bloks, H. (2008). *Eetstoornissen en overgewicht. Herkenning, behandeling, beheersing*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Defloor, T., Geurden, B., Bocquaert, I., Clays, E. e.a. (2010). *Screening en evaluatie van de voedingstoestand van ROB - RVT bewoners*. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Eetexpert (2010). *Herkenning en aanpak van eet- en gewichtsproblemen. Draaiboek voor het CGG*. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via [www.eetexpert.be](http://www.eetexpert.be)).
- Fonds Psychische Gezondheid (2007). *Signalenkaart eetstoornissen*. Link: [www.psychischegezondheid.nl](http://www.psychischegezondheid.nl)
- Goeminne, L. (2009). *Cahier ouderenzorg: Ondervoeding bij ouderen*. Mechelen: Wolters Kluwer Belgium NV.
- Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie. *Eetstoornissen bij jonge kinderen (0-10 jaar)*. Link: [www.kenniscentrum-kjp.nl/nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl)
- Levine, A., Bachar, L., Tsangen, Z., e.a. (2011). Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 52, 536-568.
- Levy, Y., Levy, A., Zangen, T., e.a. (2009). Diagnostic clues for identification of nonorganic versus organic causes of food refusal and poor feeding. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48, 355-362.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). An update on the definition of 'excessive exercise' in eating disorders research. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 147-153.
- Roelants, M., & Hauspie, R. (2004). *Vlaamse groeicurven*. Laboratorium voor Antropogenetica, Vrije Universiteit Brussel. Link: [www.vub.ac.be/groeicurven](http://www.vub.ac.be/groeicurven)
- Trimbos Instituut & CBO (2006). *Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen*. Link: [http://www.cbo.nl/Downloads/704/rl\\_eetst\\_2006.pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/704/rl_eetst_2006.pdf)
- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (2012). *De actieve voedingsdriehoek*. Brussel: VIGeZ.