

# K-EETi nieuwsbrief

De laatste updates over de advieslijn K-EETi

Februari 2024

**Adviesgever Marja Quaak – 100**  
consultatiegesprekken!

**Twee casussen uitgelicht**

**TOP-GGZ congres** 'Nieuw perspectief?  
consultatie en advies!'

**K-EETi in cijfers, statistieken**

K-EET

LANDELIJKE KETENAANPAK  
EETSTOORNISSEN

K-EET 

INTERACTIEF, INFORMATIEF EN INTERCOLLEGIAAL  
ADVIES OVER EETSTOORNISSEN BIJ KINDEREN EN  
JONGEREN

## **Adviesgever Marja Quaak uitgelicht – 100 consultatiegesprekken!**

Marja Quaak is sinds de start van K-EETi zeer betrokken geweest adviesgever. Ze is werkzaam als verpleegkundige acute en intensieve jeugdpsychiatrie bij het UMC Utrecht.

Na 2,5 jaar heeft zij de prachtige mijlpijl bereikt bereikt van 100 consultatiegesprekken. Marja blikt terug:

### **Waar komt je enthousiasme en bevlogenheid voor K-EETi vandaan?**

In 2021 werd ik door een collega getipt dat er adviesgevers gevraagd werden voor de op te zetten consultatie lijn. Ik was toen 8 jaar werkzaam op een afdeling voor acute jeugdpsychiatrie, waar we regelmatig jongeren met ernstige anorexia behandelen om het acute levensgevaar af te wenden.

Anorexia nervosa is een psychiatrische stoornis die me boeit, omdat het een stoornis is die zeer grote impact heeft op het leven van jongeren en hun naasten. En ook op behandelteam.

Wanneer het acute levensgevaar is geweken, er enig contactgroei met de jongere kan ontstaan blijkt vrijwel altijd dat 'het probleem' niet in de eetstoornis zit. Maar dat de eetstoornis een functie heeft gekregen in een 'vastgelopen' leven.

Ik heb veel jongeren gesproken die uiteindelijk voor een dwangbehandeling in aanmerking komen, omdat het op een andere wijze niet gelukt is om tot voldoende herstel te komen om het leven te hervatten. Bij veel jongeren is één keer (of vaker) de behandeling onderbroken geweest, vanuit de opvatting dat een probleem niet behandeld kan worden omdat eerst de eetstoornis behandeld moet worden. Of dat de eetstoornis behandeling niet kan starten omdat andere problematiek op de voorgrond staat (suïcidaliteit bijvoorbeeld).

Juist dat onderbreken van de behandeling. het ontzeggen van gewenste behandeling vergroot de lijdensdruk voor jongeren. Wanneer een PTSS onbehandeld blijft en het niet eten een coping is die helpt om de pijn vanuit het trauma te verdragen, dan is een gecombineerde behandeling nodig.

Waarbij het zeker zo is dat het acute gevaar eerst afgewend moet worden (vaak d.m.v. het herstarten van de voeding), maar dient er ook zeker perspectief op behandeling geboden te worden.

### **Welke type gesprekken voer je voornamelijk? / welke vraag delen de adviesvragers grotendeels?**

Er is niet echt één type vragen die er bovenuit springt.

In een consult hoor ik de casus aan, vraag ik verduidelijking om in beeld te krijgen of de trias ((kinder)geneeskunde, psychiatrie, diëtië) intact is. Denk ik mee waar deze te versterken is.

Het eetstoornisennetwerkkartaat raad ik vaak aan om te raadplegen als behandelaren op zoek zijn naar de mede- of andere behandelaar.

Daarnaast zijn er tal van web-sites die geraadpleegd kunnen worden om toegankelijke informatie te vinden.

### **Wat voor type gesprekken vind je het leukst om te voeren / geven jou het meeste energie?**

De gesprekken waar ik enthousiast van wordt is met behandelaren die zich onzeker voelen, maar vooral in hun kracht gezet kunnen worden omdat zij al zulk mooi werk leveren. De jongeren zien, voorbij hun eetstoornis. Die met wat sparren en eventueel wat tips aangeven weer verder te kunnen.

### **100 telefoontjes verder: wat heb je ervan geleerd?**

De bereidheid om deze jongeren te behandelen/ te begeleiden is groot. Eetproblematiek is complex in de behandeling. Er wordt binnen de eerstelijns goede zorg geleverd, meegedacht met en voor de jongere.

### **Welke tip wil je jeugd- en zorgprofessionals meegeven m.b.t. eetstoornisproblematiek/eetstoornisenzorg?**

Zoek de samenwerking, voeg behandelaren toe in het netwerk van de jongeren. Vermijd het stopzetten van een behandeling die al loopt (ook al wordt deze minder effectief door bijv. ernstig ondergewicht) vanuit de gedachte dat eerst de eetstoornis behandeld moet worden. Onderzoek de functie van de eetstoornis. Deze is voor elke jongere weer anders. Een eetstoornis komt zelden alleen. Maak met elkaar behandeling van co morbiditeit mogelijk.

## Twee casussen uitgelicht

Iedere dag komen er vragen binnen van onze bellers over eetstoornissen bij kinderen en jongeren. Wat voor vragen zijn dit? En wat voor adviezen worden er gegeven? We lichten twee casussen kort uit.

### De vraag:

De adviesvrager belt over een meisje van 5 jaar met een selectief eetpatroon. Dit is ontstaan toen ze zich op 2-jarige leeftijd heeft verslikt. Somatisch lijkt ze gezond, groeit goed, maar krijgt steeds meer moeite in het sociale aspect vanwege haar beperking met eten. De vader van het meisje heeft ook een selectief eetpatroon. Kan het kopieergedrag zijn of is er aanwijzing voor ARFID?

### Het gegeven advies:

ARFID lijkt hier logisch vanwege de verslikking. Het kan zijn dat de vader van het meisje ook ARFID heeft. Het is daarom verstandig om hem actief te betrekken bij de behandeling van het kind. Daarnaast is het advies om door de huisarts/kinderarts te laten testen of er toch geen voedingsstoffentekorten zijn ontstaan door de eenzijdige voeding. Als laatst wordt er verwezen naar [Youz](#).

### De vraag:

De adviesvrager belt over een meisje van 11 jaar die zich veel met voeding en gewicht bezighoudt ondanks gezond BMI. Ze houdt haar voeding via een app bij, wil graag afvallen en weegt zich meerdere keren per dag. De zorgen zijn gedeeld met de moeder van het meisje maar die bagatelliseert de situatie en heeft weinig draagkracht. Moeder van het meisje heeft een historie van overgewicht en heeft een bypass. Graag advies over de situatie.

### Het gegeven advies:

Dit zijn voldoende aanwijzingen voor een ontwikkeling van een eetstoornis. Het advies is om op eigen gedachten en gevoel de zorgen te blijven delen met de moeder. Aan het meisje kan psycho-educatie worden gegeven en een anamnese worden uitgevraagd die gericht is op een eetstoornis. Daarnaast

700+

## adviesgesprekken!

**Inmiddels hebben we al meer dan 700 adviesgesprekken gehad met zorg- en jeugdhulpprofessionals.**

Ook in de kerstvakantie waren wij elke werkdag bereikbaar tussen 12:00 en 13:00 uur. En daar is gebruik van gemaakt. Inmiddels hebben de experts van K-EETi ruim 700 adviesgesprekken gegeven.



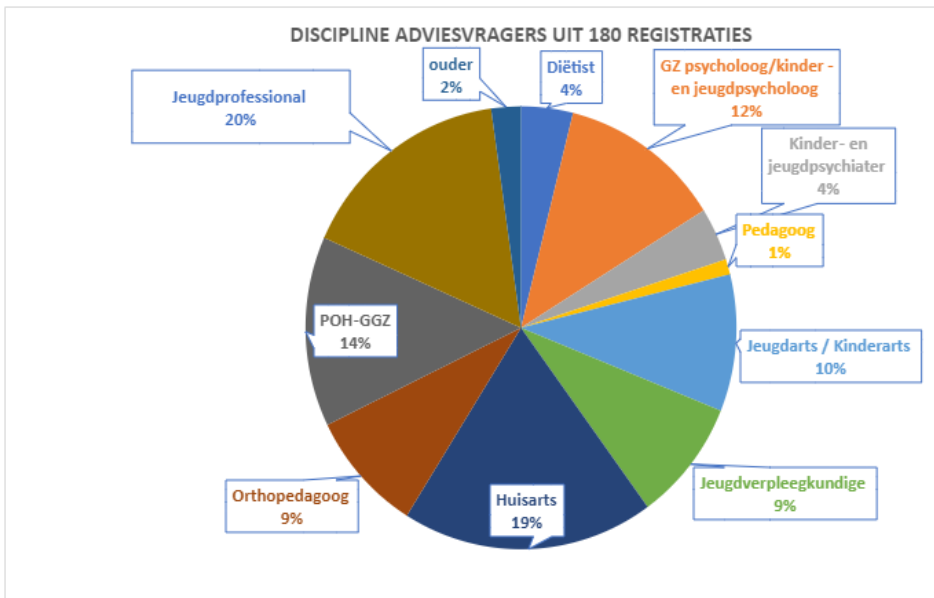
## TOPGGz-congres 'Nieuw perspectief? Consultatie en advies!'

In oktober was K-EETi aanwezig bij het [jaarlijkse TOPGGz-congres](#) over hoogspecialistische ggz. Dit jaar was het thema consultatie en advies. De lezingen en workshops boden allerlei ideeën, initiatieven en praktijken op het gebied van

worden de websites [Stichting Kiem](#) en [Firsteetkit](#) geadviseerd en de sociale kaart voor eetstoornissen.

## K-EETi in cijfers, de statistieken

Uit de 180 geregistreerde adviesgesprekken, blijkt dat huisartsen en jeugdprofessionals het meest gebruik maken van de K-EETi advieslijn. We zien een toename van huisartsen die de advieslijn bellen, een mooie beweging!



consultatie. Annemarie van Elburg en Monika Scholten gaven twee goed bezochte [workshops](#) onder de titel K-EET en K-EETi: consultatie bij eetstoornissen. Uit het verslag:

*“Een groot gedeelte van de aanwezigen geeft zelf in de praktijk consultatie en advies. Vier deelnemers mogen naar voren komen en samen over een casus nadenken. Het publiek luistert, denkt en voelt mee met het gesprek. Wat volgt is een interactief en inspirerend gesprek.”*

