



# Stappenplan

Bij verstoord eetgedrag en eetstoornissen



powered by



# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>Deel 1: Stroomschema</b>	<b>4</b>
<b>Deel 2: Behandelplan</b>	<b>5</b>
Stap 1 - Signalering	5
Stap 2 - Het gesprek aangaan	5
Stap 3 - Indicatiestelling (diagnose) en opstellen behandelplan	5
Stap 4 - Follow-up/her-evaluatie	9
<b>Deel 3: Rolomschrijvingen behandelaars</b>	<b>10</b>
Kern Multidisciplinair Team (KMT)	10
Rol Regionaal Expert Prestatiegedrag (REPG)	10
Rol sportpsycholoog	10
Rol topsport leefstijlcoach en welzijn	10
Rol voedingsdeskundige/sportdiëtist	11
Rol topsportarts	11
<b>Deel 4: Bijlagen</b>	<b>12</b>
Bijlage 1: Rol topsportarts	12
Bijlage 2: Rol voedingsdeskundige/sportdiëtist	14
Bijlage 3: Rol REPG en screeningstools	16
Bijlage 4: Spreekuur prestatiegedrag en mentale gezondheid	17
<b>Deel 5: Bronnen</b>	<b>18</b>

# Inleiding

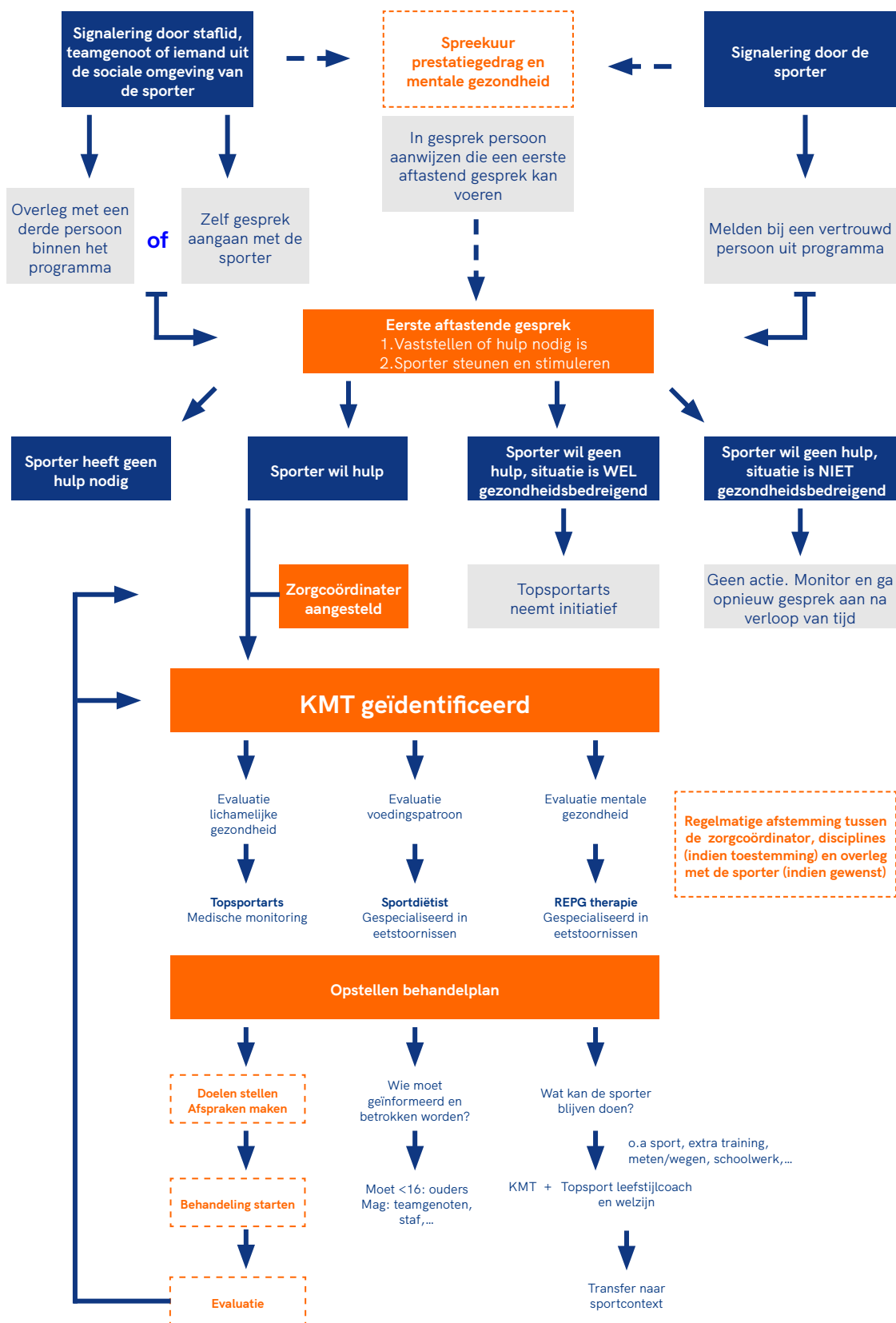
Omdat sporters zelden zelf verstoord eetgedrag of een eetstoornis zullen rapporteren om een veelvoud van redenen, waaronder schaamte, geheimhouding, ontkenning, angst voor repercussies en de taboesfeer die er vaak nog heerst, is het belangrijk een systeem te hebben voor vroegsignalering en opvolging. Het identificeren, behandelen en opvolgen (nazorg) van verstoord eetgedrag is complex. Eetgedrag bij sporters begeeft zich op een spectrum met aan de ene zijde gezond gedrag en aan de andere zijde een klinische eetstoornis. Dit is belangrijk om te onderkennen omdat sommige eetgewoontes heel normaal, niet problematisch zijn, maar wel afwijken van de norm. Sporters moeten soms gewicht maken, aan hun lichaamssamenstelling werken en dergelijke, in functie van prestatie. Om deze reden kunnen sporters schuiven binnen dit spectrum van eetgedrag op elk moment van hun carrière en binnen elk stadium van een trainingscyclus.

Een eerste belangrijke stap in het managen van verstoord eetgedrag is het (vroegtijdig) signaleren. Dit kan door zowel de sporter als de personen uit hun omgeving. Het is van groot belang om bij een signalering dan ook op een open, respectvolle en niet-veroordelende manier met elkaar te communiceren, waarbij gestreefd wordt naar duidelijkheid en transparantie en alle belangen van zowel de sporter als het team vooropgesteld worden.

Het begeleiden en behandelen van sporters met verstoord eetgedrag of een eetstoornis vergt een professioneel en gespecialiseerd behandelteam dat bestaat uit minimaal een topsportarts, sportdiëtist/ voedingsdeskundige en gespecialiseerd behandelaar, bij voorkeur ingezet door de Regionaal Expert Prestatiegedrag (REPG). Dit team wordt in dit document verder benoemd als het Kern Multidisciplinair Team (KMT). Dit team zal handelen volgens het vastgestelde stroomschema en stappenplan met als hoofddoel het algeheel welbevinden, de gezondheid (zowel mentaal als fysiek) en de kwaliteit van leven van de sporter te waarborgen.

Vanuit NOC\*NSF en TeamNL is dit document opgesteld door experts vanuit het High Performance Team Voeding, Medisch en Prestatiegedrag als richtlijn voor het adequaat managen en behandelen van verstoord eetgedrag en eetstoornissen binnen TeamNL.

# Deel 1: Stroomschema



# Deel 2: Behandelplan

## Stap 1 - Signalering

Afwijkend (eet)gedrag kan door iedereen in de omgeving van de sporter worden opgemerkt. Het is van belang dat zij de signalen herkennen en dat zij vervolgens weten welke stappen ze kunnen of moeten zetten. Wanneer degene die het afwijkend (eet)gedrag heeft gesignaleerd zich niet comfortabel voelt met het benaderen van de sporter, kan die hierover in gesprek gaan met een persoon die die vertrouwt binnen de discipline. In afstemming met deze persoon kan besloten worden of de signaleerder zelf met de sporter in gesprek gaat of dat door iemand anders wordt gedaan. Ook kan de sporter zelf (in)direct signalen aangeven bij een persoon die die vertrouwt binnen de discipline. Wanneer een sporter of een persoon in de omgeving van de sporter binnen de discipline zich niet comfortabel voelt om diens vragen, problematieken of bezorgdheden uit te drukken, kan er beroep worden gedaan op een extern mentaal spreekuur, opgericht vanuit prestatiegedrag zoals omschreven in bijlage 4.

## Stap 2 - Het gesprek aangaan

### Eerste aftastende gesprek

Aanspreken kan op twee manieren ontstaan, zoals vermeld in stap 1. Bij het signaleren of vermoeden van afwijkend (eet)gedrag dient een eerste aftastende gesprek plaats te vinden. Dit gesprek kan gevoerd worden door een persoon waarin de sporter vertrouwen heeft uit de discipline, of een zorgprofessional vanuit de discipline (i.e. topsportarts, psycholoog, REPG of sportdiëtist/voedingsdeskundige). Het gesprek heeft als doel om een eerste indicatie te krijgen: is er een probleem en zo ja wat is de ernst van dit probleem. Als een probleem vastgesteld wordt, dan heeft de rest van het gesprek hoofdzakelijk tot doel de sporter empathisch te confronteren met of zich bewust laten worden van diens probleem en de sporter mee aan boord te houden/nemen voor het verdere behandelproces. Afwijkend eetgedrag/een eetstoornis gaat gepaard met angst en schaamte bij de sporter en soms zijn meerdere gesprekken nodig om bewustwording te creëren om hulp te accepteren.

De doelen van dit gesprek zijn:

1. Een veilige omgeving creëren om een gesprek te voeren.
2. De sporter bewust laten worden van diens hulpvraag of probleem.
3. De hulpvraag van de sporter duidelijk in kaart brengen.
4. Ernst en soort (i.e. fysiek, mentaal, voeding...) van het probleem/de hulpvraag kunnen inschatten zodat kan worden geschakeld binnen de discipline, mits toestemming van de sporter, voor verder onderzoek.
5. De sporter motiveren om verdere stappen te ondernemen naar een mogelijke oplossing en hulp te accepteren van een passende zorgprofessional.
6. Aanstellen van een zorgcoördinator voor verder verloop.
7. Duidelijke vervolgstappen afspreken en afstemmen welke informatie met wie mag worden gedeeld.

## Stap 3 - Indicatiestelling (diagnose) en opstellen behandelplan

Na het eerste aftastende gesprek wordt het behandelplan van de sporter gemaakt waarvoor die zich kan en wil engageren. Hiervoor wordt een zorgcoördinator aangesteld die later ook het plan zal her-evalueren, op regelmatige basis zal schakelen tussen de sporter, betrokken behandelaars en relevante andere actoren (i.e. coaches, ouders,...) en zal opschalen indien nodig. Wanneer er vanuit dit gesprek een vermoeden is van een klinische eetstoornis, moet worden geschakeld naar een psycholoog of psychiater voor de diagnosestelling (zie bijlage 5).

Het stappenplan binnen dit document is gefocust op het behandelen van verstoord eetgedrag binnen TeamNL om zo verder gevorderde klinische eetstoornissen te voorkomen. Klinische eetstoornissen zullen dus altijd worden doorverwezen naar gespecialiseerde zorgprofessionals die al dan niet werkzaam zijn binnen TeamNL. De zorgcoördinator zal in samenspraak met de sporter en alle betrokken behandelaars besluiten maken en een behandelplan opstellen. Dit behandelplan en de ingezette expertise moet voldoen aan de [GGZ-richtlijnen](#). Door de sporter ook een stem te geven wordt die mede-eigenaar van het behandelplan en vergoot de kans op slagen. Afhankelijk van de leeftijd, ambivalentie, bewustwording, behandelervaring en motivatiefase van de sporter kan die deze beslissingen in meer of mindere mate zelf maken of moet een volwassen professional de sporter helpen om deze keuzes te kunnen maken. Vaak zal de sporter gestimuleerd moeten worden om bepaalde aspecten onder ogen te zien en de juiste keuzes te maken omtrent de volgende zaken:

- a. Wie moet geïnformeerd en betrokken worden?
- b. Hoe staat het met mijn lichamelijke gezondheid?
- c. Hoe staat het met mijn voedingspatroon, relatie met voeding en lichaamsbeeld?
- d. Hoe sta ik er mentaal voor?
- e. Wat kan ik blijven doen of moet ik pauzeren/stoppen? Wanneer kan ik wat terug hervatten?

Specificaties en rolomschrijving van de zorgcoördinator worden hieronder verder omschreven. De zorgcoördinator wordt in afstemming met de sporter aangesteld. Vaak zal dit een persoon zijn die de sporter vertrouwt of de behandelaar van het meest vooropgestelde probleem zijn, bijvoorbeeld psychopathologie: REPG/psycholoog.

#### **a. Wie moet geïnformeerd en betrokken worden?**

Wie geïnformeerd en betrokken moet worden en wanneer, is onder andere afhankelijk van de ernst van de situatie, de leeftijd en de wens van de sporter. Als een sporter jonger is dan zestien jaar, moeten de ouders actief op de hoogte worden gebracht. De verzorgers/juridisch vertegenwoordigers worden altijd betrokken om hun kind te kunnen steunen (zie [deze pagina van de KNMG](#) voor meer informatie). Daarnaast is de betrokkenheid van een arts noodzakelijk, in elk geval voor een verwijsbrief voor vergoede zorg/therapie, voor screening van de lichamelijke gezondheid en belastbaarheid en voor somatische monitoring tijdens de behandeling. Voor de S en S-1 sporters is de topsportarts hiervoor verantwoordelijk. Via de topsportpolis kan de sporter beroep doen op de chronisch verwijsbrief. Wanneer een sporter dit niet heeft, zal die een verwijsbrief voor de topsportarts moeten aanvragen via de huisarts voor terugbetaling van de zorgverzekeraar. Bij sporters tot achttien jaar oud moet de gemeente een beschikking afgeven om vergoede zorg te kunnen verlenen. Een hulpverlener moet daarvoor een contract hebben met de betreffende gemeente. Overige personen zijn vaak handig om 'aan boord' te hebben/op de hoogte te brengen, maar niet strikt noodzakelijk, wanneer iemand betrokken wordt/zou moeten worden, is dit altijd met toestemming van de sporter. In afstemming met de sporter moet het gehele proces conform de [richtlijnen van de algemene verordening gegevensbescherming](#) zijn.

#### **b. Hoe staat het met mijn lichamelijke gezondheid?**

Betrokkenheid van een arts is noodzakelijk, zoals beschreven in Ad a. Voor een gedetailleerde rol van de topsportarts zie bijlage 1.

#### **c. Hoe staat het met mijn voedingspatroon, relatie met voeding en lichaamsbeeld?**

Een sportdiëtist/voedingsdeskundige kan met de sporter het voedingspatroon en eetgedrag in kaart brengen. Een belangrijke onderdeel is het vaststellen of de sporter obsessief en continu met gewicht, eten en/of dwangmatig bewegen bezig is. Vooral de functie van het afwijkende (eet)gedrag is erg belangrijk: bijvoorbeeld is het prestatiegedreven of gekoppeld aan een afwijkend lichaamsbeeld? Het berekenen van een energiebalans wordt ontmoedigd. Ook al zou dit in theorie zeer nuttig zijn, in de praktijk is het te

onnauwkeurig, te zeer een momentopname en niet individueel genoeg. Er moet vooral worden gekeken en besproken of een sporter voldoende kennis heeft rondom een bij topsport passend voedingspatroon qua hoeveelheid, samenstelling en timing, ook in relatie tot trainingen, wedstrijden, toernooien, en herstel/rustdagen. Met een goed behandelplan kan gewerkt worden aan gedragsverandering om naar het passende voedingspatroon toe te werken, de frequentie van consultaties wordt opgeschaald naarmate de ernst van het probleem. Eventueel dient deze begeleiding te worden uitgebreid met een sportpsycholoog voor gedragsveranderingsinterventies en de topsport leefstijlcoach en welzijn om de transfer van deze stappen ook in de praktijk van wonen, koken en sporten te helpen toepassen. Wanneer het vermoeden bestaat dat er sprake is van een eetstoornis, dient er laagdrempelig via de zorgcoördinator te worden doorverwezen naar of overlegd te worden met een diëtist met ervaring op het gebied van eetstoornissen en een psychiater/psycholoog voor het stellen van de diagnose zoals beschreven in stap 3. Voor een gedetailleerde rolbeschrijving van de sportdiëtist/voedingsdeskundige zie bijlage 2.

#### **d. Hoe sta ik er mentaal voor?**

Als er naast onrealistische gedachten rondom voeding, ook (vermoedens omtrent) onrealistische overtuigingen rondom presteren, lichaamsbeeld en zelfbeeld bestaan of er sprake is van andere psychologische of psychiatrische problematieken, dient er te worden geschakeld naar de REPG en/of gespecialiseerd psycholoog. Deze kan ook direct in de screeningsfase al worden betrokken voor diagnostiek, zorgcoördinatie en indien daarvoor toegerust ook voor specialistische eetstoornisbehandeling. Een behandeling van een eetstoornis volgt de 'GGZ-standaard eetstoornissen' en is altijd multidisciplinair, waarbij voeding, medische en psychologische begeleiding is betrokken, eventueel aangevuld met specifieke psychische behandelingen. Bij langdurige eetproblematiek waarbij meer persoonlijke problematiek speelt of bij psychiatrische comorbiditeit is doorverwijzing naar de klinisch psycholoog of psychiater aan de orde. Voor een gedetailleerde rolbeschrijving van de REPG zie bijlage 3.

#### **e. Wat kan ik blijven doen of moet ik pauzeren/stoppen?**

Zowel na signalering maar ook gaandeweg het proces zal de sporter regelmatig stilstaan bij de vraag wat die kan blijven doen of wat die moet laten/pauzeren/stoppen/hervatten. Dit kan de topsportactiviteiten zelf betreffen, de extra beweging/training, aanwezigheid bij het team en gezamenlijke eetmomenten, het wegen en meten, maar ook school/werk. In samenspraak tussen de sporter en de persoon die de sporter vertrouwt/zorgcoördinator en/of de behandelaar(s) worden deze keuzes weloverwogen genomen. Hierbij is goede communicatie met het team en de coach ook essentieel. Ook is het belangrijk om de terugkeer naar de sport goed te begeleiden en in het herstelplan op te nemen. Hiervoor moet gekeken worden naar wat er nodig is voor de sporter om de terugkeer naar de sport te faciliteren. Een zorgcoördinator, topsportarts, REPG, sportdiëtist/voedingsdeskundige en topsport leefstijlcoach en welzijn zijn hierin mogelijke facilitators. Daarnaast moet er kritisch worden gekeken naar de veiligheid van het sportmilieu binnen de discipline. Wie of wat er mede van invloed is geweest op het ontwikkelen, de instandhouding of het verergeren van de eetstoornis en/of het verstoord eetgedrag bij de betreffende sporter moet worden geïdentificeerd en geëvalueerd. Dit kan worden uitgevoerd door bijvoorbeeld de REPG.

### **Zorgcoördinator**

In de startfase dient te worden besloten wie het beste als zorgcoördinator kan optreden. Dit kan een topsportarts, voedingsdeskundige/sportdiëtist, REPG-er of de uitvoerende specialistische behandelaar zijn. Het is belangrijk deze keuze in samenspraak met de sporter te maken. De keuze voor de best passende zorgcoördinator zal zeker ook afhankelijk zijn van de setting waarbinnen de sporter actief en betrokken is en welke professionals daar al dan niet structureel betrokken zijn.

### **Rol van de zorgcoördinator**

Het faciliteren van het behandelproces

- Regelmatig contact met de sporter.
- Organiseren van regelmatige evaluatiemomenten/multidisciplinair overleg en afstemming met de betrokken zorgprofessionals en begeleiders.
- Experts van verschillende disciplines betrekken wanneer nodig.
- De voortgang van het traject bespreken. Afhankelijk van de ernst van het probleem kan het aantal contactmomenten worden opgeschaald (bijvoorbeeld wekelijks) of verminderd (bijvoorbeeld maandelijks).
- Mediëren als er belemmeringen zijn in de vervolgstappen van het traject en de behandeling, door te bemiddelen, mensen met elkaar in gesprek te brengen of door te verwijzen.
- Met toestemming van de sporter informatie delen met de coach en andere betrokkenen indien relevant (i.e. familie, ondersteunende stafleden zoals strength and conditioning coach en fysiotherapeut).
- Afstemmen met topsportarts en fysieke trainers over het loadmanagement van de sporter tijdens het behandelproces zodat bij alle betrokken disciplines duidelijk is wat een sporter fysiek mag en kan doen.
- Borgt het contact met de coach. Ook kan de invloed en rol van de coach (en andere ondersteunende stafleden) zowel in het algemeen als in de voorliggende specifieke casus ter sprake worden gebracht indien dit nodig is.
- Als er, na toestemming van de sporter, communicatie in de richting van de coach is, is het ook belangrijk om te bespreken hoe de coach (en andere ondersteunende stafleden) de juiste steun kan geven, een hulprol op zich kunnen nemen en ruimte kunnen creëren voor het herstelproces. Bijscholing en/of confrontatie van de coach en andere ondersteunende stafleden kan hiervoor nodig zijn.

### **Profiel zorgcoördinator**

- Voldoende contacttijd om de casus in alle ernst te benaderen.
- Voldoende verantwoordelijkheidsgevoel voor de taak.
- Bezit de benodigde communicatieve vaardigheden naar alle betrokkenen.
- Bezit de bereidheid om vanuit meerdere disciplines en vanuit de sportcontext te denken.
- Heeft een vertrouwensband met de sporter of voelt/schat in dat deze op te bouwen is.
- Heeft voeling met het onderwerp.



## Stap 4 - Follow-up/her-evaluatie

Om elke sporter op maat een traject te kunnen bieden worden er specifieke doelen opgesteld. Hierin staat te allen tijde de gezondheid (zowel mentaal als fysiek) en het algemeen welbevinden van de sporter centraal. De doelen zijn concreet, duidelijk, haalbaar en uitgewerkt voor een bepaalde periode. Het plan wordt opgesteld met de sporter, zorgcoördinator en de betrokken zorgprofessionals. Bij sporters jonger dan zestien jaar moeten ook de ouders worden geïnformeerd. De sporter is eigenaar van diens eigen behandelplan en draagt hierover ook deels de verantwoordelijkheid in het behalen van de vooropgestelde doelen. Wanneer een sporter diens doelen niet kan behalen en blijkt dat de sporter risico loopt voor diens eigen (mentale en/of fysieke) gezondheid, zal er opnieuw worden geëvalueerd over de vooropgestelde doelen en de hieraan verbonden voorwaarden. Concreet betekent dit: bij (het vermoeden op) een klinische eetstoornis moeten duidelijke afspraken gemaakt worden en de behandeling worden opgeschaald. Daarin wordt vooraf met de sporter overlegd wat de gevolgen kunnen zijn als de behandeldoelen niet worden behaald. Dit kan onder andere het adviseren omvatten dat het wenselijk is dat de sporter frequenter contact houdt met een bepaalde zorgprofessional of bepaalde sportactiviteiten al dan niet (langer) uitvoert of gedeeltelijk/geheel staakt. Maatwerk blijft hier echter wel de rode draad.

### Waarnaar streven we minimaal?

- Algeheel welbevinden, goede (mentale en fysieke) gezondheid van de sporter met geoptimaliseerde voeding, aangepast aan diens activiteitsniveau. De sporter heeft een kwaliteit van leven dat die toelaat om zich te engageren op vlak van werk, sport, onderwijs (indien relevant) en vrijetijdsbestedingen;
- De sporter vertoont geen gedragingen meer van verstoord eetgedrag of eetstoornissen; de sporter vertoont een positieve houding tegenover zichzelf, voeding, diens lichaam, het uiten van emoties en sociale interactie;
- Autonomie en weerbaarheid creëren bij de sporter: dat de sporter zelf in staat is om verantwoorde keuzes te maken met betrekking tot voeding/bewegen, een realistisch lichaamsbeeld kan schetsen, haalbare doelen kan opstellen en er realistische overtuigingen rondom voeding, presteren, lichaam, zelfbeeld op nahoudt;
- Er is geen blessure en/of ziekte meer aanwezig die gerelateerd is aan de eetproblematieken. De sporter kan pijnvrij en stressvrij trainen en later deelnemen aan wedstrijden;
- Terugvalpreventie: we moeten er ook naar streven dat de sporter, indien die weer even een mindere periode ervaart, kan teruggrijpen naar steunpilaren en een terugvalpreventieplan, zodat terugval kan worden beperkt of voorkomen. Routinematige opvolging door de betrokken behandelaars en/of zorgcoördinator kan ervoor zorgen dat een sporter op een laagdrempelige manier diens steunpilaren blijft behouden;
- We moeten streven naar open, oordeelloze, drempelverlagende en tabeloze communicatie tussen alle belanghebbende actoren in het team/sportmilieu;
- We moeten streven naar het vergroten van het sociaal vangnet van de sporter zodat de draagkracht wordt vergroot.

# Deel 3: Rolomschrijvingen behandelaars

## **Kern Multidisciplinair Team (KMT)**

Het aanbevolen KMT dat bestaat uit minimaal een topsportarts, sportdiëtist/voedingsdeskundige en gespecialiseerd behandelaar, ingezet door de Regionaal Expert Prestatiegedrag (REPG). Samen met de zorgcoördinator coördineren ze de beoordeling, management en de vooruitgang van de behandeling die mogelijk is. Zie 'positie standpunt verstoord eetgedrag en eetstoornissen in de topsport'.

## **Rol Regionaal Expert Prestatiegedrag (REPG)**

Afhankelijk van expertise van de REPG en de ernst van de stoornis wordt dit door de REPG zelf gedaan of zal die doorverwijzen.

- Signalering en aanspreken sporter bij vermoedens.
- Diagnostiek en indicatiestelling (afhankelijk van de expertise).
- Het bieden van behandeling (afhankelijk van de ernst van de eetstoornis en de expertise van de REPG).
- Doorverwijzing naar het regionaal netwerk.
- Inhoudelijke aansturing en coördinatie van experts prestatiegedrag.
- Beheer van lokale (prestatiegedrag)netwerk voor klinische inzet onder andere rondom eetstoornissen.
- Overleg met topsportarts, diëtist en overige betrokkenen (bij zorgcoördinatie).
- Bij meldingen over eetproblemen, meten en wegen en/of trainingsklimaat, interveniëren. Variërend van bespreekbaar maken, educatiemogelijkheden overbrengen, voorlichting geven tot het melden van ongewenst gedrag bij hoofd REPG.
- Steunpunt/spreekuur voor sporters en aanspreekpunt voor coaches en staf zijn of organiseren rondom zorgen omtrent onder andere verstoord eetgedrag.

## **Rol sportpsycholoog**

- Signalering (en melden bij REPG).
- Afhankelijk van vertrouwensband, in gesprek gaan met/begeleiden sporter.
- Ondersteuning van sporter en/of diëtist bij gedragsverandering op het vlak van o.a. voeding.
- Als er (vermoedens omtrent) onrealistische overtuigingen rondom presteren, lichaamsbeeld en zelfbeeld bestaan of andere psychologische of psychiatrische problematiek, dient te worden geschakeld naar de REPG.
- Als er meldingen over eetproblemen of meten en wegen binnenkomen, melden bij de sportdiëtist.

## **Rol topsport leefstijlcoach en welzijn**

- Signalering (en melden bij REPG).
- In gesprek gaan met de sporter (afhankelijk van vertrouwensband).
- Als er (vermoedens omtrent) lichamelijke klachten zijn, contact opnemen met de topsportarts.
- Als er (vermoedens omtrent) onrealistische overtuigingen rondom voeding bestaan, verwijzen naar diëtist.
- Ondersteuning van sporter en/of diëtist/REPG/gespecialiseerde psycholoog bij transfer van doelen op het vlak van onder andere gedragsverandering en voeding in de praktijk van wonen, koken en sporten.
- Als er (vermoedens omtrent) onrealistische overtuigingen rondom presteren, lichaamsbeeld en zelfbeeld bestaan of andere psychologische of psychiatrische problematiek, dient te worden geschakeld naar de REPG.
- Als er meldingen over eetproblemen, meten en wegen binnenkomen, melden bij de sportdiëtist/hoofd voeding/(hoofd) REPG.
- Voorlichting coaches over de mogelijkheden die er zijn van begeleiding op dit gebied.

### Rol voedingsdeskundige/sportdiëtist

- Signalering (en melden bij REPG of topsportarts).
- Schakelen naar gespecialiseerde sportdiëtist indien nodig zoals omschreven in bijlage 2.
- Afhankelijk van vertrouwensband, in gesprek gaan met de sporter.
- Contact houden met de zorgcoördinator en het KMT.
- Steunpunt voor sporters en aanspreekpunt voor coaches en omringende stafleden zijn rondom zorgen omtrent onder andere verstoord eetgedrag.
- Eetgedrag in kaart brengen.
- Nadruk op voorlichting/psycho-educatie van sporter, coaches, ouders omtrent:
  - De positieve effecten van adequate koolhydraatname, voornamelijk rond training, zodat deze goed afgestemd zijn op het trainingsschema en de vooropgestelde doelen.
  - Belang van voldoende hoogwaardige eiwitten in elke maaltijd, goed gespreid over de dag.
  - Belang van gebalanceerde voeding die ook voldoende micronutriënten bevat.
  - Focus op educatie over gezondheid en op prestatie/lichaamsbouw/behoefte afgestemde voeding, niet zozeer op gewicht.
- Verstoord lichaamsbeeld en onrealistische ideaalbeelden/doelen op vlak van lichaamssamenstelling en voeding in kaart brengen. Indien nodig geacht doorverwijzen naar REPG/psycholoog.
- We zullen minder werken met het meten van energiebalans of energiebeschikbaarheid omdat deze metingen een schijnnaauwkeurigheid creëren.
- Uitvoeren van meten en wegen van lichaamssamenstelling wanneer dit wenselijk wordt geacht door het KMT (per case te bepalen). Voor specifieke richtlijnen zie 'Richtlijn omgaan met lichaamsgewicht en -samenstelling'.

### Rol topsportarts

- Signalering (en melden bij REPG of voedingsdeskundige/sportdiëtist).
- In gesprek gaan met de sporter (afhankelijk van vertrouwensband).
- Contact houden met de zorgcoördinator en multidisciplinair team.
- Doorverwijzing/verwijsbrief organiseren.
- Contact tussen sporter en zorgverleners tot stand brengen.
- Steunpunt voor sporters en aanspreekpunt voor coaches en staf zijn of organiseren.

### Initiële analyse

Tijdens de initiële analyse moet er belang worden gehecht aan het onderzoeken van de factoren opgesomd in tabel 1 uit bijlage 1.

- Screening lichamelijke status.
- Advies over belastbaarheid.
- Clearance voor wedstrijden.
- De ernst en/of reden van het verstoord eetgedrag of eetstoornis in kaart brengen.

Afhankelijk van de ernst van de situatie:

- Optimum (analogie bergparabool) bepalen met als uitgangspunt gezond maximaal presteren op korte en lange termijn.
- We schakelen voor jeugdige sporters (jonger dan achttien jaar) naar kinderarts dr Annemarie van Bellegem Amsterdam UMC (Levvel) en Lisette t Hart (Kinder- en Jeugdpsychiater Levvel). Voor volwassen sporters kan dr Maarten Soeters (internist), Amsterdam UMC, of psychiater dr. Ursula Klumpers worden benaderd.

### Follow-up

Klinische status van de sporter vervolgen, maatwerk wordt toegepast betreft de te volgen parameters. Zie bijlage 1 voor een meer gedetailleerde omschrijving en daar bijkomstige onderzoeken.

# Deel 4: Bijlagen

## Bijlage 1: Rol topsportarts

### Initiële analyse

Na signalering van potentieel verstoord eetgedrag door iemand in de omgeving van de sporter of door de sporter zelf, voert de topsportarts een verkennend gesprek met de sporter. Het doel is het inschatten van de ernst en/of de reden van het verstoord eetgedrag (meer prestatiegedreven of psychopathologisch) en het uitsluiten van andere onderliggende pathologie. Wanneer er sprake lijkt van verstoord eetgedrag door een prestatiereden, dan wordt besproken dat er een optimum bestaat tussen gewicht/energie-inname en presteren en dat we samen met het team rondom de sporter zullen kijken wat het optimum is ('analogie bergparabool'). Hierbij wordt gezond maximaal presteren op zowel korte als lange termijn als uitgangspunt genomen. Afhankelijk van de geschatte ernst van het verstoord eetgedrag/eetstoornis wordt aanvullend onderzoek gedaan om de ernst van de medische situatie te concretiseren. Belangrijk daarbij is dat er geen 1:1 relatie lijkt te bestaan tussen de ernst van de situatie en het al dan niet afwijkend zijn van het aanvullend onderzoek. De geteste parameters kunnen ook worden gebruikt om het verloop in de tijd te volgen. In het initiële gesprek met de sporter, dient gericht naar de volgende zaken te worden gevraagd (tabel 1). Maatwerk wordt toegepast betreft de te volgen parameters.

Anamnese	Lichamelijk onderzoek
<ul style="list-style-type: none"><li>• Flauwvallen/syncope</li><li>• Hartkloppingen</li><li>• Buikpijn/misselijkheid</li><li>• Vol gevoel na de maaltijd</li><li>• Obstipatie</li><li>• Menstruatiecyclus</li><li>• Kouwelijkheid</li><li>• Droge huid</li><li>• Koude-intolerantie</li><li>• Bot- en gewrichtspijnen</li><li>• Afbuigende lengtegroei</li><li>• Vertraagde puberteitsontwikkeling</li><li>• Slaapproblemen</li><li>• Stemningsproblematiek</li><li>• Suïcidaliteit</li><li>• Vermoeidheid, algehele malaise</li><li>• Haaruitval</li><li>• Duizeligheid (orthostatische hypotensie)</li><li>• Hypoglycemische klachten</li><li>• Vertraagde wondgenezing</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Algemene eerste indruk bewustzijnsniveau</li><li>• Vitale parameters ademhaling, pols (vaak bradycardie), bloeddruk (vaak hypotensie)</li><li>• Liggend/staand i.v.m. orthostatische hypotensie, temperatuur (hypothermie)</li><li>• Hydratietoestand: tekenen dehydratie of oedemen bij hervoeden of hartfalen</li><li>• Huidkleur (hypercarotenemie/bleek zien)</li><li>• Xerosis (droge huid)</li><li>• Haaruitval</li><li>• Lanugo (donshaar)</li><li>• Littekens (let op: automutilatie)</li><li>• Nagels</li><li>• Wondjes/eelt aan vingerknokkels/handrug (teken van Russell t.g.v. braken)</li><li>• Decubitus</li><li>• Acrocyanose</li><li>• Hoofd/hals foetor ex ore</li><li>• Gebit en tandvlees mond/keelslijmvlies (wondjes t.g.v. braken)</li><li>• Speekselklieren vergroot (bij braken)</li><li>• Schildklier aspect/grootte</li><li>• Thorax souffles (mitralisinsufficiëntie)</li><li>• Pericard wrijven</li><li>• Crepitaties of vergrote lever (hartfalen)</li><li>• Abdomen scybalae</li><li>• Blaasretentie (beïnvloeding van gewicht)</li><li>• Centraal zenuwstelsel</li><li>• Bradyfrenie</li><li>• Spierkracht (afgenomen)</li><li>• Reflexen</li><li>• Sensibiliteit: neuropathie</li><li>• Secundaire geslachtskenmerken</li><li>• Tanner stadia</li></ul>

Tabel 1. Factoren initiële analyse

Aanvullend onderzoek	
<b>Laboratoriumonderzoek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Natrium, kalium, (capillair), calcium, fosfaat, chloor, magnesium, 25-OH-Vit D, testosterone, Vrij T3, Totaal cholesterol en LDL.</li> <li>• Glucose (let op: anamnese is sensitiever voor hypoglykemie dan random bloedsuikermeting!).</li> <li>• Volledig bloedbeeld inclusief differentiatie (tekenen beenmergdepressie), bezinking.</li> <li>• Ureum, creatinine (let op: bij spieratrofie ondergewicht zou er sprake moeten zijn van een laag creatinine).</li> <li>• ASAT, ALAT (tot 2 x normaalwaarde verhoging wordt vaak gezien).</li> <li>• Albumine (vaak verhoogd)/prealbumine (verlaagd bij ernstige ondervoeding).</li> <li>• Vit B1 (uitslag echter vaak pas na 1 week bekend).</li> </ul>
<b>Aanbevolen overig onderzoek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG (o.a. bradycardie, AV-junctioneel ritme, geleidingsstoornissen). Eventueel op indicatie echo.</li> <li>• Indien mogelijk oude groeigegevens opvragen voor reconstructie historische groeicurve.</li> <li>• DEXA-scan (verlaagde botdichtheid is een bekende complicatie, echter kan ook sport specifiek zijn).</li> <li>• Urine-onderzoek: natrium, kalium, osmolariteit.</li> <li>• Groeicurve opstellen bij jongeren.</li> </ul>
<b>Op indicatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schildklierwaarde (inclusief Reverse T3) bij persisterende bradycardie, vaak sick thyroid (verhoogd rT3).</li> <li>• Vitaminestatus (afhankelijk van vermoeden op deficiënties), vooral vitamine B12, B1, D, foliumzuur.</li> <li>• Amylase, vaak verhoogd bij braken.</li> </ul>

## Bijlage 2: Rol voedingsdeskundige/sportdiëtist

Een sporter die wordt geïdentificeerd met mogelijks verstoord eetgedrag zou moeten worden doorverwezen naar een sportdiëtist of voedingsdeskundige voor verdere anamnese. Dit kan gebeuren onder vorm van vragenlijsten of een interview (zie tabel 2). Deze anamnese moet hoofdzakelijk zijn gefocust op het in kaart brengen van het eet-, drink- en beweeggedrag van de sporter alsook de intentie en functie van het vertoonde gedrag met zijn gevolgen. Wanneer alle facetten van de anamnese worden samengevoegd, kan men de sporter beoordelen op het spectrum van eetgedrag (zie figuur 1).



Figuur 1. Het spectrum van eetgedrag

Het is van belang om niet uitsluitend te focussen op gewicht. Een sporter met een stabiel gewicht kan nog steeds verstoord eetgedrag en/of een eetstoornis ontwikkelen. Daarom is het van essentieel belang om alle facetten, zoals omschreven in tabel 2, met betrekking tot verstoord eetgedrag te onderzoeken. De sportdiëtist/voedingsdeskundige dient in gesprek te gaan over de psychologische component van de voedingskeuzes, het lichaamsbeeld van de sporter en hoe de gedachten rondom eten, bewegen en lichaamsbeeld het eetpatroon van de sporter kunnen beïnvloeden. Het is belangrijk in te schatten of de sporter in staat is te werken aan het afwijkende eetgedrag. Zo kunnen doelgerichte, haalbare, gepersonaliseerde voedingsinterventies worden opgesteld. Echter, wanneer er een vermoeden is dat de sporter zich op het rechterdeel van het spectrum bevindt (extreem verstoord eetgedrag of een eetstoornis), zal moeten worden geschakeld naar een psycholoog of psychiater voor verdere diagnosestelling. Indien er een diagnose wordt gesteld, zal een sportdiëtist, gespecialiseerd in eetstoornissen, worden aangesteld voor verdere behandeling (stap 3 ad c).

### Voeding voor gezondheid en prestatie

Voedingsmanipulatie, inclusief kortetermijn-implementatie van specifieke voedingsstrategieën binnen competitieperiodes of inwegen, is van groot belang voor sommige sporters voor het bereiken van hun prestatiedoelen. Toch moeten deze strategieën altijd een balans vinden tussen gezondheid en prestatie. De karakteristieken van geoptimaliseerde voeding omvat:

- Geoptimaliseerde fysieke en mentale gezondheid.
- Inname wordt aangepast aan de specifieke behoeften van de trainingen en de sport/discipline.
- Er is flexibiliteit rond voeding(gedachten).
- Er kan in groepen (sociaal gebeuren) worden gegeten.
- Er worden geen restricties toegepast zoals het mijden van volledige voedselgroepen, extreem tellen van calorieën of macronutriënten, standvastigheid rond de inname van voeding of bijvoorbeeld het inzetten van ongezonde compensatiegedragingen.
- Er is een gezond en realistisch lichaamsbeeld.

Een voedingsplan moet veilig, ondersteund, doelgericht en geïndividualiseerd zijn. Voedingsinterventies worden gezien als 'veilig' wanneer het steunpilaar 'first, do no harm' is en de sporter diens fysieke en mentale gezondheid als prioriteit stelt. Deze interventies zullen optimaal resulteren wanneer ze worden ondersteund door een gepast, gekwalificeerd en gespecialiseerd KMT, aangevuld met interactie en input van de andere ondersteunende stafleden uit het performance team. Voor het bereiken van de vooropgestelde doelen moeten zowel prestatie als gezondheid worden gelinkt aan logische, geoptimaliseerde strategieën. Risicomanagement is hiervoor een belangrijk onderdeel dat toelaat om beslissingen te maken met respect voor de sport, prestatiemilieu en het individu. Dus, geïndividualiseerde voedingsinterventies vormen een cruciaal element binnen het optimaal presteren wanneer ze de bovenstaande genoemde elementen in overweging nemen.

Het individualiseren biedt flexibiliteit om aan de specifieke behoeften van de individu en zijn/haar inspanning te voldoen, met in het achterhoofd gehouden dat er een meerdere factoren zijn die voedingsinname en -keuzes beïnvloeden.

Tabel 2. Factoren die bevroegd moeten worden tijdens een uitgebreide anamnese bij een sporter die vermoedelijk verstoord eetgedrag heeft.

Gedrag	Fysiek	Medisch	Mentaal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huidig eetpatroon, eet-/drink- en beweegdrang</li> <li>• Geschiedenis van eet-/drink- en beweeggedrag</li> <li>• Speciale diëten (vooral het mijden van bepaalde voedingsmiddelen of -groepen en of dit is toegenomen in de tijd)</li> <li>• Specifieke voedingsrestricties</li> <li>• Regels en overtuigingen omtrent voeding</li> <li>• Flexibiliteit en standvastigheid omtrent voedingsinname</li> <li>• Supplementatiegebruik nu en in het verleden</li> <li>• Sociale interactie met voeding en maaltijd (teruggetrokken, niet in groep eten,...)</li> <li>• Compensatiegedrag (braken, laxantia, diuretica, extra bewegen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weeggedrag</li> <li>• Adequate bepaling van huidige voedingsinname, energie, micro- en macronutriënten</li> <li>• Gewicht en lichaams-samenstelling nu en in het verleden (stabiel of niet)</li> <li>• Actief streven naar veranderingen in lichaamssamenstelling of gewicht (inclusief tijdsverloop en methode van het bereiken van deze doelen)</li> <li>• Trainingshoeveelheid en fase in de trainingscyclus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voedselallergieën of -intoleranties</li> <li>• Maag-darmklachten</li> <li>• Familiegeschiedenis omtrent lijngedrag, eetstoornissen, mentale gezondheidsproblemen</li> </ul> <p><b>Schakelen met topsportarts (indien toestemming van de sporter) over:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nakijken van bloedprofielen</li> <li>• Menstratie-geschiedenis en huidig patroon</li> <li>• Botgezondheid</li> <li>• Blessures en ziektepatronen</li> <li>• Medicatie (inclusief contraceptie)</li> <li>• Uitsluiten andere onderliggende pathologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Houding tegenover voeding en eten en presteren</li> <li>• Huidige en verleden relatie met voeding en eigen lichaam</li> <li>• Hoeveel tijd wordt er besteed aan het denken aan voeding, gewicht en lichaamsbeeld</li> <li>• Lichaamsbeeld</li> <li>• Depressieve klachten, suïcidaliteit e.a.</li> <li>• Mentale gezondheid comorbiditeiten zoals depressie, angsten, persoonlijkheidsstoornissen, middelenmisbruik, zelfverwonding en suïcidale gedachten</li> </ul>

## Bijlage 3: Rol REPG en screeningstools

Om de klinische psychologische screening van eetstoornissen te ondersteunen, kan een REPG of (gespecialiseerd) psycholoog gebruikmaken van enkele screeningsinstrumenten. Deze moeten echter wel met de nodige zorgvuldigheid en kritische blik worden geïnterpreteerd. Dit omdat wat er in het algemeen over eetstoornissen bekend is en aan criteria wordt gesteld, zoals BMI, in de praktijk voor topsporters niet volledig toepasbaar is. Daarnaast is de reden van afwijkend eetgedrag vaak ook anders gedreven binnen topsport. Voedings- en gewichtsplannen worden binnen de topsport ingezet om optimaal te presteren, waarbij zij niet per se ontevreden zijn over hun huidig lichaamsbeeld, -gewicht en/of -samenstelling. Bovendien vergt topsport dermate veel energiegebruik dat ook onbewuste energietekorten kunnen ontstaan, zonder de eetstoornisgerelateerde psychologische variabelen. Dit alles maakt de toepasbaarheid van algemene screeningsinstrumenten moeilijk en beperkt.

De huidige aanbevolen instrumenten die in het Nederlands vertaald en gevalideerd zijn, binnen de Zorgstandaard Eetstoornissen (bijv. Ede-q, NVE, Edi-3 en body catharsis schaal), hebben daarom tekortkomingen. Zo had de meestgebruikte screeningstool, Ede-q, in een valideringsstudie moeite om de wereldwijd gehanteerde schalen te reproduceren. Om deze reden bestaan er tot op heden geen normen voor (zie <https://www.embloom.nl/content/ede-q-6/>). Geen enkel instrument is verder grootschalig onder sporters afgenomen, noch in Nederland gevalideerd noch onder Nederlandse sporters genormeerd. Normen voor topsporters zouden op zijn minst meer moeten worden verzameld en onderzocht. In Nederland zijn recent een aantal initiatieven ontplooid om sportspecifieke vragenlijsten te ontwikkelen, te normeren en toegankelijk te maken via onder andere het therapeutenportaal Embloom.

Er is een SMHAT screeningstool ontwikkeld voor psychische klachten onder topsporters door Vincent Gouttenbarg et al. in 2020 (1). Deze screeningstool is gebaseerd op de Brief Eating Disorder in Athletes Questionnaire (BEDA-Q) van Martinsen et al. uit 2014 (2). Score 4 en hoger behoeft aandacht voor verdere diagnostiek. Echter, ook deze vragenlijst heeft de belemmering dat deze uitsluitend onder Australische voetballers gevalideerd is en dus niet of beperkt in Nederland en andere disciplines/sporten. Daarbij, ondanks dat er gesuggereerd wordt dat het een eetstoornisvragenlijst voor sporters is, zijn de negen items over eetstoornissen afkomstig uit de algemene EDI vragenlijst.

Daarnaast heeft Karin de Bruin binnen het (W)etwatjedoet-project een tweetal screeningstools vertaald en ontwikkeld om het risico op verstoord eetgedrag onder vrouwelijke sporters (VAST) en mannelijke (kracht-)sporters (KAST) te kunnen detecteren. Deze tools bestaan uit 33 items waar diverse uitingsvormen van een verstoorde relatie met en ongezonde overtuigingen over voeding, lichaamsbeeld, sporten en presteren uitgevraagd worden. Wanneer sporters groen, oranje of rood scoren, is er sprake van respectievelijk laag, midden of hoog risico op eetstoornissen. Echter, waar naar de VAST bij vrouwelijke sporters uit sporten met een dunheidsideaal een uitgebreide valideringsstudie onder Nederlandse en Vlaamse sporters met en zonder klinisch vastgestelde eetstoornissen is verricht, is de later ontwikkelde KAST-variant nog niet gevalideerd. Bekijk <https://www.embloom.nl/nieuwe-vragenlijsten-vast-en-kast/>.



## Bijlage 4: Spreekuur prestatiegedrag en mentale gezondheid

Per 1 februari 2023 is het spreekuur prestatiegedrag en mentale gezondheid ingericht. Dit spreekuur is bedoeld voor sporters en coaches om laagdrempelig in contact te komen met experts Prestatiegedrag die verbonden zijn aan de TeamNL centra in Nederland. Het spreekuur dient zowel voor vragen over je mentale gezondheid als over prestatieverbeterende thema's.

### **Mentale gezondheid**

Naast sporter ben je natuurlijk vooral ook gewoon mens. Daarom is het belangrijk om te weten hoe je in je vel zit of hoe het met je gaat. Veel mensen ervaren wel eens psychologische klachten, denk enerzijds aan somberheid, angst of slecht slapen, anderzijds zijn onderwerpen zoals eetproblemen en problemen met zelf- en/of lichaamsbeeld ook bespreekbaar tijdens dit spreekuur.

### **Prestatiegedrag**

Bij prestatieverbeterende thema's kun je denken aan grenzen stellen en bewaken, balans topsport - privé, motivatie, presteren onder druk, concentratie en communicatie.

### **Hoe werkt het?**

In principe betreft het eenmalige afspraak. Mocht er meer nodig zijn, dan kan de desbetreffende expert Prestatiegedrag begeleiden bij doorverwijzing en/of aanmelding voor een vervolgspraak of -traject. Je kunt een afspraak inplannen via een online reserveringspagina.

# Deel 5: Bronnen

1. Gouttebarga V, Bindra A, Blauwet C, Campriani N, Currie A, Engebretsen L, et al. International Olympic Committee (IOC) Sport Mental Health Assessment Tool 1 (SMHAT-1) and Sport Mental Health Recognition Tool 1 (SMHRT-1): towards better support of athletes' mental health. *Br J Sports Med.* 2021;55(1):30-7.
2. Martinsen M, Holme I, Pensgaard AM, Torstveit MK, Sundgot-Borgen J. The development of the brief eating disorder in athletes questionnaire. *Med Sci Sports Exerc.* 2014;46(8):1666-75.



**TeamNL**



powered by

