

Thema: Leefstijl

Aanpak van eetproblemen

Hoe voorkom je teleurstelling en stress in de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking met overgewicht? En wat kun je doen als mensen juist geen interesse hebben in eten, selectief eten of angst hebben om te eten?

Mensen met een verstandelijke beperking mogen toch zelf kiezen wat ze eten? Ze hebben al zo weinig. Die reacties kreeg Manouk van Zanten, nu gedragswetenschapper en eerder diëtist verstandelijk gehandicapten, als ze adviezen gaf bij cliënten met obesitas. Op een symposium van het netwerk Diëtisten Verstandelijk Gehandicapten (DVG) november vorig jaar vertelde ze aan de hand van de casus van Moniek hoe je teleurstelling en stress voorkomt in de behandeling van cliënten met overgewicht.

dere voeding en meer bewegen. Ze hield een eetdagboek bij, en de aanpak werd afgestemd met begeleiders. Er werd gekeken naar omgevingsfactoren, en ze evalueerden de aanpak eens per maand.

Barrières

“De aandacht voor gedragsveranderingstechnieken is erg belangrijk in de aanpak, zoals het identificeren van barrières. Moniek kwam bijvoorbeeld op de route naar haar dagbesteding langs allemaal snoep- en snackwinkels,” vertelde Van Zanten. “Verder is

honeymoonfase, waarin cliënten het vaak eerst fantastisch vinden als ze vanuit ambulante begeleiding in een zorgwoning komen, ging ze steeds meer mopperen en zich verzetten tegen begeleiders.”

Ze kozen ervoor meer disciplines te betrekken, waaronder de huisarts. Vanuit diagnostiek kwam er meer kennis over haar cognitief, emotioneel en adaptief functioneren. Daarnaast was er aandacht voor de comorbiditeit: een diagnose naast de verstandelijke beperking.

Stress

Bij Moniek bleek sprake van trauma's en stress, toen bij het vrouwelijke team opeens mannelijke begeleiders kwamen. “In haar verleden is ze mishandeld door haar partners. Daarnaast was haar leven opeens compleet onvoorspelbaar. Elke dag ging anders met andere begeleiders en regels. Dat maakte dat haar stressniveau continu hoog was.”

De link tussen stress en obesitas komt ook terug in de oratie van hoogleraar Liesbeth van Rossum: ‘Dik ben je niet voor de lol’.

Van Zanten pleit voor een integrale aanpak bij obesitas. “In plaats van meteen met de behandeling te beginnen, is het beter om te starten met di-

Ze ging steeds meer mopperen en zich verzetten tegen begeleiders

“Deze dame van in de 60 is twee keer getrouwd en gescheiden. Haar kinderen wonen niet meer bij haar. Toen ze haar heup brak, redde ze het zelf niet meer en kwam ze bij ons wonen. Ze was al te zwaar, en toen ze in een roistoel kwam door haar heup kwam ze nog eens 10 kilo aan.”

Ze werd doorverwezen naar de diëtist via de huisarts. Op basis van haar BMI van 42 kreeg ze adviezen voor an-

het bepalen van gewichtsverlies als doel vaak niet reëel en zorgt voor faalervaringen. In plaats daarvan is het beter om naar kleinere doelen te kijken, zoals elke week naar de beweegclub, of het bakje vla halveren.”

Met deze kleine succeservaringen ging het goed en viel Moniek af. Maar toen stagneerde het en kwam ze weer aan. Van Zanten: “We merkten een switch in haar gedrag. Na een soort



Kinderdiëtist Katja Passchier

agnostiek van onderliggende oorzaken, zoals ook bij andere ziektebeelden. Daarna komt een behandelplan op maat.”

Om alle factoren in kaart te brengen kun je gebruikmaken van *casusconceptualisatie*, een probleemanalyse waarbij je alle factoren en hypothesen in kaart brengt. Op basis daarvan kijk je wat belangrijk is en waarmee je start. Een voorbeeld van zo'n model is

het VGct invulformulier holistische theorie.

Bij Moniek is de situatie hierdoor nog niet verbeterd. “Positief is wel dat we een faalervaring hebben voorkomen. Het gaat erom dat we Moniek ontlasten en haar bekrachtigen als ze iets goed doet. Zo gaat de positieve aandacht naar gezond eten in plaats van negatieve aandacht naar ongezond eten of overeten.

En hoe zit het met beperkende maatregelen? Obesitas wordt nog wel eens aangegrepen om het zakgeld te halveren en een slot op de koelkast te rechtvaardigen. “Bij Moniek hebben wij hier niet voor gekozen, want ze zou zich alleen maar onveiligere voelen. En wat is de winst als ze nog meer stress ervaart?” zei Van Zanten.

Eetstoornis

Wat je kunt doen als mensen geen interesse hebben in eten, selectief eten of angst hebben om te eten, legde kinderdiëtist Katja Passchier-Blok uit. Wees alert op de eetstoornis ARFID bij mensen met een verstandelijke beperking, adviseerde zij.

De kenmerken van ARFID – Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, oftewel een vermijdende restrictieve voedselinnamestoornis/eetstoornis – zijn volgens de DSM-5 criteria:

- ▶ significant gewichtsverlies/achterblijvende groei;
- ▶ significante voedseldeficiëntie;
- ▶ afhankelijkheid van sondevoeding/voedingssupplementen;
- ▶ invloed op psychosociaal functioneren (school, sociale contacten, ouder-kindrelatie).

Inventarisatie Obesitas CCE

Hoe handel je als zorgprofessional wanneer bij een cliënt met een licht verstandelijke beperking sprake is van (morbide) obesitas? Veel begeleiders én familie worstelen hiermee, want men wil geen dwang gebruiken. Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) inventariseerde wat helpend kan zijn.

Tijdens twee kennissessies wisselden zorgprofessionals uit het werkveld en coördinatoren en consultants van CCE uit welke kenmerken en factoren een rol spelen bij deze problematiek en welke aanpak en interventies in hun optiek werkzaam zijn. Ook waren er gesprekken met (ervarings)deskundigen en is in kaart gebracht welke kennis er al is rond het thema. CCE stelt dat er geen eenduidige aanpak is tegen (morbide) obesitas bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Het is belangrijk om ook naasten bij het proces te betrekken, omdat zij – vaak onbewust – een rol spelen in de problematiek. Kennisuitwisseling is nodig om in iedere unieke situatie de meest passende strategie te vinden.

De aanbevelingen inclusief een fictieve casus zijn te lezen op

cce.nl/publicatie/morbide-obesitas-bij-mensen-met-een-licht-verstandelijke-beperking.

- “Let op: deze mensen hebben niet per se een (te) laag BMI en kunnen ook overgewicht hebben,” vulde Passchier aan.

Een psycholoog kan de diagnose ARFID stellen en verder moet worden uitgesloten dat er sprake is van

- anorexia,
- niet beschikbaar zijn van voeding,
- een andere lichamelijke of psychische stoornis die de eetproblemen veroorzaakt of
- het weigeren van voeding uit culturele overweging.

Ook bij iemand die op de dagbesteding wel goed eet, maar thuis niet, is er geen sprake van ARFID, daarvoor moeten de problemen echt consequent spelen.

Drie subtypes

In de DSM-5 worden drie verschillende subtypes genoemd bij ARFID:

1. Vermijding van voeding door gebrek aan interesse

- Geen hongergevoel/prikkel
- Vergeten te eten
- Geen belangstelling in eten of voeding
- Eet in traag tempo
- Zit snel vol en of eet kleine porties
- Geniet slechts beperkt van eten.

“Dit wordt vaker gezien bij kinderen die jong langdurig sondevoeding hebben gehad en kinderen met een ont-

In het kort

- Obesitas is een ziekte, laten we het ook zo behandelen.
- Ook mensen met een eetstoornis kunnen overgewicht hebben.
- Van *quick fix* moeten we naar een goed onderbouwde interventie bij eetproblemen
- Stem de aanpak af met verschillende zorgdisciplines en familie.



Gedragswetenschapper
Manouk van Zanten

*Het gaat erom
dat we haar
ontlasten, en
bekrachtigen als
ze iets goed doet*

wikkelingsstoornis, zoals in de verstandelijk gehandicaptenzorg,” vertelde Passchier. “Bij de behandeling zet je in op het eten als taakje, structureren van voedingsmomenten en tempo maken.”

2. Selectieve keuze van voedingsmiddelen op basis van sensorische eigenschappen

- Selectief eetpatroon
- Weigert structureel voeding
- Last van over- of onderprikkeling
- Vasthoudend aan patronen, uiterlijk van voeding
- Sterke voorkeuren smaken, geuren, texturen en kleur
- Vaak een sterke kokhalsreflex.

“Deze problemen zien we vaak bij autisme en adhd. Bij de behandeling laat je iemand langzaam wennen aan een bepaalde prikkel die het eten geeft,” legde Passchier uit. “Door

eerst bijvoorbeeld te laten kijken naar een druif, dan aanraken, op het bord leggen, tegen de wang houden tot iemand de druif uiteindelijk in de mond neemt. En hierbij kan je dan bijvoorbeeld een leuk filmpje afspelen, zodat het een aangename ervaring wordt.”

3. Vermijding van voedingsmiddelen door de angst voor aversieve gevolgen

- Angst voor vol gevoel/buikpijn
- Angst om te kokhalzen en/of braken
- Angst om te stikken
- Angst om een textuur niet te kunnen verdragen in de mond
- Angst voor allergische reactie.

“De eetproblemen worden vaak veroorzaakt door trauma’s in het mond- en keelgebied, door bijvoorbeeld een neusmaagsonde. Inzet van de behandeling kan dan cognitieve gedragstherapie of EMDR zijn.”

Thijs

Passchier gaf als voorbeeld de casus van Thijs, die naar haar doorverwezen werd vanwege obesitas. Thijs heeft cerebrale parese en een ontwikkelingsachterstand. In zijn eerste levensjaar kreeg hij sondevoeding vanwege veel spugen, en later de diagnose autisme en adhd.



Arts verstandelijk gehandicapten (Avg) **Monique Doeswijk-van der Wolf** bespreekt de medische kant van de zorg.

Thijs eet vrijwel alleen pizza, patat en pannenkoeken, kale spaghetti, afbakbroodjes met chocolade-pasta of knakworsten, chips van vaste merken, daantjes, geen groente en fruit en hij drinkt alleen water. "Op basis van gesprekken met de arts, zijn ouders en de diëtist was de conclusie bij Thijs duidelijk: type 2, de sensorische gevoeligheid, speelt bij hem een rol," vertelde Passchier.

Ondervoeding door te weinig eiwitten kan zorgen voor een ontwikkelingsachterstand, dus een aanpassing in het eetpatroon van Thijs is hard nodig. "Door binnen het voor Thijs veilige repertoire hem bijvoorbeeld meer knakworsten dan chocopasta op brood te laten eten, krijgt hij meer eiwitten binnen en minder calorieën. Daarnaast kun je zijn vitamines en mineralen aanvullen met kindermultivitamines. Het doel is bij ieder kind uiteindelijk het optimaliseren van de groei, ontwikkeling en het psychosociaal functioneren. De timing bij kind en bij ouders is daarbij een belangrijke succesfactor. En de behandeling moet bij voorkeur multidisciplinair en met kennis van ARFID in een eetteam worden uitgevoerd." |

Lees meer over het netwerk op Dietistvg.nl.

Meer informatie

Op Klik.org (zoek op 'DVG') lees je een uitgebreider verslag van het symposium, ook over de werking van het brein in relatie tot eetgedrag van LVB-cliënten door neuropsycholoog Gert-Jan de Haas en over de inzet van haptotherapie door Margit de Ruijter.

Voor vragen is Manouk bereikbaar via **Manouk.van-zanten@sheerenloo.nl**.

Tips van Katja Passchier over ARFID:

- Boeken 'ARFID te lijf', 'Over leven met ARFID', 'Thijs lust geen ijs' en 'Thijs & Trees leren eten' van ervaringsdeskundige Rita Maris
- Patiëntenvereniging WEET: eetstoornissen.nl
- Vereniging Nee-Eten!: nee-eten.nl
- Ketenaanpak eetstoornissen (K-EET): naeweb.nl/k-eet
- Filmpje met uitleg over ARFID op YouTube, zoek op 'firsteetcast'

Lees ook de Klik Kennispocket Leefstijl, te bestellen voor € 22,50 via prelum.nl/product/verstandelijke-beperking-leefstijl.

Bemoeien of eigen regie

Anita is een dame van 45 jaar oud met een licht verstandelijke beperking. Ze woont in een locatie waar een aantal uur per dag ondersteuning aanwezig is. Ze werkt bij de kinderboerderij en geniet van uitjes die ze met vrienden en familie onderneemt. Anita houdt van chocolade en frisdrank. Haar vrij te besteden weekgeld van 10 euro gaat geregeld op aan deze lekkernijen.

De begeleiders maken zich ernstige zorgen. "Anita heeft fors overgewicht. Dat gesnoep kan dan toch niet goed zijn? Kunnen we haar weekgeld niet minderen?" Ze vragen mij en de gedragskundige om raad.

We besluiten eerst eens rustig met Anita te praten om haar kant van het verhaal te horen. Anita is een zelfstandige dame die gezien haar niveau van functioneren behoorlijk goed voor zichzelf kan zorgen. De gedragskundige en ik willen graag weten in hoeverre ze weloverwogen keuzes kan maken over voeding en haar eigen lichamelijke gezondheid.

Anita vertelt in de spreekkamer dat ze inderdaad graag lekkere dingen koopt van haar eigen verdiende geld. Ze weet dat ze niet de slankste is, maar wat maakt dat nu uit? Ze kan alles doen wat ze wil, ze heeft daarbij geen last van haar lichaam. Ze is niet ziek, loopt dagelijks 5 kilometer en geniet van het snoepen na een dag hard werken.

Inderdaad, behalve haar gewicht vind ik qua lichamelijke gezondheid geen grote problemen. Laatst is haar bloed gecontroleerd en daaruit kwamen ook geen te hoog cholesterol of tekenen van suikerziekte.

Natuurlijk is haar gewicht op de langere termijn een risico, maar is dat genoeg om haar dingen te ontfeggen? Ze maakt bewust de keuzes van het kopen van ongezonde voeding en weet daarbij dat dit niet goed voor haar is. Ze kan de gevolgen van haar handelen dus overzien. De gedragskundige en ik beoordelen haar op dit vlak als wijsbekaam. Dat maakt dat wij haar niets kunnen verbieden en haar ook niet minder geld kunnen geven. Daarbij is gezondheid zoveel meer dan alleen de kilo's. Naast lichamelijke zaken, waar je al snel aan denkt, zijn psychische en sociale gezondheid minstens net zo belangrijk. Door deze manier van leven kan Anita eigen keuzes maken. Dat geeft haar een groot gevoel van eigenwaarde. Als we haar dingen afnemen, zouden de kilo's misschien wel naar beneden gaan, maar bevorderen we haar totale gezondheid dan? Het is balanceren tussen regie van Anita zelf en het haar opleggen van onze professionele mening.

Natuurlijk blijven we met haar in gesprek over de gezonde keuzes die ze kan maken. Want als zorgverleners zijn we ook verplicht aan gezondheidsbevordering te doen. Zo kunnen we haar motiveren tot mogelijk ander – meer gezond – gedrag. |

Lees meer herkenbare situaties en dilemma's in recent onderzoek, zie link.springer.com en zoek op 'Gezondheidsbevordering bij mensen met een psychische aandoening en/of licht verstandelijke beperking'.