

Zorgstandaard Eetstoornissen

EBRO Module

Vermijdende/restrictieve voedselinname (ARFID)

Deze EBRO-module is opgesteld ter onderbouwing van de Zorgstandaard Eetstoornissen en vormt een aanvulling op de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (2008). De Zorgstandaard Eetstoornissen is geautoriseerd op 29 november 2017 en gepubliceerd op GGZ Standaarden, deze EBRO-module is nog niet geautoriseerd.

29-11-2017

Inhoud

1 Inleiding	3
2. (Wetenschappelijke) onderbouwing	5
2.1 Resultaten signalering en diagnostiek.....	5
2.2 Resultaten differentiaal diagnostiek en co-morbiditeit.....	5
2.3 Resultaten behandeling.....	5
3. Conclusies.....	6
4. Overige overwegingen	7
5. Aanbevelingen	9
Literatuur	10
Bijlage 1 Review protocol Zorgstandaard Eetstoornissen uitgangsvragen 1 t/m 4	11

1 Inleiding

Het belangrijkste kenmerk van de *Avoidant / restrictive food intake disorder* (ARFID), of in het Nederlands Vermijdende / restrictieve voedselinname stoornis, is dat er een voedings- of eetstoornis bestaat die er toe leidt dat de betrokkene te weinig binnen krijgt, zoals blijkt uit gewichtsverlies, onvoldoende gewichtstoename tijdens de groei bij kinderen, een voedingsdeficiëntie, afhankelijkheid van sondevoeding of aanvullende voedingssupplementen. Dit leidt vervolgens tot een verstoring van het psychosociaal functioneren. Er is geen sprake van angst voor gewichtstoename of een verstoord lichaamsbeeld. Ook ligt er geen lichamelijke ziekte aan ten grondslag.

ARFID is een nieuwe categorie binnen de DSM 5. De “voedingsstoornis op de zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd” wordt hierdoor vervangen en uitgebreid wat betreft criteria en leeftijd.

Omdat het een nieuwe categorie betreft, zijn er nog geen Nederlandse onderzoeken gedaan naar incidentie en prevalentie van ARFID. Het is daarom nog onduidelijk hoe groot het percentage patiënten in de algemene populatie is en hoe groot het aandeel van ARFID patiënten in het totaal aantal eetstoornispatiënten is. Wel zijn er aanwijzingen dat incidentie en prevalentie verschillen over de diverse leeftijds categorieën.

Uit een retrospectieve studie blijkt dat 14% van de eetstoornis patiënten geclassificeerd met de DSM IV ARFID betreft (Ornstein et al., 2013). Specifiek voor kinderen jonger dan 12 jaar met een eetstoornis, is er bij 21,2% tot 35,2% geen sprake van een verstoord lichaamsbeeld of angst voor gewichtstoename. Er zijn geen verschillen wat betreft lichamelijke complicaties in vergelijking met patiënten met Anorexia Nervosa (Madden, Morris, Zurynski, Kohn, & Elliot, 2009; Nicholls, Lynn & Viner, 2011; Pinhas, Morris, Crosby & Katzman, 2011).

Het is onduidelijk hoe ARFID precies ontstaat. Het lijkt een combinatie van motorische en sensorische factoren te zijn, waarbij ook opvoeding en persoonlijkheidskenmerken een rol spelen.

Selectief eten komt bij kinderen veelvuldig voor. Daarom is het van belang goed te onderscheiden wanneer er zodanig moeite met eten is dat er van een stoornis gesproken kan worden. Zelfs matig-ernstig selectief eten is al geassocieerd met verschillende vormen van psychopathologie, zoals angst, depressie en ADHD. Daarom wordt geadviseerd om bij selectief eten dat interfereert met het dagelijks leven de diagnose ARFID te stellen (Zucker et al., 2015).

ARFID kent een grote psychiatrische en somatische comorbiditeit. Differentiaal diagnostisch moet er in elk geval gedacht worden aan autisme spectrum stoornissen, reactieve-hechtingsstoornis, angststoornissen (bijvoorbeeld, sociale angststoornis, specifieke fobie zoals slikfobie, emetofobie), obsessieve-compulsieve stoornis, anorexia nervosa, depressieve stoornis, schizofreniespectrumstoornissen en nagebootste stoornis.

Daarnaast is het belangrijk zicht te krijgen op eventuele medische problemen en deze zo mogelijk te behandelen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan voedselallergie, maagdarmproblemen maar ook motorische problemen (Nicely, Lane-Loney, Masciulli, Hollenbeak & Ornstein, 2014; Norris et al., 2014).

ARFID is vaak een hardnekkige stoornis waar kinderen vaak niet vanzelf overheen groeien. Het betreft vaak een chronische conditie (Mascola, Bryson & Agras, 2010).

Er is (nog) geen protocollaire behandelvorm voor de behandeling van kinderen en jongeren met ARFID. Behandeling (na eventuele medische interventies) vindt plaats volgens gedragstherapeutische principes, waarbij geleidelijk toenemende exposure aan het vermeden

voedsel een belangrijke pijler vormt. De behandeling lijkt in dit opzicht erg op de behandeling van angststoornissen. Daarnaast kunnen cognitieve technieken, mediatiebehandeling en ontspanningsoefeningen onderdeel zijn van de behandeling.

1. *Op welke wijze kan (beginnende, vermoedelijke) ARFID worden herkend?*
2. *Wat dient in kaart gebracht te worden mbt de differentiaaldiagnostiek bij (beginnende, vermoedelijke) ARFID?*
3. *Welke interventies zijn effectief in de behandeling van ARFID?*

2. (Wetenschappelijke) onderbouwing

Zoekstrategie / klinisch review protocol

Er is op 7 januari 2016 een zoekstrategie uitgezet naar systematische reviews en meta-analyses op het gebied van eetstoornissen waaronder ook ARFID. Er is in de wetenschappelijke databases Pubmed, PsycInfo, Cinahl en de Cochrane database voor systematische reviews gezocht vanaf 2005. De criteria voor de selectie van de artikelen die uit deze zoekstrategie naar recente literatuur voortkwamen staan beschreven in het review protocol (zie Bijlage 1).

Selectie van studies

In totaal zijn er met de zoekstrategie 1188 systematische reviews en meta-analyses gevonden; in PubMed 747, in PsycInfo 246, in CINAHL 182 artikelen en in de Cochrane database voor systematische reviews 13. Vervolgens werden 316 dubbele artikelen verwijderd, er bleven daardoor 872 titels over. In de abstracts van slechts 2 referenties werd ARFID genoemd: in de referentie naar de RANZ-CP richtlijn en in de review van Bryant-Waugh (2013). De RANZ-CP richtlijnen noemen het gebrek aan wetenschappelijk evidentie en de noodzaak voor meer onderzoek naar dit onderzoek. De review van Bryant-Waugh (2013) werd op non-systematische wijze uitgevoerd en is daarom niet meegenomen in de wetenschappelijke onderbouwing van deze module.

2.1 Resultaten signalering en diagnostiek

Wegens gebrek aan bewijs uit de wetenschappelijke literatuur zijn hier geen resultaten beschreven.

2.2 Resultaten differentiaal diagnostiek en co-morbiditeit

Wegens gebrek aan bewijs uit de wetenschappelijke literatuur zijn hier geen resultaten beschreven.

2.3 Resultaten behandeling

Wegens gebrek aan bewijs uit de wetenschappelijke literatuur zijn hier geen resultaten beschreven.

3. Conclusies

Wegens gebrek aan bewijs uit de wetenschappelijke literatuur zijn hier geen conclusies geformuleerd.

4. Overige overwegingen

Omdat er pas sinds de invoering van de DSM-5 over deze nieuwe doelgroep van eetstoornissen wordt geschreven, is nog niet te zeggen hoe vaak ARFID voorkomt in de bevolking (Norris & Katzman, 2015). Bovendien kan ARFID zich op verschillende manieren manifesteren en kunnen patiënten daardoor bij diverse soorten hulpverleners terecht komen, zowel in het medische circuit als de geestelijke gezondheidszorg, van gastro-enteroloog tot diëtist. Het is dus van belang dat hulpverleners deze problemen beter leren herkennen en begrijpen. Ook in het geval van matige ernst van selectief eten is ingrijpen gewenst, zodoende is vroege herkenning van belang (Zucker et al., 2015).

Kinderen met Anorexia Nervosa zijn niet altijd expliciet over hun angst voor gewichtstoename. Dit maakt AN bij jonge kinderen soms lastig te onderscheiden van ARFID. Vergeleken met BN en AN zijn ARFID kinderen jonger, zijn ze al langer ziek, zijn het vaker jongens, en er is vaker sprake van een comorbide somatische stoornis, zoals een voedselovergevoeligheid. Kinderen met ARFID hebben vaker een overgevoeligheid in het mondgebied en angst voor stikken. Kinderen met ARFID zijn vergelijkbaar met jongeren met AN wat betreft ondergewicht. Wel zijn kinderen met ARFID vaker afhankelijk van voedingssupplementen. Ook is er vaker sprake van ontwikkelingsstoornissen en angststoornissen, maar minder vaak depressie dan bij AN.

Er is (nog) geen protocollaire behandeling voor de behandeling van kinderen, jongeren en volwassenen met ARFID. In gespecialiseerde centra is wel ervaring met een geprotocolleerde handelwijze om kinderen weer te laten eten. Momenteel heerst de opvatting dat cognitieve gedragstherapie de voorkeur behandeling is. Daarbij wordt uitgegaan van de idee dat een voedingsstoornis gelijkenis vertoont met een angststoornis; de consumptie van voedsel wordt gezien als angstig en deze angst wordt onderhouden door vermijding (King, Urbach & Stewart, 2015).

In de behandeling van angststoornissen is een belangrijke pijler exposure aan de angstige stimulus. Bij kinderen met voedingsstoornissen is dat dus exposure aan het vermeden voedsel. De angst om te stikken in bepaald voedsel of de sensatie of structuur van voedsel kunnen angst veroorzaken. Zoals recent beschreven lijkt het werkzame deel van exposure te zijn, dat de verwachting van de ramp niet uitkomt (Vervliet, Craske & Hermans, 2014). In de behandeling van voedingsstoornissen wordt dus geleerd dat de het voedsel gegeten kan worden, zonder nadelige gevolgen. In de praktijk betekent dit in vivo exposure gedurende de maaltijd.

Samenwerking met ouders/ verzorgers is van essentieel belang bij de behandeling van kinderen en jongeren. Daarom is naast individuele behandeling van het kind is ouder- of gezinsbegeleiding vrijwel altijd geïndiceerd. Ouders worden in de behandeling van hun kind niet alleen gevraagd thuis het oefenen met eten door te zetten. Zij maken tegelijkertijd met hun kind een verandering door van opnieuw toenadering zoeken tot voedsel. Voor ouders kan het moeilijk zijn om hun kind angstig te zien worden. In die gevallen is het belangrijk ouders te helpen hoe zij hun kind kunnen stimuleren de angst te overwinnen.

Als er sprake is van ernstig ondergewicht met somatische complicaties, zal behandeling in eerste instantie gericht zijn op het herstel van de vitale functies. Bij een evidente groeivertraging kunnen orale supplementen nodig zijn om de groei te waarborgen, voordat het voedingspatroon wordt uitgebreid. Monitoring van groei en ontwikkeling, in het bijzonder ook de ontwikkeling van puberteitskenmerken, is bij deze doelgroep erg belangrijk, en dient deel uit te maken van de behandeling.

Farmacotherapie lijkt een ondergeschikte rol te spelen bij de behandeling van ARFID. Al is ook hier geen onderzoek dat dit kan bevestigen. Als er sprake is van comorbiditeit, bijvoorbeeld ADHD, kan

farmacotherapeutische behandeling van de comorbiditeit de behandeling van ARFID mogelijk faciliteren.

Als een traumatische ervaring rondom eten (bijvoorbeeld een daadwerkelijk doorgemaakte stikervaring) aan de basis ligt van de voedingsstoornis, dan kan overwogen worden om de traumatische ervaring mee te behandelen.

Het komt voor dat het kind zelf geen noodzaak voelt om zijn of haar voedingspatroon uit te breiden. Vaak zijn het de ouders die, naarmate het kind de puberteit nadert, zich zorgen gaan maken over het eenzijdige voedingspatroon met het oog op de naderende groeisput. Het vergt vaak veel investering en inventiviteit om het kind in dat geval te motiveren voor behandeling. Jongeren kunnen vanaf een bepaalde leeftijd wel een behandelmotivatie hebben, bijvoorbeeld omdat een sondeslang interfereert met sociale (seksuele) contacten. Ze willen dan van deze sondevoeding af.

Gedurende de behandeling kan het voorkomen dat weer kunnen eten niet het gewenste resultaat heeft. Zo kan bijvoorbeeld de smaak van producten tegen vallen. Dit laatste kan in de dagelijkse praktijk een struikelblok vormen om behandeling door te zetten. Psycho-educatie over de opgelopen ervaringsachterstand in smaak-ontwikkeling als gevolg van de klachten kan behulpzaam zijn. Het trainen van de smaakpapillen en het wennen aan een grotere variëteit producten kan langer tijd vergen dan de behandeling van de angst voor voedsel.

Onderzoek naar behandeling is sterk aan te bevelen, omdat er nog vrijwel geen evidentie voor een behandeling is. Het risico bestaat dat in situaties van ondergewicht eerder aan een ziekenhuisopname wordt gedacht, dan aan een poliklinische behandeling. Dat zou meer kosten voor de maatschappij met zich meebrengen. De ervaringen uit de praktijk wijzen erop dat behandeling volgens de principes van angststoornissen goede kansen heeft. Deze behandeling zou goed in te voeren zijn in de huidige GGZ, aangezien cognitieve gedragstherapie daar al een centrale plaats inneemt. Behandeling kan worden opgeschaald van poliklinisch naar klinisch, mocht ambulant onvoldoende blijken. Klinische zorg voor eetstoornissen is uiteraard duurder en minder toegankelijk. Samenwerking met medische gezondheidszorg zal dan vaker nodig zijn.

5. Aanbevelingen

Omdat ARFID inmiddels een plek in de DSM-5 heeft gekregen, is verder onderzoek sterk aan te bevelen. Informatie over prevalentie, risicofactoren, manieren van behandeling en het verloop van de ziekte is onmisbaar om de huidige voorlopige conclusies te staven.

Als *evidence based* behandeling voor ARFID onderzocht is, kan ook de implementatie van de behandeling aan en door hulpverleners plaatsvinden.

Informeel en bied scholing aan eerstelijns zorgprofessionals om ARFID tijdig te herkennen zodat eerder psychologische hulp geboden kan worden.

In diagnostische fase is het van belang de somatiek een belangrijke plek te geven, zowel in het uitsluiten van medische oorzaken voor het ondergewicht als in de bepaling van de kans op en ernst van de gezondheidsschade als gevolg van het ondergewicht.

Laat patiënten door een ggz professional behandelen. Behandel de op angst lijkende klachten met cognitieve gedragstherapie, in het bijzonder exposure. Voer CGT uit zoals deze behoort uitgevoerd te worden. Volg hiertoe een gedegen opleiding, aangevuld met supervisie.

Samenwerking met ouders/verzorgers is essentieel bij de behandeling van kinderen en jongeren. Betrek hen bij de behandeling.

Diëtistisch advies is te overwegen om te bepalen hoeveel intake nodig is om het kind of de jongere voldoende te laten groeien. Daarbij kan een diëtist behulpzaam zijn bij het geven van voorlichting over gezonde voeding.

Logopedie kan eveneens een overweging zijn om aan behandeling toe te voegen. Vooral als er sprake is van motorische problemen of als er in de aanloop van de klachten problemen in het mondgebied bestonden.

Literatuur

- Bryant-Waugh, R. (2013). Avoidant restrictive food intake disorder: An illustrative case example. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 420-423.
- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., ... & Walsh, B. T. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: A "New Disorder" in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49-52.
- King, L.A., Urbach, J.R., Stewart, K.E. (2015). Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment. *Eating Behaviors*, 19, 106-109.
- Mascola A.J., Bryson S.W., & Agras W.S. (2010). Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11 years. *Eating Behaviors*, 2010; 11:253-257.
- Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S., & Ornstein, R. M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 21.
- Nicholls D.E., Lynn R., & Viner R.M. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *British Journal of Psychiatry*, 198, 295–301.
- Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W., & Henderson, K. (2014). Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *International journal of Eating Disorders*, 47(5), 495-499.
- Norris, M., & Katzman, D. (2015). Change is never easy, but it is possible: Reflections on Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder two years after its introduction in the DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 57, 8-9.
- Ornstein, R. M., Rosen, D. S., Mammel, K. A., Callahan, S. T., Forman, S., Jay, M. S., ... & Walsh, B. T. (2013). Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 53(2), 303-305.
- Pinhas L., Morris A., Crosby R.D., & Katzman, D.K. (2011). Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: A Canadian paediatric surveillance program study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165, 895–899.
- Vervliet, B., Depreeuw, B., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T. & Craske, M. (2014) Exposuretherapie maximaliseren: Een benadering volgens het inhibitorisch leermodel. *Gedragstherapie*, 47, 4.
- Wildes, J.E., Zucker, N.L. & Marcus ,M.D. (2012). Picky eating in adults: Results of a webbased survey. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 575-582.
- Zucker, N., Copeland, W., Franz, L., Carpenter, K. Keeling, L., Angold, A., & Egger, H. (2015). Psychological and psychosocial impairment in preschoolers with selective eating. *Pediatrics*, 136(3), e582-90.

Bijlage 1 Review protocol Zorgstandaard Eetstoornissen uitgangsvragen 1 t/m 4

Topic	Signalering en diagnostiek
Review question(s)	Op welke wijze kunnen (beginnende, vermoedelijke) eetstoornissen worden herkend? Welke signaleringsinstrumenten (screeners) zijn hiervoor beschikbaar, zowel op psychisch als somatisch gebied, inclusief signaleringsinstrumenten voor derden (naasten, huisartsen). Wat dient in kaart gebracht te worden voor het vaststellen van de ernst van een voedings- of eetstoornis? Welke instrumenten zijn behulpzaam bij het in kaart brengen van de ernst van de voedings- of eetstoornis.
Sub-question(s)	Zijn er specifieke aandachtspunten voor jeugdigen? Welke implicaties heeft de ernstinschatting (ernst, zeldzaamheid, complexiteit) voor de behandeling en de behandelsetting (generalistisch, specialistisch, hoog-specialistisch)? Wanneer is er sprake van chroniciteit? Wanneer is er sprake van terugval? Wat zijn herstelcriteria?
Objectives	Signalering Diagnostiek
Criteria for considering studies for the review	
Types of participants	Alle personen met een (beginnende, vermoedelijke) eetstoornis
Intervention	--
Comparator	--
Critical outcomes	--
Important outcomes	--
Time	--
Study design	--
Dosage	--
Study setting/country	--
Search strategy	Databases searched: CINAHL, Pubmed, PsycInfo Date limiters: 2006-2015 Other limiters, e.g. design, language, age:
Study design filter used	--
Question specific search strategy	--
Searching other resources	MDR Eetstoornissen 2006 en de NICE richtlijn 2017 (indien mogelijk), ROM systemen

The review strategy	De bestaande richtlijnen dienen als basis en worden aangevuld met recente literatuur. De MDR RANZCP 2014 behandelt geen signalerings-, screenings- en diagnostische instrumenten. Deze richtlijn geeft ook geen uitsluitel over de definitie van chroniciteit en het vaststellen hiervan. Signalerings-, screenings- en diagnostische instrumenten worden onderzocht op diagnostische accuratesse.
Note.	

Topic	Differentiaal diagnostiek en co-morbiditeit
Review question(s)	Wat dient in kaart gebracht worden met betrekking tot de differentiaaldiagnostiek bij een (beginnende, vermoedelijke) voedings- of eetstoornis? Welke instrumenten zijn behulpzaam bij de diagnostiek van co-morbide stoornissen, met name op het gebied van angststoornissen, depressie, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en autisme? Wat dient in kaart gebracht worden met betrekking tot de somatische comorbiditeit of medische complicaties bij een voedings- of eetstoornis?
Sub-question(s)	Zijn er specifieke aandachtspunten voor jeugdigen? Welke psychische co-morbiditeit is een contra-indicatie voor de behandeling van een voedings- of eetstoornis? Welke implicaties heeft het medische risico voor de behandeling en de behandelsetting (generalistisch, specialistisch, hoog-specialistisch)?
Objectives	Differentiaaldiagnostiek
Criteria for considering studies for the review	
Types of participants	Alle personen met een (beginnende, vermoedelijke) eetstoornis
Intervention	--
Comparator	--
Critical outcomes	--
Important outcomes	--
Time	--
Study design	--
Dosage	--
Study setting/country	--
Search strategy	Databases searched: CINAHL, Pubmed, PsycInfo Date limiters: 2006-2015/2013-2015 Other limiters, e.g. design, language, age:
Study design filter used	--
Question specific search strategy	--
Searching other resources	MDR Eetstoornissen 2006, MDR RANZCP 2014, de NICE richtlijn 2017 (indien mogelijk), ROM systemen, andere zorgstandaarden
The review strategy	Co-morbiditeit is een onderwerp op zich. Er wordt zo veel mogelijk aangesloten bij ander zorgstandaarden (in ontwikkeling), bijvoorbeeld wat betreft geschikte instrumenten voor het vaststellen van co-morbide stoornissen.

Note.

Topic	Interventies
Review question(s)	Welke interventies zijn effectief in de behandeling van patiënten met een voedings- of eetstoornis? Zijn deze ook effectief voor jeugdigen of zijn er effectieve interventies die specifiek gericht zijn op jeugdigen?
Sub-question(s)	Welke specifieke aandachtspunten zijn er voor jeugdigen met betrekking tot de motivatie van de patiënt? Zijn deze interventies ook effectief bij chroniciteit? Zijn er effectieve interventies die specifiek gericht zijn op chroniciteit? Wanneer en hoe kan ervaringsdeskundigheid worden ingezet bij interventies voor patiënten met een voedings- of eetstoornis?
Objectives	Effectiviteit van interventies voor de drie typen voedings- of eetstoornis (AN, BN en ARFID).
Criteria for considering studies for the review	
Types of participants	Alle personen met een (beginnende, vermoedelijke) eetstoornis
Intervention	Alle interventies voor alle typen voedings- of eetstoornissen
Comparator	Care as usual Wachtlijstgroepen Controlegroepen
Critical outcomes	Symptoomvermindering Herstel
Important outcomes	Kwaliteit van leven Functioneren
Time	--
Study design	Systematische reviews, meta-analyses, RCT's
Dosage	--
Study setting/country	--
Search strategy	Databases searched: CINAHL, Pubmed, PsycInfo Date limiters: 2013-2015 Other limiters, e.g. design, language, age:
Study design filter used	--
Question specific search strategy	--
Searching other resources	MDR Eetstoornissen 2006, MDR RANZCP 2014, de NICE richtlijn 2017 (indien mogelijk), andere zorgstandaarden
The review strategy	Het betreft een update vanaf 2013 van de MDR RANZCP + aanvullingen voor ARFID. De search wordt uitgevoerd door een informatiespecialist en de studies worden door de reviewer(s) geselecteerd op basis van titel en abstract en zonodig op basis van de volledige tekst. De aanbevelingen uit de bestaande MDR RANZCP en de NICE richtlijn in ontwikkeling worden samengevat.
Note.	

Topic	Patiënt en patiëntensysteem
Review question(s)	Welke rol kunnen patiënt zelf en naasten spelen in de diagnostiek en behandeling van voedings- en eetstoornissen?
Sub-question(s)	--
Objectives	Rol van patiënt en naasten bij diagnostiek en behandeling
Criteria for considering studies for the review	
Types of participants	Alle personen met een (beginnende, vermoedelijke) eetstoornis en hun naasten
Intervention	--
Comparator	--
Critical outcomes	--
Important outcomes	--
Time	--
Study design	--
Dosage	--
Study setting/country	--
Search strategy	Databases searched: CINAHL, Pubmed, PsycInfo Date limiters: 2006-2013 Other limiters, e.g. design, language, age:
Study design filter used	--
Question specific search strategy	--
Searching other resources	MDR Eetstoornissen 2006, MDR RANZCP 2014, de NICE richtlijn 2017 (indien mogelijk), andere zorgstandaarden
The review strategy	Update van de bestaande richtlijnen, aangevuld met een focusgroep met NAE-experts en ervaringsdeskundigen (patiënten en naasten).
<i>Note.</i>	