

Onderwerp:	Mandometerbehandeling geen doelmatige AWBZ-zorg
Samenvatting:	In deze zaak wordt de vraag gesteld of behandeling volgens de Mandometer-methode verzekerde zorg in het kader van de AWBZ is. De behandeling van anorexia nervosa (AN) met behulp van de Mandometer-methode voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De effectiviteit van de Mandometer-methode bij AN is onvoldoende aangetoond. Deze vorm van behandeling van AN kan daarom niet als doelmatige AWBZ-zorg worden beschouwd. Op grond van artikel 2, tweede lid, BZA heeft een verzekerde daarom geen aanspraak op behandeling volgens de Mandometer-methode ten laste van de AWBZ.
Soort uitspraak:	AaA = adviesaanvraag AWBZ
Datum:	19 november 2007
Uitgebracht aan:	zorgverzekeraar

Onderstaand de volledige uitspraak.

De adviesaanvraag

Een verzekerde wil naar Zweden om daar te beginnen met een mandometerbehandeling. Deze behandeling wordt toegepast bij anorexia nervosa. In Nederland wordt deze toegepast in Academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie De Bascule in Amsterdam. Sinds eind 2005 is de Bascule samen met de kliniek Rintveld in Zeist begonnen met een onderzoek naar de effectiviteit van de methode toegepast bij adolescenten. Gedurende twee jaar worden de verschillende behandelingen met elkaar vergeleken en geëvalueerd.

De vraag die voorligt, is of de mandometerbehandeling tot de verzekerde zorg in het kader van de AWBZ behoort.

Wet- en regelgeving

In dit geschil zijn de volgende bepalingen van belang.

Op grond van artikel 9b AWBZ bestaat slechts aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen.

Als vorm van zorg, bedoeld in artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ, is in artikel 2 van het Zorgindicatiebesluit onder meer aangewezen de functie behandeling omschreven in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA).

Volgens artikel 8 BZA omvat behandeling, behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling, door een psychiater of zenuwarts of door een psychotherapeut.

De behandeling, die in verband met een psychiatrische aandoening wordt verleend, is in artikel 2 onder a van het Zorgindicatiebesluit uitgezonderd. Voor de aanspraak op deze

vorm van zorg is geen indicatiebesluit van het indicatieorgaan vereist. Deze vorm van behandeling moet plaatsvinden op verwijzing van de huisarts of de behandelend psychiater naar wie de verzekerde door de huisarts is verwezen (artikel 8 van de Regeling van zorgaanspraken AWBZ).

Op grond van artikel 2, tweede lid van het BZA bestaat de aanspraak op zorg slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

Medische beoordeling

De medisch adviseur heeft beoordeeld of de mandometermethode voor volwassenen met anorexia nervosa (AN) een methode is die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en derhalve als doelmatige zorgverlening is te beschouwen. De referenties zijn als bijlage 1 toegevoegd.

Mandometer® methode

De mandometer® methode is in de jaren negentig ontwikkeld door de groep Bergh/Södersten van de Karolinska-universiteit in Zweden en uitgebreid beschreven op de website (www.mandometer.com) en in Medisch Contact (MC 2004; 52: 2096-2098). Het specifieke van de methode bestaat uit een voedingsmanagementprogramma dat de patiënt leert om met behulp van biofeedback via de computer normaal te eten en daarbij een normaal verzadigingsgevoel te krijgen. Het eten wordt tijdens de maaltijd permanent gewogen, waarbij een gekoppelde computer informatie laat zien, o.a. over bereikte en gewenste eetsnelheid en voedingshoeveelheid. Op een vergelijkbare wijze geeft de computer terugkoppeling over het verzadigingsniveau. Deze combinatie heet "Mandometer". Ondersteunend aan deze behandeling rusten de patiënten na de maaltijd verplicht in een verhitte omgeving om de hyperactiviteit te reguleren. Ook krijgen ze sociale vaardigheidstraining. Het grootste deel van de therapie vindt in de kliniek plaats (van 11.00-19.00 uur op weekdays), een deel bij de patiënt thuis. Daarvoor krijgen de patiënten een draagbare Mandometer mee naar huis. Voor iedere patiënt wordt een op die persoon toegesneden behandelplan opgesteld. Volgens een cohortstudie onder 168 patiënten is de verwachte behandelduur tot remissie 14,7 maanden (Bergh 2002). In Nederland wordt de methode in onderzoeksverband toegepast bij adolescenten. Het betreft een niet gerandomiseerde vergelijkende studie waarbij de mandometer® methode wordt vergeleken met conventionele therapie bestaande uit voedingsadvies, psychotherapie en gezinsbehandeling. Financiering vindt niet plaats vanuit de AWBZ, maar met onderzoeksgeld. De studie is nog niet afgerond en zal geen resultaten opleveren voor volwassenen met AN.

In hoeverre wijkt de mandometer® methode af van conventionele therapie?

Volgens de recente CBO-richtlijn uit 2006 is AN een psychiatrische aandoening waarvan de etiologie vooralsnog onbekend is. Wel is duidelijk dat eetstoornissen het gevolg zijn van een combinatie van meerdere factoren: genetische achtergrond, persoonlijkheid, sociale, culturele en familiale factoren. Ieder op zich zijn deze factoren niet voldoende om de stoornis te veroorzaken.

De groep Bergh/Södersten ontwikkelden de methode op basis van de hypothese dat AN veroorzaakt wordt door hongeren, waarna biochemische veranderingen optreden met als gevolg o.a. hyperactiviteit en psychische stoornissen. Oorzaak en gevolg worden hierbij dus omgedraaid in volgorde t.o.v. wat gangbaar is, namelijk het centraal stellen van de psychiatrische aandoening.

Aangezien Bergh/Södersten uitgaan van een ander uitgangspunt is de vraag of de behandeling ook anders is. Volgens de recente CBO-richtlijn uit 2006 richt de multidisciplinaire behandeling van AN zich op het verminderen van het ondergewicht, het normaliseren van het eetpatroon en het stoppen met de eetbuien en/of het braken en laxeren. Herstel van het eetgedrag is een noodzakelijke voorwaarde voor herstel van het gewicht en de lichamelijke gevolgen. Om patiënten te motiveren tot veranderen van hun eetgedrag is voedingsmanagement een belangrijk hulpmiddel. De richtlijn spreekt zich niet uit over een specifieke methode van voedingsmanagement. Daarnaast richt de behandeling zich op het vergroten van de zelfwaardering, de verbetering van de

lichaamsbeleving en het veranderen van verstoorde cognities ten opzichte van eten en gewicht.

Het specifieke van de mandometer® methode is een voedingsmanagementprogramma in de vorm van cognitieve gedragstherapie die gebruik maakt van biofeedback gericht op normalisering van het eetpatroon en verzadigingsgevoel. Daarnaast warmtetherapie, vermindering van hyperactiviteit en aanleren van sociale vaardigheden. Samenvattend gaat het om een multidisciplinaire behandeling die past binnen de CBO-richtlijn maar wel zeer specifiek is. Op de methode is patent aangevraagd en de methode mag alleen onder auspiciën van de Zweedse onderzoeksgroep worden toegepast.

Klinische studies

Door CVZ is op 19-09-2007 een search uitgevoerd met de zoektermen "Södersten" AND (mandometer OR eating OR anorexia). Er zijn 9 artikelen gevonden waaronder 1 casusbeschrijving van een kind met AN en 2 klinische trials uit 2002 en 2003 van Bergh. De klinische trial uit 2003 bleek een herhaalde beschrijving van de RCT uit 2002. De RCT, gepubliceerd in 2002, bestond uit 32 patiënten met anorexia nervosa of bulimia nervosa die gerandomiseerd werden in een behandeling volgens de mandometer® methode of geen behandeling. Alhoewel de auteurs zelf geen onderscheid maakten tussen AN of BN, hebben ze de specifieke gegevens van de AN-groep wel ter beschikking gesteld voor de Cochrane review. Deze resultaten zijn hier beschreven. De mediane leeftijd van de AN-groep was 16 jaar. 10 van de 11 uit de behandelde groep en 0 uit de onbehandelde groep waren in remissie, gedefinieerd volgens de criteria van de DSM IV met uitzondering van terugkeer van menstruatie (7 van de 10 nog amenorrhoe). Alle 10 waren terug naar school of werkten weer volledig. De gemiddelde behandelduur was 14,4 maanden, vergelijkbaar voor AN en BN. Gegevens over terugval zijn niet vermeld.

Daarnaast beschrijft het artikel een retrospectieve cohortevaluatie van 168 patiënten, waarvan 85 met AN, die de mandometer® methode gevolgd hadden. Van de 168 patiënten volgden 62 (37%) nog de behandeling, 83 (49%) waren in remissie na een mediane periode van 11,8 maanden en 23 (14%) hadden zich teruggetrokken uit de behandeling. Van de patiënten in remissie bleef 93% in remissie gedurende 12 maanden. Geen van deze patiënten volgden nog een andere behandeling. De auteurs betogen dat het verwachte remissie-percentages 75% was met een gemiddelde behandelduur tot remissie van 14,7 maanden.

Op deze RCT is forse kritiek gekomen van Bulik en Schmidt. Schmidt betoogt dat er sprake was van selectiebias omdat patiënten met een slechte prognose niet in de studie zaten (ernstig ondervoede patiënten uitgesloten, korte gemiddelde ziekteduur en jonge gemiddelde leeftijd van 16 jaar). Bulik heeft de studie om meerdere redenen uitgesloten van de systematische review (persoonlijke mededeling):

- het betreft geen homogene groep (anorexia en bulimia door elkaar);
- terugkeer van menstruatie was geen criterium voor remissie;
- ethisch problematisch om de controlegroep geen conventionele therapie te geven.

Bergh heeft hierop gereageerd in 2004. Volgens Bergh hadden alle deelnemers aan de studie al twee niet succesvolle behandelingen in behandelcentra in Stockholm gevolgd. Bij een gemiddelde ziekteduur van 2 jaar (0-21 jaar) van de totale studiebevolking roept dit de vraag op of deze patiënten een multidisciplinaire behandeling conform de huidige inzichten hebben ontvangen vóór aanmelding bij de studie.

De studie is wel meegenomen in de Cochrane review (zie verderop). Alhoewel de studie een duidelijk positief effect laat zien van de mandometer® methode is de studie van zeer beperkte omvang en is de helft van de deelnemers jonger dan 16 jaar. De resultaten voor adolescenten zijn bemoedigend maar van te beperkte omvang om er conclusies aan te kunnen verbinden. De resultaten zijn zeker niet te extrapoleren naar volwassenen met AN.

Systematische reviews

Op 12-10-2007 is in Medline gezocht naar systematische reviews over de resultaten van behandeling van anorexia nervosa met de zoektermen "anorexia" OR Anorexia nervosa OR anorexia AND systematic [sb]. Er zijn 12 systematische reviews gevonden waarvan op basis van de abstracts 9 zijn afgevallen vanwege de gedateerdheid (Jacobi en Herzog uit

1997), de doelgroep adolescenten (Tierney en Gowers) of bredere doelgroep dan eetstoornissen (Leichsenring), ander focus namelijk pathofysiologie van eetstoornissen respectievelijk vroege interventie (Duchesne en Schoemaker), ontbreken van systematisch literatuuronderzoek (Wilson) en alleen beschrijving van interventie zonder uitkomsten (Lammers). Drie reviews bleven over waarvan twee gebaseerd waren op hetzelfde literatuuronderzoek (Berkman en Bulik). Hierdoor bleven over de Cochranestudie van Hay en systematische review van Bulik.

De systematische review van Bulik over de behandeling van Anorexia Nervosa van kinderen, adolescenten en volwassenen is verschenen in 2007. De literatuur van 1980-september 2005 is systematisch onderzocht. 32 studies zijn gevonden waarvan 13 zijn geëxcludeerd vanwege onvoldoende kwaliteit (waaronder de studie van Bergh over de mandometermethode). Uit de review blijkt dat medicatie geen effect heeft op gewichtstoename of psychologische factoren terwijl er wel sprake is van flinke uitval. Voor volwassenen is er enig bewijs dat gedragstherapie na herstel van het gewicht het risico op terugval vermindert. Gezinstherapie is niet van waarde voor volwassenen met AN. Er zijn geen RCT's studies gevonden over specifieke interventies gericht op herstel van het lichaamsgewicht.

De Cochranereview van Hay heeft het effect van individuele psychotherapie van volwassenen met AN in de ambulante zorg onderzocht. Hiervoor is de literatuur systematisch onderzocht op RCT's vanaf 1966 tot december 2005. Zes studies, waaronder de RCT-studie van Bergh over de mandometermethode, werden gevonden waarbij verschillende vormen van psychotherapie werden toegepast. Groot bezwaar van de studie van Bergh was het geringe aantal deelnemers met AN (19) en jonge leeftijd (50% jonger dan 16 jaar). Het bleek niet mogelijk om duidelijke conclusies te trekken over de toegepaste psychotherapieën. Deelnemers die geen psychotherapie ontvingen hadden een slechte uitkomst. De eindconclusie is dat psychotherapie als onderdeel van de multidisciplinaire behandeling zinvol lijkt maar geen uitspraak mogelijk is over een specifieke vorm van psychotherapie (psychodynamische therapie, cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie of combinaties of varianten op deze therapieën). Er is dringend behoefte aan multi-center RCT's van voldoende omvang bij oudere adolescenten en volwassenen met AN.

Er is nog een literatuursearch uitgevoerd naar RCT's over psychotherapie voor AN vanaf december 2005. Er is gezocht naar clinical trials of RCT's met de zoektermen "anorexia nervosa" AND "psychotherapy". Er zijn geen RCT's meer gevonden hetgeen betekent dat de bevindingen uit de Cochranereview nog steeds geldig zijn.

Richtlijnen

Tot slot is een search uitgevoerd naar relevante richtlijnen over de behandeling van anorexia nervosa. In 2006 is de multidisciplinaire CBO-richtlijn Eetstoornissen verschenen en in 2004 de NICE-richtlijn "Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders". De American Psychiatric Association heeft ook richtlijnen opgesteld: guidelines for the treatment of patients with eating disorders. Het CBO heeft zowel de NICE als de APA-richtlijn betrokken bij het opstellen van hun richtlijn. Daarom is in bijlage 2 alleen de samenvatting van deze richtlijn voor de behandeling van anorexia nervosa toegevoegd.

Eindoordeel

De enige RCT over de mandometer® methode is van zeer beperkte omvang, van onvoldoende kwaliteit en betrof een geselecteerde patiëntenpopulatie waarvan de helft jonger dan 16 was. Uit twee grote systematische reviews blijkt dat er geen conclusies zijn te trekken over de effectiviteit van de mandometer® methode bij volwassenen met AN. Samenvattend voldoet de mandometermethode niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De lopende studie in Nederland zal ook geen uitsluitsel geven omdat het een niet gerandomiseerde studie is onder jongeren met AN. Nieuwe RCT's van voldoende omvang zijn noodzakelijk waarbij de mandometer® methode wordt vergeleken met gebruikelijke behandeling (voedingsmanagementprogramma in combinatie met specifieke psychotherapie).

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of de mandometerbehandeling valt onder de AWBZ-zorg.

De behandeling van een verzekerde met anorexia nervosa valt onder de functie behandeling als bedoeld in artikel 8 BZA en is dus AWBZ-zorg. Het gaat om een behandeling van medisch-specialistische aard gericht op herstel van een psychiatrische aandoening te verlenen door een instelling, door een psychiater of zenuwarts of door een psychotherapeut.

Daarnaast geldt de eis dat een verzekerde gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening op de zorg is aangewezen. Uit de toelichting bij dit artikel blijkt dat deze bepaling is opgenomen om expliciet tot uitdrukking te brengen dat de verzekerde alleen aanspraak heeft op zorg die voor hem doelmatig is.

De vraag is of een bepaalde specifieke behandeling van anorexia nervosa, namelijk behandeling volgens de mandometer[®] methode valt onder de AWBZ-zorg. Gelet op bovenstaand medisch advies is het College van oordeel dat de behandeling volgens de mandometer[®] methode niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De effectiviteit van de mandometer[®] methode bij AN is onvoldoende aangetoond. Deze vorm van behandeling van anorexia nervosa kan daarom niet als doelmatige zorg worden beschouwd¹. Een verzekerde is daarom vanuit een oogpunt van doelmatige zorgverlening niet op deze zorg aangewezen. Op grond van artikel 2, tweede lid, BZA heeft een verzekerde daarom geen aanspraak op behandeling volgens de mandometer[®] methode ten laste van de AWBZ.

Overigens merkt het College op dat met ingang van 1 januari 2008 de op genezing gerichte curatieve zorg in verband met een psychiatrische aandoening over gaat van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dan zal de eis dat deze behandeling moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk voortvloeien uit artikel 2.1, tweede lid, Besluit zorgverzekering. Voor alle zorgvormen in de Zvw geldt deze eis.

Advies van het College

Het College adviseert u bovenermeld advies te betrekken in uw eventuele beslissing naar verzekerde.

Bijlage 1: Referenties

Bijlage 2: Samenvatting CBO-richtlijn Eetstoornissen, specifiek anorexia nervosa bij volwassenen

¹ Zie ook RZA 2007/139

Bijlage 1 Referenties

- Bergh C, Brodin U, Lindberg G, et al. Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2002; 99(14): 9486-91.
- Bergh C, Ejerhamn J, Södersten P. What is the evidence basis for existing treatments of eating disorders? *Curr Opin Pediatr* 2003; 15(3): 344-5.
- Bergh C, Sodersten P. Mandometer treatment of eating disorders; a reply. *Eur.Eat.Disorders Rev.* 2004;12:333-336.
- Berkman ND, Bulik CM, Brownley KA, et al. Management of eating disorders. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2006; (135): 1-166.
- Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, et al. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007; 40(4): 310-20.
- CBO. Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen. 2006.
- Duchesne M, Mattos P, Fontenelle LF, et al. Neuropsicologia dos transtornos alimentares: revisão sistematica da literatura. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(2): 107-17.
- Gowers S and Bryant-Waugh R. Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45(1): 63-83.
- Hay P, Bacaltchuk J, Claudino A, et al. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (4): CD003909.
- Herzog T and Hartmann A. Psychoanalytisch orientierte Behandlung der Anorexia nervosa. Eine methodenkritische Literaturübersicht unter Verwendung meta-analytischer Methoden. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1997; 47(9-10): 299-315.
- Jacobi C, Dahme B, Rustenbach S. Vergleich kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapiestudien bei Bulimia und Anorexia nervosa. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1997; 47(9-10): 346-64.
- Lammers MW, Exterkate CC, De Jong CAJ. A Dutch day treatment program for anorexia and bulimia nervosa in comparison with internationally described programs. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15(2): 98-111.
- Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *Int J Psychoanal* 2005; 86(Pt 3): 841-68.
- Schmidt U. Mandometer musings. *Eur.Eat. Disorders Rev* 2003;11:1-6.
- Schmidt U. Reply to Drs Bergh and Södersten. *Eur.Eat. Disorders Rev* 2004;12:337.
- Schoemaker C. Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome literature. *Int J Eat Disord* 1997; 21(1): 1-15.
- Tierney S and Wyatt K. What works for adolescents with AN? A systematic review of psychosocial interventions. *Eat Weight Disord* 2005; 10(2): 66-75.
- Wilson GT. Psychological treatment of eating disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1, 439-65.

Bijlage 2

Samenvatting CBO-richtlijn Eetstoornissen, specifiek anorexia nervosa bij volwassenen

Ziektebeeld anorexia

In 2006 is de richtlijn eetstoornissen van het CBO verschenen waarin het ziektebeeld is beschreven. Bij anorexia nervosa is er sprake van een weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht.

Patiënten

met anorexia nervosa zijn meestal extreem vermagerd. Bij anorexia nervosa worden twee subtypen onderscheiden: het beperkende type dat niet purgeert (zelfopgewekt braken of misbruik van laxantia, diuretica of klysma's) en geen eetbuien heeft en het type dat eetbuien heeft en/of purgeert.

Anorexia is een psychiatrische aandoening als voldaan is aan de volgende DSM-IV criteria:

- A. Weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht;
- B. Intense angst in gewicht toe te nemen of dik te worden, terwijl er juist sprake is van ondergewicht;
- C. Stoornis in de manier waarop iemand zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm beleeft, onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht of lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf, of ontkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht;
- D. Bij meisjes, na de menarche, amenorroe, dat wil zeggen de afwezigheid van ten minste drie achtereenvolgende menstruele cycli.

Ethiologie

De etiologie van eetstoornissen is vooralsnog onbekend. Wel is duidelijk dat eetstoornissen

het gevolg zijn van een combinatie van meerdere factoren. Zo zijn er factoren die in aanleg aanwezig zijn (genetische achtergrond en persoonlijkheid). Verder kunnen er verschillende risicofactoren aanwezig zijn, zoals sociale, culturele en familiale factoren, maar deze zijn ieder op zich niet voldoende om de stoornis te veroorzaken.

Behandeling

De multidisciplinaire behandeling richt zich op het verminderen van het ondergewicht, het normaliseren van het eetpatroon en het stoppen met de eetbuien en/of het braken en laxeren. Herstel van het eetgedrag is een noodzakelijke voorwaarde voor herstel van het gewicht en de lichamelijke gevolgen. Om patiënten te motiveren tot veranderen van hun eetgedrag is voedingsmanagement een belangrijk hulpmiddel.

Voedingsmanagement is het geven van voorlichting over voeding, eetgedrag en voedingsgerelateerde onderwerpen en over de gevolgen van een eetstoornis voor het lichaam. Het helpt de patiënt zich bewust te worden van het afwijkende eetpatroon en/of de irrealistische gedachten omtrent voeding en gewicht. De richtlijn spreekt zich niet uit over een specifieke methode van voedingsmanagement. Daarnaast richt de behandeling zich op het vergroten van de zelfwaardering, de verbetering van de lichaamsbeleving en het veranderen van verstoorde cognities ten opzichte van eten en gewicht. Om van herstel te kunnen spreken dienen minimaal de diagnostische criteria zoals geformuleerd in de DSM IV niet langer aanwezig te zijn.

De CBO-richtlijn beschrijft de effectiviteit van de verschillende behandelingen voor anorexia. Grofweg zijn deze te verdelen in het verbeteren van het eetpatroon en gewicht, psychotherapie en farmacotherapie.

Voor patiënten met anorexia nervosa is er brede consensus dat lagere niveaus van stepped care niet toegepast moeten worden. De complexiteit van het ziektebeeld naast het ontbreken van vroegtijdige indicatoren voor behandelings succes vragen om een specialistische benadering. De richtlijn beveelt aan om volwassen patiënten met anorexia nervosa, na het bereiken van gewichtsherstel in een klinische behandeling, te behandelen met een vorm van ambulante psychotherapie (bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie).

Gewichtsherstel

Het is vanuit somatisch oogpunt gezien gewenst bij vrouwen het streefgewicht te baseren op dat gewicht dat de menstruatie doet terugkeren. Als volwassen vrouwen op 90% van het ideaal lichaamsgewicht zitten (BMI van 20) herstelt de cyclus zich.

Bij het hervoeden dient bij voorkeur normale voeding te worden gebruikt.

De calorische intake dient geleidelijk aan te stijgen om het refeeding syndroom te voorkomen, hierbij wordt aangeraden te starten met 30-40 kcal/kg/24h en dit geleidelijk op te hogen op geleide van de gewichtstoename. Bij ambulante patiënten afspraken maken over de gewenste gewichtstoename, met als richtsnoer 0,5 kg/week. Als het risico op refeeding syndroom voorbij is of niet aan de orde is, dan worden met de patiënt afspraken gemaakt over de gewichtstoename per week. Hierna wordt een individueel voedingsadvies opgesteld, gebaseerd op een berekening van de energiebehoefte en het gewichtsverloop.

Psychotherapie

De werkgroep beveelt aan om volwassen patiënten met anorexia nervosa, na het bereiken van gewichtsherstel in een klinische behandeling, te behandelen met een vorm van ambulante psychotherapie waarbij geen speciale vorm is aanbevolen. Individuele ondersteunende psychotherapie is effectiever dan gezinstherapie in termen van gewichtstoename bij volwassenen. Behandeling moet zich richten op gewichtsherstel, abstinentie van eetbuien en purgeergedrag, herstel van de lichaamsbeleving en disfunctionele cognities. Verslechtering van de lichamelijke conditie is een indicatie voor verwijzing naar een intensievere behandeling. Als klinische psychotherapie (eventueel in deeltijd) voor volwassen patiënten met anorexia nervosa noodzakelijk is, dan bij voorkeur geven in homogene groepen.

Farmacotherapie

Medicatie is van beperkte waarde bij de behandeling van anorexia nervosa en niet als therapie van eerste keuze of als enige behandeling dient te worden voorgeschreven. Bij therapieresistentie wordt een proefbehandeling met medicatie, bijvoorbeeld met atypische antipsychotica, aanbevolen. Indien na gewichtsherstel de kans op terugval aanzienlijk wordt geacht, wordt aanbevolen een selectieve serotonineheropnameremmer (fluoxetine) ter preventie voor te schrijven. Bij comorbiditeit dat herstel in de weg staat, kan medicamenteuze behandeling, bijvoorbeeld met antidepressiva, overwogen worden.