



# Webinar Carnivoor dieet

9 maart 2026



# Wie

**Lilian Hentzen, ketodietist**

**Yneke Kootstra, voedingskundige en lid NAV**

# PROGRAMMA

- Visie Academie Coaching en Leefstijl– 5 fasen naar metabole gezondheid
- Evidence carnivoor dieet
- Casus 1
- Casus 2
- Vragen



## Eet puur en onbewerkt

Kies voor volwaardige voeding, weinig suikers en koolhydraten, vermijd bewerkt voedsel.



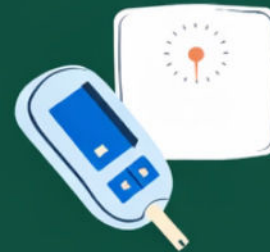
## Gebruik gezonde vetten

Geniet van olie, avocado en roomboter – lekker en goed vullend.



## Groenten en eiwitten

Eet voldoende groente en matige eiwitten bij je maaltijden.



## Leer je lichaam beter kennen

Gebruik jouw waarden om keuzes af te stemmen op wat jij nodig hebt.



# Ontsteking verlagen & metabole gezondheid verbeteren

Overzicht: van basis naar intensiever (kies wat past bij de persoon)

## Stap 1: Meer onbewerkt eten

Volwaardige voeding • plantaardig óf minder koolhydraten  
→ stabielere bloedsuiker, minder insulinepieken, betere verzadiging

## Stap 2: 3× per dag eten

Minder eetmomenten • minder snacken  
→ meer rust voor insuline, minder eetprikkelers

## Stap 3: Koolhydraatbeperking

Richtlijn: onder de 120–150 g koolhydraten per dag  
→ minder glucosebelasting, vaak meer stabiliteit & verzadiging

## Stap 4: Ketogeen dieet

Sterke koolhydraatbeperking  
→ ketose, lagere glucose & insuline, vaak minder honger

## Stap 5: Carnivoor dieet (specifieke gevallen)

Zeer strikt eliminatiedieet (onder begeleiding)  
→ soms minder voedings-triggers, eenvoud in keuzes

Einddoel: minder klachten door metabole flexibiliteit en minder ontstekingsactiviteit

## Meer onbewerkt eten

Basisinterventie: minder ultra-bewerkt, meer volwaardige voeding

### Wat levert het op?

- Minder 'snelle' prikkels uit voeding (suiker/vet/zout-combi)
- Verlaagt laaggradige inflammatie, of het nu **meer plantaardig is of minder koolhydraten**
- Minder dooreten, minder 'bodemdrang'
- Betere verzadiging en minder trek
- Stabielere bloedsuiker en minder insulinepieken
- Meer micronutriënten en vezels

### Hoe pak je het aan?

- Start met 1–2 herkenbare swaps (frisdrank → water/thee, koek → yoghurt/noten)
- Zelf koken
- Samen eten, aan tafel
- Boodschappenlijst
- Check etiketten
- Weet wat jou verleidt.../let op impulsaankopen
- Challenge: 'Probeer iedere week een nieuw recept'

### 3 × per dag eten

Ritme en rust: minder eetmomenten kan insulinebelasting en eetprikkelers verlagen.

#### Wat levert het vaak op?

- Meer rust tussen maaltijden (minder insuline-aanmaak, betere spijsvertering)
- Meer eetrust
- Minder snackmomenten = schrappen vulling versus voiding -> verbetert eetpatroon
- Vaak meer honger-verzadiging herkenning
- Ondersteunt vetverbranding tussen maaltijden

#### Hoe pak je het aan?

- Plan 3 volwaardige maaltijden
- Kies voor een groter ontbijt
- Drinkmomenten: water/thee/koffie zonder suiker
- Snacks alleen als het écht nodig is (bijv. sport of medische reden)
- Honger? Je went fysiek aan binnen 2-3 dagen. Of vergroot maaltijden
- Evalueer na 2 weken: energie, honger, slaap, prestaties

# Koolhydraatbeperking

Tussenstap: matige koolhydraatbeperking als brug tussen 3 × per dag en ketogeen.

### Wat levert het vaak op?

- Minder glucosebelasting over de dag
- Vaak minder pieken/dalen in energie en trek
- Kan ontstekingsprikkelers verminderen (individueel)
- Helpt om metabole flexibiliteit op te bouwen

### Hoe pak je het aan?

- Richtlijn: < 120–150 g koolhydraten per dag
- Verplaats koolhydraten naar rond sport/actieve momenten
- Kies langzame en onbewerkte bronnen: peulvruchten, volkoren, fruit, aardappels (portie)
- Bouw brood/pasta/rijst af en vul aan met groente + eiwit en vetten zoals avocado en olijfolie.

## Ketogeen dieet (indien passend)

Intensiever: sterke koolhydraatbeperking met als doel ketose en betere metabole flexibiliteit.

### Wat levert het vaak op?

- Lagere glucose en insuline
- Mogelijk minder honger en meer stabiele energie, minder cravings
- Verbetering van ontstekingsgerelateerde klachten
- Meer focus, betere slaapkwaliteit
- vermindering leefstijlgerelateerde klachten, fysiek en mentaal
- Duidelijke structuur (eliminatie van suiker/zetmeel)

### Hoe pak je het aan?

- Doe het goed of niet
- Zoek begeleiding
- Start met < 25 KH
- Heldere kaders: koolhydraten laag, eiwit voldoende, vetten aanvullen
- Let op elektrolyten (zout, magnesium, kalium) in de startfase
- Borg groente-inname (laag-koolhydraat) en eiwit
- Plan evaluatiemomenten, meet ketonen + lab/medicatie-afstemming indien nodig
- Check voor research: bijvoorbeeld <https://www.metabolicmind.org/resources/science/research/>

## Carnivoor dieet (specifieke gevallen)

Zeer strikt eliminatiedieet: soms ingezet als tijdelijke interventie onder begeleiding.

### Wat levert het vaak op?

- Eliminatie van veel potentiële voedings-triggers (FODMAP)
- Eenvoud in keuzes en structuur
- Soms snelle symptoomverandering (individueel)
- Kan als 'diagnostische' fase dienen (re-introductie)

### Hoe pak je het aan?

- Zoek begeleiding
- Zet het neer als tijdgebonden proef (bijv. 2–6 weken) met evaluatie
- Maak een re-introductieplan (stapsgewijs terugbouwen)
- Monitor: stoelgang, energie, ketonen, lipiden  
Bewaken kwaliteit: onbewerkt vlees/vis/eieren, voldoende zout/vocht

# Het carnivoor dieet als interventie: wat weten we wél (en niet)?

Kern: eliminatie + (meestal) ketose

Evidence is beperkt (cases/surveys)

Veiligheid: monitoring is onderdeel  
van het protocol

## Stap 5: Carnivoor dieet — definitie & varianten

### Wat is het?

Alleen dierlijke producten: vlees/vis/eieren (soms zuivel).

Praktisch vaak: 'zero-carb' en 'zero-vezel'.

Doelen in de praktijk: eliminatie van mogelijke triggers + (vaak) ketose.

Varianten: strikt (alleen vlees/vis/eieren) vs. animal-based (incl. beperkt fruit/zuivel).

### Hoe gebruiken we het?

Therapeutisch frame: beperkte tijd, duidelijke hypothese, evaluatiemomenten.

Niet hetzelfde als 'high protein': vaak juist vetter gegeten om ketose te ondersteunen.

Let op: grote individuele verschillen in tolerantie en labs.

# Stap 5: Carnivoor dieet — definitie & varianten

## Voorbeeld dagmenu

### **Ontbijt**

3 eieren (roerei/omelet)

2–3 plakken spek óf zalm

### **Lunch**

Rundergehaktballetjes of hamburgers (zonder brood)

Eventueel: stukje kaas/kwark (alleen als zuivel past binnen de aanpak)

### **Avondeten**

Biefstuk / lamskotelet / kipdijfilet/vis

Optioneel: leverworst of een kleine portie orgaanvlees (1–2x per week)

### **Tussendoor (indien nodig)**

Hardgekookt ei, bouillon

### **Drinken**

Water, (kruiden)thee, soms koffie

## Evidence: het huidige landschap

De evidence voor carnivoor is beperkt: vooral case reports, kleine case-series en surveys; geen grote RCT's. Oorzaak: onderzoek is meestal private funded, niemand verdient aan dit soort onderzoek.

Veel 'success stories' komen uit zelfselectie (gemotiveerde groep) en zelfrapportage.

Ketogene diëten hebben bredere evidence bij gewicht & glykemie; carnivoor is een extreme vorm met extra vragen rond veiligheid/volhoudbaarheid.

Voor het webinar: wees expliciet over wat hypothese-vormend is versus wat goed onderbouwd is.

Transparantie ↑ vertrouwen

Geen RCT ≠ geen effect, maar wél onzekerheid

## Evidence: het huidige landschap

Sterkste evidence ligt bij:

- Refractaire IBD die reageert op ketogeen/carnivoor
- SIBO met duidelijke verbetering van ademtesten
- Metabole problemen (obesitas/diabetes) waar koolhydraatrestrictie al goed onderbouwd is, en carnivoor een extreme variant vormt

# Waar zien we 'succes' gerapporteerd?

## Meest veelbelovend (huidige literatuur)

IBD (colitis/Crohn): case-series met klinische verbetering en hogere kwaliteit-van-leven scores.

SIBO: kleine serie 'zero-carb/zero-vezel' met normalisatie ademtesten bij 5/6.

Metabole problemen (obesitas/diabetes): in surveys vaak gewichtsverlies en lagere HbA1c/medicatie (zelfrapportage).

Ernstige inflammatie/auto-immuun: mogelijk bij kleine, geselecteerde groep wanneer andere restrictieve diëten falen.

## Onzeker / vooral casuïstiek of theorie

Psychiatrie (ketogeen-carnivoor): losse casussen (o.a. schizofrenie) — altijd naast reguliere zorg.

Triglyceriden/prediabetes: kleine exploratieve studie met gunstige TG/HbA1c maar vaak hogere LDL.

Pediatrische obesitas: vooral theoretische/rationale literatuur; specifieke carnivoor-data ontbreken.

Conclusie: interessante signalen, maar generaliseerbaarheid en lange termijn zijn onbekend.

# Werkingshypothesen

## 1) Ketose & koolhydraatrestrictie

↓ glycemische belasting  
↓ insuline (meer metabole rust)  
mogelijk ↓ inflammatoire activiteit  
relevant in IBD, metabool syndroom,  
sommige psychiatrische beelden  
(hypothese)

## 2) Eliminatie-effect

Uitsluiten van potentiële triggers:  
gluten/FODMAP-rijke planten,  
sommige additieven, ultrabewerkte  
voeding  
'Simpel' protocol → betere  
therapietrouw bij sommige mensen  
Kan klachten reduceren bij  
gevoeligheid (niet bij iedereen)

## 3) Nutriënten & microbiom

Voedingsrijk (B12, zink, selenium) maar  
niet compleet  
Risico op tekorten: thiamine,  
magnesium, calcium, vitamine C, vezel  
(vaak) maar andere ADI  
Microbiom: data zeer beperkt;  
resultaten niet generaliseerbaar

## Veiligheid & risico-profiel

Lipiden: in surveys/kleine studies vaak ↑ LDL-cholesterol, terwijl HDL en triglyceriden vaak gunstig zijn. Lange-termijn CVD-risico is onzeker.

Micronutriënten: risico op tekorten (o.a. thiamine, magnesium, calcium, vitamine C) en structureel vezeltekort — orgaanvlees en/of suppletie kan nodig zijn.

Darm & microbiom: geen vezels; langetermijneffecten zijn onbekend. Data zijn schaars en vaak n=1. Maar individueel verbeteringen (FODMAP, IBD, SIBO) en collageen ook functie in darm. (prebiotisch substraat)

Langetermijn-data ontbreken: meeste gegevens zijn kort- tot middellang (maanden tot enkele jaren) en vaak zelfgerapporteerd.

In de praktijk wordt gesignaleerd dat het toevoegen van kleine hoeveelheid koolhydraten nuttig is om insuline laag te houden en klachten te voorkomen.

# Monitoring & randvoorwaarden

## Selectie & afspraken

Duidelijke hulpvraag + hypothese (welke klachten/markers volgen we?)

Tijdelijkheid afspreken (bijv. 4–12 weken) + evaluatiemomenten

Informed choice: benefits, risico's, alternatieven

Multidisciplinaire afstemming bij complexe problematiek

## Wat monitor je?

Klachten: energie, GI-symptomen, stoelgang, slaap, stemming

Metabool: gewicht/omtrek, glucose/HbA1c (indien relevant), bloeddruk

Lipiden: LDL, HDL, TG (en context: familie-risico, ApoB indien beschikbaar)

Micronutriënten bij langer gebruik: o.a. magnesium, calcium, vitamine D/B12, ijzer/folaat; vit C/vezel-achtige strategie

Medicatie: vooral glucose- en bloeddrukmedicatie kan aanpassing vragen

# Anekdotisch bewijs & casus (o.a. anorexia)

## Wat bedoelen we met 'anekdotisch'?

Individuele ervaringen: casusrapport, podcast, blog — zonder controlegroep.

Waarde: kan nieuwe hypothesen opleveren en klinische inzichten geven (motivatie, therapietrouw, kwaliteit van leven).

Beperking: geen bewijs van causaliteit; sterke selectiebias (positieve verhalen hoor je vaker).

<https://journalofmetabolichealth.org/index.php/jmh/article/view/84>

## Voorbeeld uit de literatuur (anorexia)

Case-series: 3 volwassenen met langdurige, therapieresistente anorexia → animal-based ketogeen dieet → multi-year remissie (n=3).

Case report: ketogeen dieet + later ketamine-infusen → remissie (n=1); niet te scheiden wat het effect gaf.

Diermodel: ketogeen vermindert 'activity-based anorexia' bij muizen (preklinisch).

Webinar-kader: 'provocatief/hypothese-vormend' — geen richtlijnen, geen gecontroleerde studies.

# Wanneer níet (of extra voorzichtig)?

## Niet doen / eerst stabiliseren

(Verdenking op) eetstoornis of sterke rigiditeit/controle-drang rond eten → kan obsessie versterken.

Acute somatische instabiliteit, ernstige ondervoeding of snelle gewichtsval.

Zwangerschap/borstvoeding, groeiende kinderen: alleen met specialistische begeleiding.

Ernstige nier-/leverproblemen of andere medische contra-indicaties: altijd arts betrekken.

## Let op signalen

Rode vlaggen tijdens interventie:

- duizeligheid/flauwvallen, hartkloppingen, extreme obstipatie/diarree
- snelle stijging LDL/ApoB zonder plan en zonder risicofratificatie
- verlies van menstruatie (bij vrouwen), sterke slaap-/stemmingsdaling
- 'alles-of-niets' denken, sociale isolatie rond eten (orthorexie-signalen)

# Casus 1

**Casus – Vrouw, 37 jaar**

**Intake**

**Gewichtsverlies**

In 4 weken 7,5 kg afgevallen (72 → 64,5 kg)

Lengte 169 cm

Sinds 4 weken ziekgemeld

**Klachten**

Veel maagzuur

Misselijkheid

Extreem veel boeren en lucht

Harde/opgezette bovenbuik

Drukgevoel op borst

Progressieve toename van klachten

Afgelopen jaar veel obstipatie

**Voorgeschiedenis**

Jarenlang maagzuurremmers gebruikt

2 jaar geleden burn-out met forse maagklachten →  
antidepressiva + coaching → hersteld

Daarna weer fulltime gewerkt

Nu opnieuw burn-out

**Medicatie bij intake**

Net gestart met sertraline

Lorazepam

Sinds kort weer maagzuurremmers (1–2 dd)

De huisarts dacht primair aan stress/depressie. Patiënte wilde verwijzing naar MDL, maar er was een lange wachttijd.

# Casus 1

## Interventies na intake

### Fase 1 – Drinkvoeding

Start drinkvoeding.

De klachten namen verder toe.

Het gewichtsverlies verergerde.

Totaal gewichtsverlies liep op tot meer dan 12 kg.

### Fase 2 – Carnivoor als eliminatie

Na 4 weken gestart met een carnivoor voedingspatroon, primair als eliminatie-provocatie.

Doel:

Koolhydraatarm → ketose

Vet als primaire brandstof

Lage fermentatie

Minder darminhoud en minder bulk

Relatieve rust voor het maagdarmkanaal

Start met alleen kip, daarna ei en zalm.

Resultaat:

Klachten verdwenen vrijwel volledig.

Zij zat duidelijk in ketose.

Energie nam toe en concentratie verbeterde merkbaar.

Wel zette het gewichtsverlies nog door tot in totaal -15 kg.

# Casus 1

## Fase 3 – Stabilisatie en opbouw

Na stabilisatie van de klachten werden toegevoegd:

Roomboter

Griekse yoghurt

Avocado

Mayonaise

Gewicht stabiliseerde en zij kwam uiteindelijk weer iets aan, wat zij als zeer prettig ervaarde. Lactose werd goed verdragen.

Daarna volgde voorzichtige uitbreiding met groente.

Kleine porties werden goed verdragen.

Grotere hoeveelheden van sommige groenten gaven opnieuw klachten.

De antidepressiva kon geleidelijk worden afgebouwd.

## Diagnose ziekenhuis

MDL-onderzoek en scan toonden het syndroom van Wilkie (SMA-syndroom).

Dit is een zeldzame aandoening waarbij het duodenum bekneld raakt tussen de aorta en de arteria mesenterica superior.

Door verlies van vetweefsel tussen deze structuren wordt de aorto-mesenteriale hoek kleiner, waardoor mechanische compressie van het duodenum ontstaat.

Mogelijke gevolgen zijn:

Misselijkheid

Vol gevoel

Reflux

Druk bovenbuik

Verergering na grotere maaltijden

Gewichtsverlies

# Casus 1

## **Pathofysiologie in deze casus**

Het initiële gewichtsverlies was een gevolg van de klachten en verminderde intake.

Door misselijkheid en reflux at zij minder en viel zij fors af. Door dit gewichtsverlies nam het retroperitoneale vet tussen aorta en arteria mesenterica superior af, waardoor de compressie toenam.

Hierdoor ontstond een duidelijke vicieuze cirkel:

Klachten → minder intake → gewichtsverlies → kleinere aorto-mesenteriale hoek → meer compressie → verdere verergering van klachten.

Het gewichtsverlies werd daarmee een onderhoudende en verergerende factor van de mechanische obstructie.

De MDL-arts gaf aan dat gewichtstoename noodzakelijk was om de anatomische situatie te verbeteren. Patiënte wilde zelf ook aankomen, maar dit bleek door de klachten niet eenvoudig.

# Casus 1

## **Verklaring van klachten bij koolhydraten**

De verergering bij hogere koolhydraatinname is fysiologisch verklaarbaar bij een partiële duodenumcompressie. Koolhydraten veroorzaken tijdens de vertering een tijdelijke toename van vocht in het darmlumen. Dit vergroot het volume van de darminhoud vóór de vernauwing en verhoogt de intraluminale druk, wat leidt tot misselijkheid en drukkklachten.

Daarnaast spelen fermenteerbare koolhydraten, met name vezels en FODMAPs, een rol. Deze worden niet altijd volledig opgenomen en kunnen bij vertraagde passage worden gefermenteerd door bacteriën. Dit leidt tot gasvorming. Gas kan bij een vernauwing minder goed passeren, waardoor drukopbouw ontstaat met boeren, een harde bovenbuik en misselijkheid als gevolg. Dit verklaart waarom grotere hoeveelheden van bepaalde groenten niet werden verdragen.

Koolhydraten verlaten bovendien relatief sneller de maag dan vet. Bij een vernauwd duodenum kan dit leiden tot een bottleneck-effect met druktoename vóór de obstructie.

Een ketogeen of carnivoor voedingspatroon is laag in vezels en fermenteerbare koolhydraten en veroorzaakt minder fermentatie en minder volumebelasting. In feite functioneerde dit bij haar als een laag-residu dieet, wat logisch gunstig is bij een partiële mechanische obstructie.

# Casus 1

## **Monitoring**

Voeding werd bijgehouden.

Inname werd berekend.

Er werd gecontroleerd op tekorten.

Gerichte suppletie werd geadviseerd.

Patiënte wilde haar voedingspatroon niet drastisch wijzigen, omdat hogere koolhydraatinname direct klachten gaf.

## **Laatste follow-up**

Zij was weer aangekomen en woog bij laatste contact 63 kg.

Klachten waren goed onder controle.

Energie en concentratie waren duidelijk verbeterd.

Antidepressiva werd verder afgebouwd.

Zij werkte weer volledig en functioneerde goed.

## Casus 2

### Casus – Vrouw, 27 jaar

#### Intake

Vrouw, 27 jaar.

Lengte 167 cm, gewicht bij intake 72,4 kg.

Zij meldde zich vanwege aanhoudende maag- en darmklachten die ondanks meerdere interventies niet verbeterden.

De belangrijkste klachten waren maagpijn, reflux en maagzuurklachten, een opgeblazen gevoel en obstipatie.

De klachten waren voor haar zeer belastend en beïnvloedden haar dagelijks functioneren.

Op het moment van intake voelde zij zich wanhopig, omdat zij al veel had geprobeerd zonder blijvend resultaat.

## Casus 2

### Voorgeschiedenis

Voedsel was altijd een complex onderwerp geweest.

Als tiener ontwikkelde zij eerst boulimia, later gevolgd door anorexia.

De eetstoornis speelde op het moment van intake niet meer actief, maar haar relatie met eten bleef kwetsbaar.

Zij was ongeveer 10 jaar vegan geweest en eet nog steeds weinig vlees vanwege ethische bezwaren.

De maag- en darmklachten begonnen met een opgeblazen buik en darmproblemen, waarna ook maagklachten en reflux ontstonden.

Voorafgaand aan de begeleiding had zij al meerdere voedingsstrategieën geprobeerd, waaronder:

- koolhydraatbeperking met een vezelrijke voeding
- een vegetarisch dieet
- eliminatie van gluten
- eliminatie van lactose
- vermijden van knoflook en paprika, omdat zij vermoedde dat deze klachten veroorzaakten

Bij gastroscopie werd een ontstoken maagslijmvlies (gastritis) vastgesteld.

Verder polycysteus ovariumsyndroom (PCOS) en endometriose.

Daarnaast heeft patiënte een bipolaire stoornis

Sinds de start van deze medicatie was zij ongeveer 10 kg aangekomen

## Casus 2

### **Start van begeleiding**

Toen patiënte begeleiding zocht had zij al veel geprobeerd zonder blijvend effect.

De aanhoudende maagzuurklachten, buikpijn, een opgeblazen gevoel en obstipatie zorgden voor toenemende frustratie en wanhoop.

Zij werd goed voorbereid op wat een carnivoor voedingspatroon inhoudt. Er werd gestart met een eenvoudige variant van een ketogeen voedingspatroon.

Om te zien hoe haar lichaam reageerde, begonnen we zo simpel mogelijk met alleen kip. Het doel was te beoordelen of zij hierbij nog klachten zou ervaren.

## Casus 2

### Resultaat

Het effect was snel duidelijk.

refluxklachten verdwenen

maagklachten verdwenen volledig

het opgeblazen gevoel verdween

Patiënte gaf aan zich nog nooit zo goed te hebben gevoeld.

### Herintroductie van voeding

Na stabilisatie werden voedingsmiddelen voorzichtig uitgebreid met:

- sla
- komkommer
- courgette
- paddenstoelen
- noten

Deze werden goed verdragen.

Tijdens herintroductie bleek dat fructanen klachten veroorzaakten, vooral bij producten zoals knoflook.

Zuivel werd goed verdragen.

## Casus 2

### **Ketose en voeding**

Patiënte blijft in ketose, omdat zij duidelijk merkt dat haar klachten toenemen wanneer zij daaruit gaat. Tijdens de opbouw heeft zij verschillende voedingsmiddelen getest om te zien hoe haar lichaam reageert.

De hoeveelheid groenten is geleidelijk uitgebreid, waardoor zij inmiddels een volwaardige voeding heeft zonder dat de klachten terugkeren.

### **Vervolg**

Door het voedingspatroon is patiënte ongeveer 8 kg afgevallen en past zij weer beter in haar kleding. In overleg met de psychiater wordt de medicatie geleidelijk aangepast op verzoek van patiënte:

Olanzapine is gestopt

Fluoxetine is verlaagd

Aripiprazol is gestart

Lamotrigine wordt momenteel geleidelijk afgebouwd

## Casus 2

### Huidige situatie

geen maag-darmklachten meer

fructanen worden nog steeds beperkt

zij blijft in ketose

stemming is zeer stabiel

patiënte voelt zich lichamelijk en mentaal erg goed

zij ervaart weer controle over haar lichaam en voeding