



LANDELIJKE KETENAANPAK
EETSTOORNISSEN

Leidraad bij het voorkomen, verminderen en toepassen van dwang(sonde)voeding bij eetstoornisproblematiek

(versie 02, november 2021)



Colofon

Deze leidraad is een initiatief van het Landelijk Expertisenetwerk Dwangvoeding, opgericht vanuit K-EET. K-EET staat voor landelijke ketenaanpak eetstoornissen – al dan niet in combinatie met andere (psychische) aandoeningen – bij kinderen en jongeren.

Auteurs

Miranda Fredriks, Amsterdam UMC

Leonieke Terpstra, Levvel

Kyra Jongen, Amsterdam UMC

Monika Scholten, projectleider K-EET

Met specifieke dank aan de leden van het Landelijk Expertisenetwerk Dwangvoeding voor hun bijdrage bij het opstellen van deze leidraad:

Nienke Adema, projectcoördinator K-EET

Annemarie van Belleghem, Amsterdam UMC

Renate Floor-Siebelink, UMC Utrecht

Manuelle Flos, Erasmus MC

Rosy Ghijsens, Mondriaan

Hans Jansen, Mutsaersstichting

Thessa Mous, GGZ Noord-Holland-Noord

Jeroen Steenmeijer, GGZ Centraal

Loes Stouthamer, Karakter

Paula Teuben, ervaringsdeskundige

Marije Ijbema, Accare

Martine de Vries, LUMC

Tevens danken wij Andreas Lamerz (GGZ Noord-Holland-Noord) die aanvullend vanuit het perspectief als geneesheer-directeur heeft meegelezen tijdens het opstellen van deze leidraad. Daarnaast gaat onze dank uit naar Irma Haxe en verschillende andere gegadigden die vanuit het perspectief als ervaringsdeskundige jongeren en ouders hebben meegelezen en aan deze leidraad een bijdrage hebben geleverd. De inhoudelijke reacties op de eerste versie van Peer van der Helm en Heleen Wesselius, Universiteit van Amsterdam, de CCE en behandelaren van de netwerk-instellingen zijn verwerkt in deze tweede versie.

Voorwoord

Deze richtlijn is bedoeld als leidraad bij het voorkomen, verminderen en toepassen van dwang(sonde)voeding bij eetstoornisproblematiek. Het betreft een klein, tijdelijk en ook ingrijpend onderdeel van een gehele behandeling, zoals beschreven in de zorgstandaard eetstoornissen. De toepassing van dwangvoeding kan echter een grote en soms langdurige impact op de patiënt en op naasten hebben als ook op het zorgpersoneel wat dit moet uitvoeren. De werkgroep is daarom van mening dat het handelen binnen deze context altijd gericht moet zijn op het zoveel mogelijk voorkómen van dwang (streven naar nul) én op het bevorderen van het herstel van de patiënt met primaire aandacht voor de onderliggende oorzaak, waardoor de patiënt in deze situatie is gekomen. Met herstel wordt bedoeld: het hervinden van de eigen identiteit en het hernemen van de regie op het eigen leven (Droës & Plooy, 2010; GGZ Nederland, 2009).

Voor de algemene uitgangspunten rondom preventie en toepassing van dwang en drang willen we ook verwijzen naar de generieke module *Dwang en drang* (GGZ Standaarden, 2019) en voor de samenwerking met naasten naar de generieke module *Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek* (GGZ Standaarden, 2016).

Voor de toepassing van dwangvoeding op de spoedeisende hulp (SEH) verwijzen we naar het protocol dwangvoeding van de SEH van het Amsterdam UMC, waarin leden van het Landelijk netwerk voorkomen, verminderen en toepassen dwang(sonde)voeding hebben meegelezen.

Gedwongen behandeling kan nodig zijn als er geen andere manier meer is om ernstig (in dit geval vaak lichamelijk) gevaar af te wenden en overlijden te voorkomen. Daar staan we in deze leidraad bij stil. We denken echter dat het streven altijd moet zijn om juist geen dwang toe te passen, omdat de patiënt dan alle regie verliest. Er zijn een aantal studies gedaan naar hoe patiënten dwangvoeding hebben ervaren. Hierin geeft een meerderheid van de patiënten aan dat dwangvoeding uiteindelijk geen nadelig effect heeft gehad op de relatie met de behandelaar en dwangvoeding als intrusief heeft ervaren, maar noodzakelijk om levensreddend te zijn (Kirkels, 2018).

Om dwang te voorkomen is het van groot belang hier in het gehele traject aandacht voor te hebben. Dit betekent onder andere dat het, om gedwongen opname/behandeling te voorkomen, vooral ook belangrijk is dat de zorg in de ambulante setting wordt versterkt en er zo snel mogelijk goede diagnostiek en behandeling wordt ingezet, nadat iemand zich heeft aangemeld met klachten passend bij een eetstoornis, zodat zoveel mogelijk voorkomen kan worden dat patiënt uiteindelijk in een dergelijke dwangsetting terecht komt. Daarbij is het van belang dat kennis steeds wordt vergroot en er een goede samenwerking is in de gehele keten en met het gezin. Dit is het bredere doel van K-EET (landelijke ketenaanpak eetstoornissen – al dan niet in combinatie met andere (psychische) aandoeningen – bij kinderen en jongeren).

Dwangtoepassing is complex en vaak speelt onderliggende andere comorbiditeit, systeemproblematiek en/of handelingsverlegenheid een rol, waarbij men als behandelaar en gezin met de rug tegen de muur staat, doordat de patiënt is gestopt met eten of langdurig tekort aan energie heeft gehad. Het streven is om met elkaar steeds minder en korter dwang te hoeven toepassen en te blijven leren, waarbij we met elkaar de kennis voortdurend aanscherpen. Zoek

daarom als hulpverlener steun in complexe situaties, bijvoorbeeld door middel van consultaties bij collega instellingen en een second opinion.

Zes adviezen om dwangbehandeling te voorkomen

Het voorkomen van dwang(voeding) begint met het besluit dat we dit ten alle tijden met elkaar willen voorkomen en dat, als het wel voorkomt, we kijken hoe we van deze situaties met elkaar kunnen leren en kunnen doorontwikkelen. Dit zodat we samen de zorg verbeteren en daarmee het toepassen van dwang steeds verder kunnen verminderen en voorkomen. Hieronder zijn een aantal praktijkadviezen te vinden.

1. Behandeling op maat en contact

Bij het voorkomen van dwang en drang is het in de behandeling van belang om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de doelen van de patiënt en te werken aan en creëren van perspectief. Ook als iemand ernstig ziek is blijft het met elkaar steeds zoeken naar manieren om in contact te blijven en te zoeken naar alternatieven en behoud van autonomie.

2. Signaleren

Vanaf de start van de behandeling is het van belang om in te zetten op het voorkomen van dwang. Het signaleren dat het niet goed met iemand gaat en wat iemand zelf kan doen, zijn omgeving kan doen en wat de behandelaren kunnen doen, is één van de belangrijkste preventieve interventies. Hier kan eventueel een signalerings- en/of crisisplan bij worden ingezet.

3. Betrekken van patiënt en omgeving

Het is van belang om patiënten zelf en hun naasten en familie zoveel mogelijk te betrekken. Met patiënt en naasten moeten de overwegingen en opties steeds open worden besproken en met name ook de vraag wat iemand zelf kan doen om dwangbehandeling te voorkomen.

4. Samenwerking

Voorkomen van dwang vereist goede samenwerking, expertise en vaardigheden binnen een team, tussen verschillende afdelingen en instellingen onderling. Zeker ook bij eetstoornissen is goede ketenzorg van belang. Vanuit de landelijke samenwerking binnen K-EET wordt consultatie geboden. Bij consultatie wordt de verantwoordelijkheid niet overgenomen, maar wordt er vraaggericht meegekeken. Veel instellingen werken inmiddels ook samen met een ervaringsdeskundige of hebben deze in dienst. Denk er ook aan hen te betrekken. Zij kunnen in de samenwerking een belangrijke rol hebben en vanuit kennis en ervaring meedenken en een luisterend oor bieden.

Leren van ervaring

Aangezien dwangtoepassing complex is en gecombineerd gaat met veel ethische vragen, is het belangrijk van elkaars ervaringen te leren binnen een lerend netwerk waarin ervaringen gedeeld worden, scholing en intervisies worden georganiseerd, een gezamenlijk moreel beraad als methodiek wordt ingezet om afwegingen te maken over het wel of niet inzetten van een dwangtoepassing met als doel om kennis aan te scherpen en de zorg te verbeteren.

Daarnaast is het belangrijk om steeds te blijven evalueren en onszelf vragen te stellen: Was het te voorkomen geweest? Hadden we iets anders kunnen doen? Hoe kunnen we ons blijven ontwikkelen? Dit geldt in de behandeling (evaluatie met de patiënt, behandelteam), maar ook in de breedte. Vanuit de samenwerking binnen K-EET is de intentie om de toepassing van dwang en drang te monitoren en er ook onderzoek aan te koppelen.

5. Veiligheid en beheersing

Binnen de instelling is een open cultuur van belang, waarin vanuit samenwerking en contact gewerkt wordt in plaats van uit beheersing. De behandeling van ernstig zieke (eetstoornis)patiënten is spannend en risicovol. De patiënt, omgeving en behandelaars moeten soms verdragen dat iemand ernstig ziek is, mogelijk verminderd wilsbekwaam is en toch geen hulp wil. Elkaar ondersteunen bij moeilijke beslissingen of juist kiezen voor (nog) geen dwang is dan van groot belang.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	7
Inleiding	8
1. Doelgroep	9
2. Voorafgaand aan het toepassen van dwangvoeding is besproken:	11
3. Waar?	12
4. Wat is er nodig op plekken waar dwangvoeding wordt gegeven?	13
5. Wanneer?	13
6. Wanneer bestaat er een acute somatische indicatie voor dwangvoeding en/of vochttoediening?	15
7. Wanneer de beslissing voor dwangvoeding is genomen	15
8. Bejegening	16
9. Communicatie met de patiënt en naasten over de dwangvoeding	17
10. Tijdens de dwangvoeding	18
11. Na de dwangvoeding	19
12. Belangrijke overwegingen bij dwangvoeding	19
13. Ketenzorg na dwangvoeding	22
14. Leren van casuïstiek	23
15. Scholing	23
16. Onderzoek	23
17. Beheer leidraad	24
Literatuur	25
Addendum I <i>Het perspectief vanuit ervaringsdeskundige jongeren en ouders</i>	26
Addendum II <i>COVID-19 crisis</i>	28
Bijlage I <i>Evaluatielijsten</i>	29
Bijlage II <i>Onderzoek Ketenbreed Leren</i>	29

Samenvatting

Stroomdiagram | leidraad bij het voorkomen, verminderen en toepassen van dwang(sonde)voeding bij eetstoornisproblematiek

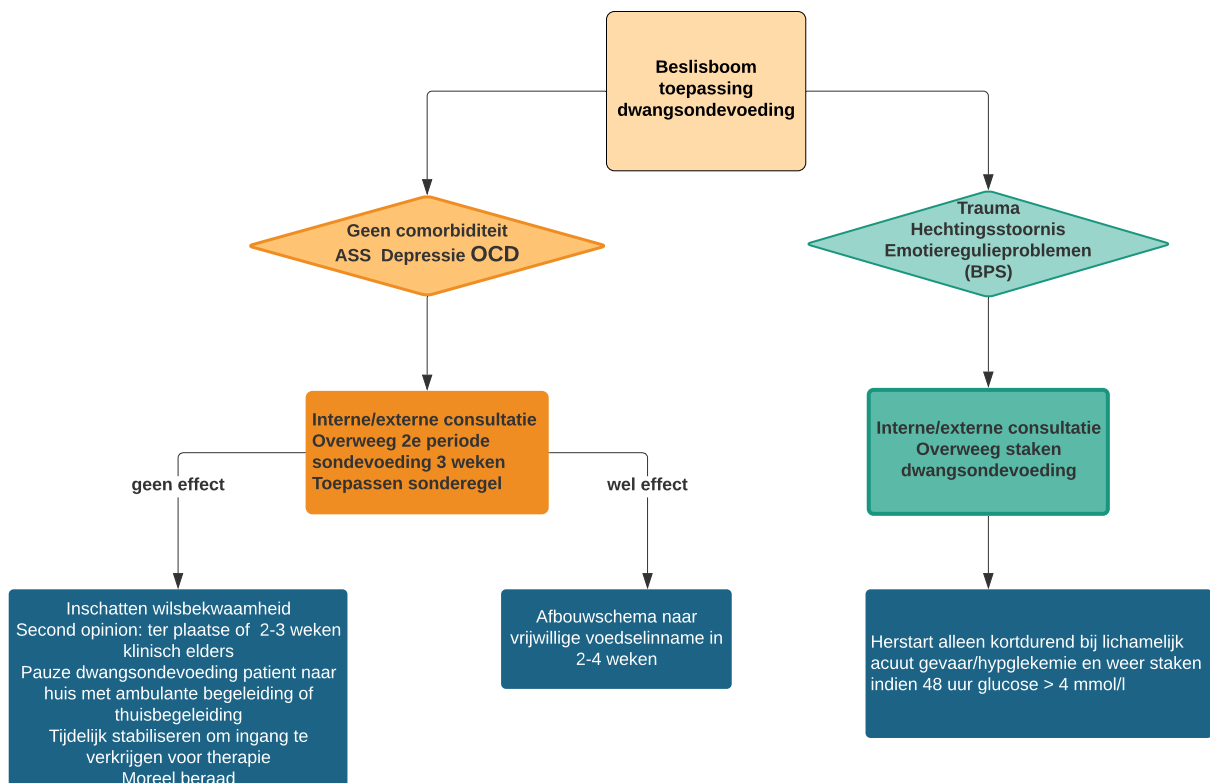
Het toepassen van dwangsondevoeding betreft een klein, tijdelijk en zeer ingrijpend onderdeel van de gehele behandeling, dat vanwege de impact ervan zoveel mogelijk voorkomen dient te worden (streef naar nul). Voor een visie op de gehele behandeling van eetstoornisproblematiek verwijzen we naar de zorgstandaard eetstoornissen.

Wanneer dwangsondevoeding?

- Wilsonbekwaam ten aanzien van eten, eigen gezondheid en lichaamsbeeld en gezond herstel.
- Ernstig nadeel wordt voorkomen.
- Proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.

Duur

- Start dwangsondevoeding maximaal drie weken bij alle type patiënten; evaluatie multidisciplinair inclusief ouders en beslisboom als de eerste periode dwangsondevoeding geen effect heeft.



Inleiding

Dwang(sonde)voeding is een ingrijpende maatregel voor patiënten, naasten en het behandelteam, die zoveel mogelijk voorkomen dient te worden. Het belangrijkste is dat in een eerder stadium in de zorgketen preventie en behandeling dusdanig zijn ingezet, opdat ernstig levensgevaar voorkomen kan worden. Dit betreft één van de speerpunten van K-EET. Wanneer de eetstoornis zich echter heeft ontwikkeld naar een fase die gepaard gaat met ernstige lichamelijke complicaties voor de patiënt, kan de toepassing van dwang(sonde)voeding noodzakelijk zijn. Het gaat hierbij dan ook om een levensreddende interventie. Het streven is altijd om dwangvoeding te voorkomen i.e. het streven naar nul dwangvoeding, en dit alleen toe te passen wanneer het levensreddend is, waarbij dan nadrukkelijk de focus ligt op het zo *min mogelijk en zo kort mogelijk* toepassen van dwangvoeding.

De volgende vijf aspecten zijn van belang in de overwegingen rondom het daadwerkelijk inzetten van dwangvoeding:

1. Besluitvorming ten aanzien van het inzetten van dwang(sonde)voeding.
2. Het uitvoeren van dwang(sonde)voeding.
3. Het doorbreken van de noodzaak tot dwang(sonde)voeding of het besluiten tot beëindigen van dwang(sonde)voeding.
4. Stroomop leren van elke uitgevoerde dwangvoeding: wat had met de “kennis van nu” stroomopwaarts anders gedaan kunnen worden, zodat de patiënt niet in deze situatie was beland. Dit wordt ter lering op zowel individueel als collectief niveau gedeeld en verzameld.
5. Evalueren wat de rol is van het gebruik van communicatieplatforms/berichtendiensten in het ontstaan en voortduren van deze situatie.

Wetenschappelijk is er nog weinig bekend ten aanzien van deze vijf aspecten (zeker niet voor patiënten) en nader onderzoek hierover is essentieel. Echter, tot die tijd is dit een leidraad die is gebaseerd op *best practice*. Het is belangrijk dat dit zo kortdurend en zo min mogelijk traumatisch is voor de patiënt en diens omgeving. Daarnaast moet het team zich bekwaam, geschoold en gesteund voelen om dit uit te voeren en moet deze zorg onder dwang goed geëvalueerd worden om deze zorg te optimaliseren.

Het team dient zich te realiseren dat dwangvoeding van grote invloed is op zowel patiënt, naasten, als op de hulpverlener zelf. Het tast de autonomie van de patiënt aan, bevestigt mogelijk het lage zelfbeeld van de patiënt en kan een negatieve uitkomst op de samenwerking hebben. Het gebruik van dwang kan voor beide partijen (de patiënt en de hulpverlener) traumatisch zijn. Echter, het blijven weigeren van voeding kan leiden tot levensgevaar, waardoor er soms geen andere optie dan dwangvoeding overblijft. Het doel is altijd de dwang en drang te minimaliseren, rekening te houden met het ontwikkelingsstadium van de patiënt en zoveel mogelijk aandacht te hebben voor de autonomie van patiënt in zijn of haar leeftijdsfase om nieuwe traumatische ervaringen te voorkomen. Als er dwangvoeding gegeven moet worden, is de juiste bejegening van groot belang.

Dwangvoeding vraagt om een gespecialiseerd team dat aandacht heeft voor de emoties die de patiënt, ouders en de hulpverlener ervaren gedurende dit traject.

Deze leidraad dient als kader voor het toepassen van dwang(sonde)voeding in accommodaties of op locaties. Dit kunnen zowel GGZ-accommodaties zijn of andere locaties, zoals bijvoorbeeld kinderafdelingen of eerstehulpafdelingen van ziekenhuizen. De WvGGZ biedt sinds haar invoeren de mogelijkheid zowel binnen als buiten GGZ-instellingen dwangsondevoeding uit te voeren. Hierbij zal moeten worden overwogen of er op de betreffende locatie of accommodatie voldoende expertise en draagkracht is om dwangsondevoeding te kunnen geven. Op een SEH kan heel kort (onder WGBO) dwangvoeding worden gegeven maar langduriger is niet wenselijk (Bloemen et al., 2019). Bij specifieke vraagstukken op juridisch gebied verwijzen wij naar de geneesheer-directeur van de eigen GGZ-instelling.

De leidraad is ontwikkeld en wordt getoetst binnen het lerend netwerk dwangvoeding. Het gezamenlijk leren en verbeteren bij de inzet van dwangvoeding, en daarmee ook het voorkomen ervan is een fundamenteel onderdeel in een goede hantering van deze leidraad.

1. Doelgroep

- Patiënten met een psychiatrische stoornis, die vanuit deze stoornis wilsonbekwaam zijn om een beslissing te nemen rondom het tot zich nemen van voeding en dit als verplichte zorg nodig is ter afwending van ernstig nadeel. Het is belangrijk om de comorbiditeit en onderliggende pathologie bij de eetstoornis mee te nemen in de afweging. Patiënten kunnen in het algemeen wilsbekwaam zijn, maar voor een deel wilsonbekwaam zijn ten aanzien van het niet willen eten, eigen lichaamsbeeld en gezond herstel. Niet iedereen die gedwongen zorg nodig heeft, is ook automatisch wilsonbekwaam. Het gaat hier om de afweging of de patiënt wilsbekwaam is “terzake”, waarbij het erom gaat of iemand wilsbekwaam is inzake de beslissing over de concrete (be)handeling waarvoor toestemming wordt gevraagd (Elzakkers, 2017).

Wilsbekwaamheid wordt in het algemeen getoetst aan vier vaardigheden; begrijpen, redeneren, waarderen en keuzes kunnen maken. Vaak zijn patiënten nog goed in staat om te begrijpen en redeneren, echter tav het waarderen en maken van keuzes komt het regelmatig voor dat vanuit overtuigingen voortkomend uit de eetstoornis er weerstand is voor (nood)voeding in acute situatie, waarin patiënt lichamelijk in gevaar is. Patiënt overschat eigen precaire gezondheidssituatie, ontkent het gevaar en de noodzaak tot voeding vanuit eetstoornis overtuigingen. In dit geval, wanneer patiënt in acuut lichamelijk gevaar is, echter patiënt vanuit de psychiatrische stoornis hier andere keuze in moet maken, is patiënt voor dat deel wilsonbekwaam vanuit een psychiatrische ziekte, ten einde over te kunnen gaan tot een levensreddende interventie in de vorm van dwangvoeding. Het is belangrijk dit traject goed met ouders en patiënt te bespreken en ook met het team zodat er een gedragen besluit komt waarin de autonomie van patiënt ten opzichte van dit deel van de behandeling tijdelijk wordt overgenomen. Gezien de discussie over wils(on)bekwaamheid bij patiënten met anorexia is het belangrijk dat hier onderzoek naar gedaan gaat worden. Een moreel beraad kan helpen om hierin alle overwegingen mee te nemen.

Ook is het belangrijk om met patiënt en ouders te bespreken dat, ook al wordt dwangvoeding gegeven om op dat moment het leven te redden, het ook – in zeldzame gevallen- voorkomt dat uiteindelijk, na meerdere cycli van dwangvoeding blijkt dat dit niet bijdraagt aan herstel en in sommige gevallen zelfs verslechtering geeft. In deze gevallen is het belangrijk dat er gesprekken gevoerd worden over wel/niet doorgaan met dwangvoeding cycli, zeker als patiënt aangeeft dit niet te willen. In het uiterste geval kan dit resulteren in het overlijden van de patiënt.

Onder ernstig nadeel wordt in de WvGGZ (het aanzienlijke risico) verstaan dat:

- De patiënt zichzelf of anderen in levensgevaar brengt, ernstig lichamelijk letsel toebrengt, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade toebrengt, ernstig verwaarloost of “maatschappelijk ten onder gaat”, of als zijn eigen ontwikkeling ernstig verstoord is of hij andermans ontwikkeling ernstig verstoort.
- De veiligheid van de patiënt bedreigd wordt, al dan niet onder invloed van een ander.
- Het gedrag van de patiënt zo hinderlijk is dat het agressie van anderen oproept.
- De algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

Verplichte zorg kan alleen opgelegd worden als deze zorg voldoet aan:

- Subsidiariteit: niet door een minder ingrijpend alternatief is te vervangen om het ernstige nadeel weg te nemen.
- Proportionaliteit (in verhouding staat tot het op te lossen ernstig nadeel).
- Doelmatig en effectief is (resultaat oplevert).
- Veiligheid: de zorg veilig uit te voeren is (2:1 lid 3. Nieuw ten opzichte van BOPZ).

De verplichte zorg kan bestaan uit het toedienen van medicatie, voeding/vocht en het verrichten van medische controles, beperking in de bewegingsvrijheid of insluiting (op de plek waar de persoon op dat moment verblijft, ook mogelijk buiten een ggz-instelling) en opname in een accommodatie (alleen mogelijk in een daarvoor onder de WvGGZ aangemerkte accommodatie, zoals een GGZ-instelling, PAAZ of MPU). Verplichte zorg gaat onder crisismaatregel/zorgmachtiging. In de procedure hiervoor wordt een onafhankelijk psychiater gevraagd ter beoordeling. De beslissing ten aanzien van het toepassen van verplichte zorg wordt genomen door de zorgverantwoordelijke.

Het verdient aanbeveling om voor de start van de dwangbehandeling een goede analyse te maken van de problematiek en de functie hiervan, waarbij onderliggende pathologie of comorbiditeit bij een eetstoornis kan variëren en daarmee ook kan meespelen in de overwegingen rondom gedwongen voeding. Het is belangrijk hierin te differentiëren om zo een goede keuze voor een behandelstrategie te maken. Bijvoorbeeld een depressie of OCD voorafgaand aan de eetstoornis vereist een andere insteek van de behandeling, dan wanneer een eetstoornis is ontwikkeld als vorm van automutilatie of manier van controle houden op emoties, of wanneer sprake is van onderliggend autisme.

We kunnen voor eetstoornissen onderscheid maken in:

- Ernstige paniek voor eten en aankomen in gewicht zonder comorbiditeit.
- Autisme of OCD met dwangmatig en rigide gedrag (onder andere in eten) en snelle overprikkeling.

- Niet-eten als vorm van automutilatie en emotieregulatie probleem bij bijvoorbeeld trauma of verstoorde hechting of bedreigde persoonlijkheidsproblematiek
- Eetproblematiek op basis van een angststoornis (bijvoorbeeld emetofobie, ARFID) of bij persisterende ernstige buikpijn-/misselijkheidsklachten (bijvoorbeeld somatische symptoomstoornis).

2. Voorafgaand aan het toepassen van dwangvoeding is besproken:

- Is dwangvoeding nu echt noodzakelijk? Zijn er minder ingrijpende alternatieven, zoals sondevoeding zonder of met minder verzet, nutridrink aanbieden voor elke voedingsmoment, bij eigen voeding inname minder energie geven dan via dwangvoeding gezien grote verbruik van energie bij verzet ?
- “bijwerkingen” van dwangvoeding bespreken: zoals traumatische ervaring om vastgehouden te worden, afname van autonomie ervaren kortdurend, afkeer van hulpverlening. Mede hierom wordt dwangvoeding in beperkte duur gegeven.
- Hoe kan de noodzakelijke voeding in zo min mogelijk dwangmomenten over de dag worden gegeven?
- Welke therapieën zijn eerder of reeds ingezet?
- Is er sprake van comorbiditeit? Is de patiënt hiervoor in behandeling? Wat is er al ingezet om de angst voor voedingen te verminderen of onderliggende angsten als trauma, laag zelfbeeld ed te behandelen? Heeft het stoppen met eten een functie? Is dit besproken?
- Kunnen de eerder ingezette of in te zetten therapieën doorgang krijgen?
- Wat is de reden om nu dwangbehandeling te willen inzetten? Wat maakt dat het is vastgelopen?
- Heeft de patiënt eerder dwangbehandeling gehad, op welke wijze en met welk effect, voor welke duur? Wat kan van deze ervaringen geleerd worden?
- Hoe zien ouders/wettelijke vertegenwoordiger dwangvoeding en wat hebben zij hierbij nodig om mee te worden genomen in de besluitvorming?
- Is sprake van problematiek in het systeem van de patiënt wat de eetstoornis kan onderhouden ? Is dit bespreekbaar? Zijn ouders in staat om de eetstoornis van hun kind te scheiden?
- Gaat het in deze situatie om dwang onder de WvGGZ of om dwang onder de WGBO?
- Staat de dwangtoepassing in redelijke verhouding tot het ernstige nadeel?
- Wat is het precieze doel?
- Is de dwangtoepassing wel effectief om het gevaar af te wenden?
- Wanneer wordt er geëvalueerd?
- Hoe kan de duur beperkt worden?

3. Waar?

Accommodatie

De dwang(sonde)voeding wordt geboden door de daartoe bevoegde gespecialiseerde instellingen (zie: <https://locatieregister.dwangindezorg.nl>). De WvGGZ biedt de mogelijkheid om verplichte zorg in een accommodatie of locatie te bieden. Voor iedere regio kan verschillen, of iets een accommodatie of locatie is. Dwangvoeding kan ook op een polikliniek, SEH of kinderafdeling in algemeen ziekenhuis of ook thuis plaatsvinden, onder voorwaarde dat er een bekwaam en bevoegd team beschikbaar is om dit proces te begeleiden/uit te voeren gedurende een aantal momenten op de dag. Als zorg in eigen omgeving niet kan, kan een opname in een accommodatie onder crisismaatregel of zorgmachtiging geïndiceerd zijn. In het geval van dwang(sonde)voeding is dat veelal het geval.

Het multidisciplinair samengestelde team dat dwangvoeding geeft moet hierin regelmatig geschoold worden, intervisie krijgen en vaardigheden hebben om dit zo respectvol en min mogelijk traumatiserend uit te kunnen voeren. Dagelijks moet geëvalueerd worden of dwangvoeding nog proportioneel, subsidiair en doelmatig is.

Andere locatie

Wanneer er bij een patiënt met een eetstoornis vastgesteld wordt dat er sprake is van acuut levensgevaar (bijvoorbeeld een hypoglykemie) waarbij direct moet worden ingegrepen, mag de hulpverlener onder de WGBO alle benodigde middelen inzetten om het acute levensgevaar af te wenden (WGBO 466:1; Afdeling 5, opdracht 7, boek 7 van het Burgerlijk wetboek). De mate van urgentie bij een dergelijke situatie kan betekenen dat, zelfs bij een wilsbekwame patiënt, dwangvoeding moet worden toegepast onder de WGBO. Ook kan bijvoorbeeld naast voeding nog extra vocht moeten worden gegeven of kan fixatie of medicatie worden ingezet om het beoogde doel te bereiken.

Net als bij een andere levensbedreigende situatie zal ter plaatse de eerste opvang geboden moeten worden om vervolgens in te schatten waar de patiënt het beste verder kan worden behandeld. Dit betekent dat ook op een somatische afdeling of SEH dwangvoeding kan worden toegepast.¹ Het spreekt voor zich dat dit zo kort mogelijk moet zijn en alleen in acuut levensgevaar. Het verdient de voorkeur om dit in nauwe samenwerking met de psychiatrie/ervaren team uit te voeren. Zodra het gevaar is afgewend en dwangvoeding structureel wordt, dan moet ingezet worden op plaatsing in een accommodatie als beschreven in de WvGGZ.

¹ Zie hiervoor het protocol dwangvoeding dat voorziet in het op een veilige en eenduidige wijze toepassen van dwangvoeding bij patiënten met een eetstoornis op de spoedeisende hulp (SEH) van het Amsterdam UMC. Dit protocol vormt samen met de voorliggende leidraad de 'best practice' ten aanzien van het toepassen van dwangvoeding.

4. Wat is er nodig op plekken waar dwangvoeding wordt gegeven?

- Getraind (verpleegkundig) personeel/sociotherapeuten om sonde in te brengen.
- Eén tot vijf man/vrouw getraind personeel om te ondersteunen bij inbrengen van sonde en zo nodig patiënt te fixeren. Regelmatig zal personeel van andere afdelingen moeten worden ingeroepen om te assisteren.
- Minimaal een vertrouwde bekende verpleegkundige of sociotherapeut bij de dwangsituatie is zeer wenselijk.
- Begeleidend personeel dat vanuit een (ortho)pedagogisch en psychologisch perspectief ondersteuning biedt.
- Gezien de fysieke en emotionele zorgzwaarte en om uitputting van het team te voorkomen zijn duidelijke onderlinge afspraken nodig in nauw overleg met ouders en patiënt, zowel binnen de eigen instelling om te rouleren met personeel, intervisie e.d., als buiten de instelling door tijdelijke klinische overnames door collega-instellingen.
- ouderbegeleiding

Voor elk voedingsmoment een gezamenlijke korte voorbereiding. Hierin worden onderlinge afspraken gemaakt over:

- Door wie en hoe de patiënt wordt opgehaald.
- Waar de dwangvoeding wordt toegediend.
- Wie wat doet (armen, benen en hoofd vasthouden/fixatie, inbrengen sonde, voorbereiden voeding, inspuiten voeding, het woord voert).
- Rouleren van personeel om draaglast en kracht te verdelen.
- Na elk voedingsmoment een korte terugkoppeling om elkaar te ondersteunen en feedback te geven wat wel en niet goed ging en ook met de patiënt dit na te bespreken.
- Een wekelijks intervisiemoment voor het multidisciplinaire team.
- De-escalerende interventiemethodiek trainingen (DIM) voor personeel of vergelijkbare methoden (zoals bijvoorbeeld Non-Violent Resistance).
- Ruimte waarin de dwangvoeding wordt gegeven (om het gevoel van veiligheid van de patiënt in andere ruimten/slaapkamer te behouden).
- Protocol voor het toedienen van sondevoeding.
- Materialen die nodig zijn voor het toedienen van sondevoeding.

5. Wanneer?

In eerste instantie kan het afwenden van acuut somatische gevaar onder WGBO worden uitgevoerd. Dit kan op een SEH/kinderafdeling, maar eventueel ook in een GGZ-instelling. In het ziekenhuis wordt dan vaak gehandeld onder de WGBO. In een GGZ-instelling zal eerder gekozen moeten worden voor een WvGGZ kader. Er wordt dan een procedure voor een crisismaatregel gestart. Hier staat een termijn van 18 uur voor, waarbinnen er bij verplichte zorg een crisismaatregel moet zijn. Indien sprake is van tijdelijk verplichte zorg mag dit binnen de 18 uur voorafgaand aan de crisismaatregel al worden toegepast. Wanneer herhaaldelijk dwangvoeding nodig is onder WGBO op een SEH of

kinderafdeling is toepassing onder de WGBO veelal niet meer passend, gezien de WGBO van toepassing is op de situatie van het acute somatische gevaar en zal een crisismaatregel aangevraagd moeten worden. Als er tijd is om de procedure voor een zorgmachtiging af te wachten of de verwachting is dat de inzet van verplichte zorg langer zal duren dan drie weken, dan zal er een zorgmachtiging moeten worden aangevraagd.

6. Wanneer bestaat er een acute somatische indicatie voor dwangvoeding en/of vochttoediening?

Er bestaan geen uniforme vastgestelde somatische indicatoren voor het toepassen van dwangvoeding. In zijn algemeenheid kan dwangvoeding gerechtvaardigd worden bij:

- Hypoglykemie <2.8 mmol/l en weigeren voeding te nemen.
- Hypoglykemie <3.5 mmol/l (tijdens de dag, < 4 mmol/l tijdens de avond/nacht), langer bestaande ondervoeding en weigeren voeding te nemen.
- Vochtweigering met prerenale nierinsufficiëntie tot gevolg.

7. Wanneer de beslissing voor dwangvoeding is genomen

Voorafgaand aan de dwangvoeding dienen multidisciplinaire afspraken afgestemd te worden over het volgende:

- Zo min mogelijk momenten van voeding per dag waar mogelijk dwang bij komt (1-3 maal per dag).
- Eventuele toediening van medicatie of vocht via de sonde.
- Eetlijst waarin 6 eetmomenten met equivalent in drinkvoeding of vaste voeding staan (door diëtist Alles wat zelf ingenomen wordt, wordt verminderd op de sondevoeding met afronding naar beneden en eventueel lagere inname bij zelf innemen gezien geen extra verbruik door fysiek verzet).
- Locatie waar voeding wordt gegeven met eventueel dwang indien nodig.
- Inpassingsmogelijkheden van voeding in het dagprogramma dat de patiënt volgt.
- Hoeveelheid sondevoeding. Maximaal 450 ml aan volumebelasting per keer, om dumping te voorkomen, inclusief medicatie of extra vocht (Nutrison EnergyMultifiber 1,5 kcal/ml of Nutrison Compact 2,0 kcal/ml of Nutridrink Compact 2,4 kcal/ml).
- Indien het nodig is om fysiek vast te houden, kunnen opschalen naar meerdere mensen, waarbij 1 nodig om sonde in te doen en voeding te geven. Indien gewenst nog een omloop nodig om spuiten aan te geven.
- In overleg met patiënt en ouders sonde na toediening laten zitten, enkel verwijderen bij risico op suïcide. In team kan overwogen worden sonde in/uit beleid te hanteren als het vermoeden bestaat dat de sonde de eetstoornis kan versterken. Let op dat een sonde telkens op nieuw in doen, niet als strafmaatregel wordt ingezet.
- Rol van de ouders/familie/contactpersoon bij de dwangvoeding, met name bij patiëntengroep <18 jaar. Ouders helpen niet bij voeding. Het is belangrijk dat ouders goed begeleid worden in hoe zij hun kind kunnen steunen in deze moeilijke periode en na de voeding kunnen troosten of afleiden van de angst door bijvoorbeeld een spelletje te doen. Ouders voelen zich wellicht tekortschieten of zelfs bijdragen aan de angst en stress die voeding met verzet oproept. Ook voor hen is belangrijk dat zij blijven uitdragen dit nu noodzakelijk is, omdat ze niet kunnen meegaan met de eetstoornis, wat zou kunnen leiden tot overlijden van hun kind. Ouders hebben een belangrijke rol in het verlenen van steun en

afleiding aan hun kind voor en na de voeding. Ook kunnen ze helpen hun kind te motiveren stappen te zetten naar vrijwillige voeding of naar minder verzet.

- Welke maatregelen kunnen er geboden worden om de patiënt voor, tijdens en na de dwangvoeding te begeleiden en mogelijk kan patiënt hier zelf in bijdragen door aan te geven wat het minst vervelend is (wel/niet praten, hand vasthouden etc.).
- Hoe en door wie worden de ouders/familie/contactpersoon bij dwangvoeding begeleid?

8. Bejegening

Ieder mens is uniek. Er bestaat dus geen standaard bejegeningplan. De manier van voeding wordt afgestemd per patiënt waarbij ingezet wordt op zo min mogelijk dwang. Op deze manier blijft de eigenwaarde van de patiënt het hoogst en behoudt hij/zij zoveel mogelijk regie en autonomie voor zover dat mogelijk is in deze situatie. Blijf uitleggen dat uiteindelijk echte autonomie het doel is, niet eetstoornis gedreven autonomie. Blijf met de patiënt in gesprek gaan om gezamenlijk te zoeken naar wat voor de patiënt helpend kan zijn voor, tijdens of na de dwang(sonde)voeding. Dat kan zijn een filmpje kijken, meetellen van de spuiten, zo snel mogelijk de voeding doen, of juist in een afgesproken tijd in rustig tempo, wat is helpend om te zeggen vooraf bespreken. Koppel de momenten van gesprek over de dwang(sonde)voeding zoveel mogelijk los van het moment waarop de daadwerkelijke voeding gaat plaatsvinden, omdat de spanning rondom de voedingsmomenten oploopt als dat moment nadert.

Aan patiënt en ouders, maar ook naar het team toe, kan ook de vergelijking worden gemaakt met patiënten die chemotherapie nodig hebben: *“Dit is ook een naar middel, met bijwerkingen maar ook levensreddend.”* Daarbij is het belangrijk steeds met elkaar te blijven spreken of de “bijwerkingen” opwegen tegen de redenen van de dwangvoeding of dat er alternatieven zijn. Ook is het belangrijk te bespreken wat de rol van naasten en hulpverleners is tijdens de dwangvoeding. Wel kan worden teruggekomen op afspraken die voorafgaand aan de dwangvoeding zijn gemaakt (zie de paragraaf hieronder) en het positief bekrachtigen wanneer dit gelukt is.

Basistips:

Probeer een veilige setting te creëren. Leg duidelijk uit wat er gaat gebeuren, wanneer, waarom, waar en hoe het gaat gebeuren, waarbij de insteek is op het ontwikkelingsniveau en actuele stress niveau van de patiënt.

Bied hoop en perspectief. Benoem duidelijk dat dit een tijdelijke interventie is, die op dit moment in verband met een lichamelijk bedreigde situatie noodzakelijk is.

Benoem voor welk doel deze interventie nodig is en wanneer deze wordt geëvalueerd. Wees heel duidelijk in deze uitleg. Herhaal dit ook, aangezien de patiënt moeite kan hebben met informatieverwerking en concentratie.

Blijf vriendelijk en in contact in de bejegening en invoelend.

Bespreek van tevoren met patiënt wat hij/zij nodig heeft om het voeding moment door te komen. Betrek familie/naasten bij deze besprekingen. Houd je aan de afspraken.

Stel je dienstbaar op aan de hulpvraag van de patiënt. Het blijft een spagaat, enerzijds werk je ten behoeve van de belangen van de patiënt en anderzijds neem je wat van de autonomie af.

Spreek wederzijdse verwachtingen uit.

Tijdens het geven van de dwangsondevoeding is het vaak beter geen complimenten aan de patiënt te geven. Gevraagd kan worden of hij/zij dat prettig vindt of juist niet. Het kan zijn dat hij/zij in volledig verzet is en niet wil horen dat hij/zij het goed gedaan heeft: patiënt kan vanuit de eetstoornis immers vaak niet meewerken, een compliment kan dan juist averechts uitpakken.

Bedenk dat je de patiënt helpt in diens strijd tegen de eetstoornis. Vaak ontstaat er tegenoverdracht bij hulpverleners, het kan voor hen voelen alsof de patiënt hen “expres” tegenwerkt. Echter mag de patient van de eetstoornis niet meewerken. Benoem dit en draag uit dat je je zult blijven verzetten tegen de eetstoornis, maar dat je de patiënt zult steunen in en na dit hele nare, lastige moment. Blijf ook hoop geven dat dit een tijdelijke fase is en dat je helemaal kunt herstellen van een eetstoornis.

Overweeg nogmaals te bespreken wat patiënt kan doen om dwangvoeding te voorkomen. Altijd moet de mogelijkheid van eigen plan van aanpak besproken worden met patiënt en ouders om dwangbehandeling te voorkomen. Bied transparantie over wanneer de dwangvoeding start en onder welke voorwaarden. Attendeer patiënt hierbij ook op de mogelijkheid een klacht in te dienen en wijs de patiënt op zijn rechten in overeenstemming in de WvGGZ.

Het heeft de voorkeur altijd te werken in de aanwezigheid van een vertrouwde verpleegkundige of groepsleider voor patiënt, en niet met enkel nieuwe mensen. Juist deze vertrouwensband kan maken dat patiënt minder in paniek is, er eerder ingang voor samenwerking is en de voeding met zo min mogelijk verzet kan verlopen en is al ervaring opgedaan wat het beste gaat. Ook is het belangrijk dat een volgende dienst dit dan goed krijgt overgedragen en goed in bejegeningplan in een dossier wordt gezet zodat niet iedere nieuwe dienst opnieuw moet uitvinden hoe minste dwang nodig is en zoveel mogelijk de samenwerking wordt gevonden. Met ouders, wordt bij voorkeur besproken dat zij niet bij het moment van dwangvoeding aanwezig hoeven te zijn, zodat zij patiënt na de voeding ook kunnen ondersteunen en juist in hun ouderrol kunnen blijven, in plaats van ook hulpverlener te moeten zijn.

9. Communicatie met de patiënt en naasten over de dwangvoeding

Informeer (nogmaals) kort en bondig wat er gaat gebeuren, waar en met welke betrokkenen. De beslissing is al genomen en er is geen discussie mogelijk. Wees hierin eerlijk en consequent en wijk niet meer af van het plan. Herhaal nogmaals kort de al eerder besproken noodzaak van de dwangsondevoeding.

Bijvoorbeeld: “Ik ga zo de afgesproken hoeveelheid sondevoeding klaarmaken en dan kom ik bij je terug. Mag ik je dan vragen om op je bed te zitten? Ik zal de sonde inbrengen met hulp van een collega. De sondevoeding zal in drie spuitjes van 60 ml worden ingespoten.”

Als er onduidelijkheden zijn, dan is dit nog het moment om daarover in gesprek te gaan.

Blijf overleggen waar mogelijk. Stel voor op welke manier je de dwangvoeding wil organiseren. Neem de regie over waar dat moet en geef de regie terug waar het kan. De regie teruggeven kan door keuze opties te geven. Doe dit voor elk sondevoedingsmoment opnieuw. De wens van de patiënt kan veranderen.

Bijvoorbeeld: "Vind je het prettig om te controleren of ik de juiste hoeveelheid sondevoeding heb klaargemaakt?" "Zullen we samen de spuitjes tellen?"

Blijf in contact en maak alvorens afspraken hierover.

Maak ook agressie tijdens de dwangsondevoeding bespreekbaar, hoe je de patiënt hierop wel/niet kan aanspreken en wat de verpleging in zo'n situatie moet doen.

Bijvoorbeeld: "Vind je het prettig als er muziek op staat en we niet praten tijdens de sondevoeding, of heb je een onderwerp dat we kunnen bespreken ter afleiding?" "Als het niet lukt mee te werken, zullen we je vast moeten houden."

10. Tijdens de dwangvoeding

Stappenplan:

- Probeer eerst of de patiënt de samenwerking aan kan gaan.
- Voer de eerste keer dwangsondevoeding uit met twee verpleegkundigen/getrainde sociotherapeut.

Wanneer de patiënt zich verzet; vraag eerst op welke manier de patiënt wel kan samenwerken en benoem wat de patiënt kan doen om het geven van de sondevoeding onder begeleiding van twee verpleegkundigen/getrainde sociotherapeuten mogelijk te maken. Benoem daarbij dat de manier waarop in overleg gedaan kan worden, over de hoeveelheid en het product is al een beslissing genomen.

- Bij persistent verzet is de eerste keuze steeds zo min mogelijk invasief:
 - Drie verpleegkundigen
 - Vijf verpleegkundigen
 - Overwegen mechanisch fixeren (eerst MDO alvorens hiertoe over te gaan)
- Houdt zoveel mogelijk (oog)contact met de patiënt en blijf op rustige, vriendelijke toon praten.
- Vertel de patiënt bij iedere stap wat je gaat doen (tenzij deze heeft aangegeven dit niet te willen horen).
- Bespreek of de patiënt verzet ook op andere wijzen kan tonen, bijv. door te stampen op de grond of hand stevig vast te houden van verpleegkundige etc. Blijf daarnaast benoemen dat je de patiënt geen pijn wil doen en nodig de patiënt uit dit te benoemen als dit toch het geval is.
- Daarnaast willen patiënten de professionals die de dwangvoeding geven eigenlijk nooit bewust pijn doen. Als dit per ongeluk toch gebeurt, benoem dit naar de patiënt en benoem concreet wat hij of zij kan doen om dit te stoppen.

Bijvoorbeeld: "Je elleboog prikt in mijn zij. Wil je proberen om je arm zo te houden dat je elleboog niet in mijn zij prikt?"

- Blijf bij aanhoudende dwangvoeding de patiënt uitnodigen/aanbieden om de sondevoeding vrijwillig of met minder verpleegkundigen toe te dienen.

11. Na de dwangvoeding

Blijf in de nabijheid van de patiënt en houd de patiënt in het oog. Wees fysiek aanwezig en blijf contact maken, aangezien de patiënt zich heel eenzaam en alleen kan voelen in de situatie van de dwangvoeding. Zie de patiënt niet alleen als anorexiapatiënt(e), maar als volledig mens. Blijf invoelend, vriendelijk en rustig. Patiënt blijft na de dwangvoeding een uur in het zicht om te ondersteunen bij opkomende paniek en om braken te voorkomen, tenzij de inschatting is dat er niet gebraakt zal worden, dan volstaat een half uur. Probeer samen met de patiënt de aandacht te verleggen, bijvoorbeeld door samen iets aan afleiding te gaan doen, een spelletje te spelen een puzzel te maken, filmpje te kijken op de telefoon.

12. Belangrijke overwegingen bij dwangvoeding

- Het multidisciplinaire behandelteam evalueert dagelijks op subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid en veiligheid.
- Verplichte zorg moet worden opgenomen in het zorgplan bij de WvGGZ. Als het een noodmaatregel is in het kader van een crisismaatregelzorgmaatregel, dan maximaal drie dagen en moet er een wijziging van de crisismaatregel of zorgmachtiging worden geregeld.
- Zo kort mogelijk: er is geen wetenschappelijke onderbouwing voor de maximale duur van dwangvoeding. Streef naar een zo kort mogelijk periode, met een maximale streefduur van drie weken als er geen enkele verbetering is te zien. Stop dan de dwangvoeding zolang de somatische toestand het toelaat. Indien mogelijk gaat de patiënt naar huis. Indien er daarna opnieuw gedurende een langere periode dwangvoeding nodig is, streef dan opnieuw naar een zo kort mogelijke periode. Consulteer collegae van andere instellingen om mee te denken. Bespreek met de patiënt en ouders om een second opinion aan te vragen en organiseer deze, om meerdere episodens met dwangvoeding zoveel mogelijk te beperken bij een patiënt. Hierbij is de onderliggende analyse over de functie van de eetstoornis en de onderliggende comorbiditeit van cruciaal belang.
- Bespreek het aanvragen van een second opinion van tevoren met patiënt en ouders. Als behandelaar heb je de ruimte om nog korte tijd door te gaan met dwangvoeding na zes weken in samenspraak met ouders en patiënt, als al vorderingen in afbouw van de dwangvoeding zichtbaar zijn (voorbeeld: wanneer alleen nog één voeding per dag onder dwang gegeven wordt en de rest met drang onder een machtiging of vrijwillig). Ouders hebben zelf ook altijd de mogelijkheid om al in een eerder stadium een second opinion aan te vragen bij behandelaar.
- Motiverende gespreksvoering door sociotherapeuten/verpleegkundigen/(ortho)pedagogen/psycholoog/psychiater.

- Dagelijks altijd als optie vrijwillige sondevoeding of nutridrink equivalent bespreken (bijvoorbeeld stapsgewijs normaliseren, eerst aan tafel komen zitten, vervolgens iets proberen te eten en dit verder uitbouwen).
- Medicatie bespreken ter reductie van angst en spanning in vorm van benzodiazepines voor of bij elk voedingsmoment (meeste ervaring met lorazepam). Daarnaast kan antipsychotica (meeste ervaring met olanzapine, risperidon bij ASS, of quetiapine en dditie van een SSRI bij een angst-of stemmingsstoornis besproken worden ter ondersteuning van de behandeling afhankelijk van onderliggende comorbiditeit
- Gedragstherapeutische interventies, hulp bij emotieregulatie of EMDR kunnen in deze fase geïndiceerd zijn.
- Eventueel een beloningschema bespreken bij sondevoeding zonder verzet in overleg met patiënt en ouders (NB: niet-eetstoornis-gerelateerde beloning).
- Dwangvoeding onaantrekkelijk maken in sommige situaties door bijvoorbeeld tijdelijk x 1,2 of x 1,5 hoeveelheid toe te passen (bijvoorbeeld om patiënt te helpen voor zichzelf te kiezen en niet voor de eetstoornis of ter compensatie van verzet versus vrijwillig meewerken aan sondevoeding). Alertheid is nodig om dit niet als straffende component te gebruiken voor iemand die toch al gedwongen sondevoeding krijgt.
- Patiënt blijft elke keer de keuze houden om vrijwillig sondevoeding toe te staan en zal blijvend worden aangemoedigd om zelf te eten, Nutridrink, of een product dat patiënt misschien het minst moeilijk vindt (zoals bijvoorbeeld fruit). Dit zal dan direct van de sondevoeding hoeveelheid afgetrokken worden. Dit moet heel duidelijk zijn voor de patiënt.
- Biedt de patiënt te allen tijde aan contact te hebben met ervaringsdeskundigen indien gewenst.
- Bespreek ethische dilemma's die bij dwangbehandeling komen kijken in een moreel beraad zoals wanneer dwangvoeding niet afgebouwd kan worden, de situatie juist verslechterd, of wanneer team of patiënt/ouders andere dilemma's tegenkomen. Naast het team is het wenselijk dat ouders hierbij aanwezig zijn en er een voorzitter is van buiten het behandelteam. Een moreel beraad is "het, onder leiding van een faciliterende gespreksleider, methodisch reflecteren op morele vragen naar aanleiding van een behandelingstraject" (Molewijk, Abma, & van Dartel, 2008, p. 33; KNMG ethische toolkit). Een moreel beraad heeft hier als doel om de kwaliteit van zorg te verbeteren binnen de context van de situatie vanuit het oogpunt van (eerdere, huidige, toekomstige) behandelaren, ouders, gezin en patiënt. Het is een open en gelijkwaardig gesprek over dilemma's en er kunnen ideeën uitgewisseld worden. Ook kan er gereflecteerd worden over het (medisch) handelen tot nu toe en hoe verder vanaf nu.
- Met ouders en behandelaar bespreken/uitleggen, voor start dwangvoedingsepisode:
 - Beperkte duur dwangvoeding, want langdurige dwangvoeding is niet helpend.
 - Afgebakende periode afspreken (bijvoorbeeld maximaal drie weken).
 - Welke behandeling naast dwangvoeding plaatsvindt.
 - Wat te doen als dwangvoeding onvoldoende werkt.

Bij geen vooruitgang in het beeld of in de afbouw van dwangsondevoeding is het advies al in een zo vroeg mogelijk stadium een andere instelling cq een of meerdere experts mee te laten denken in de

vorm van een second opinion of de casus in te brengen in het tweemaandelijks complexe casus overleg binnen het Landelijke expertisenetwerk dwangvoeding.

Een second opinion gebeurt altijd in overleg met ouders en patiënt. Een second opinion kan in de volgende vormen aan patiënt en ouders voorgelegd worden:

- Papieren second opinion door collega-instelling.
- Second opinion op locatie, waarbij een gesprek met het behandelteam, de ouders en patiënt door collegae van een andere instelling(en) plaatsvindt. Hierna vindt de terugkoppeling plaats aan allen.
- Tijdelijke klinische overname van een patiënt voor 2 tot 3 weken door een collega-instelling.

Second opinion wordt gedaan vanuit het besef dat:

- Dwang een laatste redmiddel is.
- Een andere insteek mogelijk beter bij patiënt kan aanslaan.
- Het kan helpen om uit een “kramp” te komen en weer een perspectief voor patiënt te creëren.
- Verschillende perspectieven zijn uitgedacht wanneer overwogen wordt alle dwang te stoppen met het bijkomende risico dat patiënt kan komen te overlijden, in overleg met patiënt en ouders. Deze lastige beslissing kan door middel van een second opinion nog eens worden besproken met het behandelteam, patiënt en ouders, eventueel aangevuld met een Moreel Beraad.
- Teamuitputting te voorkomen.

Belangrijk voor second opinions is een lerend proces voor en met elkaar om de zorg voor deze complexe groep te verbeteren. Randvoorwaarden voor een second opinion zijn:

- Second opinion vindt altijd met twee (indien nodig meer) collegae van andere instellingen plaats die expert zijn ten aanzien van de casuïstiek, zodat zij onafhankelijk met elkaar kunnen sparren.
- Er is een ruime pool van experts vanuit het expertisenetwerk beschikbaar die een second opinion kunnen uitvoeren, zodat de kans groter is dat er twee personen beschikbaar zijn voor de second opinion en hier vergoeding voor is.
- In de expertpool is naast expertise op eetstoornissen en somatiek ook expertise op bijvoorbeeld comorbiditeit met autisme, obsessief compulsieve problematiek, verstandelijke beperking of persoonlijkheidsproblematiek/emotieregulatieproblematiek aanwezig evenals verpleegkundige expertise en ervaring met teamdynamieken beschikbaar.
- De second opinion is gericht op de gehele behandeling, zowel lichamelijk als psychiatrisch, alsmede teamondersteuning en niet alleen dwangvoeding. Gericht op de vraag: “*Wat maakt dat het vastloopt?*” Met elkaar (team, ouders en patiënt) proberen te begrijpen hoe de situatie van dwang is ontstaan en wat het in stand houdt om gedeelde hypothesen te hebben hierover en daarna te kijken welke mogelijkheden er zijn om tot verandering te kunnen komen.
- Indien de second opinion plaatsvindt op de eigen locatie: experts gaan naar patiënt en ouders toe. Vooraf worden alle documenten aangeleverd en alvorens patiënt en ouders

apart te spreken, worden de experts gesproken door het behandelteam. Terugkoppeling vindt na de gesprekken mondeling plaats aan het behandelteam en daarna gezamenlijk aan ouders en patiënt. Het schriftelijk verslag wordt daarna zo snel mogelijk aangeleverd. In overleg met de second opinion-aanvrager kan het advies aan patiënt en ouders ook op een ander moment worden teruggekoppeld. Dit is bij voorkeur echter op de dag zelf.

- Patiënt wordt in principe niet blijvend overgedragen of dit moet na de second opinion de gewenste situatie zijn voor alle betrokkenen.
- De aanvrager van de second opinion bepaalt welke expertise nodig is bij hun complexe casus. Deze wordt voorgelegd in de expertpool, waarna op zo kort mogelijke termijn ruimte wordt gemaakt hiervoor. Vergoeding gaat volgens Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie-format/inschaling.

In afwachting van de second opinion:

- Pauze in dwangsondevoeding overwegen, in overleg met ouders, of patiënt naar huis gaat of op de afdeling blijft (tot somatische indicatie voor herstart (dwang)sondevoeding).
- Bij onvoldoende effect van tweede periode dwangsondevoeding (dan maximaal 6 weken) overwegen tot:
 - Inschatten wilsbekwaamheid.
 - Second opinion.
 - Ontslag naar huis met continueren ambulante behandeling of thuisbehandeling met intensief thuisteam.
 - Moreel beraad.

13. Ketenzorg na dwangvoeding

- Bespreek met patiënt en ouders altijd het perspectief, wat de beste vervolgplek zou kunnen zijn: klinische, dagklinische of poliklinische behandeling met ondersteuning thuis en wat voor deze plekken nodig is. Een verplicht of vrijwillig kader, eetlijst of toch nog sondevoeding thuis etc.
- In geval van klinisch of dagklinische vervolgbehandeling, idealiter geleidelijke gefaseerde opbouw hier naar toe.
- In geval van poliklinisch vervolg:
 - Voortzetten behandeling bij eigen ambulant behandelaar en diëtist, met kinderarts poliklinisch, eventueel in combinatie met thuisbehandeling, IHT/IBT-J Vluchtheuvel etc.
 - Nieuwe poliklinisch behandelaar (ervaren met eetstoornispatiënt) binnen regionale GGZ, warme overdracht bij voorkeur, al op afdeling kennismaken, inclusief systeemtherapeut, diëtist, psycholoog, psychiater.
 - Overbrugging naar nieuwe poliklinisch behandelaar door: IBT-J, IHT, ervaringsdeskundige begeleiding en bij voorkeur aanstellen van een casemanager/mentor/levensloopcoach voor de continuïteit.
- Terugvalpreventieplan meegeven; TPP opstellen zodra dwangvoeding (zo goed als) is afgebouwd en voedingen zonder verzet gaan. Dit kan nog sondevoeding per spuit of op de pomp zijn, waar eventueel de thuiszorg voor georganiseerd moet worden. Ambulant moet

dan een plan gemaakt worden hoe dit af te bouwen en op te bouwen met zelfstandige eigen intake in afstemming met patiënt en ouders.

- Indien de ketenzorg stagneert door wachttijden, vindt overleg plaats binnen de betreffende regionale expertise netwerken en het landelijk expertisenetwerk dwang, van waaruit vervolgens gecoördineerde acties plaatsvinden.
- Aandacht voor herstelhuizen, gezinshuizen, zorgboederderij of andere mogelijke vormen van zorg en dagbesteding in de keten met opbouw van school of andere vorm van perspectief voor patiënt.
- Het is van belang om een casemanager/levensloopcoach te koppelen aan de patiënt die meegaat gedurende het hele behandeltraject. Dit kan bijvoorbeeld iemand vanuit het wijkteam zijn die ook contact heeft met de gemeente.

14. Leren van casuïstiek

Naast de second opinion, die gericht is op de verdere behandeling van de patiënt, kan ook in het tweemaandelijks casus overleg binnen het Landelijk Expertisenetwerk Dwangvoeding het verloop van de casuïstiek in kaart worden gebracht: hoe heeft het zover kunnen komen dat een patiënt dwangvoeding nodig heeft? Door meerdere casussen te analyseren, kunnen mogelijk aanknopings- en verbeterpunten gevonden worden voor het voorkomen en verminderen van dwangvoeding. Aan de uitvoering van deze leidraad is de komende twee jaar onderzoek gekoppeld hoe vaak dwangvoeding nu voorkomt en aan het in kaart brengen van allerlei factoren die maken dat er tot dwangvoeding wordt besloten en hoe dit in eerder stadium voorkomen kan worden (zie als voorbeeld hiervan ook het onderzoek Ketenbreed Leren dat in samenwerking met Accare, Bascule | Spirit (Levvel), Curium-LUMC, Horizon en Karakter wordt uitgevoerd in bijlage II).

15. Scholing

Er zullen scholingsdagdelen worden georganiseerd waarin alle aspecten van dwangvoeding worden meegenomen. Zowel in de communicatie en bejegening, hoe de patiënt en ouders te betrekken, verpleegtechnisch handelen met gebruik maken van DIM technieken, juridische aspecten, somatische scholing, ervaringsverhalen, presentaties van complexe casussen en ook onderzoeksaspecten zullen worden meegenomen, evenals het gebruik maken van Moreel Beraad. Ook zullen er op locatie trainingen worden gegeven aan behandelteams vanuit de MPU-Kind & Jeugd Amsterdam UMC.

16. Onderzoek

Onderzoek zal gericht worden op hoe vaak dwangvoeding nu plaatsvindt, de besluitvorming voorafgaand aan dwangvoeding, wat is de voorgeschiedenis en wat zijn de gevolgde stappen bij patiënten die dwangvoeding hebben gekregen en wat kan hiervan geleerd worden om dwangvoeding zoveel mogelijk te voorkomen. Daarnaast is het van belang te onderzoeken wat de invloed is van comorbiditeit op de indicatie en duur van de dwangvoeding.

17. Beheer leidraad

Het beheer van deze leidraad is belegd bij het Landelijk Expertisenetwerk Dwangvoeding, opgericht vanuit K-EET. Periodiek wordt deze leidraad herzien op basis van nieuwe en/of andere inzichten en opnieuw uitgegeven door het landelijk netwerk verminderen, voorkomen en toepassen dwangsondevoeding.

De eerste versie is in juli 2020 verschenen.

De tweede versie is in november 2021 verschenen.

Literatuur

Bloemen, O., Maes, J., Mulder, N., Prinsen, E., Smits, C., Tamsma, H. (2019). Handreiking ambulante verplichte zorg. Geraadpleegd via: <https://www.dwanginezorg.nl/binaries/dwanginezorg/documenten/publicaties/implementatie/ketenproducten/producten-wvggz/handreiking-ambulante-verplichte-zorg/Handreiking+Ambulante+verplichte+zorg+1.0.pdf>.

Dröes, J. & Plooy, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 19(2), 6-17.

Elzackers, I. (2017). *Weighing the options. Compulsory treatment, mental capacity and decision making in anorexia nervosa (proefschrift)*. Geraadpleegd via <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/354238>.

GGZ Nederland (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap, voor mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort, Nederland: GGZ Nederland.

GGZ Standaarden (2016). *Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek*. Geraadpleegd via <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/introductie>.

GGZ Standaarden (2019). *Generieke module Dwang en drang*. Geraadpleegd via <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/dwang-en-drang/introductie>.

Kirkels, L. (2018). A review of the literature on forced tube feeding in Anorexia Nervosa patients. (onderzoek masterstudie).

KNMG Ethische Toolkit. Geraadpleegd in november 2021 via <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkit/zelf-aan-de-slag.htm>

Molewijk, B., Abma, T., & van Dartel, H. (2008). Onderweg naar een tweede professionaliseringslag van moreel beraad. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek*, Jaargang 18, nr. 2, 33-34

Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst. Geraadpleegd via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/2006-02-01>

Wet op de verplichte geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040635/2020-07-01>

Overige referenties:

Ketenbreed leren. Kwaliteit van de jeugdhulpketen onder de loep. (<https://voordejeugd.nl/projecten/landelijk-onderzoek-ketenbreed-leren/>)

Addendum I *Het perspectief vanuit ervaringsdeskundige jongeren en ouders*

Ervaringsdeskundigen – jongeren/volwassenen die kampten met een eetstoornis en ouders van patiënten met een eetstoornis – zijn betrokken bij het ontwikkelen van deze leidraad, waarbij hun adviezen zijn meegenomen bij het opstellen van deze leidraad. Hier lichten we een aantal belangrijke aandachtspunten uit die zij vanuit hun ervaringsdeskundigheid en vanuit het perspectief van het patiënt zijn of ouder van een patiënt zijn hebben ingebracht.

Zorgvuldige besluitvorming bij start dwangvoeding

Dwangsondevoeding is een middel om schadelijke of levensbedreigende gevolgen van een eetstoornis te voorkomen. De eerste stap in het besluit om dit middel in te zetten is met elkaar (multidisciplinair team, ouders en patiënt) tot een beoordeling te komen, deze ook goed afgewogen te hebben en met elkaar te kijken welke andere interventies ingezet kunnen worden.

Regie bij de patiënt

Het eten of niet-eten is een manier om controle te houden. Wanneer dwangvoeding in beeld komt, wordt deze vorm van “controle” afgenomen. Dit kan leiden tot veel spanning, angst en gevoelens van weerstand. U kunt als behandelaar op onderdelen de patiënt regie en daarmee ook vertrouwen (terug)geven, hoe beperkt soms ook, door onder andere:

- Goed te bespreken wat u doet, hoe u dit doet en hierin consequent te zijn.
- De gemaakte afspraken met de patiënt over de toepassing van de dwangsondevoeding – over de tijdstippen van de sondevoeding, maar bijvoorbeeld ook over muziek, de aanwezigheid van steunfiguren, de wijze van contact houden – nakomen; checken bij de patiënt of de afspraken ook worden nagekomen en de patiënt vragen of deze nog iets wil aanpassen tijdens dagelijkse evaluaties.
- Geen complimenten te maken dat de patiënt het “goed gedaan” heeft (*“Ik kreeg dan altijd het gevoel dat ik me niet genoeg had verzet”*).
- Goed contact te blijven houden. De patiënt kan niet meewerken aan voeding, maar wel openstaan voor contact.
- De evaluatie niet vlak voor of na de toepassing van dwangsondevoeding houden, want dit onthoudt de patiënt niet.
- Nutridrink toe te passen naast sondevoeding.
- Het stapsgewijs afbouwen van de sondevoeding niet te relateren aan een gewichtstoename; dat gaat na een bepaald gewicht niet meer snel.
- Deze lijst aan te vullen met nieuwe inzichten op grond van evaluaties met patiënten.

Overwegingen ten aanzien van de plaats van sondevoeding

- Het toedienen van sondevoeding in de thuissituatie is niet wenselijk vanwege de belasting van gezinnen en risico's op andere vormen van automutilatie en suïcide. Het is echter wel afhankelijk van de oorzaak van de eetstoornis.
- De slaapkamer is vaak een veilige plek na dwangsondevoeding en daarmee niet de plaats om dwangsondevoeding toe te passen.
- Zeker, maar niet uitsluitend voor patiënten <18 jaar zijn een huiselijke ruimte en een ontspannen sfeer van belang voor de toepassing van dwangsondevoeding. Vraag of ze iets mee willen nemen waar ze steun aan kunnen ontlenuen: een knuffel, een ouderfiguur.
- In het geval van het ambulant toepassen van dwangsondevoeding, is het raadzaam een ervaringsdeskundige te betrekken, die de patiënt en de ouders kan ondersteunen.

Addendum II *COVID-19 crisis*

In huidige COVID-19 crisis spelen er veel vragen rondom hoe te handelen bij patiënten met dwangvoeding op de afdeling. Bij dwangvoeding zijn er vier tot vijf verpleegkundigen in een kleine ruimte, waarin geen 1,5 meter afstand kan worden gehouden en direct fysiek contact en verzet speelt. Het eerste doel is om de omgeving van de kliniek schoon te houden door middel van:

- Goede handhygiëne.
- Iedereen weren van afdeling die verkouden is of andere luchtwegklachten heeft.
- Personeel dat dwangvoeding doet, mogen niet bij COVID-19 verdachte patiënten in zorg staan of klachten hebben.
- Alleen een ouder op bezoek, op voorwaarde zelf geen klachten en niemand in gezin klachten.
- COVID-19 verdachte patiënten en COVID-19 besmettingen niet op zelfde afdeling als de dwangvoeding wordt gedaan.

Bij COVID-19 positieve patiënt die niet op een somatische afdeling behoeft, in isolatie verplegen en met beschermende kleding en ffp2 masker betreden en dwangvoeding met zo min mogelijk mensen doen.

Indien patiënt die dwangvoeding nodig heeft, COVID-19 positief wordt getest, zal deze afhankelijk van ernst somatiek naar somatische COVID afdeling of eventueel IC moeten. Indien somatiek niet dusdanig ernstig is zal patiënt in isolatie verpleegd moeten worden op psychiatrische afdeling.

Bijlage I *Evaluatielijsten*

Onderstaande evaluatielijsten zijn te gebruiken rondom dwangvoedingen als hulpmiddel voor gesprek met patiënt ter bevordering van diens autonomie en regie.

Evaluatielijst na beëindiging dwangvoeding

Heb je voorafgaand aan elk sondevoedingsmoment, de keuze gehad zelfstandig te eten?	Ja / Nee
Zijn er telkens weer afspraken met je gemaakt over hoe de sondevoeding te geven?	Ja / Nee
Weet je bij iedere gift de hoeveelheid sondevoeding die je hebt gekregen?	Ja / Nee
Is je uitgelegd waarom deze sondevoeding als noodzakelijk werd gezien?	Ja / Nee
Is ieder sondevoedingsmoment met je voor besproken?	Ja / Nee
Is er gevraagd op welke manier je tijdens het sondevoedingsmoment wilde en/of kon samenwerken?	Ja / Nee
Ben je tevreden over de samenwerking tussen jou en verpleging? Is er naar je geluisterd?	Ja / Nee
Hoe zouden we de samenwerking kunnen verbeteren?	
Heb je het gevoel dat er overleg is geweest tussen het beleid van de artsen en de uitvoering daarvoor door de verpleging?	Ja / Nee
Heb je je gedurende de sondevoedingsmomenten veilig gevoeld?	Ja / Nee
Heb je lichamelijk last gehad van de dwangvoeding? <i>Te denken aan pijn? Ongemak?</i>	Ja / Nee
Heb je psychisch last (gehad) van de dwangvoeding? <i>Te denken aan angst voor verpleging, verminderd vertrouwen in de zorg?</i>	Ja / Nee
Wat zijn jouw suggesties om dwangsondevoeding te voorkomen?	

Bijlage II *Onderzoek Ketenbreed Leren*

Ketenbreed Leren is een onderzoeks- en veranderproject waarin wordt geleerd van hulpverleningstrajecten die eindigen in specialistische, weinig voorkomende jeugdhulp met verblijf (Zorg voor de Jeugd, 2020). In het project wordt door ouders, jongeren, professionals en beleidsmakers samengewerkt en bij concrete casussen gekeken hoe het hulpverleningstraject is verlopen. Specifiek wordt gekeken naar welke factoren er met de “kennis van nu” belemmerend zijn geweest en welke juist bevorderend waren om de hulp goed te laten verlopen.

Dit leidt tot verbeterpunten: wat kan iedereen voor zichzelf als professional of beleidsmaker anders of beter doen? En wat kunnen we als collectief in een organisatie of regio verbeteren? Zo zorgen we dat jeugdigen en ouders de hulp krijgen die ze nodig hebben en die daadwerkelijk tot verbetering van hun situatie leidt (Zorg voor de Jeugd, 2020).

Het onderzoek wordt uitgevoerd in vijf regio's, waarbij in taal 75 casusreviews plaatsvinden. Deze worden vastgelegd in een database, waarbij vervolgens per regio leerbijeenkomsten worden georganiseerd. Het onderzoek Ketenbreed Leren loopt van 2019 tot en met 2021 en wordt uitgevoerd in samenwerking door Accare, Level (Bascule | Spirit), Karakter, Curium en Horizon.

Meer informatie is te vinden via de volgende website: <https://voordejeugd.nl/projecten/landelijk-onderzoek-ketenbreed-leren/>.