



Veel gestelde vragen en praktijkadviezen: voorkomen van dwangvoeding

K-EET roept behandelaren, patiënten en ouders op steun te zoeken in complexe situaties, bijvoorbeeld door middel van consultaties en een second opinion en door onderstaande adviezen ter harte te nemen. We willen leren van onze ervaringen en de zorg verbeteren zodat het inzetten van dwangvoeding steeds verder kan worden verminderd.

Meer weten? Lees de praktijkadviezen of de veel gestelde vragen en antwoorden.

Praktijkadviezen

Best beschikbare behandeling

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

Signaleren

Vanaf de start van de behandeling is het van belang om in te zetten op het voorkómen 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 om dwang te voorkomen.

In gesprek blijven met patiënt en omgeving

Met patiënt, ouders en eventueel andere betrokken hulpverleners (o.a. huisarts) moeten de medische, ethische en andere overwegingen en opties steeds open worden besproken (ZAG: zorg afstemmingsgesprek). Met name ook de vraag wat iemand zelf kan doen om dwangbehandeling te voorkomen is belangrijk. Voorkómen van dwang vereist goede samenwerking, expertise en vaardigheden binnen een team, tussen verschillende afdelingen en instellingen onderling, met ouders en met andere betrokkenen. Mocht dwang toch nodig zijn, dan is het doel dit zo kort mogelijk toe te passen.

Zeker bij eetstoornissen is goede netwerkzorg van belang. Vanuit de landelijke samenwerking binnen K-EET wordt consultatie geboden. Bij consultatie wordt de zorgverantwoordelijkheid niet overgenomen, maar wordt er vraaggericht meegekeken met



de eigen behandelaars en natuurlijk met de patiënt en ouders. 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

Het is belangrijk om steeds te blijven evalueren en de vragen te stellen: was dwang te voorkomen geweest? Hadden we iets anders kunnen doen? Wat hebben wij van deze ervaring geleerd? Hoe kunnen we ons blijven ontwikkelen? Dit geldt in de behandeling maar ook in de breedte van het hele netwerk om de patiënt heen. K-EET heeft de intentie om de toepassing van dwangvoeding te monitoren en er ook onderzoek aan te koppelen.

Veiligheid en beheersing

Binnen de instelling is een open cultuur van belang. Waar vanuit samenwerking en contact gewerkt wordt en niet vanuit beheersing. De behandeling van ernstig zieke (eetstoornis)patiënten is vaak spannend en risicovol. Iedereen moeten verdragen dat de patient ernstig ziek is, verminderd of niet wilsbekwaam is, en toch geen hulp wil. Elkaar ondersteunen bij moeilijke beslissingen, of juist kiezen voor (nog) geen dwang is dan van groot belang. Het betrekken van collega's die niet bij de behandeling betrokken zijn, het voeren van een Moreel Beraad of een andere vorm van gesprek kan dit proces ondersteunen. Daarnaast moet altijd de aandacht blijven bestaan voor de onderliggende redenen en gestart worden met behandelen hiervan.

Veel gestelde vragen en antwoorden

Is dwangbehandeling niet onmenselijk?

Behandelaars proberen dwangbehandeling altijd te vermijden en zullen goede (ethische en behandelinhoudelijke) afwegingen maken voordat een juridische maatregel zoals een crisismaatregel (in acute situatie gevaar afwenden) dan wel zorgmachtiging (bij langdurig ernstig nadeel) bij de rechter wordt aangevraagd. De proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid worden afgewogen. Er is altijd een onafhankelijk psychiater die mede beoordeelt en een rechter die toetst. Bij de uitvoering van de dwangbehandeling worden de patiënt en naasten zo veel mogelijk betrokken, zodat het zo menswaardig mogelijk (en liefst in samenwerking en vrijwillig) kan worden uitgevoerd.

Tijdens een behandeling zal altijd gezocht worden naar de minst belastende en de meest effectieve manier om tot een goed resultaat te komen. Er wordt steeds weer goed gekeken naar de proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit van de behandeling. Het middel moet in verhouding zijn met het doel wat je wil bereiken, het moet aanvullend zijn met andere therapie en effectief zijn. En dat moet iedere dag opnieuw geëvalueerd worden. Ieder



eetmoment krijgt de patiënt de kans om zelf te kiezen het toch zelf te nemen.

Wat weten we over de effecten van verplichte zorg?

Er is een aantal studies gedaan naar hoe patiënten verplichte zorg zoals 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).

Waar wordt dwangbehandeling gegeven?

Het allerbelangrijkste is dat we moeten proberen te voorkomen dat het zo ver komt. Helaas is dat niet altijd mogelijk en blijkt telkens weer dat de zorg voor mensen met een complexe eetstoornis erg ingewikkeld en arbeidsintensief kan zijn. Zeker wanneer het gaat over opnames op de reguliere somatische kinderafdelingen. Er zijn in Nederland 10 instellingen waar een beperkt aantal patiënten dwangvoeding kan krijgen. Waarbij intensief gecombineerde (zowel lichamelijke als geestelijke) begeleiding kan worden geboden.

Wanneer overweeg je als behandelaar een dwangbehandeling of dwangvoeding?

Er wordt alleen gekozen voor een onvrijwillige behandeling als voor het leven van de patiënt gevreesd wordt en als er geen andere manier is om de patiënt uit een bedreigde situatie te helpen. Een heel scala aan factoren zijn medebepalend in deze overweging, zoals psychiatrische co-morbiditeit, somatische factoren, wils(on)bekwaamheid van de patiënt, betrokkenheid van de ouders en andere gezinsleden, juridische factoren en competenties en draagkracht van het behandelteam.

Hoeveel patiënten krijgen een juridische maatregel, dwangbehandeling/dwangvoeding?

De exacte aantallen daarvan zijn (nog) onbekend. De zorg in Nederland zet vooral in op het voorkómen van dwangbehandeling en fixatie. Bij dwangbehandeling bij een onvrijwillig behandeltraject is er vaak sprake van een noodsituatie, het kan dan echt niet anders. Hier zijn strikte (juridische) regels voor¹.

¹ Onder de WGBO kan dit bij “ernstig nadeel voor de patiënt”. In de WvGGZ kan dit langer om ernstig nadeel af te wenden en als er geen andere manier is om dit te voorkomen. Een uitgebreide werkwijze is te vinden in ‘*Leidraad bij het voorkomen, verminderen en toepassen van dwang(sonde)voeding bij eetstoornisproblematiek*’ (Fredriks e.a., 2020). Voor de algemene uitgangspunten rondom preventie en toepassing van dwang en drang verwijzen we 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).