



Change your mind, not your body.

9.2 Onderzoeksrapport

Kirsten Hulsegge (335695) & Amaal Shamari (148517)
Academie Mens en Maatschappij

2016

"Andelap"
Mia Zink

“Change your mind, not your body”

Behandeling anorexia nervosa patiënten in het ziekenhuis

Praktijkgericht HBO onderzoek

Amaal Shamari
Kirsten Hulsegge

148517
335695

T.AMM. 37554

Begeleidende docent: W. Hendriks

Onderzoeksbegeleider: T. Joosten & J. Hendriks- van Bijnen

Social Work

Academie Mens en Maatschappij

Saxion Enschede

Enschede, januari 2016

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van het praktijkgericht HBO onderzoek over de behandeling anorexia nervosa patiënten tot achttien jaar op de kinder- en tienerafdeling in het Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede. Wij hopen door middel van dit onderzoek een bijdrage te hebben geleverd aan de behandeling van anorexia nervosa patiënten in MST Enschede. Diverse ziekenhuizen hebben aangegeven ook geïnteresseerd te zijn in de resultaten van dit onderzoek. Ook hopen wij door middel van dit onderzoek een bijdrage te kunnen leveren in deze ziekenhuizen.

Via deze weg willen wij een aantal personen bedanken voor de begeleiding, medewerking en ondersteuning die wij tijdens het uitvoeren van dit onderzoek hebben ontvangen.

Allereerst willen wij onze dank uitspreken naar de personen die mee hebben willen werken aan de interviews. Wij hebben het als zeer prettig ervaren dat iedereen tijd heeft genomen voor deze interviews. Dankzij de ervaring van deze mensen hebben wij de resultaten voor dit onderzoek kunnen beschrijven en onderbouwen.

Daarnaast willen wij onze onderzoeksbegeleiders bedanken: Tom Joosten en Janine Hendriks-van Bijnen. Zij hebben ons gedurende het onderzoek begeleid en ondersteuning geboden op momenten dat wij even vastliepen. Daarnaast hebben zij het rapport verschillende malen gelezen om ons feedback te geven. Tot slot gaat onze dank uit naar onze onderzoeksbegeleider Helma Hendriks vanuit Hogeschool Saxion te Enschede. Zij heeft ons geholpen het onderzoek concreet te maken en ons continue voorzien van feedback.

De resultaten en aanbevelingen zijn niet wetenschappelijk bewezen en niet bindend voor het MST.

Kirsten Hulsegge & Amaal Shamari

Samenvatting

Anorexia nervosa is een ernstige psychiatrische aandoening. Veel van de patiënten, die hier aan lijden, krijgen te maken met ernstige somatische co-morbiditeit, waardoor ze regelmatig in algemene ziekenhuizen opgenomen worden. De ziekte is complex waardoor adequate samenwerking tussen alle betrokken disciplines en instellingen belangrijk is. Daarnaast is een specifiek zorgpad met bijbehorende protocollen en interventies belangrijk. Alhoewel er op dit moment een duidelijk protocol is wat betreft de behandeling van anorexia nervosa patiënten, zullen er werkwijzen zijn die beter aansluiten op de doelstelling die het ziekenhuis hanteert bij anorexia nervosa patiënten op de kinder- en tienerafdeling.

Het doel van het onderzoek is kennis verzamelen over hoe er in ziekenhuizen in Nederland wordt gewerkt met betrekking tot anorexia patiënten en of deze aansluit op de landelijke richtlijnen en de behandelmethoden in specialistische eetklinieken. Hierbij past de hoofdvraag: In hoeverre sluit het protocol anorexia nervosa op de kinder- en tienerafdeling aan op de landelijke richtlijnen en de behandelmethoden in specialistische eetklinieken? Door middel van interviews en een literatuurstudie is er antwoord gegeven op deze vraag.

De resultaten laten zien dat er landelijk verschillend gewerkt wordt met deze doelgroep. De behandelingen en protocollen van verschillende ziekenhuizen sluiten niet op elkaar aan. Door middel van het verkrijgen van de protocollen tijdens het afnemen van de interviews is dit bekend geworden. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat motivatie van werknemers, korte communicatielijnen en samenwerking met collega's of instanties van buitenaf als positieve factoren worden ervaren. De aangegeven belemmerende factoren zijn weinig kennis van de stoornis, opnameduur, een niet eenduidig protocol en onduidelijkheid over wanneer gestart moet worden met sondevoeding. Om een volledig antwoord te geven op de hoofdvraag worden de uitkomsten van de verschillende deelvragen met elkaar vergeleken en samengevoegd. Landelijk worden er verschillende protocollen gebruikt, er is niet een bepaalde richtlijn hiervoor. Het is daarom lastig te zeggen of het protocol aansluit bij de landelijke richtlijnen.

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn er aanbevelingen opgesteld. De eerste aanbeveling is gericht op het protocol. Veel respondenten gaven aan dat zij het werken met een stappenplan prettig vinden. Het stappenplan helpt ook om het protocol te verduidelijken zodat er meer eenduidigheid gecreëerd wordt. Om hulp te verlenen tijdens een opname is het wenselijk kennis te hebben van de stoornis en daarom wordt er geadviseerd om te starten met GGZ-scholing. Hierbij kan er gekeken worden naar de interesses van verpleegkundigen en pedagogisch medewerkers. Als laatste wordt er geadviseerd om vaker te kiezen voor ambulante begeleiding. Uit een onderzoek van Crisp et al. (1991) blijkt ook dat ambulante behandeling net zo effectief is als klinische opname.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	5
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Doelstelling.....	6
1.2.1. Korte termijn doel.....	6
1.2.2. Lange termijn doel	6
1.3 Hoofdvraag en deelvragen.....	6
1.3.1 Hoofdvraag	6
1.3.2 Theoretische deelvragen.....	6
1.3.3 Praktische deelvragen	6
1.4 Leeswijzer	6
2. Theoretisch kader	7
2.1 Zoekstrategie.....	7
2.2 Anorexia Nervosa	7
2.3 Ontwikkeling in de behandeling.....	8
2.4 De behandeling in het Medisch Spectrum Twente in Enschede.....	12
2.5 De landelijke richtlijnen met betrekking tot de behandeling.....	13
2.5.1 Ziekenhuisgroep Twente.....	13
2.5.2 Martini ziekenhuis Groningen.....	13
2.5.3 Emma kinderziekenhuis Amsterdam (AMC)	14
2.5.4 Algemene ziekenhuizen.....	14
2.5.6 Deventer ziekenhuis.....	15
2.6 De behandeling van anorexia nervosa patiënten in specialistische eetklinieken.....	15
2.6.1 PsyQ.....	15
2.6.2 Human Concern	16
2.6.3 Accare.....	16
2.6.4 Altrecht Eetstoornissen Rintveld	17
3. Methode van onderzoek.....	18
3.1 Type onderzoek.....	18
3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	18
3.3 Dataverzameling	19
3.4 Procedure.....	19
3.5 Methode van analyseren van gegevens	19
3.6 Betrouwbaarheid.....	20
3.7 Interne en externe geldigheid	20
3.8 Ethische overwegingen	20
3.9 Conclusie methode van onderzoek	20
4. Resultaten	22
4.1 Kenmerken respondenten	22
4.2 Behandeling	23
4.3 Protocol.....	23
4.4 Richtlijnen betreffende communicatie	24
4.5 Overgang ziekenhuis – eetkliniek	25
5. Conclusie	26
5.1 Ervaring professionals tijdens ziekenhuisopname	26
5.2 Ervaring met het werken met protocol in ziekenhuizen.....	26
5.3 Communicatie	27
5.4 Conclusie hoofdvraag.....	28

5.5 Aanbevelingen	30
5.5.1 Stappenplan is noodzakelijk.....	30
5.5.2 Scholing GGZ voor medewerkers die met patiënten met een eetstoornis werken	30
5.5.3 Ambulante hulpverlening.....	30
5.5.4 Sondevoeding.....	31
5.7 Discussie.....	35
6. Literatuurlijst.....	37
7. Bijlagen	41
7.1 Interviewschema	41

1. Inleiding

In dit hoofdstuk is de aanleiding van het onderzoek beschreven. Vervolgens zijn er doelen opgesteld waarbij door middel van de hoofd- en deelvragen getoetst kan worden of deze behaald worden. Tot slot is er een leeswijzer te vinden over het onderzoeksrapport.

1.1 Aanleiding

Anorexia nervosa is een ziekte die wordt geassocieerd met een van de hoogste sterftecijfers binnen de psychiatrie. Een Zweeds onderzoek toont aan dat gemiddeld 6 van de 1000 anorexia patiënten, die zijn opgenomen in het ziekenhuis, sterven (Papadopoulos FC, 2009). Een vervolgonderzoek toont aan dat na achttien jaar slechts de helft van de patiënten symptoom-vrij is (Wentz, Gillberg, Anckarsater, Gillberg, Rastam, 2009).

In Nederland zijn er 6000 personen, met name meisjes en jonge vrouwen, met anorexia nervosa. De afgelopen 25 jaar is het aantal patiënten met anorexia nervosa gelijk gebleven, maar de leeftijd van de patiënten wordt steeds lager. De afgelopen 20 jaar is het aantal nieuwe jonge patiënten met anorexia nervosa bijna verdubbeld. Er lijkt sprake te zijn van een verschuiving. De reden hiervoor is dat de ziekte steeds eerder gediagnosticeerd wordt (Rouvoet, 2008).

Het MST behandelt patiënten met eetstoornissen zoals anorexia nervosa. Zij worden opgenomen op de psychiatrie afdeling van het ziekenhuis of op de kinder- en tienerafdeling. Een volwassen patiënt met een eetstoornis zoals anorexia wordt behandeld op de 24-uurs opname psychiatrie of de poliklinische psychomotore therapie. Een kind of tiener met anorexia nervosa wordt behandeld op de kinder- en tienerafdeling (MST, 2015) Dit onderzoek is gericht op kinderen en tieners tot achttien jaar met anorexia nervosa.

De kinder- en tienerafdeling van het MST behandelt de eetstoornis niet zelf omdat deze behandeling te complex en te specialistisch is voor een afdeling algemene kindergeneeskunde. Het realiseren van gewichtstoename staat voorop waardoor verdere behandeling door een gespecialiseerde instelling voor een eetstoornis mogelijk zal worden (Keizer, van Hest & Teunissen, 2013).

Anorexia nervosa is een ernstige psychiatrische aandoening. Veel van de patiënten, die hier aan lijden, krijgen te maken met ernstige somatische co-morbiditeit, waardoor ze regelmatig in algemene ziekenhuizen opgenomen worden. De ziekte is complex waardoor adequate samenwerking tussen alle betrokken disciplines en instellingen belangrijk is. Daarnaast is een specifiek zorgpad met bijbehorende protocollen en interventies belangrijk. Alhoewel er op dit moment een duidelijk protocol is wat betreft de behandeling van anorexia nervosa patiënten, zullen er werkwijzen zijn die beter aansluiten op de doelstelling die het ziekenhuis hanteert bij anorexia nervosa patiënten op de kinder- en tienerafdeling. Het doel van de opname is het bewerkstelligen van gewichtstoename tot een gewicht bereikt is waarmee behandeling door een gespecialiseerde instelling voor eetstoornissen mogelijk is. Uit ervaring blijkt dat patiënten een langdurige behandeling ondergaan in het ziekenhuis, met gewichtstoename én gewichtsafname als gevolg (Oudejans, Scholten, laHaye, Flik, 2002).

Het MST wil graag het beleid met betrekking tot de opname van patiënten met anorexia nervosa verbeteren. Om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de opname is het noodzakelijk te weten wat de landelijke richtlijnen en behandelmethoden met betrekking tot anorexia nervosa patiënten zijn, en de behandelmethoden in specialistische eetklinieken. Door middel van dit onderzoek wordt onderzocht wat de landelijke richtlijnen zijn met betrekking tot de behandeling van anorexia nervosa patiënten. Daarnaast wordt er ook gekeken naar behandelmethoden in specialistische eetklinieken. Tot slot wordt de communicatie met patiënten betrokken in het onderzoek. De ervaringen van de professionals rondom de behandeling van een anorexia nervosa patiënt kunnen een bijdrage leveren aan dit onderzoek.

1.2 Doelstelling

Met behulp van dit onderzoek wordt er kennis verzameld over hoe er in ziekenhuizen in Nederland wordt gewerkt met betrekking tot anorexia patiënten en of deze aansluit op de landelijke richtlijnen en de behandelmethoden in specialistische eetklinieken.

1.2.1. Korte termijn doel

De landelijke richtlijnen en behandelmethoden in algemene ziekenhuizen met betrekking tot anorexia patiënten tot achttien jaar in kaart brengen.

1.2.2. Lange termijn doel

Een advies uitbrengen over de behandeling van anorexia nervosa-patiënten in het ziekenhuis zodat deze beter aansluit op de landelijke richtlijnen en behandelmethoden in specialistische eetklinieken.

1.3 Hoofdvraag en deelvragen

1.3.1 Hoofdvraag

In hoeverre sluit het protocol anorexia nervosa op de kinder- en tienerafdeling aan op de landelijke richtlijnen en de behandelmethoden in specialistische eetklinieken?

1.3.2 Theoretische deelvragen

- Wat is anorexia nervosa?
- Wat zijn de ontwikkelingen in de behandeling van anorexia nervosa?
- Hoe is de behandeling van kinderen tot achttien jaar met anorexia nervosa in het Medisch Spectrum Twente in Enschede?
- Wat zijn de landelijke richtlijnen met betrekking tot de behandeling van anorexia-nervosa patiënten?
- Hoe is de behandeling van anorexia patiënten in specialistische eetklinieken?

1.3.3 Praktische deelvragen

- Wat zijn de ervaringen van professionals tijdens een ziekenhuisopname van een anorexia nervosa patiënt tot achttien jaar?
- Wat zijn de ervaringen van het werken met het protocol van anorexia nervosa patiënten in ziekenhuizen?
- Op welke manier communiceren professionals in ziekenhuizen en specialistische eetklinieken met patiënten tijdens eetmomenten?

1.4 Leeswijzer

In dit onderzoeksrapport wordt er door middel van theoretische en praktische deelvragen toegewerkt naar het beantwoorden van de hoofdvraag. De aanleiding van het onderzoek wordt beschreven in hoofdstuk één. Hier zal beschreven worden waarom het belangrijk is dat er verder onderzoek wordt gedaan over het onderwerp. Hoofdstuk twee geeft door middel van een literatuurstudie antwoord op de theoretische deelvragen. In hoofdstuk drie wordt de onderzoeksmethode onderbouwd door middel van het koppelen van theorie aan het onderzoek. In dit hoofdstuk komen onder andere het onderzoektype en de populatie naar voren. De resultaten van de interviews staan beschreven in hoofdstuk vier. In hoofdstuk vijf wordt de conclusie van het onderzoek beschreven en daarbij de aanbevelingen. Het onderzoek wordt afgesloten met de sterkte en zwaktes van het onderzoek en een discussie.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de theoretische deelvragen. De informatie is gezocht aan de hand van de 'Big 6-regels'. Vervolgens zal antwoord worden gegeven op de theoretische deelvragen.

2.1 Zoekstrategie

Regel één geeft aan dat eerst de zoekopdracht gedefinieerd moet worden. Als eerst is er gekeken naar het onderwerp Anorexia Nervosa. In de voorbereiding hebben wij al diverse protocollen ontvangen omdat meerdere professionals van het onderzoek af wisten. In regel twee staat "Bepaal waar je gaat zoeken". Bij de start van het onderzoek is gezocht naar informatie over de behandeling van anorexia nervosa patiënten via de Saxion Bibliotheek. Vanuit deze bibliotheek is er gebruik gemaakt van de databanken. In deze databanken zijn wetenschappelijke artikelen te vinden. In regel drie staat er beschreven dat de juiste zoekstrategie gekozen moet worden. Tijdens het onderzoek is er gezocht door middel van de volgende begrippen: 'anorexia nervosa', 'threatment' en 'adolescent'. Aan de hand van deze begrippen is er gebruik gemaakt van het filteren van informatie door de meest recente resultaten te gebruiken. Volgens regel vier moet de informatie bestudeerd worden en wordt er geselecteerd wat nodig is. Om de resultaten te beperken is er gebruik gemaakt van het verfijnen van de resultaten. Er is bijvoorbeeld gebruik gemaakt van het filter 'full text' om er zeker van te zijn dat het gehele artikel beschikbaar is. Door middel van het lezen van de samenvatting, ook wel 'abstract' genoemd, is er besloten het artikel te gebruiken voor het onderzoek. Regel vijf geeft aan dat de informatie georganiseerd moet worden. Dit is gedaan door middel van het schrijven van een samenvatting van de tekst. Deze samenvattingen zijn gesorteerd op thema. Regel zes beschrijft dat het resultaat geëvalueerd moet worden. Na het maken van de samenvattingen is er gesorteerd op bruikbaarheid. Er is individueel gezocht naar bronnen, de evaluatie is gezamenlijk gedaan om de bron zo objectief mogelijk te beoordelen. (Baarda en de Goede, 2014).

2.2 Anorexia Nervosa

Anorexia nervosa is gevaarlijke stoornis. Het sterftecijfer van anorexia nervosa patiënten is twee keer zo groot als van vrouwelijke psychiatrische patiënten. Vergeleken met leeftijdsgenoten is het sterftecijfer van deze patiënten twaalf keer zo groot. De meeste patiënten sterven aan lichamelijke gevolgen van de eetstoornis of door suïcide (Sullivan, 1995). De oorzaak van anorexia nervosa is niet bekend. De meeste auteurs denken dat er meerdere factoren een rol hebben in het ontwikkelen van de stoornis. Voorbeelden hiervan zijn: perfectionisme, onvrede met het leven, stress en faalervaringen (Strober, Freeman, Lampert, Diamond, & Kaye, 2000).

Anorexia nervosa heeft vooral invloed op tieners en adolescente meiden. Het wordt gekenmerkt door een vervormd lichaam en excessief dieet dat leidt tot een ernstig gewichtsverlies. Anorexia nervosa patiënten hebben een pathologische angst voor vet. Zo willen patiënten niet minstens of meer dan 85 procent van het te verwachten gewicht voor mensen van dezelfde leeftijd en lengte wegen. Daarvoor wordt het Body Mass Index van maximaal 17,5 gehanteerd.

Ondervoeding en lange tijd hongerlijden beïnvloeden bijna elk orgaan in het lichaam. Hartcomplicaties worden waargenomen bij ongeveer 80% van deze patiënten; een van de meest bedreigende gevolgen is atrofie van het hart. Atrfie kan leiden tot longproblemen, hartritmestoornissen en plotselinge hartstilstand (Born et al., 2015).

Anorexia nervosa heeft de volgende kenmerken volgens de DSM-IV:

Door het beperken van hun energieopname is het lichaamsgewicht opvallend laag in vergelijking met hun leeftijdsgenoten op basis van leeftijd, geslacht, ontwikkelingsfase en fysieke gezondheid. Er is een grote angst aanwezig om aan te komen. Ondanks dat ze een duidelijk ondergewicht hebben, proberen ze allerlei manieren om gewichtstoename te vermijden. Voorbeelden hiervan zijn: overmatig bewegen, gebruik van laxemiddelen en om

calorie-inname te compenseren: braken. Het beeld van lichaamsgewicht of lichaamsvormen is onrealistisch. Het erkennen van een ernstig ondergewicht is lastig en dit heeft invloed op hun gewicht, lichaamsvormen en zelfbeeld. Hun eigenwaarde is gericht op uiterlijke verschijning of het getal op de weegschaal. Talenten of vaardigheden die ze hebben worden niet gewaardeerd (Selhorst & Verheyen, 2014).

Er zijn twee typen anorexia nervosa:

1. Het eetbuien/ontlasting-bevorderende type

In deze fase heeft de patiënt last van eetbuien en vervolgens wil men het opgenomen voedsel op een zo snel mogelijke en onnatuurlijke manier kwijtraken. Dit doet men door bijvoorbeeld een vinger in de keel te steken of laxeermiddelen te gebruiken.

2. Het beperkende type

In deze fase heeft de patiënt geen last van eetbuien. Men vast constant en gaat er soms extreem bij sporten (Selhorst & Verheyen, 2014).

“Risicofactoren van eetstoornissen:

- Familiegeschiedenis van eetstoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen, waaronder obsessieve persoonlijkheidstrekken
- Onderliggende angst
- Laag zelfbeeld
- Kindermishandeling” (Sahib El-Radhi, 2015).

“Vroege waarschuwingssignalen van eetstoornissen:

- Patiënten klagen over dik zijn, zelfs wanneer zij op een normaal gewicht zitten of zelfs ondergewicht hebben
- Frequent ontbrekende maaltijden
- Herhaalde keren in de spiegel kijken
- Veelvuldig gebruik van websites zoals pro-ana
- Herhaalde bewering dat men al gegeten heeft
- Alleen specifieke lage-calorieën voedsel” (Sahib El-Radhi, 2015).

2.3 Ontwikkeling in de behandeling

Het Nederlandse kabinet onderzoekt of het mogelijk is maatregelen te nemen om anorexia nervosa tegen te gaan. Het Franse parlement heeft twee wetsvoorstellen aangenomen die anorexia nervosa moet ontmoedigen. Van Rijn (Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) vindt anorexia nervosa een verschrikkelijk probleem: “Daarom wil ik onderzoeken wat de juridische mogelijkheden zijn om een wet te maken die vergelijkbaar is met de Franse” (NOS, 2015). De nieuwe wet houdt in, dat de Franse justitie websites kan opdragen om adviezen en aansporingen weg te laten op zogeheten pro-ana-websites. Deze websites geven bezoekers tips om zo min mogelijk te eten of te braken na een maaltijd. De straf die hierop staat varieert van een boete van 10.000 euro tot een celstraf van maximaal (NOS, 2015). In Nederland liggen de percentages betreft vrouwen met anorexia nervosa in Europa het laagst blijkt uit een onderzoek van Costa-Font en Jofre-Bonet (2012). Tijdens dit onderzoek zijn er 2871 vrouwen in Europa van 15 tot 34 jaar onderzocht en is er gekeken naar de Body Mass Index (BMI). Uit dit onderzoek bleek dat Oostenrijk een hoog percentage heeft aan mensen met anorexia nervosa (1,55%) gevolgd door Frankrijk (1,42%).

Er zijn verschillende manieren om anorexia nervosa te behandelen. The National Guideline Clearinghouse (2011) heeft verschillende behandelingen beschreven voor anorexia nervosa. Er zijn behandelingen gericht op de voeding, psychosociale interventies en het gebruik van medicijnen. Bij een behandeling die gericht is op voeding wordt er een streefgewicht opgesteld en gebruik gemaakt van vitamines, minerale supplementen en sondevoeding. Er zijn ook diverse psychosociale interventies die gebruikt kunnen worden, zoals familiepsychotherapie, cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, steungroepen begeleid door professionals of non-

verbale therapeutische methoden (bijv. creatieve therapie). Ook zijn er medicijnen die gebruikt kunnen worden zoals: antidepressiva, tweedegeneratie-antipsychotica, benzodiazepines, hormoontherapie of elektroconvulsiotherapie (ECT).

Er kan ook gebruik gemaakt worden van een re-feeding programma. In het onderzoek van Born et al. (2015) zijn 100 patiënten onderzocht met anorexia nervosa met een ernstig ondergewicht, welke verplicht zijn opgenomen in het ziekenhuis tussen het jaartal 2000 en 2013. Sommige patiënten zijn twee of drie keer opgenomen in verband met een terugval. Alle patiënten van dit onderzoek zijn behandeld volgens het geformaliseerde re-feeding programma. Het re-feeding programma is ontwikkeld voor patiënten met anorexia nervosa met een extreem ondergewicht (Laakman, Ortner, Kamleiter, Ufer, Frodl, Goldstein-Muller et al., 2006). 75% van de patiënten had een BMI onder de 13. Tijdens dit programma wordt er een contract opgesteld waarin afspraken vermeld zijn. Het doel is 90% van het ideale lichaamsgewicht te bereiken binnen een acceptabele tijd. Het contract wordt gebruikt om de patiënt te motiveren. Uit de resultaten van het onderzoek van Born et al. (2015) blijkt dat het gemiddelde BMI steeg van 12,3 bij aanvang van het onderzoek naar 16,7 bij ontslag. Volgens dit onderzoek is een intensief zorgprogramma voor ernstig zieke anorexia nervosa patiënten succesvol. Dit programma bevat ook psychotherapeutische programma's.

Volgens het onderzoek van Hillen, Dempfle, Seitz, Herpertz-Dahlmann en Bühren (2015) is niet alleen de behandeling belangrijk, maar speelt motivatie een belangrijke rol. Motivatie is van invloed op de duur van de behandeling met betrekking tot gewichtstoename. Hoe groter de motivatie, hoe groter de wekelijkse gewichtstoename. Tot nu toe zijn er geen interventies gebouwd om de motivatie succesvol te verbeteren bij patiënten met een eetstoornis. Vooral jonge patiënten hebben vaak weinig motivatie om te herstellen en worden daardoor vaak gedwongen opgenomen in het ziekenhuis. Het onderzoek van Hillen, Dempfle, Seitz, Herpertz-Dahlmann en Bühren (2015) is gericht op tieners tussen de tien en achttien jaar die zijn opgenomen in het ziekenhuis tussen maart 2011 en oktober 2012. Al deze patiënten zijn gediagnosticeerd met anorexia nervosa volgens de kenmerken van de DSM-IV. Voor de meeste patiënten was het hun eerste opname voor anorexia nervosa. Alle patiënten zijn vrijwillig opgenomen en werden opgenomen ter observatie en voor stabilisatie van gewicht. Daarnaast werd er een behandelprogramma gebruikt waarbij er werd gestreefd naar een gewichtstoename van 300 gram per week. Er werd gebruik gemaakt van gesprekken met een voedingsdeskundige, individuele en groepstherapie en een educatief programma voor ouders. De patiënten werden ontslagen als zij hun streefgewicht hadden behaald en dit twee weken stabiel was.

De motivatie van de patiënt om te herstellen is beoordeeld aan de hand van de anorexia nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ). De ANSOCQ is een vragenlijst met 20 items waarbij patiënten een score kunnen geven van 1 tot 5. Deze vragenlijst beoordeelt diverse aspecten zoals: houding ten opzichte van lichaamsvorm en gewicht, controle van gewicht en emotionele en sociale belemmeringen. Deze vragenlijst is gebaseerd op het model van Prochaska en DiClemente (2015) waarbij veranderingen beschreven worden. Het resultaat van de test kan verdeeld worden in vijf groepen: voorbeschouwing, overpeinzing, voorbereiding, actieve verandering en onderhoud. Dit is een circulair proces wat inhoudt dat tijdens elke fase de persoon kan terugvallen in een vorige fase of in oud gedrag. Deze vragenlijst is in eerdere onderzoeken gebruikt met betrekking tot anorexia nervosa. Een hoge score geeft een hoge motivatie om te veranderen aan. Deze vragenlijst is gedurende de gehele opname gebruikt. De motivatie tussen opname en ontslag is toegenomen, dit is aangetoond door middel van de ANSOCQ. Ondanks dat aangetoond is dat motivatie een belangrijke rol speelt, is er nog geen onderzoek gedaan naar de mogelijkheden deze motivatie te vergroten (Hillen, Dempfle, Seitz, Herpertz-Dahlmann en Bühren, 2015).

Uit bovenstaande onderzoeken blijkt dat er wel veel kennis is over de prognose maar de kennis over de behandeling is in mindere mate aanwezig. De Ruyscher, Annicq, Vandervelde en Cleas (2015) bevestigen dit ook. Zij beschrijven diverse behandelmethoden zoals intensieve klinische hulp, ambulante hulp tot therapie via internet of telefoon. Deze behandelvormen zijn gebaseerd op diverse therapeutische benaderingen zoals Cognitive Remediation Therapy (CRT), mindfulness, gedragstherapie, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), spiegeltherapie, motivationeel interviewen, cognitief-affectieve therapie en gezinstherapie. Weinig behandelingen zijn op ervaring gebaseerd. De behandelingen die wel op ervaring gebaseerd zijn, worden vaak gekenmerkt door een hoge uitval. Omdat er weinig wetenschappelijke bewijzen zijn voor behandelingen, kiezen veel mensen voor een integratieve multidisciplinaire behandeling van anorexia nervosa. Er zijn veel factoren die een rol spelen bij de ziekte van anorexia nervosa, daarom wordt er vanuit het neurobiologisch onderzoek gepleit voor een multidisciplinaire aanpak. Door deze nieuwe bevindingen zijn er veel nieuwe behandelmodellen gevonden voor eetstoornissen waarbij theoretische kaders en methodieken gecombineerd worden.

American Psychiatric Association (2006) suggereert dat familietherapie de meest effectieve behandeling is. Het is een intensieve, ambulante behandeling die de familie gebruikt als middel om de patiënt opnieuw te voeden. Deze behandeling werd als eerste ontwikkeld in het Maudsley Hospital in Londen in het jaar 1980 (Russel et al., 1987). Bij patiënten die de ziekte ontwikkelen voor hun achttiende levensjaar en waarbij de duur van de ziekte minimaal drie jaar is, is deze behandeling effectiever dan de individuele therapie. De studie van Robin et al. (1999) wees uit dat beide therapieën vooruitgang boeken maar de familietherapie sneller herstel biedt. De behandeling bestaat uit drie fasen. De eerste richt zich op de oorzaak van anorexia nervosa. Daarbij wordt ook de familie betrokken en aangesproken op de verantwoordelijkheid bij het veroorzaken van de stoornis. De ouders ondersteunen hun kind met het opnieuw leren eten. De therapeut treedt dan op als adviseur. Tijdens deze fase begint men met een familiemaaltijd waarin de ouders de puber helpen om het gewicht te herstellen. De therapeut ondersteunt de familie tijdens deze maaltijd. De tweede fase begint als het gewicht stabiel is en er gezonde patronen van eten zich voordoen. Deze fase richt zich op het ondersteunen van de adolescent om de controle over het eten terug te krijgen. De derde en tevens laatste fase van deze therapie richt zich op het gedrag en de ontwikkeling van de adolescent.

Een onderzoek van Spaans, van de Kamp-Verbij en Hop (2005) wijst uit dat mindfulness-oefeningen kunnen helpen bij de behandeling van anorexia nervosa. Patiënten met anorexia nervosa willen graag ongewenste ervaringen met lichaamsvorm, lichaamsgewicht en voedselgebruik vermijden en onder controle houden. Lijnen, braken, laxeren en overmatig bewegen helpt hen hierbij. Veel behandelingen tegen anorexia nervosa richten zich op het doorbreken van openlijke vermijding en overmatige controle. Veel innerlijke vermijding kan in stand blijven door de gedachte dat men straks weer gaat afvallen. De patiënten zijn zich niet bewust van hun ziekte waardoor de kans op een terugval groot is. Er is weinig wetenschappelijke informatie te vinden over de effectiviteit van psychologische interventies tijdens de behandeling. Er is nog minder informatie te vinden over welke methoden doeltreffend zijn en die ervoor zorgen dat de innerlijke vermijding verdwijnt. Mindfulness-vaardigheden geven de mogelijkheid om stil te staan bij pijnlijke innerlijke belevingen in plaats van deze te vermijden waardoor de kans op terugval kleiner wordt. Bij mindfulness wordt er gestreefd naar het loslaten in plaats van het veranderen van gedachten. Mindfulness kan patiënten leren hun ziekte te onderkennen, te observeren en te aanvaarden. Daarnaast leert mindfulness de anorectische gedachten waardevrij te observeren en niet te bevechten. Patiënten worden gemotiveerd om hun gedachten te zien als een getuige en er niet mee samen te vallen. Mindfulness heeft veel raakvlakken met de cognitieve therapie maar het evalueren en uitdagen van de gedachte wordt niet toegepast. De gedachten worden niet gezien als een actiegerichte instelling maar meer als een instelling die aanvaardt dat de situatie is zoals deze is waardoor de

anorectische gedachte niet direct geuit wordt in een bepaald gedrag. Tijdens de behandeling vindt er wekelijks psychotherapie plaats waarbij de mindfulness oefeningen worden toegepast.

Ondanks dat de behandeling veel invloed heeft op het herstel van de anorexia nervosa patiënt zijn er veel factoren die van invloed kunnen zijn tijdens de behandeling. Van Straten (2008) beschrijft in haar theses factoren van een effectieve behandeling voor patiënten met anorexia nervosa. De therapeutische relatie tussen therapeut en patiënt is erg belangrijk voor de patiënt. Deze relatie ontwikkelt zich wanneer de patiënt wil veranderen en de therapeut wil helpen met deze verandering. Donker et al. (2006) onderzocht de evaluatie van verschillende behandelingen vanuit de patiënt. Aan dit onderzoek deden 204 Nederlandse patiënten mee die een vragenlijst hebben ingevuld. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat een goede therapeutische relatie een positieve ervaring is voor de patiënt. De behandeling is ook erg belangrijk, de tweede factor. Hagglof en Nilsson (2006) onderzochten welke factoren voor belang waren voor het herstelproces van de patiënt en in welke mate de patiënt zijn eigen betrokkenheid als een actieve contributie ziet in het proces van herstel. Uit het onderzoek kwam naar voren dat alle personen zich een keerpunt konden herinneren en beschreven wanneer het herstel begon. Dit keerpunten leidden tot verbetering van symptomen. Personen zoals familie en vrienden speelden een rol in het bereiken van deze keerpunten. Invloeden van buitenaf zijn heel belangrijk aan het begin van het herstel. Een derde belangrijke factor is de manier waarop patiënten aangepakt worden in de behandeling. Cooper, Offord en Turner (2006) onderzochten de impact van vrijlating op controle en zelfbeeld en op hoe de patiënten zich weer aanpaste aan hun oude leven. De deelnemers voor dit onderzoek waren 2 tot 5 jaar ontslagen uit de kliniek. Uit dit onderzoek bleek dat de autoritaire aanpak in de kliniek leidde tot gevoelens van ineffectiviteit, waardeloosheid en isolatie. De deelnemers hadden het gevoel dat ze van de werkelijkheid waren verwijderd en dat hun behoeften niet werden bevredigd. Zij konden steun uit de relatie met andere patiënten halen. De autoritaire aanpak bij deze patiënten is een ineffectieve factor in de behandeling. De vierde factor is het verhogen van de zelf competentie en het zelfbeeld. Het is belangrijk dat de patiënt zichzelf als onmisbaar ziet in het herstelproces blijkt uit het onderzoek van Hagglof en Nilsson (2006). Er zijn een aantal factoren van de behandeling van belang bij het verminderen van symptomen van anorexia nervosa. Tijdens de behandeling is het belangrijk om het gevoel van zelf adequaatheid te stimuleren, dit heeft een positief effect op de uitkomst. De autoritaire aanpakken tijdens de behandeling kunnen beter vermeden worden omdat dit het herstellingsproces verstoort. Patiënten geven aan dat het belangrijk is om tijdens de behandeling sociale contacten te hebben, deze spelen een belangrijke rol in het herstel.

Er zijn veel verschillende methoden die gebruikt kunnen worden voor de behandeling van anorexia nervosa, zowel klinisch als ambulant. Uit een onderzoek van Crisp en at. (1991) blijkt dat er geen positieve indicaties zijn voor een opname, daarom heeft een ambulante behandeling de voorkeur. Er wordt daarmee voorkomen dat de patiënt uit haar omgeving wordt gehaald. Bij een opname kan de patiënt niet naar school, verliest contact met vrienden en raakt vervreemd van thuis. Uit ditzelfde onderzoek blijkt ook dat een ambulante behandeling net zo effectief is als een klinische. De gewichtstoename was tijdens een klinische behandeling het grootst maar het effect verdween na een jaar. Tijdens een klinische behandeling stopten 40 procent van de patiënten vroegtijdig met de behandeling, terwijl dit percentage een stuk lager ligt bij de ambulante behandelgroepen (10 tot 15 procent). De klinische behandeling duurt daarentegen ook het langst. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar welke therapievorm het meeste effect heeft voor de behandeling. Met de gedragstherapeutische gezinstherapie werd er een grotere gewichtstoename bereikt maar dit verschil was na een jaar verdwenen. Wel is gebleken dat bij jongere patiënten een behandeling, waarbij het gezin betrokken is, een groter effect oplevert (Haan de, 2001).

2.4 De behandeling in het Medisch Spectrum Twente in Enschede

Het protocol anorexia nervosa is opgesteld door Keizer, van Hest & Teunissen (2013). Zij beschrijven hoe de behandeling van anorexia nervosa op de kinder- en tienerafdeling in het Medisch Spectrum Twente in Enschede plaatsvindt.

Het doel van de opname is het afwenden of behandelen van medische complicaties ten gevolge van ernstig ondergewicht. De gewichtstoename wordt bewerkstelligt tot het gewicht is bereikt waarmee behandeling door een gespecialiseerde instelling voor eetstoornissen mogelijk is. De eetstoornis wordt tijdens de opname niet op geestelijk gebied behandeld omdat deze behandeling te complex en specialistisch is voor de afdeling algemene kindergeneeskunde. Er kan ondersteuning plaatsvinden door een kinderpsychiater bij depressieve klachten en angsten. De kinderpsychiater is dan afkomstig van een specialistisch centrum (Keizer, van Hest & Teunissen, 2013).

Voor de uitvoering van de opname zijn verschillende aandachtspunten opgesteld. Er worden drie verantwoordelijke verpleegkundigen gepland en een verantwoordelijke pedagogisch medewerker. Daarnaast wordt er een dagprogramma opgesteld. Daarin staan de vaste afspraken zoals: wel of geen bedrust, wel of niet aan de monitor en afspraken over bezoek. De gesprekken van patiënt/ouders met professionals worden genotuleerd in het verpleegkundig dossier; de patiënt kan deze inzien. De psycholoog en diëtiste worden in consult gevraagd (Keizer, van Hest & Teunissen, 2013).

De kinderarts maakt afspraken over streefgewicht, hartactie en voeding (oraal/sondevoeding). In principe heeft de patiënt bedrust in verband met caloriegebruik. Bij de eetmomenten is een pedagogisch medewerker, ouder(s) of verpleegkundige aanwezig; er wordt niet aangespoord of aangedrongen. Hoofdmaaltijden worden maximaal 30 minuten aangeboden en tussendoortjes 20 minuten. De patiënt wordt twee keer per week gewogen op dezelfde weegschaal met dezelfde onderkleding. Na de weegmomenten worden afspraken bijgesteld in overleg met de arts, psycholoog, diëtiste, pedagogisch medewerker en verpleegkundige. Tussendoor blijven de afspraken ongewijzigd. De kinderarts verzorgt het vervolgtraject na opname en stelt grenzen wanneer ontslag plaats kan vinden (Keizer, van Hest & Teunissen, 2013).

Rondom een persoon met anorexia nervosa zijn veel mensen betrokken. Tijdens een ziekenhuisopname zijn er professionals bij betrokken zoals kinderartsen, pedagogisch medewerkers, verpleegkundigen, kinderpsychologen, diëtisten, maatschappelijk werkers en eventueel een kinderpsychiater. Dit staat beschreven in het protocol: anorexia nervosa van Keizer, van Hest en Teunissen (2013). Naast deze professionals zijn de familieleden van de patiënt en de patiënt zelf ook betrokken tijdens de opname. Na de opname kan er een vervolgtraject plaatsvinden, eventueel in een gespecialiseerde eetkliniek. Het Medisch Spectrum Twente werkt nauw samen Accare locatie Smilde. Accare onderzoekt, diagnosticeert, behandelt en begeleid kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek. Op de locatie de Ruyterstee in Smilde wordt (dag)klinische behandeling aangeboden voor onder andere eetstoornissen (Accare, z.j.).

2.5 De landelijke richtlijnen met betrekking tot de behandeling

2.5.1 Ziekenhuisgroep Twente

In het protocol anorexia nervosa van het Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) wordt de behandeling van anorexia nervosa patiënten op de kinder- en tiener afdeling in het ZGT in Hengelo beschreven. De doelstelling van de behandeling is: een eenduidige hantering van patiënten met anorexia nervosa, die zijn opgenomen op de kinderafdeling en het in gang zetten van passende hulpverlening. Uitvoerenden van dit protocol zijn: kinderarts, klinisch psycholoog, kinderverpleegkundige, pedagogisch medewerker, diëtiste, medisch maatschappelijk werker, en fysiotherapeut. Doel van de opname is de patiënt kortdurend op verantwoordelijke wijze in gewicht toe laten nemen en uit de lichamelijke gevarenszone halen.

Het ZGT heeft als streven een opnameduur van twee weken. In die twee weken moet de patiënt voldoende aankomen om uit de lichamelijke gevarenszone te komen. Na twee weken evalueert het multidisciplinair team de opname en hoe de zorg voor de patiënt is verlopen. Opname kan verlengd worden bij onvoldoende gewichtstoename. De opname vindt plaats na afspraken met de kinderarts, het kind, gezin en de kinder-jeugdpsychiater. Er zijn bepaalde criteria voor de patiënt om opgenomen te worden. Een voorbeeld is hiervan: het gewicht onder de 60% van het ideaalgewicht. Bij deze opname wordt gedwongen gevoed door middel van een sonde. De diëtiste heeft twee keer per week een gesprek met de patiënt, zo nodig met ouders. Tijdens deze gesprekken is er plaats voor discussie en afspraken rondom het eten en gewicht. De diëtiste houdt controle over de dieetlijst en stelt deze zo nodig bij (ZGT, 2015).

2.5.2 Martini ziekenhuis Groningen

Het Martini ziekenhuis in Groningen heeft in 2014 samen met de eetkliniek Ruyterstee in Smilde richtlijnen geschreven voor de behandeling van anorexia nervosa patiënten op de kinderafdeling in het Martiniziekenhuis. Het doel van de richtlijnen zijn om een eenduidige werkwijze te hanteren op de kinderafdeling. Het is van belang dat de begeleiding bij de overgang van het ziekenhuis naar het Centrum voor Eetstoornissen zo optimaal mogelijk verloopt. De aandachtspunten bij de anamnese zijn: reden van afvallen, is het kind gemotiveerd om met behandeling te willen starten, wat doet het kind om spanning te verminderen, welke hobby's/bezigheden vindt het kind leuk ter afleiding, willen ouders meehelpen tijdens zorgverlening of eetmomenten? (Ongering, Otten, Tanja, 2014).

Daarnaast zijn er richtlijnen opgesteld ten behoeve van de benadering en communicatie naar de patiënt:

- Stimuleer het kind en geef complimenten. Dit door te benoemen dat jij vindt dat ze goed zijn/haar best doet ook al vindt hij/zij dat zelf niet.
 - Benader het kind op een positieve manier. Hierin laat je een open houding zien. Het kind heeft complimenten nodig om vertrouwen te krijgen en verder te kunnen in de behandeling.
 - Stel vragen en spreek vermoedens op compensatiegedrag (braken, bewegen bijvoorbeeld uit).
 - Veroordeel het kind niet; leg aan het kind uit dat je begrijpt waarom het bepaalde dingen stiekem doet/of er niet eerlijk over is vanuit angst maar dat je samen met hem/ haar wilt kijken naar een manier om er mee om te gaan en dat eerlijkheid hem/haar uiteindelijk beter zal helpen.
 - Zorg ervoor dat je naast het kind staat en niet boven het kind. Wees begripvol en benader het kind met respect.
 - Wees nieuwsgierig. Je kan prima vragen waarom het kind niet wil eten.
- Op deze manier toon je begrip voor de situatie en voelt het kind zich gehoord (Ongering, Otten, Tanja, 2014).

- Benoem wat je ziet en vraag waarom het kind het op die manier doet. Als je ziet dat het kind gespannen is of veel beweegt met lichaamsdelen, benoem dit. Ga na hoe je het kind daarin kan helpen, bijvoorbeeld door afleiding te bieden. Weet je niet goed wat je in bepaalde situaties moet zeggen tegen het kind, benoem dit dan ook (Ongering, Otten, Tanja, 2014).

De richtlijnen omtrent voeding bevat dat de patiënt start met voeding via een neus-maag sonde. Zo snel mogelijk daarna wordt er gestart met zelf mee eten. Het kind heeft zes eetmomenten op een dag en mag zelf kiezen wat zij wil eten. De gegeten hoeveelheid wordt dan in mindering gebracht in de hoeveelheid sondevoeding. Tijdens de opname wordt er dagprogramma samen met de patiënt opgesteld. Dit is aan de pedagogisch medewerker. In het dagprogramma worden de eetmomenten meegenomen maar ook activiteiten die de patiënt mag doen. Indien nodig wordt de fysiotherapeut in consult gevraagd om een bewegingsschema op te stellen (Ongering, Otten, Tanja, 2014).

2.5.3 Emma kinderziekenhuis Amsterdam (AMC)

Eveleens, Woortman, Jagt van der, hebben richtlijnen opgezet voor het Emma kinderziekenhuis in Amsterdam met betrekking tot de patiënten met eetstoornissen. Bij het toepassen van het standaard programma is het mogelijk om maximaal twee patiënten met eetstoornissen tegelijk op te nemen. Wekelijks hebben zij een multidisciplinair overleg waarbij de sociaal kinderarts, een lid van de kinder- en jeugd psychiatrie, diëtiste en een verpleegkundige aanwezig zijn.

Wanneer er sprake is van opname van een suïcidaal-gevaarlijke wordt er ondersteuning aangevraagd van Bascule in Amsterdam. Het hervoeden van de patiënt moet plaats vinden in een ondersteunende en motiverende sfeer. In het Emma kinderziekenhuis hebben zij verschillende afspraken met de patiënt. Een voorbeeld hiervan is blind wegen. Dit is anders dan in andere ziekenhuizen. De afspraak is dat de patiënt het gewicht niet ziet. Wat wel vergelijkbaar is met andere ziekenhuizen is dat zij wegen met een lege blaas, in onderbroek en hemdje en voor het ontbijt. Ouders zijn niet aanwezig bij de eetmomenten, dit is onder begeleiding van een pedagogisch medewerker. Ook zijn er duidelijk richtlijnen geschreven over de kleding, internet en school. Voorbeelden hiervan zijn: patiënt moet voldoende warme kleding dragen en de omgevingstemperatuur is minimaal 20 graden, de tieners mogen op het internet en het schoolprogramma is afhankelijk van de gezondheid. Indien mogelijk mogen zij onderwijs volgen op het AMC. In het Emma kinderziekenhuis werken zij samen met de kinderpsychiatrie van het AMC. Dit omdat het kinderteam in het Emma kinderziekenhuis onvoldoende is toegerust om deze zorg aan deze tieners zorg te geven (Eveleens, Woortman, Jagt van der, 2013).

2.5.4 Algemene ziekenhuizen

Psychologen van het Juliana kinderziekenhuis den Haag, ziekenhuis Nij Smellinghe Drachten en Meander medisch centrum Amersfoort hebben in 2002 een protocol geschreven over de behandeling van anorexia nervosa in algemene ziekenhuizen. In het protocol staat beschreven: "Hoe korter de ziekteduur, hoe groter de kans op herstel". Uit een vervolgonderzoek van Steinhausen blijkt dat gemiddeld vier jaar nadat de behandeling verricht werd dat 46,9% genezen is, 33,5% in toestand gelijk is gebleven of verbeterd, 20,8% is verergerd en 5% is overleden.

De verschillende ziekenhuizen vinden belangrijk dat er een behandelcoördinator wordt aangesteld. Deze behandelcoördinator heeft wekelijks een gesprek met alle betrokkenen van de patiënt. Van groot belang is dat er duidelijke afspraken gemaakt worden over wie wat doet en deze vast leggen in het behandelplan. In de algemene ziekenhuizen hebben ze voorkeur voor ambulante poliklinische behandeling. Ambulante behandeling laat minder terugval zien. (Oudejans, Scholten, laHaye, Flik, 2002).

Bij een BMI <13 worden de kinderen acuut opgenomen voor een klinische behandeling in het ziekenhuis. De klinische periode wordt tevens benut voor verdere psychiatrische en psychologische diagnostiek en voor motivering voor verdere gespecialiseerde psychotherapeutische hulp. Er wordt gestreefd om de patiënt zelf te laten eten en om zo het gewichtsherstel mogelijk te maken. Sonde voeding wordt alleen toegepast indien het absoluut noodzakelijk is en het zelfstandig eetgedrag sterk bekrachtigd wordt.

In het beleid met betrekking tot het hanteren van sondevoeding wordt rekening gehouden met de psychische welzijn van de patiënt. Het advies is uitgebracht door de commissie van de

Gezondheidsraad aan VWS gericht aan mevrouw E. Borst in de gezondheidsnota van juni 1989. Daarin staat beschreven: "Voor het normaliseren van het eetgedrag is het van belang dat de gewichtstoename geleidelijk en gestaag plaatsvindt door het regelmatig toedienen van beperkte, maar uitgebalanceerde maaltijden en dat er gelijktijdig met de gewichtstoename een vorm van psychotherapie wordt toegepast" (Oudejans, Scholten, laHaye, Flik, 2002).

Bij ontslag moet er rekening gehouden worden met de mate waarin de patiënt in staat is zelfstandig voeding tot zich te nemen en de motivatie van de patiënt en het systeem om zich voor verdere behandeling in te zetten na ontslag (Oudejans, Scholten, laHaye, Flik, 2002).

De ziekenhuizen stellen een behandelcontract op met de patiënt en daarin kan de patiënt gelijk zien wat de consequenties zijn van welk gewicht. Zit de patiënt met het gewicht tussen 2 lijnen dan is er sprake van bedrust. Is het gewicht beneden de eerste lijn dan heeft de patiënt bedrust en krijgt de patiënt sondevoeding als aanvulling op het eten wat hij/zij niet eet. Is het gewicht boven de bovenste lijn dan krijgt de patiënt geen sondevoeding en uitbreiding van vrijheden. In de eerste fase van behandeling staat psycho-educatie op de voorgrond. Dit om de motivatie voor de behandeling te bevorderen en inzicht te bieden in het ziektebeeld. Op indicatie kunnen er systeemgesprekken plaats vinden met een gezinstherapeut (Oudejans, Scholten, laHaye, Flik, 2002).

2.5.6 Deventer ziekenhuis

Het Deventer ziekenhuis heeft drie belangrijke doelen voor de opname. Doel één is gericht op het fysieke herstel. Normalisering van temperatuur, hartactie, ademhaling, bloeddruk en bloedwaardes vallen hier onder. Doel twee is gericht op het toewerken naar veilig gewicht en adequate calorie intake daarbij is belangrijk dat het gewicht toeneemt en het vergroten van orale voedingsintake. Doel twee is gericht op het toewerken naar specialistische vervolgbehandeling met het vergroten van ziekte en het motiveren voor een behandeling.

De voeding wordt onder begeleiding van de diëtiste zodanig aangepast dat optimale groei bereikt kan worden. De orale voeding wordt in stappen uitgebreid. Het streefgewicht voor ontslag wordt vooraf vastgesteld in het protocol. Ontslag gewicht is geen eindgewicht. Na ontslag worden verdere afspraken gemaakt over voedingsinname en leefregels voor thuis. Voorafgaand of direct bij de opname wordt de patiënt aangemeld bij een specialistisch behandelcentrum.

De afspraken van het stappenplan zijn twee keer per week wegen voor het ontbijt, in ondergoed. Bij afgesproken gewichtstoename wordt overgegaan naar de volgende stap.

Bij verlies van gewicht kan het zijn dat de patiënt terug gaat naar de vorige stap. Het stappenplan dient ondertekent te worden door de hoofdbehandelaar en de patiënt. Indien de patiënt onder de zestien is, ook door ouders.

De stappen lopen op van steeds minder bedrust en/of meer visite momenten. Ook de radio/telefoon en televisie wordt afgesloten in de eerste stappen.

2.6 De behandeling van anorexia nervosa patiënten in specialistische eetklinieken

2.6.1 PsyQ

Bij PsyQ (z.j.) zijn er verschillende manieren waarop anorexia nervosa wordt behandeld. Er is een individuele behandeling die vaak wordt gebruikt bij beginnende of niet al te ernstige anorexia nervosa. Er wordt samen met een hulpverlener gekeken hoe het eetpatroon genormaliseerd kan worden, hoe het overgeven/laxeren gestopt kan worden en hoe er een reëel lichaamsbeeld gecreëerd kan worden. Er wordt ook aandacht besteedt aan andere vaardigheden, zoals het versterken van het zelfbeeld. Daarnaast is er een programma van een werkdag per week voor vrouwen die klachten hebben die passen bij anorexia nervosa. Deze klachten belemmeren het dagelijks leven zo erg dat werken of studeren niet meer mogelijk is.

Het is een intensief programma met verschillende groepsonderdelen. Het programma duurt gemiddeld 6-9 maanden. Een gespecialiseerde diëtiste is hierbij betrokken.

Het deeltijdprogramma is verspreid over drie werkdagen per week. Dit programma is voor patiënten met anorexia nervosa waarbij het leven wordt overheerst door anorexia nervosa. Het is een intensief programma in verschillende groepen dat zo'n 6 tot 9 maanden duurt. Er komen verschillende onderdelen aan bod zoals voedingsmanagement, psychotherapie en psychomotorische therapie. Hierbij is ook een diëtiste betrokken. Tot slot is er een stabilisatiegroep waarbij er wordt gewerkt aan het opstellen van een terugvalpreventieplan. Deze groep kan aansluiten bij bovenstaande groepen. De situaties of emotionele triggers, die ervoor zorgen dat men gaat lijnen, worden geïnventariseerd. Er wordt over nagedacht door welk gedrag de terugval kan afnemen. Jongeren kunnen deelnemen aan de individuele of groepsbehandeling. In beide groepen leert de patiënt de eetstoornis te hanteren en de samenhangende problematiek aan te pakken. Dit wordt gedaan door middel van het opstellen van doelen, psychomotorische therapie en gezamenlijk lunchen.

2.6.2 Human Concern

Human Concern (2015) past de behandelingen op de cliënt aan. 'Ieder mens is uniek' is hun doelstelling. Ze kijken naar de ernst van de eetstoornis, persoonlijke behoeften en de mogelijkheden.

Ambulante gesprekken duren een uur per sessie en vinden 1 à 2 keer per week plaats. Na de intake volgt er een behandeladvies. Tijdens dit gesprek zijn de naastbetrokkenen van de cliënt ook welkom. Bij een goede klik met de therapeut tekent de cliënt de behandelovereenkomst en worden er vervolgens afspraken ingepland. Sommige sessies vinden wekelijks plaats, maar dit wordt afgestemd op de specifieke situatie en hulpvraag. Dit kan bij Human Concern ook eventueel online. Tijdens deze behandeling heeft de cliënt individuele therapie wat aangevuld kan worden met groepsmodules. Uit de afspraken komen huiswerkopdrachten voort, waarmee de cliënt de stappen oefent die tijdens het consult zijn besproken. Een vertrouwens- en samenwerkingsband is belangrijk tijdens deze behandeling. Ook het inzicht in de eetstoornis, de oorzaken en instandhouders, de eigen kracht, valkuilen en verlangens om daarin al de belangrijkste stappen te zetten. Tussentijds wordt er geëvalueerd. Daarin wordt besproken of de cliënt tevreden is en of hij/zij nog verder wil met de behandeling. Tijdens de zogenaamde afbouwfase vinden de sessies om de week plaats. De cliënt merkt op dat moment waar hij/zij nog moeite mee heeft. Naarmate het beter gaat neemt de frequentie van de sessies af. Het doel is het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt. In een follow-up gesprek, dit is een halfjaar na de behandeling, wordt er teruggeblikt op de behandeling.

2.6.3 Accare

Accare heeft een Centrum voor Eetstoornis waarbij jongeren uit heel Nederland aangemeld kunnen worden voor diagnostiek en behandeling. Er zijn verschillende behandelingen zoals ambulante behandeling, internet behandeling, meergezins-dagbehandeling, dagbehandeling en klinische behandelingen (Accare, 2015).

Bij ambulante behandeling woont de cliënt thuis en komt hij/zij regelmatig naar de polikliniek voor een gesprek met de behandelaar. Bij de internetbehandeling kan de cliënt een deel van de behandeling op internet volgen, de gesprekken met de behandelaar vinden plaats op de polikliniek. Bij de meergezinsdag-behandeling volgt de cliënt samen met de ouders een behandelprogramma op de polikliniek van een aantal dagen waarbij andere gezinnen ook aanwezig zijn. Bij de dagbehandeling woont de cliënt thuis en komt een aantal dagen per week naar Accare voor behandeling. Als de cliënt tijdelijk wordt opgenomen in de kliniek voor een intensieve behandeling, spreekt men van een klinische behandeling (Accare, 2015).

Een behandeling kan uit verschillende onderdelen bestaan. Bij dieet management leert de jongere normaal met voedsel om te gaan en gevarieerd, voldoende en regelmatig te eten met als

doel niet meer te lijnen of uithongeren. Bij exposure wordt er onder begeleiding van een therapeut stap voor stap om te gaan met situaties die hij of zij vermijdt, zoals het eten van bepaalde producten of het eten in gezelschap. Door dit te oefenen leert de cliënt de angst te overwinnen. Het nadenken over eten, gewicht, het figuur en over zichzelf gebeurt tijdens de individuele of groepstherapie. De cliënt onderzoekt of dat beeld ook klopt met de werkelijkheid en welke andere ideeën mogelijk zijn. Welke behandeling geschikt is verschilt per individu. Er wordt gekeken naar wat bij de cliënt past. Voor de meeste behandelingen komt de cliënt naar de polikliniek toe (Accare, 2015).

2.6.4 Altrecht Eetstoornissen Rintveld

In Zeist bevindt zich Altrecht Eetstoornissen Rintveld. Het is een topklinisch centrum voor diagnostiek en behandeling van eetstoornissen. Er wordt een behandelprogramma samengesteld met ouders of familie. Tijdens de behandeling werkt de cliënt aan het behalen van de persoonlijke behandeldoelen. Elke patiënt volgt een eigen, uniek programma. Met betrekking tot anorexia nervosa zijn er drie behandellijnen. Behandellijn 1 is gericht op herstel met behulp van ouders en omgeving. De cliënt is vaak nog jong. Als de cliënt wat langer bekend is met anorexia nervosa worden ze vaak behandeld volgens behandellijn 2. Deze behandeling is gericht op het herstel van de cliënt waarbij vaak nog klachten zoals angst, depressie of persoonlijkheidsproblematiek een rol spelen. Het verbeteren van de kwaliteit van leven van cliënten die al langere tijd met een eetstoornis worstelen wordt gedaan in behandellijn 3. Cliënten die naast de anorexia nervosa nog een andere blijvende aandoening hebben komen ook in deze lijn aan bod. De cliënt kan poliklinisch, klinisch en op de dagbehandeling behandeld worden (Altrecht, z.j.).

Binnen Altrecht Eetstoornissen Rintveld wordt van diverse therapieën gebruik gemaakt. Er wordt gebruik gemaakt van psychomotorische therapie waarbij het lichaam van de cliënt centraal staat. Het doel van de therapie is inzicht creëren wat de cliënt doet, wat het bijpassende gevoel is en welke gedachten daarbij aanwezig zijn. Daarnaast is er beeldende therapie. Met deze therapie krijgt de cliënt meer zelfkennis door te werken met verschillende materialen en werkvormen. Door het maken van deze werkstukken kan de cliënt in beeld brengen wat die denkt en voelt. Dit kan thema's die te maken hebben met de eetstoornis inzichtelijk maken. De Sociale vaardigheidstraining leert de cliënt persoonlijke strategieën te gebruiken in moeilijke situaties. De cliënt leert inzien wat niet werkt en wat wel werkt. Tot slot is er nog de Cognitieve Gedragstherapie. De cliënt leert de eigen gedachten uit te pluizen en op welke manier deze het gevoel en het gedrag beïnvloeden (Altrecht, z.j.).

3. Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt het type onderzoek, het doel van het onderzoek, de steekproef, de dataverzameling, de procedure, de betrouwbaarheid, de validiteit uitgelegd en beschreven aan de hand van het onderzoek. De ethische overwegingen die gemaakt zijn voor dit onderzoek zijn ook beschreven.

3.1 Type onderzoek

Het doel van het onderzoek is dat er kennis wordt verzameld over de huidige manier van werken met betrekking tot anorexia nervosa patiënten en of deze aansluiten op de landelijke richtlijnen en de behandelmethoden in specialistische eetklinieken. Dit onderzoek is een praktijkgericht kwalitatief onderzoek. Een kwalitatief onderzoek is een onderzoek dat inzicht geeft in problemen in en van situaties, gebeurtenissen en personen.

Beschrijvend onderzoek wordt gebruikt om een probleem of situatie te beschrijven. Bekeken wordt wat de situatie of probleem voor een persoon betekend en dit kan gedaan worden door middel van bijvoorbeeld diepte interviews (Baarda, de Goede en Teunissen 2010).

Met behulp van het verzamelen van belevingen en ervaringen wordt er inzicht gecreëerd. Allereerst wordt er literatuuronderzoek verricht over onderwerpen zoals: anorexia nervosa, verschillende behandelingen van anorexia nervosa in het ziekenhuis en specialistische eetklinieken, en ziekenhuisopname. Hierbij wordt gebruik gemaakt van bestaande documenten zoals het protocol anorexia nervosa in diverse ziekenhuizen. Vervolgens wordt een analyse verricht op de huidige (probleem)situatie met betrekking tot een ziekenhuisopname van een anorexia nervosa patiënt tot achttien jaar. Er worden interviews afgenomen bij professionals van ziekenhuizen en specialistische eetklinieken, hierna te noemen respondenten. De professionals zijn deskundigen die betrokken zijn bij een ziekenhuisopname of kliniekopname van een anorexia nervosa patiënt tot achttien jaar.

Deze interviews hebben een gestructureerd karakter. Een gestructureerd karakter houdt in dat er vooraf vragen zijn opgesteld, welke tijdens de interviews worden gesteld. Er is gekozen voor open vragen om de geïnterviewde ruimte te geven om zijn/haar ervaringen te delen. Dit wordt ook wel een gestructureerd open interview genoemd (Baarda, de Goede en Teunissen, 2010). Het doel van het onderzoek is om achter dieper liggende motieven te komen aangaande ervaringen en meningen; daardoor is het een diepteonderzoek.

3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

Onder populatie worden alle eenheden verstaan waarover in het onderzoek uitspraken worden gedaan. Alle eenheden waarover uitspraken worden gedaan binnen het onderzoek behoren tot het domein (Verhoeven, 2011). De populatie van dit onderzoek zijn de professionals die betrokken zijn bij de ziekenhuis- of kliniekopname van een anorexia nervosa patiënt. Dit zijn: kinderartsen, psychologen, psychiaters, diëtisten, pedagogisch medewerkers, verpleegkundigen, verpleegkundig specialist. Omdat het veel tijd kost om alle professionals te interviewen is er gebruik gemaakt van een steekproef. Daarnaast kunnen de gegevens zo beter geanalyseerd worden.

Het is niet noodzakelijk de gehele populatie te interviewen. Daarom wordt er een selectie binnen de populatie gemaakt. Deze selectie wordt een steekproef genoemd en bij kwalitatief onderzoek kan een steekproef verschillende vormen aannemen (Baarda, de Goede en Teunissen 2010). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een selecte steekproef omdat de respondenten uitgekozen zijn. Wie er geïnterviewd zijn, is in overleg gedaan met de opdrachtgever. Na overleg is er voor gekozen om acht medewerkers binnen het Medisch Spectrum Twente te interviewen: twee verpleegkundigen, twee pedagogisch medewerkers, twee kinderartsen, één diëtiste en één psycholoog. Al deze medewerkers zijn betrokken bij de behandeling van anorexia nervosa patiënten. Omdat het Medisch Spectrum Twente samenwerkt met de eetkliniek Ruyterstee in Smilde is er voor gekozen om in ieder geval deze kliniek te benaderen. Daarnaast is er voor gekozen om verschillende ziekenhuizen te benaderen welke ook samenwerken met Ruyterstee

in Smilde. De respondenten komen uit verschillende algemene ziekenhuizen, eetklinieken en een ambulante hulpverleningsinstantie waar het Medisch Spectrum Twente mee samenwerkt. Het Martini ziekenhuis Groningen, Isala klinieken Zwolle, Deventer Ziekenhuis, Accare Smilde, Rintveld Altrecht, Mediant, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam, Ziekenhuis Groep Twente Hengelo en het Medisch Spectrum Twente Enschede hebben mee gewerkt aan het onderzoek.

3.3 Dataverzameling

In dit onderzoek zijn de data verzameld met semigestructureerde interviews (Baarda, de Goede en Teunissen, 2014). Het beleid van de kinder- en tienerafdeling is beschreven in het protocol van Keizer, van Hest & Teunissen (2013). In de praktijk wordt er door verschillende professionals mee gewerkt. Door onderstaande onderwerpen te gebruiken in de interviews wordt er een inzicht gecreëerd in de behandeling van een anorexia nervosa-patiënt en in de verschillende werkwijzen van professionals. In hoeverre de professional betrokken is bij de opname verschilt. Sommige professionals hebben wekelijks contact met de patiënt, andere professionals dagelijks. Met behulp van de interviews wordt er onderzocht hoe de betrokkenheid met de patiënt ervaren wordt. Het ontslag van de patiënt is afhankelijk van gewicht en gezondheid, er is geen specifieke opnameduur beschreven. Omdat dit per patiënt verschilt wordt er gevraagd hoe verschillende professionals hier tegen aankijken en wat de ervaring is omtrent de opnameduur. Het Medisch Spectrum Twente werkt regelmatig samen met de eetkliniek Ruyterstee in Smilde. De meeste patiënten worden naar deze kliniek doorverwezen, maar doorverwijzing naar een andere eetkliniek of ambulante hulp behoort ook tot de mogelijkheden. Met behulp van interviews wordt er informatie verkregen over het doorverwijsbeleid. Daarnaast wordt er bevraagd hoe de communicatie met de patiënt verloopt. De vragen die hierbij gebruikt kunnen worden staan in een tabel beschreven. In deze tabel is een globale opzet gemaakt voor de onderwerpen die aan bod komen tijdens de interviews en welke vragen daarbij gebruikt kunnen worden. Deze tabel is te vinden in bijlage 7.1.

3.4 Procedure

Er is voor gekozen om van verschillende ziekenhuizen en specialistische eetklinieken minimaal één medewerker te interviewen. Als eerste is er contact opgenomen via de mail met de medewerkers van verschillende ziekenhuizen en de vraag voor gelegd of zij mee willen werken aan het onderzoek. Vanuit het Medisch Spectrum Twente waren er acht professionals bereid om mee te werken aan de interviews. Deze professionals zijn alleen per e-mail benaderd. Voor medewerkers vanuit andere ziekenhuizen is telefonisch contact opgenomen. Sommigen reageerden niet direct, anderen zijn opnieuw per e-mail of telefonisch benaderd op. Omdat er afspraken gemaakt moesten worden met professionals uit ziekenhuizen was de verwachting dat het lastig te plannen zou zijn. In november waren alle afspraken gepland dus dit was sneller dan verwacht. In totaal zijn er negentien interviews afgenomen. Nadat alle interviews uitgewerkt waren en gelabeld meldde een ander ziekenhuis open te staan voor een interview. Er is voor gekozen om deze professional niet meer te gebruiken voor de resultaten.

3.5 Methode van analyseren van gegevens

Doordat de interviews zijn opgenomen met een audio-recorder konden de interviews woordelijk uitgewerkt worden. Na het uitwerken zijn de interviews gecategoriseerd door middel van labels. Tijdens het categoriseren is er gewerkt met een hoofdlablet, label en sub label met daarbij het bijpassende fragment. Professionals van verschillende ziekenhuizen en klinieken zijn met een kleur aangegeven. Als hoofdlablet is er gekozen voor het onderwerp waarover open vragen zijn gesteld zoals de behandeling. Aan de hand van de interviews hebben zijn de labels bepaald. Zo zijn er kwaliteiten en zwakten van de behandeling genoemd door de professional. Het sub label vertelt wat de professional als kwaliteit of zwakte benoemd, bijvoorbeeld de 'korte communicatielijnen' binnen het ziekenhuis zijn een kwaliteit. Het sub label is dan 'korte lijnen'. Daarna wordt het fragment van de professional woordelijk geciteerd.

3.6 Betrouwbaarheid

Onderzoeksgegevens zijn betrouwbaarder naarmate ze minder van het toeval afhangen. Deze toevallige fouten kunnen voorkomen in: de onderzoeker, de dataverzamelmethode en de onderzoekssituatie (Baarda, de Goede en Teunissen, 2010). Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te testen moet een onderzoek herhaalbaar zijn. Dit onderzoek zou je kunnen herhalen met bijvoorbeeld een andere onderzoeker, andere proefpersonen en onder andere omstandigheden. Het onderzoek zou dan dezelfde resultaten moeten geven (Verhoeven, 2011). Dit onderzoek bevat peer examination wat de betrouwbaarheid van dit onderzoek verhoogd. Peer examination houdt in dat je collega-onderzoekers je resultaten laat nalezen (Verhoeven, 2011). Dit onderzoek wordt door meerdere mensen nagelezen, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd. Dit wordt gedaan door een pedagogisch medewerker, een opleidingsdeskundige en een onderzoekdocent. Om de betrouwbaarheid verder te verhogen worden de interviews opgenomen met audiorecorder. Op deze manier kunnen de antwoorden niet veranderd worden en zijn de uitkomsten van het onderzoek betrouwbaarder. Daarnaast wordt er verteld dat de interviewer vertrouwelijk met de informatie omgaat, waardoor de medewerker eerder een eerlijk antwoord zal geven. Als laatste worden er open vragen gesteld zodat de medewerker zelf over de vraag kan nadenken.

3.7 Interne en externe geldigheid

Met validiteit wordt bepaald in hoeverre het onderzoek vrij is van systematische fouten. De betrouwbaarheid moet eerst bepaald worden, voordat er naar de validiteit in een onderzoek kan worden gekeken. Verder is het belangrijk dat er gekeken wordt in hoeverre de bevindingen van de onderzoekers een goede weergave vormen van datgene wat in de werkelijkheid afspeelt (Baarda, de Goede en Teunissen, 2010). Voor de interne validiteit is er vanuit verschillende invalshoeken gekeken naar het onderwerp van het onderzoek. Hierdoor wordt er een vollediger beeld geschept dan wanneer er vanuit alleen het ziekenhuis wordt gekeken. Daarnaast is er enkel informatie geïnventariseerd vanuit protocollen en bij professionals die ook ervaring hebben met het protocol en de behandeling van anorexia nervosa patiënten. Er is voor gekozen om niet alleen binnen het ziekenhuis hier naar te kijken maar ook naar eetklinieken en ambulante hulpverlening omdat zij ook veel ervaring hebben met deze doelgroep en ons van nieuwe informatie kunnen voorzien. De interviewtopics vragen zijn gebaseerd op de literatuurstudie en er is gekeken naar de beantwoording van de deelvragen. Hierdoor is er doelgericht gewerkt en kunnen we aan de hand van de resultaten antwoord geven op de hoofdvraag. Binnen het open-interview is er ruimte geboden voor persoonlijke ervaringen en meningen toe te lichten.

3.8 Ethische overwegingen

“Een onderzoeker heeft zich te houden aan de afspraken die zijn gemaakt met de respondent en met de opdrachtgever. Het onderzoek is ethisch verantwoord wanneer de respondent vrijwillig meewerkt, geen valse voorstelling van zaken wordt gegeven, de gegevens anoniem verwerkt worden en de uitkomsten geen nadelig effect heeft voor de respondent” (Baarda, de Goede en Teunissen, 2010). Er is gekozen voor een vrijwillige medewerking. De professionals zijn benaderd voor het interview door middel van e-mail of telefonisch contact. De professionals konden zelf aangeven of zij deel wilden nemen. Bij het uitwerken van de interviews wordt er rekening gehouden met de anonimiteit van de professionals. Wel wordt de functie van de professionals genoemd in verband met de kwaliteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Dit wordt ook aangegeven bij het afnemen van de interviews.

3.9 Conclusie methode van onderzoek

Het doel van het onderzoek is dat er kennis wordt verzameld over de huidige manier van werken met betrekking tot anorexia patiënten en of deze aansluiten op de landelijke richtlijnen en de behandelmethoden in specialistische eetklinieken. Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Een kwalitatief onderzoek is een onderzoek dat inzicht geeft in problemen in en van situaties, gebeurtenissen en personen. De populatie van dit onderzoek zijn de professionals die

betrokken zijn bij de ziekenhuis- of kliniekopname van een anorexia nervosa patiënt. Dit zijn: kinderartsen, psychologen, psychiaters, diëtisten, pedagogisch medewerkers, verpleegkundigen, verpleegkundig specialist. Er is gekozen voor vrijwillige medewerking. De professionals worden niet bij naam genoemd in het onderzoek. Wel wordt de functie van de professional genoemd om zo de betrouwbaarheid te waarborgen.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn eerst de kenmerken van de respondenten beschreven. In de overige paragrafen zijn de resultaten weergegeven van de interviews.

4.1 Kenmerken respondenten

Het onderzoek richt zich op verschillende groepen mensen die betrokken zijn bij de opname of behandeling van anorexia nervosa patiënten tot achttien jaar. Alle respondenten waren aanwezig bij het interview, er is geen sprake van non-respons.

Het onderzoek heeft zich gericht op negentien respondenten. Er zijn veertien respondenten vanuit een algemeen ziekenhuis in Nederland, twee respondenten die werkzaam zijn in een eetkliniek en drie respondenten werken bij Mediant die ambulante hulpverlening verzorgen. Acht respondenten zijn werkzaam in het Medisch Spectrum Twente, twee zijn werkzaam in Isala klinieken Zwolle, één in het Martini ziekenhuis Groningen, één in het Deventer ziekenhuis, één in de Ziekenhuis Groep Twente, één in het Onze Lieve Vrouw Gasthuis, drie bij Mediant, één bij Accare en één bij Rintveld.

Er zijn achttien vrouwen geïnterviewd en één man in verschillende leeftijdscategorieën. In totaal hebben wij drie kinderartsen, twee sociaal psychiatrische verpleegkundigen, zes pedagogisch medewerkers, twee verpleegkundigen, één verpleegkundig specialist, één diëtist, twee psychologen, één teamleider en één psychiater. De leeftijd van de geïnterviewde varieerde tussen de 25 en 55 jaar.

Waar de respondenten van verschillen is de werkomgeving en functie. De algemene ziekenhuizen, ambulante hulpverlening of eetkliniek werken met verschillende protocollen. De ervaring van de geïnterviewde zijn op verschillende protocollen en behandelmethoden gebaseerd. De respondenten zijn overzichtelijk weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 1: Overzicht respondenten.

Ziekenhuis	Respondenten
Medisch Spectrum Twente	2 kinderartsen
	2 verpleegkundigen
	2 pedagogisch medewerkers
	1 diëtiste
	1 psycholoog
Ziekenhuis Groep Twente	1 pedagogisch medewerker
Deventer Ziekenhuis	1 pedagogisch medewerker
Isala Klinieken Zwolle	1 kinderarts
	1 verpleegkundig specialist
Martini Ziekenhuis Groningen	1 pedagogisch medewerker
Eetkliniek Smilde Ruyterstee	1 sociaal psychiatrisch verpleegkundige
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	1 pedagogisch medewerker
Mediant	1 psycholoog
	1 psychiater
	1 sociaal psychiatrisch verpleegkundige
Eetkliniek Rintveld Altrecht	1 teamleider

4.2 Behandeling

De motivatie is een kwaliteit van de behandeling volgens twee respondenten. De psycholoog van het MST meldt: *"Ik denk dat iedereen wel de beste zorg heeft wil bieden en daarin echt z'n best doet."* De pedagogisch medewerker in Groningen denkt hier hetzelfde over en benoemt: *"De goede dingen vind ik dat je er met zijn allen 100% achter staat wat je op dat moment aan het doen bent."*

Ondanks dat de motivatie een kwaliteit van de behandeling is, is niet altijd iedereen aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO) in het MST volgens drie respondenten. Een verpleegkundige vertelt: *"Je treft dan wel dat niet elke discipline dan aanwezig is, helaas. Dus dan moet je er alsnog achteraan."* Dit is in het Isala in Zwolle en Ziekenhuisgroep Twente niet het geval, daar is vaak iedereen aanwezig. Bij de vraag hoe de opkomst is tijdens het MDO meldt een pedagogisch medewerker van het ZGT: *"Dat gaat wel goed."*

De meeste respondenten ervaren korte lijnen als positief. Acht van de negentien respondenten zijn hier positief over waarvan er twee uit het MST. Zo noemt een respondent uit het MST: *"Ik denk wel dat er korte lijnen genoeg zijn."* Een pedagogisch medewerker uit Deventer zegt: *"Ja er zijn zeker korte lijntjes!"* Drie respondenten binnen het MST vinden dat de korte lijnen nog verbeterd kunnen worden. Een verpleegkundige van het MST benoemt: *"Ik vind dat er een verbetering te behalen valt in de korte lijntjes."* In Zwolle kan volgens een pedagogisch medewerker dit nog verbeterd worden; *"Bij de individuele patiënten is het soms niet genoeg."*

Vier respondenten benoemen dat de kennis van de geestelijke gezondheidszorg niet voldoende is. Een verpleegkundige uit het MST meldt: *"Maar ik weet ook dat we er niet capabel voor zijn."* Een verpleegkundig specialist van Isala deelt ook haar ervaring: *"Ik merk dat verpleegkundigen het heel moeilijk vinden om met deze categorie om te gaan."* De teamleider van de eetkliniek Altrecht in Rintveld zegt hierover het volgende: *"De kennis over eetstoornis patiënten en de begeleiding is veel minder in ziekenhuizen."* Daarom bieden zij gelegenheid voor verpleegkundigen die de opleiding kinderaantekening doen om een dag mee te lopen binnen de eetkliniek. Zo hebben de verpleegkundigen een idee hoe er in de eetkliniek gewerkt wordt.

Dat het een langdurige opname is, merkt iedereen op. De gemiddelde opnameduur in diverse ziekenhuizen is toch wel zes tot acht weken. Deze opnames nemen veel tijd in. Vooral verpleegkundigen en pedagogisch medewerkers zijn veelal aanwezig tijdens deze behandeling in het MST. Een verpleegkundige van het MST zegt: *"Het kost ontzettend veel tijd. In drukte is dat echt een knelpunt."* De kinderarts uit het MST merkt dit ook op en geeft aan: *"Wat ik merk is dat het voor de verpleging moeilijk is, die hebben er veel meer tijd voor nodig."* In Zwolle en Groningen delen ze dezelfde mening: *"Dan is de last voor ons heel zwaar."*

De helft van de respondenten vindt dat de opnameduur te lang is. Een pedagogisch medewerker uit het MST benoemt: *"Wat ik met name nog wel eens lastig vind is dat het langdurige opnames zijn."* In Zwolle zien ze dat ook liever anders. Een kinderarts van de Isala zegt: *"Dat is mijn eerste doel om de opnameduur te verkorten."* Sommigen zien geen andere mogelijkheid voor de opnameduur. Een kinderarts uit het MST meldt: *"Dat vind ik heel erg lang maar het is ook een heel ingewikkeld probleem wat veel geduld nodig heeft om daarmee vooruit te komen."*

4.3 Protocol

In deze paragraaf gaat het over de ervaringen met betrekking tot het protocol van verschillende ziekenhuizen en eetklinieken.

Een klein deel van de respondenten vindt het protocol van hun eigen ziekenhuis of kliniek niet concreet genoeg. Zo noemt een verpleegkundige van het Medisch Spectrum Twente: *"Wat ik vind is dat het een summier protocol is dat best wel vaak wat meer duidelijk aan mag geven."*

Ook Isala klinieken Zwolle vinden dat het protocol niet concreet genoeg is, zo noemt een verpleegkundig specialist van de Isala klinieken het volgende: *"Het is niet eenduidig genoeg."* Duidelijke afspraken en de betrokkenheid wordt gemist in het protocol van Mediant. Zo noemt een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van Mediant: *"Misschien dat er duidelijke afspraken over betrokkenheid gemaakt kunnen worden."* Het protocol van Mediant wordt niet als geheel op maat ervaren. Zo geeft een psycholoog van Mediant aan: *"Het protocol moet meer op maat gemaakt worden."* Ook geeft zij aan in het interview dat zij op dit moment bezig zijn met het ontwikkelen van het protocol en nog aan deze zwakte werken.

Drie respondenten geven aan dat het protocol op het verschillende manieren geïnterpreteerd kan worden. Een van de drie geeft aan: *"Maar de benaderingswijze vind ik nogal verschillend."* Door de verschillende interpretaties ontstaat onduidelijkheid over de taakverdeling. De psycholoog vertelt uit eigen ervaring: *"Iedereen was aan het zoeken wat de juiste begeleiding was. Er was geen duidelijke lijn."*

Wat als een positief punt benoemt werd door een pedagogisch medewerker van het Medisch Spectrum Twente was: *"Wat ik heel goed vind van het protocol is dat we er wel alles aan doen, vind ik, om het kind de situatie zo ontspannen mogelijk te maken."* Zo vindt een pedagogisch medewerker van het Deventer Ziekenhuis dat ook en dat geeft ze aan door te zeggen: *"We weten nu goed waar we aan toe zijn."* De korte lijnen worden ook als positief ervaren bij de meeste ziekenhuizen en eetklinieken. Zo noemt een pedagogisch medewerker van het Medisch Spectrum Twente: *"Ik vind wel heel goed dat alle disciplines betrokken worden."*

Bij het MST wordt er niet specifiek in het protocol benoemd wanneer er gestart wordt met sondevoeding. Van de respondenten ontvingen wij verschillende antwoorden. De een zegt: *"De patiënt krijgt niet direct sondevoeding bij opname."* Terwijl een ander zegt: *"Bij sommige is het direct nodig en dan moet het ook."* In Isala klinieken Zwolle geven ze de patiënt eerst de kans maar daar wordt uiteindelijk weinig mee bereikt. De kinderarts uit Zwolle meldt: *"Je kan afspreken van 'laat maar zien', maar de ervaring is dat het dan helemaal niet lukt."* In het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis krijgen de patiënten direct sondevoeding. De meningen over hoe zij het graag zouden zien verschilt ook per respondent. Zo vindt de één dat de patiënt nog een kans moet krijgen; *"Ik zou eerst willen kijken hoe het gaat met de patiënt en wat laat de patiënt zien. Ik vind wel dat zij die kans moet krijgen."* Daarentegen zegt een ander: *"Ik zou het heel goed vinden om gelijk te beginnen met sondevoeding."*

4.4 Richtlijnen betreffende communicatie

De communicatierichtlijnen in de ziekenhuizen en eetklinieken verschillen erg van elkaar. Zo staat er in het protocol van het Medisch Spectrum Twente beschreven dat zij niet over het eten communiceren met de patiënt. Maar in het protocol van het Martini ziekenhuis staat beschreven dat dit niet ontweken hoeft te worden. Tijdens de interviews is naar de persoonlijke meningen gevraagd over de communicatie tijdens de eetmomenten aan verschillende medewerkers. Een pedagogisch medewerker van het Medisch Spectrum Twente noemt: *"Ik zou er niet zoveel aandacht aan schenken. Dus niet inhoudelijk over het eten want dat is dan weer ook zo'n trigger voor die patiënten."* Maar daar in tegen zegt een pedagogisch medewerker van het Martini ziekenhuis: *"Ja, ik zeg wel eetsmakelijk tegen de patiënt. Ik maak heel veel dingen gewoon bespreekbaar."*

Ziekenhuizen en andere instanties zoals Ziekenhuis Groep Twente, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en Mediant geven aan dat zij eerst overleggen met de patiënt voordat zij zelf een keuze maken. Ze kijken naar wat de patiënt prettig vindt. Zo zegt een pedagogisch medewerker van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis: *"Degene die hier het laatst heeft gelegen zei dat ze nergens over wou praten en dat de ander gewoon maar een boekje moest lezen en erbij moest zitten."*

4.5 Overgang ziekenhuis – eetkliniek

Tijdens de interviews is ook gevraagd naar de ervaringen van de overgang naar de eetkliniek vanuit het ziekenhuis en andersom. Mediant ervaart een goed contact met de eetkliniek Ruyterstee in Smilde. Zo zegt een psycholoog van deze organisatie: *“De samenwerking werkt gewoon goed.”* Zo wordt dit aangevuld door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van Mediant: *“Daar heb ik contacten mee gehad. Zij is ook lang geweest voor een behandeloverdracht.”*

De meeste van de geïnterviewde ziekenhuismedewerkers missen wel een terugkoppeling van de eetklinieken. Dit wordt aangegeven door bijvoorbeeld een pedagogisch medewerker van Ziekenhuis Groep Twente: *“Je hoort vaak niets terug.”* Ook zegt een psycholoog van het Medisch Spectrum Twente: *“Dat het niet teruggekoppeld wordt. Ik zou dat wel heel fijn vinden.”*

Over de samenwerking met de eetkliniek zijn verschillende meningen. Allereerst vindt een kinderarts dat sommige patiënten goed reageren op de eetkliniek. Ze zegt: *“Soms reageren kinderen heel goed op de aanpak van de eetkliniek.”* Waar de meesten (zes respondenten) tegenaan lopen zijn de lange wachttijden voor deze kliniek. Zo meldt iemand *“Wat ik hier wel ervaar is dat er soms nog geen plek is in de eetkliniek en dat is natuurlijk wel rampzalig vind ik.”*

Daarnaast is het contrast tussen het ziekenhuis en de eetkliniek groot volgens een verpleegkundige van het MST: *“Ja het is een heel verschil dat sondevoeding hier vaak verplicht wordt en in de eetkliniek is het grotendeels op vrijwillige basis.”*

Een kinderarts van de Isala Klinieken Zwolle vertelt: *“Ja we lopen ook tegen de wachttijden aan.”* En een pedagogisch medewerker van Ziekenhuis Groep Twente geeft aan: *“We zien vaak dat ze niet door naar de kliniek kunnen.”* De kliniek Rintveld in Altrecht geeft zelf ook aan: *“Het kan ook zijn dat een kind in een ziekenhuis wacht op een plekje bij ons.”*

5. Conclusie

In dit hoofdstuk zal de conclusie van het onderzoek beschreven worden. Het antwoord op de hoofdvraag wordt gegeven in paragraaf 5.4. De aanbevelingen zijn beschreven in paragraaf 5.5.

5.1 Ervaring professionals tijdens ziekenhuisopname

Over het algemeen vinden de meeste respondenten dat er voldoende korte lijnen zijn binnen de organisatie en dat iedereen zich wil inzetten voor deze patiënten. Iedereen is het erover eens dat het bieden van zorg op maat belangrijk is voor deze doelgroep. De professionals die nauw samenwerken met de patiënt vinden de opname erg tijdrovend. In het Medisch Spectrum Twente in Enschede lopen de respondenten er tegenaan dat niet altijd iedereen aanwezig is tijdens het Multidisciplinair overleg, in andere ziekenhuizen is dat niet het geval en is iedereen over het algemeen aanwezig tijdens het MDO. In de samenwerking met elkaar valt binnen het MST en Isala nog wel een verbeteringslag te behalen volgens de respondenten, de oorzaak hiervoor is onder andere dat er continue andere professionals betrokken zijn bij de behandeling. Sommige professionals missen de kennis van de geestelijke gezondheidszorg om deze patiënten beter te kunnen begeleiden. De opnameduur wisselt in verschillende ziekenhuizen, gemiddeld is de opnameduur zes tot acht weken. De mening over of de opnameduur te lang of te kort is wisselt. Sommige respondenten zien de opnameduur liever korter, andere respondenten zien geen andere mogelijkheid in de opnameduur. Er worden verschillende oorzaken gegeven voor de lange opnameduur. De een vindt het een ingewikkeld probleem wat veel geduld en tijd nodig heeft terwijl een ander de lange wachttijden als oorzaak voor de lange opnameduur ziet. De meerderheid van de respondenten loopt tegen de lange wachttijden aan van de eetkliniek. Met betrekking tot het geven van sondevoeding tijdens de opname zijn er verschillende meningen.

5.2 Ervaring met het werken met protocol in ziekenhuizen

De respondenten werken met verschillende protocollen. Binnen het Medisch Spectrum Twente zijn de aandachtspunten duidelijk beschreven. Een andere kwaliteit van het protocol is dat er veel disciplines worden betrokken en dat er ruimte is voor ontspanning van de patiënten. De professionals binnen het MST evalueren ook met elkaar om te kijken naar wat er goed en minder goed is gegaan tijdens de behandeling. De meeste van de respondenten vinden dat het protocol niet concreet genoeg is waardoor de taakverdeling niet duidelijk is. Dit kan er toe leiden dat het protocol op verschillende manieren geïnterpreteerd kan worden. Dit meldt een pedagogisch medewerker van het Martini ziekenhuis ook; dat iemand nieuwe ideeën heeft en daarom het op zijn/haar manier doet. Er is behoefte aan structuur in het protocol. Het protocol van Isala is volgens de respondenten ook niet eenduidig genoeg terwijl de aandachtspunten wel duidelijk zijn. In het Deventer ziekenhuis wordt er sinds kort gewerkt met een nieuw protocol waarin een stappenplan beschreven wordt. De pedagogisch medewerker vindt dat hierdoor de opnames meer gestroomlijnd zijn. Voor dit protocol was er veel frustratie onderling maar in het nieuwe protocol zijn de afspraken eenduidiger beschreven waardoor er minder strijd is tijdens de opname. Iedereen weet nu goed waar zij aan toe zijn. In Ziekenhuis Groep Twente zijn er al een tijdje geen patiënten geweest die volgens het protocol zijn behandeld. Er is een protocol opgesteld vanuit een congres waarbij professionals aanwezig waren. Het protocol zorgt voor veel structuur wat erg belangrijk is volgens de pedagogisch medewerker. Het protocol is werkzaam en er zijn voldoende disciplines betrokken tijdens de opname. In het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis is er een korte opnameduur voor deze patiënten. De patiënten die een te lage hartslag worden opgenomen en krijgen sondevoeding tot ze weer stabiel zijn. Daarna worden ze opgenomen in de Bascule binnen het AMC. De korte afstand tussen de eetkliniek en ziekenhuis maakt een korte opnameduur mogelijk. Dit bevalt erg goed omdat de Bascule een omgeving is waarbij patiënten geholpen worden door professionals die precies weten wat ze doen.

5.3 Communicatie

De richtlijnen betreffende communicatie verschillen per ziekenhuis. Zo heeft het Medisch Spectrum Twente de richtlijn om niet over het eten te communiceren met de patiënt. Een pedagogisch medewerker vertelt dat haar ervaring is dat het verschilt per patiënt. Sommige patiënten praten uit zichzelf al over het eten en sommigen blijven liever stil tijdens de eetmomenten. Als een patiënt over het eten begint dan gaat de pedagogisch medewerker hier wel op in maar wijdt hier geen heel gesprek aan omdat zij dat de taak van de psycholoog vindt. Een andere pedagogisch medewerker heeft ervaren dat de eetmomenten voor een patiënt een heel moeilijk moment is. Daarom probeert zij het zo makkelijk mogelijk te maken voor hen door het te hebben over algemene onderwerpen. Haar ervaring is ook dat het echt zorg op maat is. Het is afhankelijk van de patiënt.

De psycholoog vindt dat zorgverleners tijdens de eetmomenten een neutrale houding moeten hebben waarbij ze inhoudelijk niet te veel over het eten gaan praten omdat dat een trigger kan zijn voor de patiënt. Het contact aangaan met de patiënt is belangrijk waarbij je opmerkt wanneer de patiënt het moeilijk heeft.

Het Martini ziekenhuis Groningen heeft samen met Accare, de eetkliniek in Smilde, richtlijnen opgesteld voor patiënten met anorexia nervosa. Hierin worden verschillende richtlijnen met betreffende communicatie beschreven. Zij beschrijven bijvoorbeeld dat je het kind complimenten moet geven en moet stimuleren. Dit door te benoemen dat het kind goed zijn/haar best doet terwijl hij/zij dat zelf niet ervaart. Ook geven zij aan om vragen te stellen en vermoedens uit te spreken over compensatiegedrag zoals bijvoorbeeld bewegen (Ongering, Otten, Tanja, 2013). Daarnaast noemt de pedagogisch medewerker van het Martini Ziekenhuis Groningen ook dat zij wel eetsmakelijk zegt tegen de patiënt voor het eten. Daarnaast 'eet zij pedagogisch mee'. Zij neemt ongeveer het zelfde wat de patiënt neemt. Haar ervaring was dat de patiënten dat goed vonden.

Het Emma Kinderziekenhuis (Eveleens, Woortman & van der Jagt, 2013) heeft ook richtlijnen beschreven met betrekking tot de communicatie met de patiënt. Het belangrijkste vinden zij dat de je kijkt naar de individuele behoeftes van de patiënt en het vertrouwen is daarin heel belangrijk.

Het Emma Kinderziekenhuis raad aan om de eetmomenten te gebruiken om een vertrouwensrelatie op te bouwen met de patiënt. Betrokkenheid, begrip en een luisterend oor zijn van belang tijdens de opname. Wees eerlijk en stel open vragen. Het overleg met de tiener is ook belangrijk. Daarnaast raadt het Emma Kinderziekenhuis echt af om niet te gaan preken of bevelen op te leggen. Ook moet er geen discussie aangegaan worden over het eten of boos worden als de maaltijd niet op is (Eveleens, Woortman, Jagt van der, 2013). Hoe het protocol in de praktijk werkt is niet bekend omdat er geen interviews met de professionals gehouden zijn. Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van Mediant laat weten dat er op een cursusdag vermeld is dat het een goed werkend protocol is waar positieve reacties op gegeven zijn.

Ziekenhuizen en andere instanties zoals Ziekenhuis Groep Twente, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en Mediant geven aan dat zij de keuze bij de patiënt laten omdat zij zorg op maat willen bieden. Een pedagogisch medewerker van het ZGT geeft aan dat zij niet gaan dwingen om het eten op te laten eten. De keuze ligt echt bij de patiënt.

In het protocol van het Deventer Ziekenhuis wordt niets gezegd over de communicatie met betrekking tot het eten. Een pedagogisch medewerker noemt wel dat zij het neutraal blijft in de communicatie en dat zij niet praat over het eten, of het lekker is en de hoeveelheid. Zij werken binnen het Deventer Ziekenhuis met een puntensysteem. De patiënt kan een extra punt verdienen als hij/zij boter bij het eten opeet. De keuze blijft altijd bij de patiënt. Ze ervaart dat de patiënt al vol stress en spanning zit tijdens het kiezen van de maaltijd. Maar ook dit is afhankelijk van de patiënt.

Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van Mediant is van mening dat het eten aangeboden moet worden en de patiënt gemotiveerd moet worden om het te eten. Door te motiveren denkt zij dat de patiënt toch gaat eten omdat ze weten dat ze anders verplicht sondevoeding krijgen. Ze benoemt dat je op de situatie moet inspelen. Als een patiënt vastloopt met het eten dan kun je dit benoemen en vragen “Waarom lukt het niet?” of “Welke gedachte heb je nu?”. Omdat Mediant ambulante hulpverlening biedt zitten zij niet bij de eetmomenten en hebben daarom geen ervaring met de communicatie tijdens de eetmomenten.

De eetkliniek Rintveld benoemt dat zij wel eetsmakelijk zeggen maar dat de patiënten dit niet zo ervaren. De teamleider geeft aan dat ze het zo normaal mogelijk willen houden, zoals het thuis ook gaat. Communicatie over eten willen zij niet vermijden.

5.4 Conclusie hoofdvraag

In de literatuur is er veel informatie te vinden over welke behandelmethode er gebruikt worden. Deze behandelingen zijn te vergelijken met de behandelingen in specialistische eetklinieken. Het blijft lastig een goed werkend protocol te vinden die goed aansluit bij de verdere behandeling omdat de patiënten met een ander doel in het ziekenhuis liggen (om uit de gevarenszone te komen) dan dat zij behandelingen krijgen voor hun ziekte. Daarnaast blijkt dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar welke behandelmethode geschikt zijn voor deze doelgroep.

Niet alleen de behandeling is belangrijk, de motivatie speelt ook een belangrijke factor en is van invloed op de duur van de behandeling met betrekking tot de gewichtstoename (Hillen, Dempfle, Seitz, Herpertz-Dahlmann en Bühren, 2015). Weinig behandelingen zijn op ervaringen gebaseerd. De behandelingen die op ervaring gebaseerd zijn worden gekenmerkt door een hoge drop-out (Ruysscher, Annicq, Vandervelde en Cleas, 2015). Vanuit een neurobiologisch onderzoek wordt er gepleit voor een multidisciplinaire aanpak. In het Medisch Spectrum Twente worden veel professionals betrokken. De meeste respondenten zien dit ook als een kwaliteit. In de samenwerking met deze professionals valt volgens de respondenten nog wel winst te behalen ondanks dat er korte lijntjes zijn. Uit het onderzoek van Cooper, Offord en Turner (2006) blijkt dat een autoritaire aanpak in de kliniek leidde tot gevoelens van ineffectiviteit, waardeloosheid en isolatie. Dit komt overeen met het onderzoek van Hagglof en Nillson (2006) waaruit blijkt dat de patiënt zich als onmisbaar moet zien tijdens het herstelproces. Daarnaast is het belangrijk om het gevoel van zelfadequaatheid te stimuleren omdat dit een positief effect heeft op de uitkomst. Binnen het MST wordt veel in overleg met de patiënt gedaan om de motivatie te vergroten. De eetlijst wordt opgesteld aan de hand van het gesprek wat de diëtiste met de patiënt voert. Het dagprogramma wordt door de pedagogisch medewerker in overleg met de patiënt opgesteld. Patiënten geven ook aan dat de autoritaire aanpak bij deze patiënten een ineffectieve factor is in de behandeling (Van Straten, 2008).

Landelijk worden er verschillende protocollen gebruikt, er is niet een bepaalde richtlijn hiervoor. Het is daarom lastig te zeggen of het protocol aansluit bij de landelijke richtlijnen. Het protocol van het MST heeft verschillen maar ook overeenkomsten met de overige verkregen protocollen.

Elk ziekenhuis heeft als doel dat het gewicht van de patiënt toeneemt. In het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis bereiken zij dit doel door direct sondevoeding toe te dienen. De patiënt gaat na het aankomen in het OLVG met twee á drie dagen naar een vervolgbehandeling in de Bascule waar zij behandeld worden. In andere ziekenhuizen is de opnameduur over het algemeen langer omdat zij de patiënt de kans geven om zelf te eten of dit te stimuleren.

Binnen de verschillende ziekenhuizen worden dezelfde disciplines betrokken zoals de kinderarts, pedagogisch medewerker, psycholoog, diëtist en verpleegkundige. De mate waarin

deze betrokken zijn tijdens de opname verschilt per ziekenhuis. Zo heeft een pedagogisch medewerker in de Isala klinieken een kleine rol vermeldt een respondent. In het Medisch Spectrum Twente heeft de pedagogisch medewerker juist een grote rol doordat zij de patiënt begeleiden tijdens eetmomenten, het dagprogramma opstellen en de activiteiten in de speelkamer verzorgen. In het Martini ziekenhuis, Deventer ziekenhuis en Ziekenhuis Groep Twente vervult de pedagogisch medewerker ook deze rol.

In elk ziekenhuis waar protocollen van zijn ontvangen is er sprake van twee weegmomenten per week. Deze weegmomenten zijn in ondergoed en met een lege blaas. In tegenstelling tot andere ziekenhuizen heeft het AMC in het protocol beschreven staan dat de weegmomenten 'blind' zijn. Dit betekent dat de patiënt het gewicht zelf niet te zien of horen krijgt.

De aanwezigheid bij eetmomenten verschillen ook per ziekenhuis. In het Medisch Spectrum Twente is er altijd een verpleegkundige of pedagogisch medewerker aanwezig bij het eetmoment en een half uur daarna. Bij het Martini ziekenhuis Groningen is ook altijd een pedagogisch medewerker aanwezig en een uur na de maaltijd. Bij de Isala klinieken Zwolle is er niemand aanwezig bij de eetmomenten omdat het niet haalbaar is.

De ziekenhuizen uit Amersfoort, den Haag en Drachten stellen een behandelcontract op met de patiënt en daarin kan de patiënt gelijk zien wat de consequenties zijn van welk gewicht (Oudejans, Scholten, laHaye, Flik, 2002). Het Deventer ziekenhuis werkt met een stappenplan waarbij de patiënt ook weet dat als hij/zij niet aankomt in dezelfde stap blijft. Komt hij/zij aan zoals afgesproken gaan zij verder naar de volgende stap. Andere ziekenhuizen werken niet met deze richtlijnen.

De behandeling in de eetkliniek de Ruyterstee in Smilde is op vrijwillige basis, er wordt een advies gegeven. Het is een open afdeling, er zijn geen kinderen die onder dwang worden behandeld. Alles wordt in overleg met ouders gedaan. De eetkliniek Rintveld is ook een open afdeling. Het kan zijn dat de patiënten een rechterlijke macht hebben, maar in principe zijn ze er op vrijwillige basis. Rintveld vindt de samenwerking met ouders ook erg belangrijk. Voordat een patiënt opgenomen wordt krijgt hij/zij de mogelijkheid door middel van poliklinische begeleiding aan te komen in gewicht. Er wordt een absoluut ondergrens van opname besproken. Als het poliklinisch niet wil dan wordt de patiënt opgenomen. Als het medisch niet verantwoord is om de patiënten naar huis te sturen worden zij opgenomen. Hierdoor ontstaat er vaak een groot contrast tussen het ziekenhuis en de eetkliniek. Vanuit de eetkliniek wordt er verteld dat sommige patiënten moeten wennen omdat de overgang groot is en er in de eetkliniek meer ruimte is.

Een voorbeeld hiervan is de sondevoeding. In het ziekenhuis wordt sondevoeding gegeven om uit de gevarenzone te komen. Dit kan onder dwang gebeuren als de situatie levensbedreigend is. De eetkliniek Rintveld handelt op dezelfde manier. Als patiënten door het eten toch afvallen krijgen en daardoor in de gevarenzone komen, krijgen zij sondevoeding ter compensatie binnen de eetkliniek. In de eetkliniek de Ruyterstee is de sondevoeding er vaak de eerste dag uit. Als patiënten in de Ruyterstee komen wordt er een behandelafpraak gemaakt dat de patiënt zelfstandig moet gaan eten. Er is mogelijkheid om sondevoeding te geven, indien nodig.

5.5 Aanbevelingen

Hieronder volgen een aantal aanbevelingen waarvan de opdrachtgever vrijblijvend gebruik van kan maken.

5.5.1 Stappenplan is noodzakelijk

Na aanleiding van het onderzoek blijkt dat het protocol anorexia nervosa op de kinder- en tienerafdeling in de afgelopen jaar verbeterd is. Het gemis van structuur en duidelijkheid wordt vooral gemist tijdens de opname. Landelijk zijn er ook verschillen in de protocollen en ervaringen met deze protocollen. Het Deventer ziekenhuis en het Emmakinderziekenhuis werken met een plan waarin stappen beschreven staan. De patiënt kan, na het behalen van een bepaald doel, terecht komen in de volgende stap. De patiënt krijgt hierin steeds meer vrijheden. Een pedagogisch medewerker van het Deventer ziekenhuis vindt dit een goed werkend protocol omdat het duidelijk hanteerbaar is. De afspraken zijn eenduidiger en daardoor is er minder strijd tijdens de opname. Het protocol uit het Emmakinderziekenhuis in Amsterdam vindt hun protocol ook goed werkbaar.

Op basis van voorgaande adviseren wij om gebruik te maken van een protocol waarbij stappen zijn geïntegreerd. Ons advies is om de patiënt niet deels af te zonderen van de buitenwereld en vrienden/familie zoals wel voorkomt in het protocol van het Deventer ziekenhuis. Zij kunnen invloed hebben op de motivatie van de patiënt tijdens de behandeling.

5.5.2 Scholing GGZ voor medewerkers die met patiënten met een eetstoornis werken

Uit interviews is gebleken dat de kennis over de geestelijke gezondheidszorg in ziekenhuizen niet voldoende is, dat is op de manier van omgang met patiënten. Een verpleegkundige van het Medisch Spectrum Twente benoemd in een interview dat ze niet weet of ze er capabel genoeg voor zijn om de patiënt op psychiatrisch vlak te kunnen begeleiden. Een psycholoog van het Medisch Spectrum Twente merkt ook dat de verpleegkundigen het lastig vinden op welke manier zij deze patiënten moeten benaderen.

De teamleider van de eetkliniek Rintveld zegt dat zij het merken dat de kennis rondom eten, braakdrang of bewegen niet altijd voldoende is om de patiënt ook zo te benaderen. Bij de Isala klinieken in Zwolle merkt de kinderarts ook op dat deze kennis niet voldoende is waardoor het lastig is om met deze categorie om te gaan. Door middel van scholing kunnen de professionals de patiënt en de ziekte los van elkaar leren zien en weten zij tijdens de behandeling wat ze kunnen verwachten en hoe zij hiermee om kunnen gaan. Dit zorgt ervoor dat de patiënten eenduidig begeleidt worden waardoor er minder ruimte is om te discussiëren.

Op basis van voorgaande adviseren wij om verpleegkundigen die met deze patiënten werken een scholing te laten volgen met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg. Een aantal mogelijkheden zijn: De organisatie Incompany heeft een groot aanbod voor scholingen. De scholing interne academie dat Incompany aanbiedt zou hiervoor geschikt zijn. Daarin begeleidt Incompany de vragende organisatie, het Medisch Spectrum Twente, met het opzetten en begeleiden van een interne cursus.

Radboud UMC biedt een vervolgopleiding verpleegkundige ziekenhuispsychiatrie aan. Het onderwijsprogramma is ontwikkeld voor verpleegkundigen die werken met psychiatrische patiënten. De anorexia nervosa patiënten vallen hier onder. De vervolgopleiding duurt twaalf maanden en is verdeeld over twintig lesdagen. Dit kan gecombineerd worden met werken. Het Medisch Spectrum Twente heeft diverse scholing mogelijkheden, de interne scholing kan wellicht tot de mogelijkheden horen.

In het Medisch Spectrum Twente bieden zij verschillende soorten scholingen voor de medewerkers. Bij- en nascholing is van belang zodat medewerkers zichzelf blijven ontwikkelen.

De medewerkers van het Medisch Spectrum Twente kunnen door middel van deze bij- en nascholing kennis krijgen over de geestelijke gezondheidszorg.

5.5.3 Ambulante hulpverlening

Uit een onderzoek van Crisp et al. (1991) blijkt dat ambulante behandeling net zo effectief is als een klinische opname. De gewichtstoename is tijdens een klinische opname het grootst maar dit effect verdween na een jaar. De uitval tijdens een klinische opname is ook groter dan tijdens een ambulante hulpverlening (40% tegenover 10-15%). Bij jongere patiënten is gebleken dat een behandeling, waarbij het gezin betrokken is, een groter effect oplevert (Haan de, 2001). Uit onderzoek van Oudejans, Scholten, LaHaya en Flik (2002) blijkt ook dat de ambulante behandeling minder terugval laat zien. Ook de psycholoog vanuit Mediant vindt ambulante behandeling een betere oplossing. Het doel is dat de patiënt herstelt en normaal gaat functioneren. In een abnormale situatie iemand normaal laten functioneren is lastig. De sociaal psychiatrische verpleegkundige is het hiermee eens. Zij denkt dat het een lastige overgang is als de patiënt in een ongewone situatie gezonder gedrag vertoont en uiteindelijk in de thuissituatie dit gedrag moet vol houden. Daarnaast blijkt ook uit interviews dat vrijwel iedereen tegen de lange wachttijden van een eetkliniek aan loopt.

Op basis van voorgaande adviseren wij vaker te kiezen voor ambulante begeleiding. Het is wenselijk dit vroegtijdig aan te geven bij de organisatie die deze behandeling zal gaan bieden. Zo krijgt de organisatie de kans om tijdens de ziekenhuisopname kennis te laten maken met de patiënt en om een vertrouwensband te creëren. Dit zal uiteindelijk ten goede komen aan de behandeling. Mediant biedt deze hulpverlening. Zij hebben een Centrum Voor Eetstoornissen: BalanZ Twente.

5.5.4 Sondevoeding

Vanuit de interviews zijn er verschillende meningen naar voren gekomen met betrekking tot het geven van sondevoeding. De een vindt dat er direct bij opname gestart moet worden met sondevoeding, zij zegt: 'Ik zou het goed vinden om gelijk te beginnen met sondevoeding'. In Zwolle geven ze patiënten eerst nog de kans maar blijkt uit ervaring dat sondevoeding dan alsnog nodig is. De diëtiste heeft wel eens gehoord dat sondevoeding een verkrachting is voor iemand met anorexia nervosa, zij vindt dat hier wel wat in zit.

Het Martini ziekenhuis in Groningen heeft in samenwerking met de eetkliniek De Ruyterstee in Smilde een richtlijn opgesteld. Met betrekking tot sondevoeding wordt er beschreven dat sondevoeding in bolussen of continue gegeven moet worden. Het belangrijkste is dat het kind zelf eet. In het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam geven zij de patiënt direct sondevoeding zodat de patiënt naar twee of drie dagen naar de eetkliniek Bascule kan. Door de afstand en samenwerking is de mogelijkheid om patiënten snel door te laten stromen.

Uit een onderzoek van Noordenbos, Oldenhavé, Terpstra en Muschter (2000) blijkt dat de meeste patiënten negatieve ervaring hebben met gedragstherapie, sondevoeding en opname in een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis. Hierdoor verloren zij het vertrouwen in de behandel mogelijkheden. Vooral sondevoeding werd negatief beoordeeld. Daarnaast vertelt een respondent dat de patiënt de controle kwijt raakt door het toedienen van sondevoeding. Sondevoeding is niet bevorderend voor een vervolgbehandeling. Uit de praktijk blijkt dat het inbrengen van een sonde juist stimulerend werkt om patiënten weer te laten eten.

In de Ziekenhuis Groep Twente in Hengelo wordt de sonde direct ingebracht als de patiënt onder 60% van het ideaalgewicht zit. De patiënt krijgt daarnaast nog wel de kans om te eten. Als zij niet gebruik maken van deze kans krijgen zij nog een kans om nutridrink te drinken anders wordt er sondevoeding toegediend. Dit is volgens een pedagogisch medewerker een goed werkend beleid. Het Emma kindziekenhuis gebruikt een soortgelijk beleid door de patiënt een kans te geven om te eten. Als het eten geweigerd wordt, wordt de sonde ingebracht en

sondevoeding toegediend. Dit wordt elk eetmoment herhaald. Dit beleid werkt ook goed omdat de patiënt weet dat de sonde anders elke keer opnieuw ingebracht wordt. De patiënt kiest er daarom uiteindelijk voor om zelf voldoende te eten om bijvoeding via sonde te voorkomen.

Het onderzoek van Neiderman, Farley, Richardson e.a. (2001) hebben onderzoek gedaan naar de tevredenheid van de patiënt na het geven van sondevoeding. Het onderzoek is gericht op kinderen, jongeren en ouders. Uit de resultaten is gebleken dat sommige de sondevoeding als zeer negatief hebben ervaren maar wel het gebrek aan geschikte alternatieven erkennen. Anderen hadden hier een positieve kijk op en ervaren de verschillende aspecten als behulpzaam.

Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van Accare meldt dat het prettig is voor de behandeling als patiënten in gewicht zijn aangekomen. Wat ook bevorderend werkt voor de behandeling is als patiënten al weer wat erbij eten. Het moet alsnog per individu bekeken worden. Het 'zorg op maat' bieden maar toch duidelijkheid creëren blijft lastig met deze doelgroep. Wanneer patiënten doorverwezen worden uit het ziekenhuis ziet zij het liefst dat de patiënten ook al weer wat eten.

Op basis van voorgaande adviseren wij om de patiënt eerst de mogelijkheid te geven om zelf te eten en vervolgens de keuze heeft om nutridrink te drinken. Indien dit niet lukt zal er een sonde ingebracht worden en sondevoeding ter compensatie toegediend worden. Voor de betrokken professionals is het duidelijk wat het beleid is, daarnaast wordt de patiënt gemotiveerd om zelf te eten. Doordat de patiënt zelf gaat eten, sluit het beter aan bij een vervolgbehandeling zowel ambulant als klinisch.

De resultaten en aanbevelingen zijn niet wetenschappelijk bewezen en niet bindend voor het MST.

5.6 Sterktes en zwaktes

De sterke punten van dit onderzoek zijn:

Feedback

Tijdens dit onderzoek is er gebruik gemaakt van verschillende feedback momenten zowel van de begeleidende docent als van de opdrachtgevers. Tijdens deze bijeenkomsten zijn er verschillende onderwerpen aan bod gekomen zoals: knelpunten, voortgang en feedback. Door feedback van zowel de opdrachtgever, als de begeleidende docent te ontvangen, is het onderzoek vanuit verschillende kennisgebieden beoordeeld. Door middel van de verkregen feedback is het onderzoek regelmatig aangepast en opnieuw beoordeeld waardoor een optimaal resultaat geprobeerd is te bereiken.

Samenwerken

In dit onderzoek is er gewerkt in een koppel. Er is individueel naar informatie gezocht over hetzelfde onderwerp. Door samen de informatie te evalueren is de informatie kritisch beoordeeld op relevantie. Daarnaast is er in de afgelopen jaren meerdere malen samengewerkt waardoor er een vertrouwensband gecreëerd is. De individuen waren kritisch, open en eerlijk tijdens het werken aan het onderzoek om een goed resultaat te leveren.

Respondenten

Er is bewust gekozen voor zoveel mogelijk face-to-face interviews om een vertrouwenssfeer te creëren met de respondent. Hierdoor kan de respondent zich vertrouwd voelen in het uiten van zijn/haar mening. Daarnaast is er gebruik gemaakt van audio-opnames om het interview woordelijk uit te werken. Respondenten hebben de mogelijkheid gekregen om het uitgewerkte interview na te lezen en te controleren. Er zijn in totaal negentien interviews afgenomen, er waren nog meerdere respondenten beschikbaar. Er is uiteindelijk ervoor gekozen om niet alle geïntimeerden te interviewen omdat dit qua tijdsbestek niet mogelijk was.

Opdrachtgevers

Het onderzoek is begeleidt door twee begeleiders. Een begeleider is werkzaam als pedagogisch medewerker op de kinder- en tienerafdeling en heeft ervaring met het werken met deze doelgroep. De tweede begeleider is opleidingsadviseur en heeft ervaring met het lezen van onderzoeksrapporten en begeleiden van studenten vanuit scholen. Zij hebben afzonderlijk regelmatig feedback gegeven en zij waren tijdens gesprekken altijd aanwezig.

Belang van het onderzoek

Gedurende het uitvoeren van het onderzoek werd het belang van het onderzoek benadrukt. De organisaties die benaderd zijn geven aan belangstelling te hebben bij de resultaten van het onderzoek. De respondenten ervaren allen knelpunten tijdens de behandeling van anorexia nervosa patiënten tot achttien jaar. Zij willen gebruik maken van resultaten om het beleid te beoordelen of te veranderen. De Isala Klinieken Zwolle is op dit moment bezig met het veranderen van het beleid met betrekking tot deze doelgroep en wil de resultaten hierbij gebruiken.

De zwakke punten van dit onderzoek zijn:

Contact leggen

Tijdens het onderzoek is er hinder ondervonden tijdens het leggen van contacten om interviews te plannen. Allereerst is er een email gestuurd over wat het onderzoek inhoudt, wie de onderzoekers zijn en op welke manier zij kunnen bijdragen aan het onderzoek. Er was weinig respons op de e-mails waardoor er in eerste instantie een herinneringsmail is gestuurd. Op advies van de opdrachtgevers is er later telefonisch contact gelegd met de verschillende instanties. Met een klein deel is er gelijk een afspraak gepland. Een groot deel was telefonisch

niet bereikbaar of gaven aan dat er contact opgenomen moest worden via een emailadres. Uiteindelijk is er na veel bellen toch het beoogde resultaat behaald. In vervolg kan er gebruik gemaakt worden van het netwerk van de medewerkers van het Medisch Spectrum Twente.

Aantal respondenten

Voor het onderzoeksrapport is er landelijk gekeken naar respondenten. Omdat de respons voornamelijk uit noord/oost-Nederland kwam, is er voor gekozen om met deze respondenten interviews af te nemen. Daardoor is er weinig contact geweest met ziekenhuizen uit het zuiden en westen van Nederland. Door de grote werkdruk in de zorg was het niet mogelijk om interviews af te nemen met meerdere respondenten uit dezelfde instelling. Als er meer tijd is voor het uitvoeren van het onderzoek kunnen er meerdere mensen binnen een instelling geïnterviewd worden. De afspraken kunnen dan vroegtijdig gemaakt worden met de professionals waarbij er rekening gehouden wordt met de werkdruk. Daarnaast zijn er professionals met andere functies geïnterviewd waardoor de antwoorden op de interviews vanuit verschillende perspectieven gegeven zijn. Om een antwoord te krijgen vanuit één perspectief kan er in vervolg voor gekozen worden om één of twee bepaalde functies binnen een instelling te interviewen.

Labelen

Na het afnemen van de interviews is er gelabeld. Tijdens het labelen werd er opgemerkt dat niet alle onderwerpen evenveel aan bod kwamen. Omdat alle interviews toen afgenomen waren, was er geen mogelijkheid om dit bij andere respondenten nog te corrigeren. In vervolg zouden de interviews direct uitgewerkt en gelabeld kunnen worden zodat duidelijk is welke informatie nog verkregen moet worden.

Beschikbaarheid ruimte

De interviews zijn in verschillende organisaties gehouden. Doordat de onderzoekers niet werkzaam zijn binnen die organisaties, was er geen mogelijkheid om een ruimte te reserveren om het interview af te nemen. Hierdoor zijn er interviews afgenomen op plekken waarbij de respondent afgeleid kan raken. In deze ruimtes was de mogelijkheid voor anderen om tijdens het interviews binnen te lopen of de respondent was in bezit van een telefoon waarbij hij/zij bereikbaar moest blijven.

Hieronder zijn de sterkten en zwakten overzicht vermeldt.

Sterkten	Zwaktes
✓ Feedback	– Contact leggen
✓ Samenwerken	– Aantal respondenten
✓ Respondenten	– Labelen
✓ Opdrachtgevers	– Beschikbaarheid ruimte
✓ Belang van het onderzoek	

5.7 Discussie

In het onderzoek zijn aanbevelingen gedaan op micro- en mesoniveau. In de discussie zal er gekeken worden naar de invloeden van de eetstoornis op macroniveau.

Tijdens het schrijven van het onderzoeksrapport bleek dat dit probleem landelijk de aandacht trekt van hulpverleners. Het is een complexe psychiatrische ziekte die lastig te behandelen is. Een aantal mensen met anorexia nervosa sterft, daarnaast is er ook een groot aantal die te maken krijgt met een terugval. Hoe kunnen er preventieve maatregelen opgesteld worden om anorexia nervosa tegen te gaan?

Er is geen eenduidige oorzaak voor het ontstaan van een eetstoornis. Er zijn een aantal risicofactoren die de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van een eetstoornis vergroten zoals aanleg, opvoeding, ontwikkeling van de persoonlijkheid, ingrijpende gebeurtenissen of omgevingsfactoren, puberteit en adolescentie, lichamelijke aanleg, sociale en culturele aspecten, erfelijkheid en aanleg en genen (Human Concern, 2015).

De maatschappelijke positie van de vrouw in de westerse maatschappij kan een oorzaak zijn. Aan de ene kant het nastreven van een ideaalbeeld en aan de andere kant het naleven van de tegenstrijdige hoge eisen die aan vrouwen worden gesteld. Mensen hebben bepaalde opvattingen over uiterlijk en wat mooi en lelijk is. In het westen is de heersende norm voor 'succesvol': jong, mooi en vooral slank/mager. In de reclamewereld wordt een gelijk ideaalbeeld geschetst. Er zijn veel vooroordelen voor mensen die niet aan dit ideaalbeeld voldoen. Als men dik is worden zij al als lui en zwak gezien. Het nastreven van een ideaalbeeld op zichzelf is vaak niet voldoende om een eetstoornis te ontwikkelen, maar draagt hier aan bij. (Human Concern, 2015).

Het Franse parlement stelt als eerst het stimuleren van extreem vermageren strafbaar. Pro-ana-websites raden aan bezoekers zo min mogelijk te eten en geven tips hoe je na een maaltijd kunt braken en hoe dit verborgen kan blijven voor de omgeving. De Franse justitie kan websites opdragen deze adviezen en aansporingen weg te halen zodra de wet van kracht is. Als websites hier niet aan meewerken kan er een boete van 10.000 opgelegd worden of celstraf van maximaal een jaar. Modehuizen die modellen met een ondergewicht de catwalk op sturen riskeren een boete van 75.000 euro (NOS, 2015). Een model moet minstens 18 jaar oud zijn en met een lengte van 1.75 minstens 55 kilo wegen. De initiatiefnemer van het voorstel is parlementslid Oliver Véran van de Socialistische Partij. Hij vindt het onacceptabel om ondervoeding te promoten. Véran is ook arts, volgens hem lijden 30 tot 40 duizend mensen aan anorexia. In 2013 voerden Italië, Israël en Spanje een soortgelijke wet in. In Amerika kan ontwerpster Diane Von Furstenberg in 2012 met een aantal richtlijnen die ervoor moesten dat modellen gezonder gingen eten en eerder professionele hulp zouden zoeken als zij een eetstoornis hadden. De modewereld houdt het schoonheidsideaal in stand die de kern van het probleem lijkt te zijn (Trouw, 2015).

Het kabinet onderzoekt of het soortgelijke maatregelen kan nemen om anorexia tegen te gaan. De SP en het CDO pleitten in 2008 voor een verbod (NOS, 2015). In oktober 2006 heeft een web-provider in samenwerking met eetstoornistherapeuten het initiatief genomen om automatische pop-up waarschuwingen te laten zien voor het bezoek aan pro-ana websites. Het Franse initiatief is een aanleiding geweest om opnieuw te bezien of een verbod voor pro-ana uitingen ook in Nederland wenselijk en juridisch mogelijk is. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, 2015).

Het aanzetten tot extreem vermageren is geen misdrijf volgens de Nederlandse wetgeving. Het aanzetten tot een bepaalde gedraging is pas strafbaar als de gedraging zelf een strafbaar feit is. Zelfverminking en jezelf extreem vermageren zijn geen strafbaar feit. Het aanzetten tot

zelfdoding is wel strafbaar maar dan moet de zelfdoding daadwerkelijk volgen. Er is geen rechtstreeks verband tussen pro-ana sites, de ziekte en de opzet op het aanzetten tot zelfdoding omdat dit lastig te bewijzen is. Daarnaast heeft M.J. van Rijn (staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) gesproken met landelijke verenigingen voor behandelaars en de patiënten op het gebied van eetstoornissen. Uit deze gesprekken concludeert hij dat een verbod van pro-ana uitingen geen effectieve maatregel zal zijn. De hulpverlening moet voorop staan (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, 2015).

Er zijn veel verschillende oorzaken voor anorexia nervosa. Het kabinet neemt voorlopig nog niet soortgelijke maatregelen zoals in Frankrijk om anorexia nervosa tegen te gaan. Daarnaast zijn er veel verschillende factoren die de ziekte ontwikkelen. Wat zou er dan wel kunnen helpen om preventieve maatregelen te nemen tegen deze ernstige psychiatrische ziekte?

6. Literatuurlijst

Accare (z.j.). *Accare intensieve zorg Drenthe*. Verkregen van <https://www.accare.nl/contactgegevens/smilde/>

Accare (2015). *Centrum voor Eetstoornissen*. Verkregen van <https://www.accare.nl/contactgegevens/smilde/centrum-voor-eetstoornissen>

Accare (2015). *Eetstoornissen*. Verkregen van <https://www.accare.nl/professionals/psychische-problemen-en-stoornissen/eetstoornissen>

Altrecht (z.j.). *Soorten therapieën*. Verkregen van http://www.altrecht.nl/ggz/58037/Soorten_therapieen#.Vl2UbGQveqA

Altrecht (z.j.). *Soorten behandeling*. Verkregen van http://www.altrecht.nl/ggz/58036/Soorten_behandeling#.Vl2X7mQveqA

American Psychiatric Association. (2006). *Treatment of patiënts with eating disorders*. American Journal of Psychiatry, 163(7 Suppl), 4–54.

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2010). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters- Noordhoff.

Born et al. (2015). *First results of a refeeding program in a psychiatric intensive care unit for patiënts with extreme anorexia nervosa*. BMC Psychiatry.

Costa-Font, J., Jofre-Bonet, M. (2012). *Anorexia study backs government ban on underweight models*. Verkregen van <http://www.lse.ac.uk/newsAndMedia/news/archives/2012/03/anorexia.aspx>.

Cooper, M., Offord, A., & Turner, H. (2006). *Adolescent Inpatiënt Treatment for Anorexia Nervosa: A Qualitative Study Exploring Young Adults' Retrospective Views of Treatment and Discharge*. Verkregen van <http://www.interscience.wiley.com>

Crisp, A. H., Norton, K., Gowers, S., et al (1991). *A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa*. British Journal of Psychiatry,

Eveleens, T., Woortman, R., Jagt van der, A., (2013). *Richtlijn eetstoornissen tiernerafdeling*. Amsterdam Medisch Centrum.

Donker, M., van Furth, E., Noordenbos, G., de la Rie, S. (2006). *Evaluating the Treatment of Eating Disorders from the Patiënt's Perspective*. International Journal of Eating Disorders, 39:8, 667-676.

Geller J, Brown KE, Zaitsoff SL, Menna R, Bates ME, Dunn EC. (2008) *Assessing readiness for change in adolescents with eating disorders*. Psychol Assess. ;20:63–9.

GGZ Richtlijnen (2008). *Behandeling anorexia nervosa*. Verkregen van http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=64

- Haan de, E. (2001). *De ambulante behandeling van anorexia nervosa*. Verkregen van <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03060248>
- Hagglof, B., & Nilsson, K. (2006). *Patiënt Perspectives of Recovery in Adolescent Onset Anorexia Nervosa*. *Eating Disorders*, 14, 305-311.
- Hillen, S., Dempfle, A., Seitz, J., Herpertz-Dahlmann, B., & Bühren, K. (2015). *Motivation the change and perceptions of the admission process with respect to outcome in adolescent anorexia nervosa*. *BMC Psychiatry*: CrossMark
- Human Concern, (2015). *Klinische behandeling beleef!*. Verkregen van <https://www.humanconcern.nl/behandelingen/klinische-behandeling-be-leef>
- Human Concern, (2015). *Behandeltrajecten*. Verkregen van <https://www.humanconcern.nl/behandelingen/behandeltrajecten>
- Human Concern, (2015). *Ambulante behandeling*. Verkregen van <https://www.humanconcern.nl/behandelingen/behandeltrajecten/ambulante-behandeling>
- Incompany (z.j.) *De kracht van ICM*. Verkregen van: <http://www.icm.nl/incompany-en-maatwerk/?gclid=CILj9su1psoCFQIGwwod7tMBLA>
- Keizer, C., van Hest, C., Teunissen, W. (2013). *Protocol Anorexia Nervosa Kinderafdeling*. Geraadpleegd op 9 september 2015.
- Laakmann G, Ortner M, Kamleiter M, Ufer S, Frodl T, Goldstein-Muller B, et al. (2006). *Treatment of vitally endangered anorexia nervosa patients based on guardianship laws*. *Nervenarzt*. 77(1):35–40. 43.
- Medisch Spectrum Twente, (2015). *Anorexia Nervosa*. Verkregen van: <https://www.mst.nl/wps/portal/p/Aandoeningen/5/Anorexia-Nervosa>
- Medisch Spectrum Twente, (2015). *Medical School Twente*. Verkregen van: <https://www.mst.nl/wps/portal/p/over-mst/Leren-bij-MST>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (2015). *Beantwoording Kamervragen over voornemen kabinet om verheerlijking van anorexia tegen te verbieden*. Verkregen van <https://www.rijksoverheid.nl/...anorexia.../beantwoording-kamervragen>
- Neiderman, M., Farley, A., Richardson, J., e.a. (2001). *Nasogastric feeding in children and adolescents with eating disorders: toward good practice*. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 441-448.
- Noordenbos G., Oldenhove, A., Terpstra, N. en Muschter, J. (2000). *Kenmerken en behandelingsgeschiedenis van patiënten met chronische eetstoornissen*. Verkregen van http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_322pdf.pdf
- NOS (2015). *Kabinet overweegt maatregelen tegen anorexia*. Verkregen van <http://nos.nl/artikel/2028332-kabinet-overweegt-maatregelen-tegen-anorexia.html>
- Ongering, S., Otten, M., Tanja, L. (2014) *Richtlijn behandeling/verpleging jongeren met anorexia nervosa op de kinderafdeling*. Protocol geraadpleegd op 4 november 2015

Oudejans, P., Scholten, H., laHaye, E., Flik, C., (2002) *Anorexia nervosa in het algemeen ziekenhuis*. Protocol geraadpleegd op: 16 juni 2015

Papadopoulos FC, Ekbom A, Brandt L, Ekselius L. (2009). *Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa*. Br J Psychiatry; 194(1):10–7.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change*. Psychother Theory Res Pract.

PsyQ (z.j.) *Behandeling van anorexia en boulimia (nervosa)*. Verkregen van <http://www.psyq.nl/Programma/eetstoornissen/eetstoornis-behandeling/anorexia-eetstoornis>

Radboud UMC, (2016). *Vervolgopleiding verpleegkundige ziekenhuispsychiatrie*. Verkregen van: <https://www.radboudumc.nl/Onderwijs/Zorgacademie/Vervolgonderwijs/Pages/Verpleegkunde.aspx>

Robin, A. L., Siegel, P. T., Moye, A. W., Gilroy, M., Dennis, A. B., & Sikand, A. (1999). *A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 1482–1489.

Rouvoet, A. (2008). *Excessieve toename van eetstoornissen*. Verkregen van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2008/08/18/excessieve-toename-van-eetstoornissen>

Russell, G. F., Szukler, G. I., Dare, C., & Eisler, I. (1987). *An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Archives of General Psychiatry, 44, 1047–1056.

Ruysscher de, C., Annicq P., Vandeveld, S. en Cleas, C. (2015). *Anorexia nervosa: een integratief behandelmodel*. Verkregen van http://download.springer.com/static/pdf/572/art%253A10.1007%252Fs12485-015-0015-x.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs12485-015-0015-x&token2=exp=1448968939~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F572%2Fart%25253A10.1007%25252Fs12485-015-0015-x.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs12485-015-0015-x*~hmac=97e10764a2fd090cd5c44c3c7b1d4a56784da4bd76ecfec182b8ef76d890b069

Sahib El Radhi, A. (2015). *Appropriate care for children with eating disorders and obesity*. British Journal of Nursing

Selhorst, K., Verheyen, E. (2014). *Overleven met een eetstoornis*. Antwerpen - Apeldoorn: Cyclis

Spaans, J., van der Kamp-Verbij, M., Hop, H. (2005). *Mindfulness-oefeningen: een welkome bijdrage aan de behandeling van anorexia nervosa*. Verkregen van: http://www.mindfulnessblog.nl/images/pdf/mindfulness_anorexia.pdf

Strober, <, Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). *Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes*. American Journal of Psychiatry. 157, 393-401.

Straten van, M. (2008). *Anorexia Nervosa – Factoren van een effectieve behandeling*. Verkregen van <http://dare.uva.nl/cgi/arno/show.cgi?fid=119534>

Sullivan, P.F. (1995). *Mortality in anorexia nervosa*. American Journal of Psychiatry, 152, 1073-1074.

The National Guideline Clearinghouse (2011). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Verkregen van <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=9318>

Trouw (2015). *Hoe zinvol is een verbod op te dunne modellen?* Verkregen van <http://www.trouw.nl/tr/nl/4496/Buitenland/article/detail/3910003/2015/03/17/Hoe-zinvol-is-een-verbod-op-te-dunne-modellen.dhtml>

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma

Wentz E, Gillberg IC, Anckarsater H, Gillberg C, Rastam M. (2009). *Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome*. Br J Psychiatry. 194:168–74

Ziekenhuis Groep Twente (2015). *Protocol Anorexia Nervosa, signalering en behandelingsprotocol*. Hoofddocument ZGT. Protocol geraadpleegd op: 25-11-2015

7. Bijlagen

7.1 Interviewschema

Onderwerp	Startvraag	Doorvragen
Opnameduur	Hoe ervaart u de opnameduur van anorexia nervosa patiënten op de kinder- en tienerafdeling?	Is dit te lang of te kort? Hoe heeft de opnameduur invloed op de behandeling? Wat zou een 'ideale' opnameduur zijn?
Beleid	Hoe ervaart u het beleid van patiënten met anorexia nervosa?	Vindt u het beleid werkzaam? Wat vindt u goed aan dit beleid? Wat zou u graag anders willen zien?
Betrokkenheid	In hoeverre bent u betrokken bij de opname van anorexia nervosa patiënten?	Wat is uw rol tijdens de opname? Zou u op een andere manier betrokken willen zijn bij de opname, zo ja: hoe? Welke andere professionals zijn belangrijk om te betrekken bij de opname? Hoe is de communicatie tussen de verschillende professionals tijdens een opname?
Einde opname	Wanneer mag een patiënt met ontslag?	Hoe ervaart u de gesteldheid van de patiënt wanneer hij/zij met ontslag gaat? Vindt er vaak een heropname plaats? En wat zijn volgens u de oorzaken? Hoe zou u dit kunnen voorkomen?
Vervolgtraject	Hoe ziet het vervolgtraject eruit?	Welke patiënten worden doorverwezen? Waar worden de patiënten naar doorverwezen? Wat vindt u van het vervolgtraject? Hoe zou u het vervolgtraject vormgeven? Welke behandelingen worden er gegeven in het vervolgtraject?
Behandeling eetkliniek	Hoe ziet de behandeling in een gespecialiseerd eetkliniek eruit?	Sluit deze behandeling aan bij de behandeling in het ziekenhuis, zo nee: waar liggen de knelpunten? In hoeverre is er verschil in soort behandeling wanneer patiënten uit het ziekenhuis komen of vanuit huis aangemeld worden?
Communicatie	Welke richtlijnen voor communicatie met de patiënt wordt er gehanteerd in het specialistisch eetcentrum?	Met betrekking tot het eten? Met betrekking tot het gewicht? Wat adviseert het specialistisch eetcentrum voor ziekenhuizen met betrekking tot communicatie met de patiënt?