


Casuskaart

Auteur: Annemarie van Elburg

Mijn dochter eet niet meer

 Zorgstandaard: Eetstoornissen

GGZ
Standaarden

ggzstandaarden.nl

DEZE CASUS KOMT UIT

Casusboek kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules

A.J.L.M. van Balkom, R.W. Kupka en J. Spijker (redactie)

Interesse in het complete casusboek Kwaliteitsstandaarden?
Neem dan contact op via info@akwaggz.nl. *Zo lang de voorraad strekt.*

Initiatief: Kwaliteitsontwikkeling GGz. © Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017.
De auteursrechten der afzonderlijke bijdragen berusten bij de auteurs.

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV
Internet: www.boompsychiatrie.nl
E-mail: klantenservice@boompsychiatrie.nl
ISBN 978 90 5898 0786

Akwa
GGZ Alliantie kwaliteit
Geestelijke
Gezondheidszorg

Mijn dochter eet niet meer

Annemarie van Elburg

Zorgstandaard: Eetstoornissen

Een 12-jarige brugklasleerlinge komt met haar moeder bij de huisarts. Ze zit er afwerend bij terwijl haar moeder het woord doet. Het probleem is eind groep 8 begonnen. Voor de afscheidsmusical moesten kleren gepast worden en ineens begonnen verschillende meisjes over lijnen te praten. Het meisje vond zichzelf wat te mollig en stopte met snoepen. Eerst had de moeder hier niets van gemerkt, maar in de herfst ontdekte ze dat haar dochter haar brood niet opat en zich thuis meer met het menu begon te bemoeien. In de kerstvakantie was de boot aan, moeder schrok toen ze haar dochter op de weegschaal zette en ontdekte dat ze 5 kg was afgevallen. Ze denkt dat haar dochter anorexia nervosa (AN) heeft. Het meisje zelf is het er niet mee eens en reageert geïrriteerd. De huisarts vindt haar op het eerste gezicht gezond ogen en stelt voor het even aan te kijken.

Dilemma

De huisarts vraagt zich af of hij de juiste beslissing heeft genomen en bespreekt de patiënt in zijn huisartsengroep. Is het gekozen afwachtende beleid terecht?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

De argumenten die tegen een afwachtend beleid pleiten zijn de jonge leeftijd van de patiënt, de ernst van het gewichtsverlies, de gebrekkige motivatie, de slechte prognose van (onbehandelde) anorexia nervosa en de risico's op blijvende schade aan het zich nog ontwikkelende lichaam. Patiënten die een eetstoornis ontwikkelen, vertonen slechts sporadisch spontaan herstel. Bij snel ingrijpen zijn de kansen op een succesvolle behandeling door de steun van de ouders groter.



Zorgstandaard Eetstoornissen, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring.

De patiënte is altijd een probleemloos kind geweest. Ook haar eetpatroon heeft nooit aanleiding tot zorg gegeven. De patiënte kreeg een havo/vwo-advies, maar de overgang viel niet mee. Zij werkt erg hard aan haar huiswerk, maar

is ondanks goede cijfers vaak niet tevreden met haar resultaten. Ze besloot in de herfst vegetariër te worden en begon zich steeds meer te bemoeien met wat er op tafel kwam. Rond de feestdagen liep het spaak. De andere kinderen in het gezin ergerden zich aan het gedoe rond de maaltijden. Bij de patiënte sloeg de paniek omtrent het vele eten toe en het wegvallen van de structuur in de vakantie maakte dat ze zich steeds meer terugtrok. Haar ouders ontdekten dat ze op haar kamer eindeloos oefeningen aan het doen was. Ze besloten hun dochter ermee te confronteren en onder grote druk ging ze op de weegschaal; ze woog 35 kg bij een lengte van 1,58 m.

De patiënte blijkt, zoals veel jonge AN-patiënten, vooral te vasten en te bewegen. Zij menstrueert niet meer sinds het eind van de zomer en is het laatste halfjaar niet meer gegroeid. Haar huidige gewicht bevindt zich tussen de BMI -2 en -2,5 SD. (Bij kinderen en jeugdigen bepaalt men de mate van ondergewicht met behulp van de afwijking ten opzichte van het gemiddelde BMI, de SD 0. Ze behoort met een BMI -2 en -2,5 SD tot de lichtste 3% van de meisjes van haar leeftijd.) De huisarts doet een lichamelijk onderzoek en schrikt van de bevindingen. Hij besluit in overleg met de moeder het meisje naar een kinderarts te verwijzen.

Een week later komen moeder en dochter bij de kinderarts. De patiënte ziet bleek en hologisch en is minstens zo afwerend als bij de huisarts. Ze is de bemoeizucht van iedereen beu, weet nu wel dat ze verkeerd bezig was en heeft de situatie naar eigen zeggen alweer bijna onder controle. De moeder is de wanhoop nabij. De patiënte regeert het gezin met haar eetprobleem, terwijl ze steeds minder eet en drinkt. Ze loopt voortdurend de trap op en af, gaat uren fietsen en isoleert zichzelf in sociaal opzicht volkomen. Het enige wat ze nog met overgave doet, is haar schoolwerk.

De kinderarts onderzoekt haar opnieuw, doet een algemeen screenend bloedonderzoek en een ecg om zicht te krijgen op de huidige cardiale functie. Het lichamelijk onderzoek bevestigt de gegevens van de huisarts en de groeicurve laat een achterblijvende lengtegroei zien ten opzichte van de berekende *target height*. Het laboratoriumonderzoek vertoont de kenmerkende afwijkingen van iemand die sterk vermagerd is. Zij vraagt een consult aan bij de kinderpsychiater.

Dilemma

De psychosociale zorg voor kinderen en jeugdigen valt sinds 1 januari 2015 onder verantwoording van de gemeente. De kinderarts twijfelt daardoor of zij intercollegiaal kan doorverwijzen naar een kinder- en jeugdpsychiater of dat dat via de huisarts of een andere verwijzroute moet gebeuren. Zij overlegt

hierover met een collega van de (volwassenen) psychiatrische consultatieve dienst, die haar vertelt dat zij direct naar een kinder- en jeugdpsychiater kan verwijzen, ook al valt de kinderpsychiatrische zorg onder verantwoording van de gemeenten. Klopt dit?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Bij verdenking op ernstige psychopathologie en zeker bij een crisis, kan een kinderarts, als er sprake is van een eetstoornis, verwijzen naar een gespecialiseerd eetstoorniscentrum.



Zorgstandaard Eetstoornissen, hoofdstuk 8. Organisatie van zorg, 8.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten.

De kinderpsychiater ziet bij onderzoek een mager en bleek meisje dat er jonger uitziet dan haar kalenderleeftijd. Ze is goed verzorgd, maar luchtig gekleed voor het jaargetijde en zit kaarsrecht op haar stoel, waarbij ze haar beenspieren wisselend aanspant. Het bewustzijn is helder en de oriëntatie is in orde. De patiënte heeft moeite de aandacht bij het gesprek te houden en maakt een weinig vitale indruk. Ze spreekt zacht en soms moeilijk verstaanbaar. De waarneming lijkt ter plekke ongestoord, maar als gevraagd wordt naar een beoordeling van haar lichaam, kijkt ze naar haar benen op de stoel en vertelt daar nog niet zo tevreden over te zijn. De perceptie van het eigen lichaam is erg vertekend. Het denken is vertraagd en wordt inhoudelijk bepaald door overwaardige gedachten over eten, bewegen en gewicht. De stemming is somber en het affect zeer vlak. Ze is erg bang voor wat er komen gaat en vooral voor een opname. Haar behandelmotivatie is hooguit ambivalent te noemen.

Dilemma

De patiënte staat ambivalent ten opzichte van haar behandeling. Hoe kan de kinderpsychiater hier het beste mee omgaan? Moet er dwang worden toegepast bij de behandeling?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Voordat er besloten wordt tot al dan niet behandelen, is er in dergelijke gevallen een aantal overwegingen: is een patiënt wilsbekwaam ten aanzien van de beslissing wel of geen behandeling als het gaat om toediening van voeding en vocht? Komt dit door de organische gevolgen van uithongering? Komt een patiënt in aanmerking voor een somatisch getinte behandeling of moet deze meer psychiatrisch gekleurd zijn? Als er

sprake is van gevaar voor zichzelf, bijvoorbeeld door levensbedreigende somatische complicaties, kan (medeafhankelijk van de wilsbekwaamheid van de patiënt) dwangopname of -behandeling noodzakelijk zijn. Het respecteren van autonomie en het maken van (zelfs als dit slechte keuzes zijn) eigen keuzes, blijven altijd de leidende principes, ook in situaties waarin dwang noodzakelijk is.

AN-patiënten moeten bij voorkeur worden behandeld door gespecialiseerde ggz-professionals of binnen centra/afdelingen waar men veel ervaring met deze klachten heeft. Probeer waar mogelijk dwang te voorkomen door met de patiënt, betrokkenen en het behandelteam alle overwegingen en opties open te bespreken en met name ook de vraag te stellen wat de patiënt zelf kan doen om dwangbehandeling te voorkómen. Samenwerking met ervaringsdeskundigen en/of ervaringsdeskundige ouders is een waardevolle aanvulling op evidencebased behandelprogramma's. Doel is de wilsbekwaamheid van de patiënt ten aanzien van de beslissing wel of niet behandelen te vergroten. Het is tegelijk belangrijk snel en adequaat te interveniëren. Zorg ervoor dat alle betrokken behandelaars en disciplines werken vanuit één gemeenschappelijke visie. Spreek af wie de regie heeft. Laat het behandelplan aansluiten bij de vermoedelijke functie die de eetstoornis voor de patiënt vervult.



Zorgstandaard *Eetstoornissen*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.1 Zelfmanagement.

Behandeling

De patiënte krijgt een voedingsadvies en diëtistische begeleiding gericht op een gewichtstoename van 0,5-1 kg/week en gaat samen met haar ouders naar de gezinstherapeut van de polikliniek. Zij wordt regelmatig lichamelijk gecontroleerd. Naarmate haar gewicht toeneemt, blijken onzekerheid, een negatief zelfbeeld en anorectische cognities haar steeds meer te belemmeren. De ouders, die in eerste instantie vol vertrouwen aan deze behandeling begonnen, beginnen te twijfelen of hun dochter niet toch zou moeten worden opgenomen. De behandeling wordt daarop geïntensiveerd. Dit doet de patiënte tot ze een gezond gewicht heeft, de menstruatie is teruggekeerd, school- en sportactiviteiten zijn hervat en haar gedachten minder geconcentreerd zijn op eten en haar lijf.

Dilemma

Na evaluatie van de behandeling bespreekt de behandelaar in het behandelteam de verdere gang van zaken. Vanwege druk van de wachtlijst moet de behandeling worden afgesloten en de patiënte en haar ouders worden terugverwezen naar de huisarts. Het risico op terugval is echter groot. Hoe kan de behandelaar hier het best mee omgaan?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Het is het beste om niet af te sluiten en de behandeling te verlengen met een terugvalpreventieprogramma. Het risico op terugval is met name groot in de eerste 18 maanden na afsluiten van de behandeling. Het doel van dit programma is het ondersteunen van zorgprofessionals bij het opstellen van een terugvalpreventieplan samen met patiënten met AN en hen te begeleiden bij het gebruik ervan. Dit is met name belangrijk in de eerste 18 maanden na het afsluiten van de behandeling. Het verdient de voorkeur het werken met de richtlijn in te bedden in een breder nazorgprogramma, waar de patiënt afhankelijk van de noodzaak en behoefte gesprekken met gespecialiseerde behandelaars aan kan gaan. De ervaring is dat dit meestal een laagfrequente begeleiding kan zijn. Door het werken met het terugvalpreventieplan wordt zo veel mogelijk een beroep gedaan op de zelfmanagementvaardigheden van de patiënt en zijn naasten, waardoor de afhankelijkheid van zorgprofessionals wordt beperkt. Het terugvalpreventieprogramma bestaat uit een werkboek met een terugvalpreventieplan en aanwijzingen hoe een patiënt kan omgaan met eventuele aanwijzingen voor een beginnende terugval. Dit terugvalpreventieprogramma is ook als e-health-module beschikbaar.



Zorgstandaard *Eetstoornissen*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.8 Psychologische en psychotherapeutische behandeling.