

LEIDRAAD 'DE MEDISCHE ZORG EN BEGELEIDING BIJ EN NA EEN HONGER- EN DORSTSTAKING'

Voorwoord

In 2000 bracht de Stichting Mensenrechten en Gezondheidszorg 'Johannes Wier' (JWS) de 3^{de} editie van de handleiding 'Honger naar recht; honger als wapen' uit. De handleiding beschrijft onder meer de geschiedenis van honger- en dorststakingen, de medische begeleiding, de rol van de vertrouwensarts daarbij en de (inter)nationale wet- en regelgeving dienaangaande. In Nederland wordt deze handleiding nog steeds als gezaghebbend gezien. Echter, delen van de handleiding zijn inmiddels verouderd en in 2013 kwamen signalen uit de praktijk dat er behoefte bestaat aan beknopte, praktische leidraden betreffende de verschillende onderdelen van de handleiding. Om die reden heeft JWS besloten om de handleiding te actualiseren en de inhoud op te splitsen in drie te onderscheiden documenten, namelijk in een leidraad over de functie en verantwoordelijkheden van de vertrouwensarts, een leidraad over de medische zorg en begeleiding bij en na een honger- en dorststaking en een overzicht van de (inter)nationale wet- en regelgeving rond hongerstakingen.

In deze leidraad worden de medische zorg en begeleiding bij en na een honger- en dorststaking beschreven. Onder medische zorg en begeleiding wordt ook het verpleegkundig handelen verstaan.

Indeling

1.	De verschillende vormen van een honger- en dorststaking	2
2.	Richtlijnen voor het eerste medische contact	2
2.1	Communicatie en het verkrijgen van essentiële informatie	2
3.	De medische zorg en begeleiding bij een honger- en dorststaking	4
3.1	Dorststaking	4
3.2	De wilsverklaring bij een totale of gedeeltelijke hongerstaking	4
3.3	De pathofysiologische en klinische verschijnselen bij een hongerstaking	5
4.	De beëindiging van een hongerstaking	6
4.1	Het <i>refeeding</i> syndroom	7
4.2	Ernst van de risico's van het weer eten en drinken	8
4.3	Psychosociale nazorg	9
Bijlage 1:	Het eerste medische contact in schema	10
Bijlage 2:	Het verloop van een hongerstaking in tijd	11
Bijlage 3:	De medische zorg en begeleiding bij een hongerstaking in schema	12
Bijlage 4:	Beoordeling van het risico op <i>refeeding</i> problemen en het hervoedingsbeleid in schema	13
	Gebruikte literatuur	14
	Commissie 'honger- en dorststaking' van JWS	14



1. DE VERSCHILLENDE VORMEN VAN EEN HONGER- EN DORSTSTAKING

Het begrip 'honger- en dorststaker' heeft betrekking op een persoon die heeft aangegeven voeding en/of vocht te weigeren als vorm van protest en die ter zake wilsbekwaam is. (Zie ook [Leidraad over de functie en verantwoordelijkheden van een vertrouwensarts en Juridisch aspecten van hongerstakingen](#).)

In de internationale literatuur over honger- en dorststakingen¹ wordt onderscheid gemaakt in de mate waarop vocht en voedselinname geweigerd wordt. Men spreekt van een '*absolute fasting*' als zowel voedsel als vocht geweigerd wordt; van '*total fasting*' als alleen nog water wordt gedronken, al dan niet met toevoeging van zout en suiker; en van '*partial fasting*' als ook nog vloeibare voeding wordt ingenomen, zoals honing en vruchtensappen. Deze vormen van vocht- en voedselweigeren hebben invloed op de ernst van de gevolgen van en na een honger- en/of dorststaking.

2. RICHTLIJNEN VOOR HET EERSTE MEDISCHE CONTACT

De behandelend arts zal in alle gevallen het eerste medische contact hebben met de persoon die heeft aangekondigd in honger- en dorststaking te gaan. In dit eerste medische contact is het voor het verdere beloop van belang om essentiële informatie te vergaren en te toetsen of er onmiddellijk of in latere instantie een vertrouwensarts ingeschakeld dient te worden.

2.1 Communicatie en het verkrijgen van essentiële informatie

- ▶ Zorg voor een optimale communicatie met de (individuele) staker. Schakel zo nodig een onafhankelijke tolk in. Voor een goede medische begeleiding van een staker is een vertrouwensband een voorwaarde. Bepaal of er - bij vochtweigeren direct en bij totale of gedeeltelijke voedselweigeren in latere instantie - behoefte is aan de inschakeling van een vertrouwensarts (zie Leidraad over de functie en verantwoordelijkheden van een vertrouwensarts).
- ▶ Probeer als behandelend arts een duidelijk beeld te krijgen van de oorzaak van de staking, het doel dat de staker wil bereiken en hoe lang hij² de staking wil volhouden. Vraag ook naar de mate waarin vocht en voedsel wordt geweigerd. Drinkt de staker bijvoorbeeld wel thee met suiker en/of vruchtensappen? Is er sprake van een 'absolute staking', d.w.z. wordt er ook vocht geweigerd?
- ▶ Sluit een somatische aandoening, bijv. dyspepsie, of een psychiatrische stoornis, bijv. een ernstige depressie, uit als oorzaak van het weigeren van voedsel en vocht.
- ▶ Informeer de staker over de gevolgen van een honger- en dorststaking. Leg bij een dorststaking uit dat, gezien de snelheid van de lichamelijke achteruitgang, het middel niet overeenkomt met het te behalen doel.
- ▶ Ga na of het een individuele staking is of een staking in groepsverband. Indien er sprake is van een staking in groepsverband ga dan na of de staker onder druk van de groep de staking is begonnen. Zorg ervoor dat indien de staker ongewenste groepsdruk ervaart hij buiten de groep wordt geplaatst.
- ▶ Ga na of de staker wilsbekwaam is, d.w.z. hij zijn keuze om in staking te gaan duidelijk kan communiceren, hij de informatie over de gevolgen van een staking begrijpt, hij de betekenis van deze

¹ Korthedshalve wordt in het navolgende verder veelal over 'staking' en 'staker' gesproken, behalve wanneer het onderscheid tussen een honger- en dorststaking van belang is.

² Lees voor 'hij' en 'zijn' ook 'zij' en 'haar'.



informatie voor de eigen situatie beseft en waardeert, en hij logisch kan redeneren en de informatie kan betrekken bij zijn overweging om voedsel en vocht te weigeren.

- ▶ Bij twijfel over de wilsbekwaamheid dient een psychiater ingeroepen te worden om de wils(on)bekwaamheid vast te stellen.
- ▶ Bepaal de gezondheidstoestand van de staker d.m.v. het meten van het gewicht, de bloeddruk en de pols. Verricht bij twijfel over de gezondheidstoestand ook een algemeen lab. onderzoek (Hb, BSE, leuko's, nierfunctie en leverfunctiewaarden) en ECG en leg de resultaten vast in het medisch dossier. Deze gegevens vormen de uitgangswaarden waar latere waarden gedurende en na de staking mee vergeleken kunnen worden.
- ▶ Bepaal of er risicofactoren aanwezig zijn, zoals diabetes, nierziekten, hart- en vaatziekten, epilepsie, maag- of darmproblemen of zwangerschap. Vraag ook na of de staker medicijnen gebruikt. Indien deze risicofactoren aanwezig zijn, wijs de staker dan op de mogelijk snelle irreversibele medische consequenties van de staking.
Een staking gedurende een zwangerschap ondermijnt de (gezonde) ontwikkeling van het ongeboren kind en is daardoor in strijd met artikel 3 van het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind. Een zwangere dient daarom met klem te worden afgeraden om in staking te gaan. Indien de zwangere toch persisteert in de wens om in staking te gaan dient Veilig Thuis geconsulteerd te worden.
- ▶ Indien minderjarigen in hongerstaking gaan ga dan na of dit uit vrije wil is, of onder druk van hun ouders, en of zij nog in lichamelijke en geestelijke ontwikkeling zijn. Minderjarigen van 12 tot 16 jaar hebben deels een eigen verantwoordelijkheid over hun gezondheid en deels hebben de ouders dat. Veelal zullen zij echter nog een lichamelijke en geestelijke ontwikkeling zijn, zodat in dat geval een hongerstaking ten sterkste afgeraden zal moeten worden, daar deze de ontwikkeling schade kan toebrengen. Zo nodig zouden minderjarigen van 12 tot 16 jaar aan het ouderlijk gezag onttrokken moeten worden. Dat geldt zeker voor kinderen jonger dan 12 jaar. Schakel in dat geval Veilig Thuis in ter consultatie.
- ▶ Ga na in hoeverre de staker bereid is mee te werken aan regelmatige controles van de gezondheidstoestand gedurende, en zo nodig na de staking, en bespreek het belang daarvan.
- ▶ Indien er behoefte is aan een vertrouwensarts en er sprake is van een 'absolute staking', d.w.z. een totale vochtweigering, schakel dan de vertrouwensarts direct in. Bij een totale of gedeeltelijke staking hoeft een vertrouwensarts niet direct ingeschakeld te worden, maar kan afgewacht worden of de staker de staking langer dan een week volhoudt.

In bijlage 1 op pagina 10 is het eerste medische contact in schema weergegeven.

3. DE MEDISCHE ZORG EN BEGELEIDING BIJ EEN HONGER- EN DORSTSTAKING

3.1 Dorststaking

Er is vrijwel geen literatuur over de klinische gevolgen van het bewust afzien van vocht.³ Wat wel bekend is uit de literatuur is dat na vochtweigering op den duur de urineproductie naar een minimaal niveau daalt, de hoeveelheid ontlasting afneemt en de slijmsecretie van de luchtwegen vermindert. Na enkele dagen van strikt vocht weigeren kan de staker diffuse pijnklachten of verschijnselen van een delier en/of somnolentie vertonen. Het is op basis van onderzoek aannemelijk dat bij strikt dorsten de patiënt binnen (maximaal) 18 dagen overlijdt. De dood wordt vermoedelijk veroorzaakt doordat het transport van natrium en kalium over de celmembraan van de hartcellen verstoord raakt, waardoor een hartstilstand (kamerfibrilleren) optreedt en de vochtstaker acuut komt te overlijden³.

Gezien de snelheid van de lichamelijke en geestelijke achteruitgang is het van belang om binnen 24 uur na het starten van de vochtweigering met de staker te bespreken of deze de vochtweigering tot het einde wil voortzetten en deze wens wil (laten) vastleggen in een wilsverklaring. Voor zover mogelijk, is het wenselijk dat de niet-medische vertrouwenspersoon/belangenbehartiger aanwezig is bij dit gesprek.

Een wilsverklaring dient zoveel mogelijk in de eigen bewoordingen van de staker te worden vastgelegd. Voor het opstellen van een wilsverklaring kan een [voorbeeld daarvan als checklist](#) gebruikt worden.

3.2 De wilsverklaring bij een totale of gedeeltelijke hongerstaking

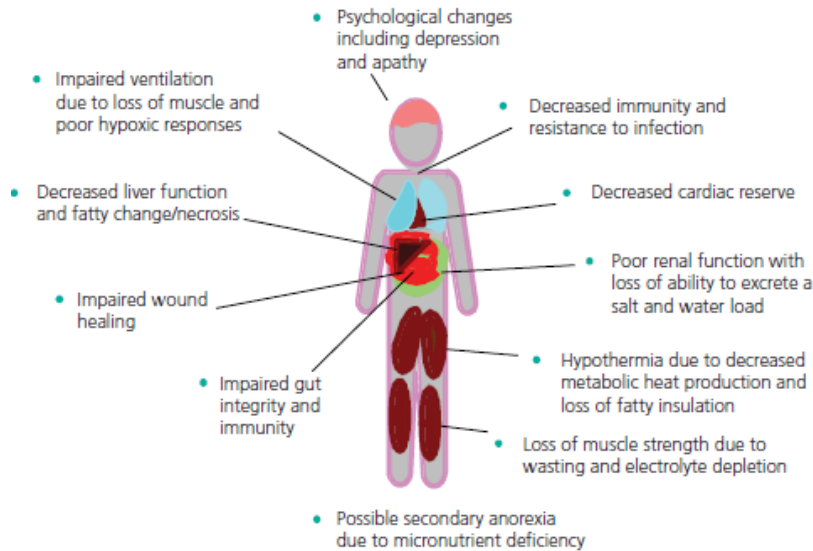
Leg de wens van de hongerstaker niet direct vast in een (schriftelijke) wilsverklaring, maar bespreek dit, voor het eerst, na een aantal dagen van totale of gedeeltelijke hongerstaking. Daarmee voorkom je het risico dat de staker gaat volharden in zijn voedselweigering om geen gezichtsverlies te lijden. De wensen van een staker over hoe lang hij de staking wil voortzetten, of dat hij bijvoorbeeld toestemt in (vrijwillige, parenterale) vocht en voedseltoediening indien irreversibele lichamelijke en/of geestelijke schade dreigt, kunnen in het medisch dossier van behandelend arts, en indien daar sprake van is, van de vertrouwensarts worden vastgelegd, of ook apart in een schriftelijke wilsverklaring. De wensen van de staker dienen zoveel mogelijk in de eigen woorden van de staker in het medisch dossier en in de eventuele schriftelijke wilsverklaring te worden vastgelegd (zie ook [Leidraad over de functie en verantwoordelijkheden van een vertrouwensarts](#)). Ook bij een totale of gedeeltelijke hongerstaking is het wenselijk dat een niet-medische vertrouwenspersoon aanwezig is bij de bespreking van de wensen van de staker.

De wensen dienen regelmatig te worden besproken met de staker, waarbij de arts de staker bij elke fase in het verloop van de hongerstaking informeert over de verwachte lichamelijke en geestelijke achteruitgang in de volgende fasen.

³ KNMG en V&VN (2014) Handreiking Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen. KNMG en V&VN, blz. 7

3.3 De pathofysiologische en klinische verschijnselen bij een hongerstaking

Figuur 1: De gevolgen van voedselweigering⁴



Normaliter is glucose de energiebron voor alle lichaamscellen. Bij vasten wordt eerst glycogeen in de lever afgebroken tot glucose, dan het glycogeen in de spieren. Daarna worden de vrije vetzuren afgebroken, waardoor ketonen ontstaan, die alleen onder deze omstandigheden een alternatieve energiebron zijn voor de hersenen.

Ook aminozuren, vrijgekomen uit eiwit door spieraafbraak, inclusief van de hartspier, worden bij vasten in zowel de lever als in de nieren omgezet in glucose (gluconeogenese). Daarbij moet het stikstof (N) dat aanwezig was in die aminozuren uitgescheiden worden. Dat gebeurt onder deze extreme omstandigheden ook door middel van ammoniak (NH₄) direct te lozen in de urine. Wanneer de eiwitreserves van de spieren worden aangesproken treedt toenemende verzwakking op.

In tegenstelling tot personen met een (te) hoog BMI breken slanke mensen hun eiwitten eerder af, het verlies aan lichaamsgewicht is percentueel groter en spierzwakte ontstaat bij hen sneller. Zij sterven ook significant eerder aan hongerstaking dan mensen met een overgewicht.

Het hongergevoel verdwijnt na enkele dagen, mits er geen koolhydraten (bijvoorbeeld in frisdrank of in fruit) worden ingenomen. Ook het dorstgevoel wordt geleidelijk minder, waardoor het risico bestaat dat de vochtinname steeds minder wordt.

De hartfunctie daalt door afbraak van de hartspiers met hypotensie en decompensatio cordis als gevolg, waarbij ook thiamine tekort een rol kan spelen leidend tot de zogenaamde natte beri-beri.

De longfunctie neemt af door afname van de spierkracht, afname van de zogenaamde *ventilatory drive*, histologische veranderingen van het longweefsel en veranderingen van het ademhalingspatroon (kleine oppervlakkige teugjes). Een pneumonie kan ongemerkt blijven door het ontbreken van dyspnoe.

⁴ Overgenomen uit: Department of Health (2010). *Guidelines for the clinical management of people refusing food in immigration removal centres and prisons*. London, Department of Health

De maagdarmfunctie verandert door vlokatrofie, verminderde galproductie en lokale afweerfunctie. Door het meer poreus worden van de darmwand ontstaat er translocatie van bacteriën en risico op sepsis. In het algemeen vermindert de afweer tegen infectie door verminderde cellulaire immuniteit. Koorts kan uitblijven bij een infectie.

Speciaal bij het nuttigen van uitsluitend zoete dranken zonder thiamine suppletie kan ernstige thiamine deficiëntie ontstaan, leidend tot het Wernicke syndroom. Dit is een acuut ziektebeeld met verwardheid, sufheid, ataxie, en dubbelzien door oogspierzwakte. Dit kan leiden tot de dood of een chronische geheugenstoornis, het syndroom van Korsakow. Daarnaast kan thiamine tekort leiden tot hartfalen. Bij weer opnieuw gaan eten, is er ook weer een verhoogd risico op het Wernicke-Korsakow syndroom (zie verder bij het refeeding syndroom).

Op mentaal gebied kan dissociatie, hyperirritatie en agressiviteit optreden, maar de wilsbekwaamheid blijft lang intact.

Strikt vasten en weinig drinken worden vaak goed verdragen door drie factoren:

- a. Bij de vetverbranding ontstaan ketonlichamen, die in dierexperimenten een pijnstillend effect hebben;
- b. Na enkele dagen ontstaat er regelmatig een toestand van welbevinden onder invloed van morfine-achtige stoffen (endorfine) die het lichaam zelf maakt tijdens het strikt vasten;
- c. Op den duur treedt bij geringe vochtinname een progressieve nierfunctiestoornis op die door de uitdroging gepaard gaat met sufheid.

Het lijden ten gevolge van een hongerstaking kan worden verzacht door hem comfortabel te houden, bijvoorbeeld door bij verlaagde temperatuur te zorgen voor extra warmte; de staker te wassen indien hij daar zelf niet meer toe in staat is; en de mond vochtig te houden als de staker niet meer drinkt.

Hospitalisatie wordt geïndiceerd wanneer de staker zwak, apathisch en/of gedehydreerd raakt of op het moment dat er sprake is van duidelijke biochemische afwijkingen. Daarnaast biedt hospitalisatie bescherming tegen sociale druk en haalt het de staker uit de omgeving waartegen hij in protest is gekomen. Een klinische setting biedt de kans dat de staker zijn argumenten om in staking te gaan heroverweegt en besluit zijn staking te beëindigen.

Personen die gezond waren en een normaal gewicht (BMI) hadden bij de start van hun totale of gedeeltelijke hongerstaking kunnen doorgaans de staking minstens acht à tien weken volhouden. Echter, op individueel niveau is er geen voorspelling te doen over hoe lang een hongerstaking volgehouden kan worden. Dit is sterk afhankelijk van de conditie, de inname van vocht met eventuele supplementen en het (plotseling) optreden van complicaties. Een hongerstaker kan ook na enkele weken al sterven. Om die reden is regelmatig medisch onderzoek, bespreking van de wens om al dan niet de staking voort te zetten en goede informatie aan de staker over de gevolgen die kunnen optreden van het grootste belang.

In bijlage 2 op pag. 11 is het verloop van een hongerstaker in tijd weergegeven. Dit is echter niet meer dan een indicatie.

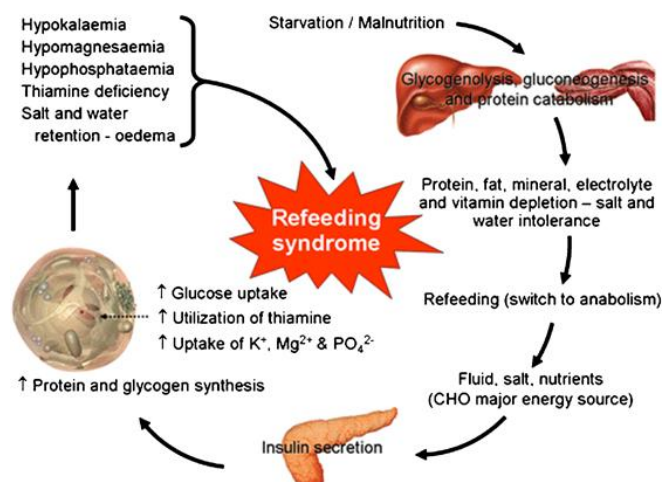
In bijlage 3 op pag. 12 is een schema opgenomen over de aspecten die bij de medische begeleiding tijdens een hongerstaking aandacht vragen.

4. DE BEËINDIGING VAN EEN HONGERSTAKING

Doordat een honger- of dorststaking gepaard gaat met ondermeer een vermindering van elektrolyten, mineralen, vitamines en spoorelementen kan teveel voedsel of vocht na het beëindigen van de staking

gevaarlijk zijn. De meest bekende vormen van hervoeding ('refeeding') problemen zijn het 'refeeding syndrome', waaronder het Wernicke-Korsakoff syndroom.

4.1 Het refeeding syndroom



Uit: Stanga Z, Brunner A Leuenberger M et al, Nutrition in clinical practice —the refeeding syndrome: illustrative cases and guidelines for prevention and treatment. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2008; 62(6): 687–694

Door het weer introduceren van koolhydraten ontstaat hyperinsulinisme, waardoor P, K⁺ en Mg²⁺ dalen en dat geeft allerlei symptomen met mogelijk fatale gevolgen. Ook daalt de uitscheiding van water en zout, waardoor oedeem. Een latente thiaminedeficiëntie kan door toediening van koolhydraten manifest worden. Zie onderstaande tabel.

Biochemisch	Symptomatisch
Hyperinsulinisme	Induceert water- en zoutretentie met als mogelijk gevolg oedeem en hartfalen
Hypofosfatemie	Spierzwakte, respiratoire insufficiëntie, hartfalen, insulsten en hartritmestoornissen
Hypokaliëmie	Spierzwakte, respiratoire insufficiëntie, hartritmestoornissen, ileus, concentratiestoornissen in de nier
Hypomagnesiëmie	Spierkrampen, hypocalciemie, hartritmestoornissen, insulsten
Thiamine deficiëntie, leidt tot een anaeroob glucosemetabolisme en lactaatacidose.	Hartfalen, Wernicke Korsakoff syndroom

Hervoeden kan sneller dan voorheen gedacht, als met deze tekorten rekening wordt gehouden.

4.2 Ernst van de risico's van het weer eten en drinken

De ernst van de risico's van het weer gaan eten en drinken hangen af van de duur van de honger- en dorststaking, de hoeveelheid vocht dat gedurende de staking is gedronken, al dan niet met supplementen, de daling van het gewicht of BMI en eventuele comorbiditeit.

Verwaarloosbaar risico:

Personen die korter in staking zijn geweest dan 5 dagen, met een BMI > 18,5 kg/m² lopen weinig tot geen risico om problemen te krijgen met het hervoeden. Uitzondering vormen stakers die enige dagen vocht hebben geweigerd. In dat geval is het van belang om een zorgvuldig onderzoek te doen naar de hydratatie en nierfunctie en dient zo nodig een internist te worden geconsulteerd.

Bescheiden risico:

Stakers lopen enig risico indien zij voldoen aan de volgende criteria:

- ▶ Een BMI < 18,5 kg/m²;
- ▶ Verlies van meer dan 10 % van hun lichaamsgewicht sinds het begin van de staking;
- ▶ Totale of gedeeltelijke voedselweigerings gedurende 5 tot tien dagen.

In dat geval moet hen worden aanbevolen om de eerste twee dagen een beperkte hoeveelheid van gevarieerd voedsel te eten (totaal < 30 kcal/kg/dag), met dagelijkse toevoeging van multivitaminen en sporenelementen. Vocht zal ook in het algemeen beperkt moeten blijven tot 30 ml/kg/dag, behalve bij duidelijke klinische symptomen van dehydratie of vastgesteld met bloedonderzoek. In dat geval behoort de staker tot de categorie 'hoog risico'.

Indien er geen problemen optreden na twee dagen hervoeding kan de hoeveelheid voedsel en vocht geleidelijk worden vergroot tot een onbeperkte hoeveelheid na vijf dagen. De toevoeging van supplementen moet worden gecontinueerd tot het lichaamsgewicht weer dezelfde is als voor het staken.

Hoog risico:

Stakers lopen een hoog risico bij het hervoeden indien zij voldoen aan één van de volgende ernstige risicofactoren, of twee of meer van de minder ernstige risicofactoren:

Ernstige risicofactoren:

- ▶ BMI < 16 kg/m²;
- ▶ > 15 % gewichtsverlies sinds begin van de staking;
- ▶ Totale of gedeeltelijke voedselweigerings van meer dan tien dagen;
- ▶ Lage kalium-, magnesium- of fosfaatwaarden bij aanvang van de hervoeding.

Minder ernstige factoren:

- ▶ BMI < 18,5 kg/m²;
- ▶ Gewichtsverlies > 10 %;
- ▶ Totale of gedeeltelijke voedselweigerings gedurende meer dan vijf dagen;
- ▶ Een voorgeschiedenis van alcoholmisbruik, medicatie, inclusief insuline, chemotherapie, antaciden of diuretica.

Bij alle staker die behoren tot de categorie 'hoog risico' moet bloedonderzoek worden verricht om eventuele afwijkingen vast te stellen voor de start van de hervoeding en kunnen afwijkingen aanleiding zijn om de ernst

van het risico te heroverwegen. Ook comorbiditeit of een bijkomende infectie kan leiden tot de indeling in een hogere categorie van risico's.

Gedurende de eerste week van hervoeding moet dagelijks bloedonderzoek plaats vinden en op geleide daarvan bij de voeding (< 20 kcal/kg/dag) en vocht (< 30 ml/kg/dag) mineralen, elektrolyten, vitamines en sporenelementen toegediend worden. Om die reden wordt hospitalisatie van stakers die bij hervoeding een groot risico lopen op hervoedingsproblemen sterk aanbevolen.

Extreem risico:

Een hoog risico voor levensbedreigende problemen lopen stakers met meer dan één van de volgende risicofactoren:

- ▶ BMI < 16 kg/m²;
- ▶ Gewichtsverlies > 15 % van het oorspronkelijke gewicht;
- ▶ Totale of gedeeltelijke voedselweigering > 10 dagen;
- ▶ Lage kalium-, magnesium- of fosfaatwaarden bij aanvang van de hervoeding;
- ▶ Een voorgeschiedenis van alcoholmisbruik, medicatie, inclusief insuline, chemotherapie, antaciden of diuretica;
- ▶ Significatie comorbiditeit of bijkomende infectie, hetzij evident of klinisch vastgesteld op basis van laag of hoog aantal leuco's, stijgende CRP of dalende albumine, of hoge of lage bloedsuikerwaarden.

Stakers die in deze risicocategorie vallen zullen evenals de stakers die in de categorie van een hoog risico vallen hervoed moeten worden in een ziekenhuis.

In bijlage 4 op pag. 13 is het vaststellen van het risico op hervoedingsproblemen en het beleid van de hervoeding in schema vastgelegd.

4.3 Psychosociale nazorg

Ongeacht de ernst van de risico's voor het lichamelijk functioneren dient er ook na een staking aandacht te zijn voor het mentaal functioneren. Stakers kunnen bijvoorbeeld teleurgesteld zijn in zichzelf, omdat zij de staking niet langer hebben volgehouden, of gezichtsverlies ervaren in hun eigen sociale netwerk. Ook kunnen zij zich bijvoorbeeld schamen over hun psychische reacties tijdens de staking. Psychosociale nazorg is om die reden nog enige tijd na het beëindigen van de staking van belang.

BIJLAGE 1: HET EERSTE MEDISCHE CONTACT IN SCHEMA

Tabel 1 Het eerste medische contact in schema⁵

Sluit uit	• Somatische aandoening (bijv. dyspepsie) • Psychiatrische stoornis (bijv. ernstige depressie, psychose, persoonlijkheidsstoornis)
Stel vast	• Mate van vocht en voedselweigerings (absolute staking, totale staking of gedeeltelijke staking?) • Wilsbekwaamheid • Groepsdruk • Risicofactoren (bijv. diabetes, hart- en vaatziekten of zwangerschap) • Bepaal gewicht, RR, pols en evt. lab.waarden en ECG en leg deze vast als uitgangswaarden.
Bespreek en informeer	• Oorzaak en doel van de staking • De lichamelijke en geestelijke gevolgen van een staking • Het belang van de vochtinname (water of thee, 1,5 – 2 liter/dag) • Preventieve maatregelen (toevoeging van zout, suiker, ORS en (multi)vitamines)
Bepaal eventuele levensbedreigende situatie	• Significante co-morbiditeit • Absolute staking, d.w.z. vochtweigerings • Medicatie met een smalle therapeutische breedte • Zwangerschap (levensbedreigende situatie voor het ongeboren kind)
Maak een planning voor het vervolg	

⁵ Schema grotendeel overgenomen en vertaald uit: Gétaz, L., Rieder, J. P., Nyffenegger, L., Eytan, A., Gaspoz, J. M., & Wolff, H. (2012). Hunger strike among detainees: Guidance for good medical practice. *Swiss Medical Weekly*.

BIJLAGE 2: HET VERLOOP VAN EEN HONGERSTAKING IN TIJD

Let op: dit schema over het tijdsverloop van de pathofysiologische en klinische verschijnselen betreft gezonde personen, met een normale BMI en voldoende vochtinname en kan individueel (sterk) variëren (zie ook paragraaf 3.3 op pag. 5).

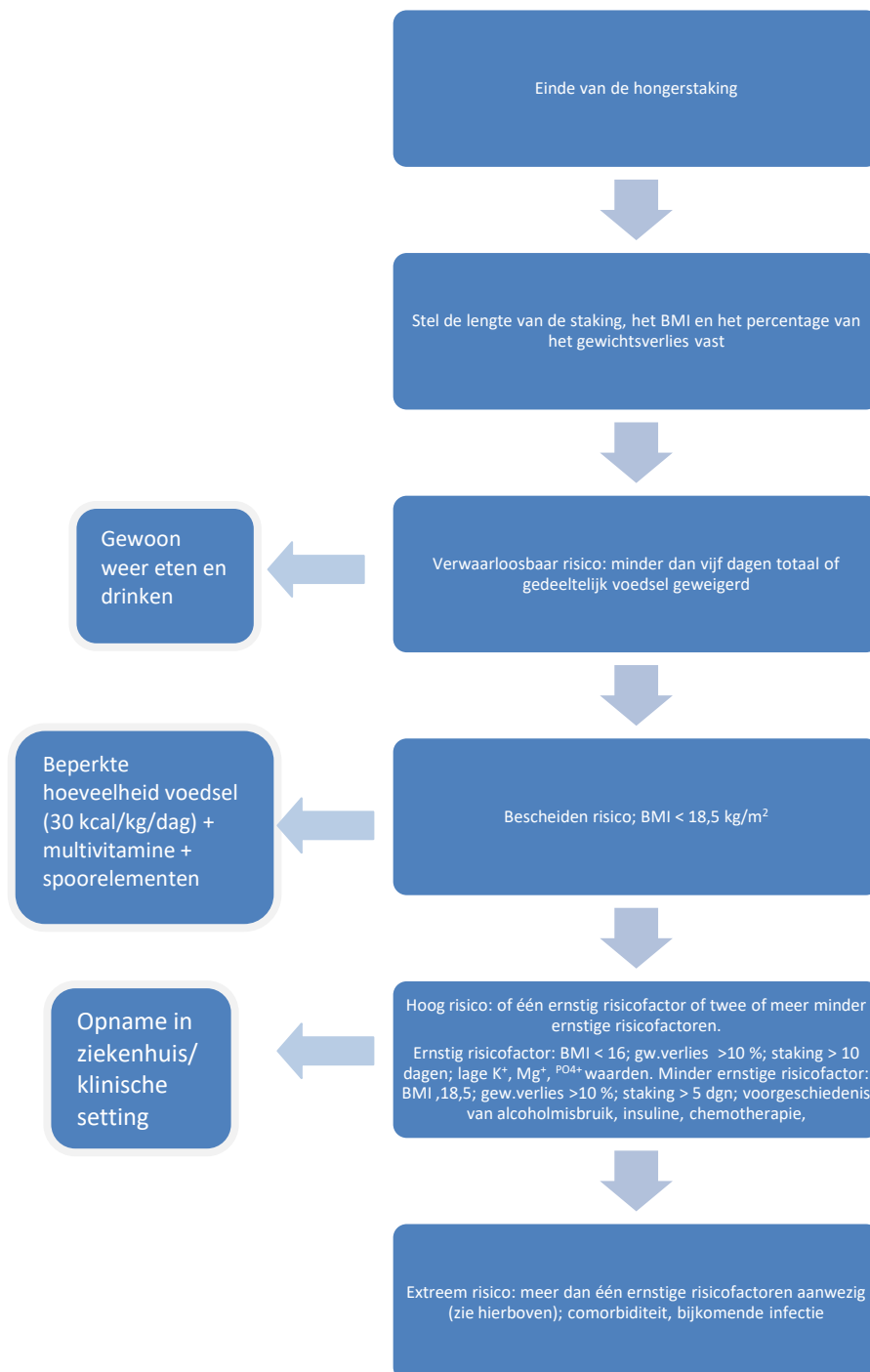
1^{ste} week	Geleidelijke afname van het hongergevoel, soms met buikkrampen en vermoeidheid. Het bloedsuikergehalte daalt aanvankelijk en blijft daarna op het lagere niveau stabiel. Geleidelijk gewichtsverlies.
2^{de} – 3^{de} week	Het honger- en dorstgevoel verdwijnen. Er ontstaan klachten over het zich koud en zwak voelen door een verlaagd metabolisme. Duizeligheid met name bij het opstaan en lopen door orthostatische hypotensie en bradycardie.
3^{de} – 4^{de} week	Toename van het zich koud en zwak voelen en voortdurende duizeligheid. Verminderde concentratie waardoor bijvoorbeeld lezen bemoeilijkt wordt. Er ontstaat een toenemende apathie. Hospitalisatie moet in dit stadium overwogen worden.
5^{de} week	Verdere toename van de lichamelijke en geestelijke klachten. Afwisseling tussen slaperigheid en momenten van verwardheid, waarbij wisselende desoriëntatie in tijd, plaats en persoon mogelijk zijn. De huid wordt droog en schilferig en er kan decubitus ontstaan. De fase is nu aangebroken waarin irreversibele lichamelijke en geestelijke schade zal gaan optreden.
6^{de} - 7^{de} week	Op wakende momenten kan het besef van de gevolgen van de staking ontbreken door een verstoord of ontkennend ziekte-inzicht (anosognosie). Er treden hoor-, slik- en visusstoornissen op en er is een geleidelijke toename van neurologische verschijnselen passen bij een Wernicke Korsakoff encephalopathie.
8^{ste} – 9^{de} week	Er is een steeds groter risico van uitval van ook meerdere organen en systemen (<i>multi-orgaan falen</i>) met als gevolgen onder meer bloedingsneiging, acidose, hypoglycemie, verhoogde infectiekans met sepsis. De lichaamstemperatuur is permanent gedaald. Het sterk verlaagd bewustzijn gaat over in een coma en overlijden.

BIJLAGE 3: DE MEDISCHE ZORG EN BEGELEIDING BIJ EEN HONGERSTAKING IN SCHEMA⁶

Frequentie van medische begeleiding	Dagelijkse begeleiding door verpleegkundige en op geleide van de klinische situatie een steeds frequenter wordende consultatie, inclusief lab. onderzoek, door arts	
Stel vast en bespreek	Uitgebreide anamnese en lichamelijk onderzoek (lichaamsgewicht, RR, pols, turgor huid, urine frequentie, defaecatie)	
	Uitsluiten van een psychiatrische stoornis bij aanvang (schakel zo nodig een psychiater in)	
	Regelmatige bespreking van de lichamelijke en geestelijke gevolgen en het (uiteindelijke) doel van de staking	
	Bespreek het opstellen van een wilsbeschikking	
	Dring aan op het innemen van voldoende vocht (let op: dorstsensatie vermindert in de loop van de tijd)	
Lab. onderzoek en ander onderzoek (vanaf de 3^{de} week)	Hb, leuco's en leucodiff, glucose en urineonderzoek (sg., gluc., aceton, sediment)	Creatinine kinase (bij myalgie)
	Na, K, urea, creatinine, bicarbonate	Albumine
	P, Mg ²⁺ , Ca ²⁺ , urinezuur	Thiaminaemie (indien geen supplementen worden ingenomen)
	Transaminasen (bij leverstoornis)	ECG
Stel voor	Vochtinname van 1,5 – 2 ltr.	NaCl infuus (indien niet meer in staat te drinken)
	Mineralen: 1,5 g/dag	Vit B ₁ / multivitaminen
	Supplementen bij verstoring elektrolyten (K ⁺ , Ca ²⁺ , Mg ²⁺)	Preventie van thrombose bij langdurige bedlegerigheid
Indicaties voor hospitalisatie	Gew. verlies > 10 %, of	Ernstige hypothermie (temp. < 35,5)
	BMI < 16,5 – 18 kg/m ²	Neurologische symptomen
	Symptomen van hartfalen (dyspnoe, oedeem)	Bewustzijnsstoornissen, psychische decompensatie
	Co-morbiditeit (bijv. diabetes mellitus)	Significante nierinsufficiëntie of elektrolyten verstoring
	Dorststaking	Om voedseltoediening te starten (indien de staking langer dan 10 dagen heeft geduurd)
	Ernstige bradycardie (<35 / min of irregulaire pols)	

⁶ Grotendeels overgenomen en vertaald uit: Gétaz, L., Rieder, J. P., Nyffenegger, L., Eytan, A., Gaspoz, J. M., & Wolff, H. (2012). Hunger strike among detainees: Guidance for good medical practice. *Swiss Medical Weekly*.

BIJLAGE 4: BEOORDELING VAN HET RISICO OP *REFEEDING* PROBLEMEN EN HET HERVOEDINGSBELEID IN SCHEMA⁷



⁷ Schema grotendeels overgenomen uit: Department of Health (2010). *Guidelines for the clinical management of people refusing food in immigration removal centres and prisons*. London, Department of Health, maar aangepast aan de Nederlandse context.

GEBRUIKTE LITERATUUR

- Department of Health. (2010). *Guidelines for the clinical management of people refusing food in immigration removal centres and prisons*. London.
- Fessler, D. M. T. (2003). The implications of starvation induced psychological changes for the ethical treatment of hunger strikers. *Journal of Medical Ethics*, 29(4), 243–247.
- Gétaz, L., Rieder, J. P., Nyffenegger, L., Eytan, A., Gaspoz, J. M., & Wolff, H. (2012). Hunger strike among detainees: Guidance for good medical practice. *Swiss Med Wkly*, 142.
- Johannes Wier Stichting (2000) *Honger naar recht; honger als wapen*. Johannes Wier Stichting.
- KNMG en V&VN (2014) *Handreiking Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen*. KNMG en V&VN.
- Oomen J. (2010) Lezing “Honger als wapen: de lichamelijke en geestelijke gevolgen van en na een hongerstaking” tijdens een congres van de FMMU op 12-12-14.
- Peel M. (1997) Hunger strikes. Understanding the underlying physiology will help doctors provide proper advice. *BMJ*, 315, 829-831
- Scobie I.N. (1997) Weight loss be much faster in lean than in obese hunger strikers. *BMJ*, 316, 707 [reactie op Peel M. (1997) *BMJ*, 315, 829 – 831]
- Stanga Z, Brunner A Leuenberger M et al, Nutrition in clinical practice —the refeeding syndrome: illustrative cases and guidelines for prevention and treatment. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2008; 62(6): 687–694

COMMISSIE ‘HONGER- EN DORSTSTAKING’ VAN JWS

Deze leidraad is met medewerking van Janus Oomen, internist, tot stand gebracht door een commissie binnen JWS, bestaande uit:

- * Adriaan van Es, huisarts, voormalig voorzitter Johannes Wier Stichting
- * Pauline Jacobs, universitair docent straf(proces) recht aan de Universiteit Utrecht
- * Esther Ronner, huisarts, justitieel geneeskundige en directeur Detentiezorg Nederland
- * Aernout Tenhaeff, arts maatschappij & gezondheidszorg, forensisch arts^{KNMG}
- * Wil Voogt, voormalig inspecteur IGZ, bestuurslid Johannes Wier Stichting
- * Loes van Willigen, arts n.p., voorzitter Johannes Wier Stichting