

# Moeilijke patiënt of moeilijke begeleiding?

Mohammed werd opgenomen met letsel aan de frontaalkwab na een ongeval. Hij was onrustig en gedroeg zich agressief. Door een continue ontslagwens bleek hij niet te handhaven op een verpleegafdeling en belandde in 5-punts fixatie op de intensive care. Na enige tijd werd hij overgeplaatst naar de Psychiatrisch Medische Unit (PMU). Door de structuur die hem geboden werd en het feit dat hij er niet kon weglopen was hij daar te handhaven. De bejegening op een PMU is meer gericht op samenwerking en begrenzing van negatief gedrag. Hiervoor zijn de verpleegkundigen getraind in de de-escalerende interventiemethodiek. Door de eenduidige aanpak en multidisciplinaire samenwerking kon de patiënt snel worden gedefixeerd. De patiënt bleef op de PMU tot hij werd overgeplaatst voor gespecialiseerde revalidatie. Ondanks de neurologische aard van de problematiek is intensieve samenwerking tussen de somatische specialismen en de psychiatrie essentieel voor de behandeling van dit type patiënt.

## REDEN VAN OPNAME

Mohammed is een man van 34 jaar van Noord-Afrikaanse afkomst. Hij wordt op de Spoedeisende Hulp (SEH) gepresenteerd met een hoog-energetisch trauma, opgelopen bij een verkeersongeval. Op de SEH wordt

geconstateerd dat er sprake is van een contusio cerebri (hersenkneuzing) frontaal en temporaal, een mastoïdfractuur rechts (breuk van het tepelbeen; dit is het uitstekende deel van de onderzijde van het slaapbeen in de schedel) en een traumatische abducens parese beiderzijds (verlamming van de 6e hersenzenuw, nervus abducens, de zenuw om het oog naar buiten te draaien).

**PAUL DOEDENS**, verpleegkundige en klinisch epidemioloog op de Psychiatrisch Medische Unit van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam

**MARINKA BENIT-NAHUIJS**, verpleegkundige op de afdeling Neurologie (H6-Noord) van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam

## LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel kunt/ weet u:

- de verpleegkundige aandachtspunten bij de verpleging van een patiënt met gedragsproblemen na een contusio cerebri;
- de neurologische achtergronden van een contusio cerebri;
- hoe de verpleegkundige kan omgaan met agressief gedrag van patiënten met neurologische schade.

## TREFWOORDEN

neurologie, psychiatrie, contusio cerebri, niet-aangeboren hersenletsel, gedragsproblemen, de-escalerende interventies

**KENNISTOETS 1 STUDIEPUNT**

## OPSTANDIG EN VERWARD

Mohammed wordt opgenomen op de intensive care (IC). Na afbouw van de sedatie is hij zeer onrustig, opstandig en verward. Hij wil roken en uit zich agressief wanneer dit niet kan. Hij trekt zijn infuus eruit, staat plotseling op de gang en zoekt de confrontatie met de verpleging. Tegen de onrust wordt met haldol gestart. Na een dag op de IC wordt Mohammed overgeplaatst naar de afdeling Traumatologie. Het gedrag blijft problematisch, vooral in de nachten. Hij veroorzaakt veel onrust op de afdeling en rookt op het toilet. Ziektebesef is geheel afwezig. Na enkele dagen ontwikkelt hij een persisterende ontslagwens. Mohammed blijkt niet wilsbekwaam en wordt in het ziekenhuis gehouden in het kader van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Kort hierna wordt Mohammed overgeplaatst naar de afdeling Neurologie. Daar wordt het gedrag onhoudbaar. Hij wil weg en gedraagt zich agressief en dreigend. Overplaatsing naar de Psychiatrisch Medische Unit (PMU) wordt overwogen, dit wordt echter niet gedaan, omdat er sprake is van een neurologische hoofdoorzaak. Mohammed blijkt niet te handhaven op de neurologie. Hij heeft één-op-één begeleiding nodig, vooral vanwege zijn ontslagwens. Hij probeert

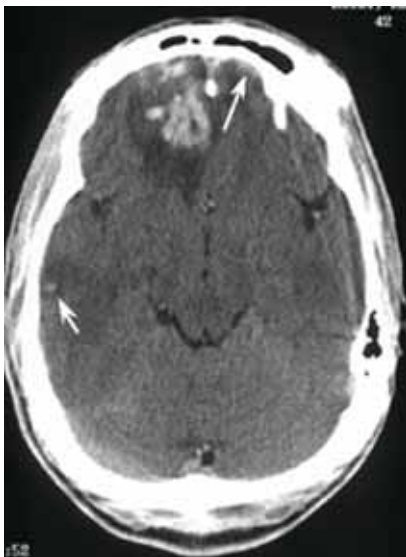
weg te lopen en bedreigt de verpleegkundigen dermate dat de beveiliging ingezet wordt.

### ONTSLAG EN HEROPNAME

Omdat Mohammed blijft persisteren in zijn ontslagwens, wordt hij ontslagen uit het ziekenhuis, in de hoop dat hij thuis meer tot rust komt. Het gedrag van Mohammed ontspoord thuis echter volledig en er ontstaat een levensbedreigende situatie. Hij wordt na één dag door de politie teruggebracht naar het ziekenhuis. Hij wordt in zeer geagiteerde toestand opgenomen op de IC. Hij wordt 5-punts gefixeerd en krijgt grote hoeveelheden rustgevende medicatie. Het effect van de medicatie blijft echter uit. Hij blijft agressief, manipulatief en ontremd. Hij is niet verpleegbaar en wordt gesedeerd en geïntubeerd. Na afbouw van de sedatie blijft Mohammed geagiteerd en onrustig. Hij weet zichzelf uit de fixatie te wurmen, waardoor een gevaarlijke situatie ontstaat.

### MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

De situatie verbetert niet en in een multidisciplinair overleg met de neurologie, psychiatrie en intensive care wordt besloten patiënt over te plaatsen naar de PMU. Op de PMU wordt het fixatie- en medicatiebeleid aanvankelijk gecontinueerd. De eerste nachten vormt dit een probleem. Mohammed ageert tegen de fixatie en veroorzaakt geluidsoverlast. In de loop van de eerste week werd het mogelijk om afspraken met hem te maken over veiligheid. Hierdoor kon de fixatie worden afgebouwd, tot hij alleen nog 's nachts in de onrustband ligt. Mohammed vertoont nog steeds een geagiteerd beeld. Hij is manipulatief en zeer dwingend. Hij wil over elk onderwerp onderhandelen en wordt onbeschoft en dreigend wanneer dit niet lukt. Ook is er sprake van splittend gedrag (bijv. 'Van je collega mag het altijd wel!').



### GRENZEN STELLEN EN EENDUIDIGHEID

Door een eenduidige benadering en duidelijke grenzen wordt Mohammed langzaam beter hanteerbaar op de afdeling. Hij houdt zich bij mannelijke verpleegkundigen beter aan afspraken. Zijn geheugen is dermate beschadigd, dat het onmogelijk is hem duidelijk te maken dat hij met elke medewerker dezelfde samenwerking zou moeten hebben. Mohammed zoekt constant de grenzen op, waardoor beperking van zijn bewegingsvrijheid noodzakelijk is. Hij wil regelmatig 's avonds niet in de onrustband. Op het moment dat hij met overmacht wordt toegesproken (> 5 verpleegkundigen en/of beveiliging) werkt hij onder verbaal protest mee. De laatste periode hield Mohammed zich goed aan afspraken en hoefde 's nachts niet meer gefixeerd te worden. Na een maand wordt hij overgeplaatst naar een gespecialiseerde kliniek voor patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Hier zal worden gewerkt aan zijn herstel, al is de hersenschade onomkeerbaar. Een prognose omtrent zijn cognitieve vermogens is moeilijk vast te stellen, maar vermoedelijk somber van aard.

### CONTUSIO CEREBRI

Een contusio cerebri (hersenkneuzing) is een beschadiging van het hersenweefsel, anders dan een hersenschudding waarbij het weefsel niet beschadigd is. Bij een hersenkneuzing is het bewustzijnsverlies van langere duur en dieper dan bij een hersenschudding. Door de klap is er een beurse plek in de hersenen ontstaan, waar zich bloed en vocht ophopen.<sup>1</sup> Het beeld van de hersenkneuzing omvat diverse gradaties van hersenletsel, van lichte (die vrijwel volledig herstellen) tot zeer ernstige (patiënten blijven comateus en overlijden). Restverschijnselen zijn verdeeld in vier categorieën, namelijk cognitie, emotionele en persoonlijkheidsveranderingen, motorische stoornissen en psychosociale problemen.<sup>2</sup>

### GLASGOWCOMASCHAAL

Bewustzijnsverlies is een goede graadmeter voor hersenletsel; dit wordt uitgedrukt in de glasgowcomaschaal (GCS). De GCS-test bestaat uit drie onderdelen: het openen van de ogen (Eyes), beste motorische reactie (Movement) en verbale reacties (Verbal). De GCS wordt ook wel aangeduid als de EMV.<sup>2</sup> Er kunnen maximaal vijftien punten worden gescoord, waarbij de laagste score de afwezigheid van bewustzijn representeert. Bij een GCS-score van 3-8 beschouwt men het hersenletsel als zeer ernstig, bij een score van 8-14 als matig ernstig en bij een score >14 als licht.<sup>3</sup> Hoe langer het bewustzijnsverlies duurt, hoe ernstiger de gevolgen ook op langere termijn zullen zijn. Bij mensen die hersenschade hebben opgelopen in het gebied van de slapen en het voorhoofd (frontaal) is de prognose het minst gunstig.

## VERPLEEGKUNDIGE CASUÏSTIEK

In ernstige gevallen zijn er blijvende restverschijnselen zoals verlammingen, epilepsie, desoriëntatie en geheugen-, spraak- en concentratiestoornissen.<sup>1</sup>

### FRONTAALKWABLETSEL OP DE NEUROLOGIE

De frontaalkwab is de grootste van de vier hersenkwabben en neemt een derde van de totale hersenschors in beslag. Dit deel van de hersenen wordt beschouwd als het meest geavanceerde, verantwoordelijk voor het zelfbewustzijn. Bij een frontale contusie maakt de patiënt een kortdurend coma door, waarna sterke onrust optreedt die enige tijd kan blijven bestaan. Een patiënt is verward en negativistisch, waardoor onderzoek nauwelijks mogelijk is. Na een schedeltrauma is de inprenting (opslaan van een waarneming in het geheugen) tot veertien dagen na het ongeval gestoord. Dit wordt posttraumatische amnesie genoemd (PTA).<sup>2</sup> Bij een gestoorde inprenting kunnen patiënten zich eenvoudige informatie na korte tijd niet meer herinneren.<sup>2</sup> Wanneer dit langer duurt, is er een kans op blijvende gedragsafwijkingen, zoals emotionele labiliteit, apathie of ontremd en oppositioneel gedrag.<sup>2</sup> Door de aard van de problematiek lijkt het logisch dat Mohammed op de afdeling Neurologie wordt verpleegd met de psychiatrie in consult. De kern van het probleem is dat Mohammed somatisch zeer snel is opgeknapt. Hij voelde zich goed en was dus niet in een ziekenhuisbed te houden. Mohammed wilde naar huis, roken en zijn eigen gang gaan. Door het open karakter van de afdeling en onvoldoende personeel is het ondoenlijk om een dergelijke patiënt op de afdeling te houden. Dit type patiënt heeft meer toezicht nodig dan op een verpleegafdeling geboden kan worden, maar is ook geen uitzondering op een afdeling Neurologie (zie kader).

### OMGAAN MET AGRESSIE

Tijdens zijn ziekenhuisopname waren er problemen met agressie en agitatie van Mohammed. De opname op de IC was een noodgreep. Hij was niet te handhaven op de verpleegafdeling, maar kon elders ook niet terecht. Mohammed was in deze fase somatisch gezien in redelijke toestand, behoudens de risico's van de medicamenteuze behandeling. Hierdoor begreep hij niet waarom hij opgenomen moest blijven, wat de agitatie verder deed oplopen. Het gedrag van de patiënt zorgde ervoor dat de verpleegkundigen zich onveilig voelden bij de verpleging van deze patiënt. De agressie die de patiënt liet zien leek vanuit frustratie te ontstaan. In de frustratie-agressietheorie gaat men ervan uit dat de agressieve handelingen het gevolg zijn van frustratie, die wordt veroorzaakt doordat de patiënt wordt gehinderd in zijn streven.<sup>8</sup> Dit gevoel van gehinderd worden is het gevolg van een gebrek aan ziektebesef van de patiënt.

### EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS

Op het moment van het formuleren van de richtlijn neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel waren er geen recente epidemiologische cijfers over de prevalentie en/of incidentie hiervan.<sup>5</sup> De literatuurstudie in dit kader eindigde in 2004. In Nederland worden jaarlijks 110-115 patiënten per 100.000 inwoners met een hersentrauma in een ziekenhuis opgenomen. De incidentie is bij mannen twee tot drie keer hoger dan bij vrouwen. De meeste hersentraumata vinden plaats in de leeftijdscategorie 15 tot 24 jaar.<sup>6</sup> Recent onderzoek laat zien dat 41% van de patiënten met een traumatisch hersenletsel agitatie laat zien. Bij 8% van de gevallen was de agitatie van dien aard dat het de behandeling in de weg stond. Patiënten die geen agitatie laten zien worden vaker naar huis ontslagen (49,7%) dan de geagiteerde patiënten. Deze worden vaker naar een vervolgstelling overgeplaatst (61%).<sup>7</sup> Dit resultaat is mogelijk vertekend door een verschil in ziekte-ernst tussen de geagiteerde en niet-geagiteerde patiënten.

Mohammed begreep niet dat hij in het ziekenhuis moest blijven. Doordat deze hindernis niet kan worden overwonnen (de patiënt werd immers gefixeerd), ontstaat een gevoel van ontgoocheling en onmacht. Agressie is een van de mogelijke reacties hierop. De kans op agressie wordt groter naarmate het te bereiken doel belangrijker wordt gevonden, de weerstand onaanvaardbaar is of er sprake is van een mogelijk al langer bestaande lagere frustratietolerantie.<sup>8</sup> De frustratie en het disfunctioneren van de frontaalkwab (waarin onder andere de impulsbeheersing wordt geregeld) vormen dan ook een problematische combinatie. De verpleegkundig consulent psychiatrie was beschikbaar voor ondersteuning van en advies aan de verpleegkundigen van de afdeling. De situatie bleef echter onveilig en liet het niet toe dat de vrijheidsbeperkende interventies werden afgebouwd, wat uiteraard zeer onwenselijk is.<sup>4</sup>

### OVERIGE AANDACHTSPUNTEN BIJ PATIËNTEN MET CONTUSIO CEREBRI

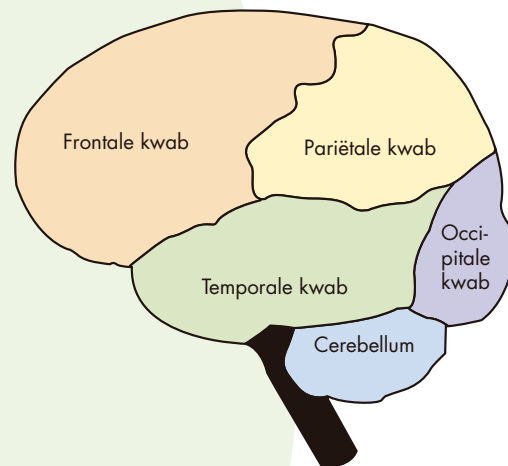
Behalve problemen omtrent agressie en gedrag zijn er andere aandachtspunten voor de verpleegkundige bij deze patiëntengroep. De patiënten hebben vaak last van onrust en spiertonusveranderingen. Hiervoor worden benzodiazepinen gegeven; deze middelen zijn rustgevend en verlagen de spiertonus. Eerst moet geprobeerd worden motorische onrust zonder medicatie te

behandelen, door voldoende structuur, rust en aandacht.<sup>2</sup> Verder is hyperthermie een risico, temperatuurverhoging is nadelig voor het herstel van de hersenen. Er kunnen meerdere oorzaken zijn voor een temperatuurverhoging zoals infecties of een beschadiging van de hersenstam waar de lichaamstemperatuur wordt geregeld.<sup>2</sup> Verder is de voeding van de patiënt een aandachtspunt. Een patiënt met koorts en een verhoogde spiertonus heeft meer energie nodig (onder meer voor het herstel); bij voorkeur wordt er binnen 24 uur al met voeding gestart.<sup>2</sup>

### VERPLEEGAFDELING OF PMU

De voornaamste vraag in deze complexe casus is waar Mohammed het beste verpleegd zou kunnen worden. Zijn gedrag wordt niet veroorzaakt door een psychiatrische stoornis, maar door de neurologische gevolgen van de contusio cerebri. Doordat de neuropsychiatrische gevolgen hiervan op de voorgrond stonden, heeft het enige tijd heeft geduurd voor hij op de juiste plek terecht kwam.

Na overplaatsing naar de PMU werden de fixatie en de medicatie afgebouwd. Mohammed kreeg dagelijks een gesprek met de (dienstdoende) arts. In dit gesprek kon hij zijn frustratie kwijt en verzoeken indienen, en dit zorgde voor de nodige structuur. Mohammed veroorzaakte nog regelmatig problemen, maar tot escalaties als eerder kwam het niet. Op de PMU kon een aantal logistieke beperkingen van een verpleegafdeling worden



opgelost. De PMU is een besloten afdeling, waardoor Mohammed niet ongemerkt weg kon. Daarnaast beschikt de PMU over een tuin waar hij kon roken; dit nam al enige agitatie weg. Ook is er op de PMU meer verpleegkundig bezetting per patiënt, waardoor het mogelijk was Mohammed één-op-één te begeleiden. Ook bejegening is een belangrijke factor. Dit wordt onderkend door de landelijke richtlijn.<sup>5</sup> In deze richtlijn staan aanbevelingen voor de wijze van begeleiden, om agressie en agitatie te voorkomen en/of te hanteren. Zie het kader voor de aanbevelingen uit de richtlijn.

### DE-ESCALERENDE INTERVENTIEMETHODIEK

De richtlijn hecht veel waarde aan de juiste begeleiding en bejegening van deze patiëntencategorie. Op een somatische afdeling is onvoldoende gespecialiseerde kennis aanwezig over omgaan met agressie en agitatie. De verpleegkundigen van de PMU zijn getraind in de de-escalerende interventiemethodiek (DIM). Deze methodiek is gericht op het verbaal de-escaleren van agitatie en agressie. In de DIM is er veel aandacht voor interactie tussen hulpverleners en patiënten. Begrippen als overdracht-tegenoverdracht, verschillende vormen van agressie in de attributietheorie staan tevens centraal. De attributietheorie komt uit de sociale psychologie en gaat over het toeschrijven van motieven en/of oorzaken aan gedrag. Dit gebeurt met gedrag van de persoon zelf, maar in deze context is vooral de attributie van de hulpverlener van het gedrag van de patiënt van belang. Het gevoel van een verpleegkundige dat de patiënt het (negatieve) gedrag laat zien om de verpleegkundige dwars te zitten is een voorbeeld van een attributiefout.<sup>9</sup> Er is nog onvoldoende evidentie voor het trainen van verpleegkundigen in verbale de-escalatie, een recente review<sup>10</sup> beveelt aan dit systematisch te onderzoeken. Verbale de-escalatie kan effectief zijn als dit gebruikt wordt om zo min mogelijk restrictie toe te passen. Daarnaast helpt het trainen van verpleegkundigen om

### AANBEVELINGEN RICHTLIJN BIJ AGRESSIE EN AGITATIE (NIET-MEDICAMENTEUS)<sup>5</sup>

- De werkgroep is van mening dat het bij patiënten met NAH die worden opgenomen in het ziekenhuis, van belang is direct algemene maatregelen (adequate pijnstilling, prikkelarm verplegen) te nemen en maatregelen gericht op het opheffen van additionele oorzaken (blaasretentie, hypoxie, hypotensie) om verwardheid/motorische onrust/agitatie te voorkomen of te verminderen en om aanvullende diagnostiek mogelijk te maken.
- Het verdient aanbeveling voor agressieve of geagiteerde patiënten met NAH paramedische en verpleegkundige zorg met expertise op dit gebied in te zetten, omdat specifieke deskundigheid en algemene maatregelen in de acute fase een gunstige werking kunnen hebben op agitatie/agressie.
- De werkgroep is van mening dat bij behandeling van agitatie en agressie de niet-medicamenteuze interventie een belangrijke eerste stap is.



## VERPLEEGKUNDIGE CASUÏSTIEK

### DO'S & DON'TS IN DE BEGELEIDING VAN EEN AGRESSIEVE PATIËNT MET NAH

#### Do's:

1. Zorg elke dienst voor één verpleegkundig aanspreekpunt en zorg dat alle andere medewerkers naar deze verpleegkundige verwijzen. Dit biedt duidelijkheid voor de patiënt en de familie en splitsgedrag wordt zo voorkomen. Zorg dat de patiënt altijd weet wie dit aanspreekpunt is, desnoods door middel van kaarten met naam en eventueel foto.
2. Vraag bij opname de psychiatrisch consultatieve dienst in consult of vraag zo nodig ondersteuning van een gespecialiseerde kliniek.
3. Maak duidelijke afspraken met een patiënt over veiligheid en gedrag en laat de patiënt deze herhalen. Schrijf ze desnoods op als geheugensteun. Wijk niet af van de gemaakte afspraken.
4. Zorg voor een duidelijke dagstructuur in een prikkelarme omgeving, bijvoorbeeld in de vorm van een dagprogramma en een eenpersoons kamer. Denk hierbij ook aan het bieden van afleiding door kleine overzichtelijke activiteiten.
5. Bij dreigend of gewelddadig gedrag dient een patiënt begrensd te worden. Geef de patiënt echter ook de gelegenheid om zijn frustratie en boosheid gecontroleerd te uiten.

#### Don'ts

1. Voorkom dat u een discussie aangaat met de patiënt. Dit is niet constructief en levert alleen frustratie en onbegrip beiderzijds op.
2. Het inzetten van de familie kan goed werken, maar wees bedacht op uitputting van het systeem. Soms is het beter om als verpleegkundige de boosdoener te zijn.
3. Boosheid en frustratie zijn vaak begrijpelijk in de situatie waarin een patiënt zich bevindt. Bedreigingen en agressie naar personeel zijn dat nooit. Draag dit ook zo uit naar een patiënt, de grens moet glashelder zijn.
4. Voorkom dat een verpleegkundige met een goede ingang de patiënt tijdens elke dienst begeleidt. Dit kan te zwaar worden voor een individuele verpleegkundige en dit kan tevens leiden tot strijd binnen een verpleegkundig team.
5. Voorkom negatieve attributie; dit wil zeggen, dat men een verklaring gaat zoeken voor het gedrag van de patiënt (bijv. 'Hij doet het expres, omdat hij weet dat ik het vervelend vind'). Het gedrag wordt veroorzaakt door een defect in de hersenen, de agressie is niet persoonlijk bedoeld. Daarom moeten de gestelde doelen laag zijn. Genezing is onmogelijk en revalidatie is een langdurig traject dat niet in het ziekenhuis kan plaatsvinden.

hun zelfvertrouwen te vergroten en om ze agressie eerder te laten herkennen, zodat escalatie mogelijk voorkomen wordt.<sup>10</sup>

#### BESLUIT

Wanneer een patiënt met hersenschade aan de frontalkwab wordt gepresenteerd, is nauwelijks te voorspellen hoe het gedrag zich zal ontwikkelen. Opname op een afdeling Neurologie lijkt dan ook een logische volgende stap. Wanneer de patiënt echter hevige agitatie laat zien, moet hier snel op geanticipeerd kunnen worden. Het verdient dan aanbeveling om overname door een PMU voor dit type patiënt te overwegen. Daarnaast kan bij opname al een verpleegkundig consultant psychiatrie in consult worden gevraagd voor extra handvatten om deze patiënt goed te kunnen begeleiden (zie kader). Goede communicatie tussen de medici is hierbij essentieel. Ook al worden de symptomen veroorzaakt door een neurologisch probleem, deze patiëntcategorie kan alleen optimaal worden verzorgd in het ziekenhuis

wanneer er sprake is van uitmuntende interdisciplinaire samenwerking.

#### Dank

Met veel dank voor de informatie aan Paul Overmars, Michel Wernars, Ilona Kreuger en Judith Stemvers, allen verpleegkundigen in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam.

#### LITERATUUR

1. Website Nederlandse Hersenstichting ([www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/hersenkneuzing](http://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/hersenkneuzing)). Geraadpleegd op 23 juni 2013.
2. Gelmers HJ. Neurologie voor verpleegkundigen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2006.
3. Pont AC de, Bouma GJ, Hijdra A, Horn J, Stam J. Protocol ernstig schedelhersensletsel. Intern protocol Academisch Medisch Centrum, gepubliceerd op 18 juni 2012.

De volledige literatuurlijst kunt u vinden op [www.nurseacademyggz.nl](http://www.nurseacademyggz.nl)