

# Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie

*Peter Goossens en Anja Stevens*

# Inhoudsopgave

1	Voorwoord	pagina	3
2	Inleiding	pagina	4
3	Epidemiologie, diagnostiek en behandeling	pagina	6
4	Het onderzoeksprogramma	pagina	9
5	Aanbevelingen voor de praktijk	pagina	13
	5.1 Verpleegkundige interventies	pagina	13
	5.2 Houding van de verpleegkundige	pagina	16
	5.3 Herkenbaarheid van de verpleegkundige	pagina	16
	5.4 Organisatie van zorg	pagina	16
6	De filminterventie	pagina	18
	6.1 De ontwikkeling van de filminterventie	pagina	18
	6.2 Bij opname	pagina	19
7	De onderzoekers	pagina	20
8	Referenties	pagina	21
9	Colofon	pagina	22

# 1 Voorwoord

De bipolaire stemmingsstoornis behoort tot de harde kern van de psychiatrie. De beschrijvingen van deze psychiatrische aandoening is door de eeuwen heen relatief constant gebleven, evenals het inzicht dat zij gepaard gaat met een ernstige verstoring van gevoelens en gedrag.

Kenmerkend is het contrast tussen het normale functioneren van de persoon in kwestie en hoe deze zich presenteert bij een acute manische episode. Indien men niet weet dat hij of zij lijdt een bipolaire stoornis, kan het opgewekte, energieke, creatieve en spraakzame optreden worden aangezien voor een bijzonder talent, zeker op de korte termijn. In ernstiger gevallen wordt het wisselend eufore, ontremde, opdringerige, prikkelbare en soms zelfs vijandige gedrag nogal eens verward met een ernstige persoonlijkheidsstoornis. Mensen die de patiënt goed kennen, en eerdere manische decompensaties hebben meegemaakt, zien soms aan subtiele signalen dat er weer een episode dreigt. Het gebrek aan ziekte-inzicht bij de manische patiënt, die vindt dat het juist heel goed met hem of haar gaat, leidt dan vaak tot discussie en conflicten en staat een snel interveniëren in de weg. Soms is klinische opname dan onvermijdelijk om de schade op gebied van interpersoonlijke relaties, werk, financiën en reputatie te beperken. Zeker als die opname onvrijwillig gebeurt, is dat een voedingsbodem voor nieuwe conflicten. Een manie is nu eenmaal geen pathologische vrolijkheid, zoals een depressie geen pathologisch verdriet is.

Verpleegkundigen moeten dit alles in goede banen leiden, op opnamenafdelingen die toch al gonzen van heftige interacties. Dat vergt inzicht in de aard van deze aandoening, het vermogen om grenzen te stellen en soms in te grijpen, gekoppeld aan veel tact, geduld en compassie voor de ontregelde patiënt. Juist omdat men de patiënt maar kort meemaakt, en daardoor geen goed beeld heeft van zijn normale manier van doen, is dit een moeilijke opgave. Als men de patiënt een half jaar later in zijn gewone doen zou zien, gelooft men zijn ogen niet.

Er is al veel geschreven over de ambulante zorg voor mensen met een bipolaire stoornis. Deze uitgave beschrijft onderzoek en aanbevelingen die rechtstreeks voortkomen uit de praktijk van de opnameafdeling. Het is daarmee een welkome aanvulling op de bestaande Nederlandse literatuur.

Ralph Kupka

*Psychiater en Hoogleraar Bipolaire Stoornissen, Amsterdam UMC / VU Medisch Centrum  
Voorzitter Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (KenBiS)*

## 2 Inleiding

In 2015 verscheen bij uitgeverij 'de Tijdstroom' de derde herziene versie van de multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. Deze richtlijn werd ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).

Deze werkgroep bestond naast professionals ook uit vertegenwoordigers van de Vereniging van Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB). De richtlijn geeft aanwijzingen voor screening, diagnostiek en behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis. De richtlijn is een hulpmiddel en geeft aanbevelingen en handelingsinstructies. Deze zijn bedoeld ter ondersteuning van de praktijkvoering van alle professionals die betrokken zijn bij de zorgverlening voor deze groep patiënten. De richtlijn maakt een onderscheid tussen handelen op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en overige overwegingen, vaak gestoeld op de ervaringskennis van de werkgroepleden.

De richtlijn kan tevens richting geven aan de onderzoeksagenda voor wetenschappelijk onderzoek naar bipolaire stoornissen.

Ten aanzien van de verpleegkundige zorg voor patiënten die met een acute manie opgenomen zijn op een (gesloten) opnameafdeling is de inhoud van de richtlijn zeer beperkt. Wetenschappelijk onderzoek ontbreekt en bij de overwegingen van de werkgroep staat beschreven dat:

*'De patiënt op een afdeling heeft het meeste contact met verpleegkundigen. Verpleegkundige interventies zijn vooral gericht op het beperken van de schade van manisch gedrag, het bijsturen van gedrag, het voorkomen van suïcide, het structureren van activiteiten, en het in stand houden van een dagstructuur met een goede balans tussen rust en activiteit. Daarnaast dienen gesprekken om het ziekte-inzicht, de therapietrouw en het zelfmanagement te bevorderen'. (Kupka et al. 2015)*

Voorgaande gaf aanleiding om vanuit het SCBS Bipolaire Stoornissen van Dimence een onderzoeksprogramma op te starten naar de verpleegkundige zorg voor patiënten met een bipolaire stoornis, die met een acute manie op een opnameafdeling verblijven.

In deze uitgave brengen we verslag uit over de gevolgde methode, de resultaten van deze onderzoeken en geven we aanbevelingen voor de gewenste verpleegkundige zorg.

Hier staan we ook specifiek stil bij de filminterventie. Een interventie die is ontwikkeld om invulling te geven aan één van de aanbevelingen en die tot doel heeft om de medewerkers van de opnameafdeling te ondersteunen bij het nagaan hoe de patiënt functioneerde wanneer hij stabiel en symptoom vrij is. De film kan een schat aan informatie opleveren voor de klinisch werkende verpleegkundige.

Om één en ander in te kaderen beschrijft Anja Stevens, psychiater en hoofd van het SCBS Bipolaire Stoornissen, de epidemiologie, diagnostiek en de behandeling van de acute manie. Aan het eind van deze uitgave kunt u lezen wie de onderzoekers waren in dit boeiende onderzoekstraject.

### 3 Epidemiologie, diagnostiek en behandeling

De bipolaire stoornis is een stoornis die zich kenmerkt door uitersten in stemming en activiteit. Iemand kan enerzijds uiterst uitbundig en daadkrachtig zijn (de manie) of juist uiterst teruggetrokken en inactief (de depressie).

In deze uitgave wordt vooral geschreven over de manie; deze gaat gepaard met problemen in het functioneren, zoals bijvoorbeeld onverantwoorde activiteiten, zoals veel geld uitgeven, of het ontstaan van conflicten. Wanneer er geen problemen in het functioneren zijn, is er sprake van een lichte vorm van manie (hypomanie).

De kenmerken van een manie zijn:

- een verhoogde stemming, uitgelaten, opgewekt en veel zelfvertrouwen;
- prikkelbaar bij tegenwerking;
- druk gedrag, overactief, vol levenslust en kracht, veel energie
- het gevoel de hele wereld aan te kunnen en een grote dadendrang; Dit laatste kan leiden tot onverantwoord of gevaarlijk gedrag met nare gevolgen. Zoals veel geld uitgeven, grote risico's lopen. De overactiviteit kan omslaan in chaos.
- optimale lichamelijke fitheid en weinig slaap nodig;
- goede eetlust, maar vaak geen tijd om te eten;
- seksuele behoefte kan toenemen wat kan leiden tot seksueel ontremd gedrag, waarbij over eigen grenzen wordt gegaan;
- vaak ondernemen van activiteiten, die normaal niet ondernomen worden;
- verlies van realiteitszin, overschatten en door niemand te corrigeren;
- impulsief en meer geïnteresseerd in nieuwe mensen en nieuwe ervaringen;
- psychotische verschijnselen zoals grootheid- en paranoïde wanen (ziekelijke achterdocht);
- in veel gevallen lichamelijke uitputting.

In het meest recente epidemiologische onderzoek in Nederland, NEMESIS-2 (De Graaf, e.a. 2012), bedraagt de lifetime-prevalentie van de in de DSM-IV-TR omschreven bipolaire I- en bipolaire II-stoornis in de bevolking (18 tot 64 jaar) bij mannen 1,2% en bij vrouwen 1,4%. De twaalfmaandsprevalentie bedroeg respectievelijk 0,7% en 1,0%.

Bipolaire stoornissen kunnen zich op elke leeftijd manifesteren, maar beginnen het vaakst in de adolescentie en de jonge volwassenheid, dus tussen het 15e en 25e levensjaar. Vaak is een depressie de eerste uitingsvorm van een bipolaire stoornis, maar de diagnose kan pas gesteld worden als er een manie of hypomanie is opgetreden.

Het beloop van de bipolaire stoornis kan per persoon sterk verschillen. Sommige patiënten hebben in de loop van hun leven slechts enkele (hypo)manieën en depressies en functioneren tussendoor zonder problemen, terwijl anderen juist vaker recidieven doormaken tot meermalen per jaar of zelfs een bijna onafgebroken reeks van stemmingsepisoden hebben. Bij de meesten overheersen de depressieve episoden in frequentie en duur. Geschat wordt dat een manische episode zonder behandeling gemiddeld ongeveer twee maanden duurt en depressieve episoden twee tot vijf maanden.

Het stellen van de diagnose is relatief eenvoudig tijdens een eufore manische episode, doordat de kernsymptomen duidelijk herkenbaar zijn en sterk afwijken van het normale gedrag van de persoon in kwestie. Voor het stellen van de diagnose is naast een anamnese en het onderzoek van de patiënt zelf, een nauwkeurige hetero-anamnese vaak essentieel.

De behandeling van de patiënt met een bipolaire stoornis is gericht op het verminderen van de frequentie en de ernst van de stemmingsepisoden, het voorkómen van medische, psychosociale en relationele complicaties tijdens de episoden (inclusief suïcide), en het optimaliseren van het herstel van het (inter-episodische) functioneren.

De behandeling wordt onderscheiden in een acute behandeling van de manische of depressieve episoden, een voortgezette behandeling om terugval te voorkomen en een onderhoudsbehandeling om nieuwe episoden te voorkomen of de frequentie en ernst van toekomstige episoden te beperken.

We zullen ons hier beperken tot de acute behandeling van de manie tijdens een opname. Farmacotherapie, psycho-educatie en de bevordering van zelfmanagement vormen de hoekstenen van de behandeling in elke fase van de bipolaire stoornis, naast ondersteunende begeleiding en coaching, ook tijdens een opname.

Tijdens een opname in verband met een manie zal de behandeling vooral bestaan uit farmacotherapie naast ondersteunende begeleiding en coaching. De begeleiding vergt vaak veel van verpleegkundigen, daar mensen tijdens een manie vaak lastig te begeleiden zijn.

In het algemeen is het van belang om de manie zo snel mogelijk te couperen. Dit kan met antipsychotica en/of benzodiazepinen. Geadviseerd wordt om benzodiazepinen voor te schrijven als iemand niet ook psychotisch is en antipsychotica als iemand wel psychotisch is. De praktijk is echter dat men meestal antipsychotica voorschrijft ook als iemand niet psychotisch is vanwege de vaak krachtig dempende werking van het voorgeschreven antipsychoticum. Als men al lithium, of een andere stemmingsstabilisator, start bij opname in verband met een manie, dan is het zinvol de dosering op te hogen op geleide van de spiegel en vaak wordt dan ook met een zogenaamde oplaaddosis gestart.

Daar deze uitgave vooral gaat over de verpleegkundige zorg bij een acute manie, zal hier niet uitgebreid worden ingegaan op de specifieke farmacotherapeutische behandeling van een acute manie.



## 4 Onderzoeksprogramma

In 2007 publiceerde de onderzoeksgroep een eerste artikel naar de verpleegkundige zorg voor patiënten met een bipolaire stoornis (Goossens e.a. 2007). In dit literatuuronderzoek werden alle resultaten samen gevat van eerdere studies over dit onderwerp.

Slechts één studie (Hummelvoll & Severinsson, 2002), een kwalitatief onderzoek, betrof de verpleegkundige zorg aan patiënten in een manische fase op een opname afdeling. De verpleegkundige interventies die in dit artikel werden genoemd zijn:

- observeren van gedrag;
- het gesprek aangaan (ook over indirecte signalen);
- als verpleegkundig team eensgezind optreden mede vanuit kennis over het psychiatrische toestandbeeld;
- houvast bieden aan de patiënt door informatie en duidelijkheid te geven;
- een samenwerkingsrelatie op te bouwen en veiligheid te bieden.

Omdat het te onderzoeken domein nog nauwelijks onderzocht was, is de onderzoeksgroep gestart met een aantal kwalitatieve, beschrijvende studies.

In de **eerste studie** (Daggenvoorde e.a. 2015) werden 22 verpleegkundigen werkzaam op zes acute opnameafdelingen van vier GGZ instellingen individueel bevroegd over de top 5 van de verpleegproblemen die ze zagen, de top 5 van de doelstellingen waaraan ze werkten en de top 5 van de interventies die ze toepasten. Vervolgens namen 13 van deze 22 verpleegkundigen deel aan één van de drie groepsinterview waar deze resultaten verder werden uitgediept. Bij de verpleegproblemen werd gevraagd de bijhorende symptomen te benoemen, per doel de indicatoren waarmee ze het doel evalueerden en per interventie de bijhorende activiteiten. De resultaten van de studie laten een rijk geïllustreerde set aan verpleegproblemen, doelstellingen en interventies zien voor deze specifieke patiëntenpopulatie. In tabel 1, op pagina 10, ziet u hier een weergave van.

De Engelstalige publicatie werd een jaar later ook in het Nederlands gepubliceerd in het Tijdschrift Voor Ziekenverpleging (Daggenvoorde e.a. 2016). In de publicaties zijn de verpleegproblemen, doelstellingen en interventies volledig uitgewerkt beschreven.

Verpleegproblemen	Doelstellingen	Verpleegkundige interventies
Verstoord dag-/nachtritme	Stabieler functioneren ondanks de psychiatrische ziekte	Grenzen stellen
Agitatie	Vergroot ziektebesef en -inzicht	Motiveren tot adequaat medicatiegebruik
Ontbreken van ziektebesef en -inzicht	Stabiël dagritme (leren) aanhouden	Toedienen van medicatie
Verbaal grensoverschrijdend gedrag	Voorkomen dat letsel ontstaat	Structuur aanbrengen in dag en nachtritme
Motorische onrust	Autonomer functioneren ondanks psychiatrische symptomen	Ondersteunende gesprekken

*Tabel 1: top 5 verpleegproblemen, doelen en interventies*

In een **tweede studie** (Van Lankeren e.a. ingediend voor publicatie) bevroegen we 12 patiënten die in het jaar ervoor opgenomen waren geweest met een acute manie naar hun ervaringen met de verpleegkundige zorg die ze hadden ontvangen. De patiënten waren in behandeling bij drie verschillende GGZ instellingen in Nederland.

De ervaringen werden beschreven binnen de thema's:

- kenmerken van de afdeling;
- onvrijwillige opname;
- kenmerken van de verpleegkundigen;
- opname en verblijf;
- verpleegkundige interventies.

Uit de resultaten bleek dat verpleegkundigen vaak niet in hun functie herkenbaar zijn voor patiënten tijdens hun acute manie wat voor angst en achterdocht zorgde. Het belang van rustige en duidelijke communicatie met patiënten draagt bij aan de rust voor deze patiënten. Voor patiënten blijft het vaak onduidelijk waar ze aan toe zijn omdat ze geen weet hebben van het doel van het verblijf en de behandeling. De ervaringen van patiënten die verpleegd waren op een High Intensive Care (HIC) afdeling waren positiever dan van diegenen die verpleegd waren op een afdeling met een 'klassieke' separeerruimte.

In een **derde studie** (Testerink e.a. 2018) werden, op een soortgelijke wijze als de tweede studie, 9 naastbetrokkenen geïnterviewd van patiënten die tijdens het afgelopen jaar opgenomen waren geweest voor een acute manie. De naastbetrokkenen werden gevraagd naar hun ervaringen met de verpleegkundige zorg die hun familielid had ontvangen. Ook deze studie werd uitgevoerd binnen drie GGZ instellingen en ook werden deelnemers geworven via de VMDB. De ervaringen werden beschreven binnen drie thema's:

- de verpleegkundige zorg;
- de attitude van de verpleegkundigen;
- de mate van betrokken worden van de naastbetrokkenen bij de behandeling van hun familielid.

Voor naastbetrokkenen bleek het geïnformeerd en betrokken worden bij de behandeling essentieel te zijn, maar ook vaak een bron van frustratie wanneer dit onvoldoende gebeurde. Naastbetrokkenen verklaarden dat ze weinig konden vertellen over wat verpleegkundigen doen omdat ze dat niet meegekregen hadden. Opvallend was het dat partners van patiënten zich duidelijk beter betrokken voelden bij de behandeling en behandelbesluiten en zich beter geïnformeerd voelden dan ouders, kinderen of vrienden. Deze laatsten voelden zich toch vaak wat aan de kant gezet.

In een **vierde studie** (de Velde Harsenhorst e.a. 2018), een Delphi studie, werden op basis van alle drie voorgaande studies en een literatuuronderzoek 89 stellingen geformuleerd over de gewenste verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie. De stellingen werden gegroepeerd aan de hand van de volgende thema's:

#### 1. verpleegkundige interventies

- grenzen stellen
- medicatie verstrekking
- structuur aanbieden
- informatie verstrekken
- informatie verzamelen
- samenwerking met naastbetrokkenen

#### 2. houding van de verpleegkundige

#### 3. herkenbaarheid van de verpleegkundige

#### 4. organisatie van zorg

Voor het Delphi-onderzoek werd een panel van deskundigen samengesteld dat bestond uit 11 patiënten met een bipolaire stoornis, die met een acute manie opgenomen waren geweest, 14 naastbetrokkenen en 33 professionals werkzaam op een acute opname afdeling (31 verpleegkundigen en 2 psychiaters). Voor het werven van professionals werden drie High Intensive Care - afdelingen van Dimence benaderd en het netwerk van het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (KenBiS). Patiënten en naastbetrokkenen werden geworven via ambulante behandelaren binnen Dimence, KenBiS en de VMDB. Daarnaast werd gebruik gemaakt van sociale media. Het werven zowel binnen als buiten Dimence heeft ertoe geleid dat professionals deelnamen van drie Nederlandse GGZ-instellingen.

Het onderzoek bestond uit drie ronden, waarin bij iedere ronde aan de panelleden een e-mail werd gestuurd met een weblink naar de vragenlijst met het verzoek binnen twee weken de stellingen te beoordelen. Aan de panelleden werd gevraagd de stellingen te beoordelen met behulp van een 5-punts Likert-schaal (1 = helemaal oneens, 2 = redelijk oneens, 3 = neutraal, 4 = redelijk eens, 5 = helemaal eens). Panelleden werd gevraagd om opmerkingen te schrijven bij de stellingen. Stellingen werden aanvaard als 70% redelijk eens of helemaal eens scoorden en verworpen als 70% helemaal oneens of redelijk oneens scoorden. Als stellingen noch aanvaard noch verworpen werden, vond herformulering plaats op basis van geschreven opmerkingen en opnieuw voorgelegd aan de panelleden in een volgende ronde. Na drie ronden waren alle stellingen aanvaard.

Het resultaat van deze studie is een rijk geïllustreerd overzicht wat door patiënten, naastbetrokkenen en professionals aanvaard is als de gewenste verpleegkundige zorg voor deze patiënten. Vervolgens werden de stellingen samengevat en beschreven per thema. De resultaten hiervan treft u aan in het volgende hoofdstuk.

# 5 Aanbevelingen voor de verpleegkundige praktijk

## 5.1 Verpleegkundige interventies

**Grenzen stellen** is een sleutelinterventie bij het verplegen van patiënten met een acute manie. Hoewel de verpleegkundige duidelijk met de patiënt moet communiceren welk gedrag gewenst is en welk gedrag niet, is het belangrijk de focus te houden op het bekrachtigen van gewenst gedrag in plaats van de patiënt steeds aan te spreken op het ongewenste gedrag. Het excessief grenzen stellen en wijzen op afdelingsregels kan leiden tot escalatie bij de patiënt. Wanneer de verpleegkundige grenzen stelt met overtuiging en humor, en dit op een duidelijke wijze doet, worden deze door de patiënt met een acute manie eerder geaccepteerd. Om te checken of de informatie begrepen is, kan de verpleegkundige de patiënt vragen om de informatie in zijn/haar eigen woorden te herhalen. Of de patiënt de gevraagde grenzen accepteert, hangt niet alleen af van het toestandbeeld van de patiënt, maar ook van de attitude en aanpak van de verpleegkundige.

**Medicatie inname** is zeer belangrijk om de manische symptomen te doen verminderen. Echter, patiënten weigeren soms hun voorgeschreven medicatie in te nemen. Verpleegkundigen dienen voldoende tijd te besteden aan het geven van medicatie en aan het motiveren van de patiënt. Verwijzen naar mogelijk eerdere ervaringen met het gebruik van medicatie en het herhaald aanbieden van informatie over de effecten, maar ook over de mogelijke bijwerkingen van de medicatie, kan hierbij helpen. De verpleegkundige dient na te gaan of de patiënt de medicatie daadwerkelijk heeft ingenomen en observeert de werking en bijwerking ervan. Als de patiënt de medicatie weigert, dient de verpleegkundige na te gaan waarom de patiënt dit doet. Als de patiënt vragen heeft over medicatiegebruik dient de verpleegkundige de patiënt te informeren dat hij daarover met een psychiater kan spreken.

Een belangrijke taak van de verpleegkundige is het ondersteunen van de patiënt bij het herstellen van diens dagstructuur en het dag-/nachtritme door **het aanbieden van structuur**. Daarbij is het belangrijk om steeds uit te leggen dat dit belangrijk is in het kader van het herstel. Daarnaast is het belangrijk dat verpleegkundigen zich op de hoogte stellen hoe de patiënt functioneerde tijdens een stabiele periode, diens dagelijkse activiteiten en gewoonten en daarop aansluiten. Hiervoor kan het gebruik van de film die wordt opgenomen in 'de filminterventie', die we later beschrijven, een waardevolle bron van informatie zijn.

Een gepersonaliseerd dagprogramma wat voldoende evenwicht biedt in activiteiten en rustmomenten, ontwikkeld samen met de patiënt, kan hierbij helpend zijn. Het is daarbij van belang dat de verpleegkundige dit programma aan het einde van de dag samen met de patiënt evalueert en mogelijk op basis daarvan aanpassingen doet voor de volgende dag.

Indien noodzakelijk wordt de patiënt een prikkelarme omgeving aangeboden en de verpleegkundige kan de patiënt helpen om de directe leefomgeving van de patiënt prikkelarmer te maken door bijvoorbeeld samen met de patiënt diens kamer op te ruimen en te organiseren. De verpleegkundige kan de patiënt helpen door duidelijke afspraken te maken wat wel en wat niet is toegestaan tijdens de nachtelijke uren en door hierop toe te zien. Een dagelijkse wandeling met de patiënt (als dit gezien het toestandbeeld mogelijk is) zou de patiënt kunnen helpen om verbinding te houden met de buitenwereld.

**Informatie verstrekken** aan de patiënt en diens naastbetrokkenen is een belangrijke verpleegkundige interventie. Bij opname dient de verpleegkundige de afdelingsregels, zowel mondeling als op schrift op een duidelijke wijze te communiceren en wanneer blijkt dat de patiënt zich hier niet aan houdt deze te herhalen om helderheid te verschaffen. Op een regelmatige basis dient informatie verstrekt te worden over de behandeling en psycho-educatie over de bipolaire stoornis of manie. De eerste contactpersoon die in het dossier staat dient actief te worden geïnformeerd over het behandelplan en de behandoelen. Hierbij is het belangrijk om aan de eerste contactpersoon ook informatie te geven dat, op basis van het toestandbeeld van de patiënt, er gekozen kan worden voor een omgeving met weinig prikkels en/of afzondering maar ook over de wijze waarop de verpleegkundigen grenzen gaan stellen aan de patiënt wanneer deze onwenselijk gedrag laat zien. Zowel de patiënt als de eerste contactpersoon dienen tijdig te worden geïnformeerd over de voorgenomen ontslagdatum waarbij de benodigde zorg en ondersteuning voor na het ontslag worden afgestemd.

**Informatie verzamelen** is een belangrijke dagelijkse taak voor verpleegkundigen. De verpleegkundige informeert bij de patiënt en de naastbetrokkenen hoe de patiënt functioneert in een stabiele, symptoomvrije periode. Deze informatie is belangrijk om de zorg aan te kunnen laten sluiten op de persoon. De individuele behoeften van de patiënt worden geïnventariseerd door observatie, anamnese (op het moment dat de patiënt hiertoe in staat is), hetero-anamnese en informatie uit het dossier. Daarbij is het belangrijk om na te gaan welke strategieën en interventies tijdens eerdere periodes van manie succesvol zijn geweest. Deze informatie wordt meegenomen tijdens het opstellen van het behandel-/verpleegplan.

Indien de eerste contactpersoon goed geïnformeerd wil blijven over de behandeling is het goed om tweewekelijkse een gesprek te organiseren tussen de patiënt, de eerste contactpersoon en de behandelaar van de afdeling. De verpleegkundige moet aandacht besteden aan de familiesituatie van de patiënt. Hierbij checkt de verpleegkundige bij de familie hoe het met de kinderen gaat en kan informatie worden verstrekt over KOPP-groepen of andere ondersteuning. Om het beloop van de stemming tijdens de opname te monitoren vult de verpleegkundige, aan het einde van de dag en indien mogelijk samen met de patiënt de prospectieve Life Chart in. Informeer hiervoor bij de ambulante behandelaar. Informatie over het invullen van de Life Chart kan gevonden worden in hoofdstuk 8 van het boek GGZ verpleegkunde in de praktijk (Goossens e.a. 2016). De Young Mania Rating Scale kan gebruikt worden om de ernst van de manische symptomen in te schatten. Deze informatie is belangrijk voor het opstellen van het dagprogramma. De instrumenten zijn beschikbaar op de website van het KenBiS.

<https://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/bipolaire-stoornis/meetinstrumenten/>

Continue **samenwerking met naastbetrokkenen** is een belangrijk voorwaarde voor het verlenen van verpleegkundige zorg. Het is daarbij belangrijk dat de verpleegkundige goed benaderbaar en beschikbaar is voor de naastbetrokkenen. Zichtbare aanwezigheid en beschikbaarheid tijdens de bezoeken is hiervan een voorbeeld. Wanneer naastbetrokken op bezoek komen is het belangrijk dat de verpleegkundige hen ontvangt, zichzelf voorstelt en vraagt hoe het met ze gaat. Het is belangrijk dat de verpleegkundige navraag doet naar hun ervaringen tijdens de fase waarin de manie zich aan het ontwikkelen was, of er sprake was van overbelasting en ze adviseert de naastbetrokkenen hoe ze daarmee om kunnen gaan. De verpleegkundige dient aandacht te hebben voor de impact die een gesloten opnameafdeling kan hebben op de naastbetrokkenen. Er dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden tussen de verpleegkundige en de eerste contactpersoon in welke gevallen deze wil worden gebeld. De verantwoordelijkheden van de naastbetrokkenen en die van de medewerkers van de afdelingen dienen op elkaar te worden afgestemd zodat duidelijk is wie waarover gaat. De verpleegkundige informeert de eerste contactpersoon over de uitbreiding van vrijheden buiten de afdeling. Alvorens er toezegging aan de patiënt worden gedaan, zoals over verlof of ontslag is afstemming hierover met de eerste contactpersoon wenselijk. Het informeren van naastbetrokkenen over het behandelplan en het toestandbeeld van de patiënt gebeurt na afstemming met de patiënt. Als de patiënt aangeeft dat er geen informatie meer mag worden gegeven aan de naastbetrokkenen wordt hierover een besluit genomen, gebaseerd op het toestandbeeld van de patiënt, en in overleg met de afdelingspsychiater.

## ***5.2 Houding van de verpleegkundige***

Iedere patiënt heeft een individuele verpleegkundige benadering die is afgestemd op de behoeften van de patiënt. Het is belangrijk dat de verpleegkundige een ondersteunende houding aanneemt door present en benaderbaar te zijn en door het contact actief op te zoeken.

De verpleegkundige dient, vanuit haar professionele rol, persoonlijke aandacht en betrokkenheid te tonen naar de patiënt en dienst naastbetrokkenen en constant te zoeken naar samenwerking. Het is essentieel dat de verpleegkundige verbinding zoekt en houdt met de patiënt om gewenst gedrag aan te moedigen. Omgaan met patiënten met een acute manie vereist goede communicatieve vaardigheden van de verpleegkundige. Het gebruik van humor dient te worden afgestemd op het toestandbeeld van de patiënt. Een autoritaire houding kan irritatie bij de patiënt ontlokken. Ook is het belangrijk dat, wanneer de verpleegkundige ziet dat er een conflict dreigt te ontstaan tussen de patiënt en diens naastbetrokkenen, deze hierin bemiddelt om verdere escalatie te voorkomen.

## ***5.3 Herkenbaarheid van de verpleegkundige***

De verpleegkundige dient als zodanig herkenbaar te zijn voor de patiënt en de naastbetrokkene. Het zichtbaar dragen van een badge met naam en functie kan deze herkenbaarheid vergroten. Zolang de patiënt verward lijkt, dient de verpleegkundige zich bij elk contact te introduceren met haar naam en haar functie tot het moment dat de verpleegkundige inschat dat dit niet meer hoeft. Een fotogalerij van de medewerkers van de afdeling kan ook erg helpend zijn hierbij en het kan patiënten houvast bieden.

## ***5.4 Organisatie van zorg***

Wanneer de patiënt is opgenomen moet er duidelijke overeenstemming zijn tussen de patiënt, de naastbetrokkenen en de verpleegkundige wie als eerste contactpersoon voor de patiënt op zal treden en wat dat inhoudt. Heldere afspraken worden gemaakt over de wijze waarop en het tijdstip waarop de eerste contactpersoon betrokken wil worden. Ook wordt duidelijk gecommuniceerd wie van de verpleegkundigen op de afdeling als eerste contact zal functioneren voor de patiënt en diens naastbetrokkenen.



Een verpleegplan met de meest belangrijke verpleegproblemen, verpleegdoelen en verpleegkundige interventies is een voorwaarde voor verantwoord verpleegkundig handelen. De patiënt, en bij voorkeur, de eerste contactpersoon zijn op de hoogte van de inhoud van het verpleegplan.

Het is belangrijk dat elke patiënt het behandelplan op papier ontvangt tijdens de eerste week van de opname indien het toestandsbeeld dit toelaat. Het behandelplan moet concrete, evalueerbare doelen bevatten, geformuleerd in termen van gedrag zodat de patiënt weet wat het doel van de behandeling is en wat van hem/haar verwacht wordt. Het is belangrijk dat de verpleegkundige samen met de patiënt de behandeldoelen twee keer per week evalueert. Ook dit is weer afhankelijk van het toestandsbeeld van de patiënt.

Tijdens de behandeling dient driewekelijks een ZorgAfstemmingsGesprek (ZAG) te worden georganiseerd tussen de patiënt, diens naastbetrokkenen, de behandelaar op de klinische afdeling en de ambulant behandelaar waardoor de behandeling en zorg adequaat kan worden afgestemd tussen alle betrokken partijen.

Tijdens de opname is het niet noodzakelijk dat een volledig signaleringsplan wordt opgesteld. Het kan beperkt blijven tot de acute fase van de manie. Het complete signaleringsplan wordt opgesteld of geactualiseerd na ontslag uit de kliniek door de patiënt, diens naastbetrokkenen en de ambulant behandelaar.

Eén op één begeleiding op een Intensive Care Unit kan helpen om een traumatische ervaring door separatie waar mogelijk te voorkomen.

## 6 De filminterventie

Bij de verpleegkundige interventies staat onder informatie verzamelen beschreven dat de verpleegkundige zich dient te informeren hoe de patiënt functioneert in een stabiele symptoomvrije periode. Dit om de zorg hierop af te kunnen stemmen en een duidelijk referentiekader te hebben waarop interventies kunnen worden gezet en doelen kunnen worden geëvalueerd.



### 6.1 De ontwikkeling van de filminterventie

De filminterventie is hiervoor ontwikkeld. Wie kan de verpleegkundige nu beter kennis laten maken met de gezonde mens dan de patiënt zelf. De gedachte voor het ontwikkelen van de filminterventie is voortgekomen uit de directe praktijk. Het kwam voor dat een familielid van een patiënt die opgenomen was met een acute manie na enkele dagen contact opnam met de ambulante behandelaar waarbij deze de vrees uitsprak dat de patiënt te vroeg ontslagen zou worden. Er was haar verteld dat het al weer beter ging met de patiënt, maar zelf zag het familielid nog weinig vooruitgang. Nu kent de ambulante behandelaar de patiënt wanneer deze stabiel is. De klinisch behandelaar of de verpleegkundige op de afdeling meestal niet. Meestal zien zij de patiënt als deze erg manisch is en in de war. Dat vormt dan het referentiekader waarop ze hun zorg en evaluaties baseren. Niet de gezonde mens. Het plan, om van de patiënt, een film te maken tijdens een stabiele periode was snel geboren. Maar wat zou er dan in moeten? Het onderzoeksteam organiseerde een aantal interviews met patiënten, naastbetrokkenen, klinisch werkenden verpleegkundigen, ambulante werkende verpleegkundigen en een psychiater. We vroegen hen wat ze van het idee vonden, wat er in de film te zien zou moeten zijn om een goed beeld te schetsen en aan de klinisch werkenden vroegen we aan welke informatie ze dan behoefte hebben. Daarnaast vroegen we hoe de filminterventie gebruikt zou kunnen worden (Goossens e.a. 2018).

Iedereen vond het een goed idee. Vooral patiënten gaven aan dat het erg waardevol voor hen zou kunnen zijn als de medewerkers van de opnameafdeling een idee zouden hebben over hoe ze functioneren en omgaan met anderen als ze stabiel zijn. Medewerkers van de opnameafdeling bevestigden dit en gaven aan dat het voor hen erg waardevolle informatie op zou kunnen leveren om de individuele verpleegkundige zorg af te stemmen, te plannen en te evalueren. Het zou voor medewerkers van de opnameafdeling behulpzaam zijn om de zorg persoonsgerichter te verlenen, om zich te verbinden met de patiënt en om present te kunnen zijn. Zowel patiënt als hulpverleners gaven aan dat het zou kunnen helpen om stress bij de patiënt en de familie te helpen verminderen.

Iedereen was het er over eens. Het is aan de patiënt om te vertellen wat hij wel en wat hij niet wil vertellen en laten zien in een dergelijke film. De film zou maximaal 10 minuten mogen duren en patiënten geven aan dat ze wel wat ondersteuning zouden willen bij het voorbereiden van de opname in het schrijven van een script.

Patiënten vinden het belangrijk om te vertellen over hun dagelijkse bezigheden en hun routines. Ze willen iets vertellen over hun hobby's en zaken die belangrijk voor ze zijn. Hun werk of dagbesteding. Ook willen ze graag vertellen wat belangrijk voor ze is in het geval ze opgenomen zouden zijn. Medewerkers van de opnameafdeling willen vooral graag zien hoe de patiënt tijdens zijn stabiele toestand omgaat met anderen en ze willen zich een beeld kunnen vormen van het persoonlijke leven en het karakter van de patiënt. Ze willen verder graag dat de patiënt iets vertelt over zijn hobby's, dagelijkse routines en belangrijke normen en waarden.

Alle geïnterviewden gaven aan dat het belangrijk is dat de film thuis bij de patiënt wordt opgenomen omdat dat aanknopingspunten kan bieden voor gesprek en omdat de patiënt zich daar het meest op zijn/haar gemak voelt. De meeste patiënten geven aan dat het van groot belang is dat de film kan worden opgeslagen in hun Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en dat er in het signaleringsplan, het behandelplan en in de crisiskaart wordt beschreven dat er een film beschikbaar is. Patiënten geven aan dat ze naar alle waarschijnlijkheid geen USB stick met filmmateriaal zullen overhandigen tijdens een manisch fase. De familie zou dat wel kunnen doen, maar patiënten waren daarin zondermeer duidelijk: de film moet in het EPD.

Op de website van het SCBS Bipolaire Stoornissen van Dimence is alle informatie te vinden over deze interventie inclusief een informatiefolder, de topiclijst en aanbevelingen voor het opnemen van de film.

(<https://centrumbipolairestoornissen.dimence.nl/filminterventie-de-mens-achter-de-ziekte>)

## **6.2 Bij opname**

Als er een patiënt wordt opgenomen en uit het signaleringsplan, het behandelplan of de crisiskaart blijkt dat er een film is opgenomen in het kader van de filminterventie ga dan op zoek naar deze film. Mogelijk is hij beschikbaar via een link in het EPD of bewaart de familie de film op een USB stick. Bekijk de film, vorm je een beeld van de patiënt in zijn stabiele toestand, wijs je collega's op het bestaan van de film en gebruik de informatie bij het vormgeven, uitvoeren en evalueren van het verpleegplan en behandelplan.

## 7 De onderzoekers

**Prof. dr. Peter Goossens** is verpleegkundig specialist GGZ en senior onderzoeker bij het SCBS Bipolaire Stoornissen van Dimence te Deventer. Hij geeft leiding aan een onderzoekslijn naar zelfmanagement bij patiënten met een bipolaire stoornis en naar de verpleegkundige zorg voor patiënten met een acute manie. Tevens heeft hij een aanstelling als visiting professor bij het Universitair Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde aan de Universiteit van Gent te België.

**Drs. Thea Daggenvoorde** is onderzoeker bij het SCBS Bipolaire Stoornissen van Dimence te Deventer en daarnaast Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige bij het team Angst en Stemming van Dimence te Almelo. Tevens doet zij promotieonderzoek aan de Radboud Universiteit te Nijmegen naar de interventies van de crisisdienst bij het eerste contact bij patiënten met een acute manie of psychose.

**Bart Geerling** is verpleegkundig specialist GGZ en teamleider bedrijfsvoering bij het SCBS Bipolaire Stoornissen van Dimence te Deventer. Hij doet promotieonderzoek aan de Universiteit Twente naar de ontwikkeling van een App ter bevordering van het welbevinden bij patiënten met een bipolaire stoornis.

**Jacobine van Lankeren MscN** is verpleegkundig specialist in opleiding bij Pro Persona in Ede. Het onderzoek naar de ervaringen van patiënten met de verpleegkundige zorg was haar afstudeeronderzoek voor de studie verplegingswetenschap aan de Universiteit van Utrecht.

**Annelies Testerink MscN** is docent-onderzoeker bij Saxion Hogeschool te Deventer. Het onderzoek naar de ervaringen van naastbetrokken was haar afstudeeronderzoek voor de studie verplegingswetenschap aan de Universiteit van Utrecht.

**Rita de Velde Harsenhorst** is verpleegkundige in opleiding tot specialist bij Dimence. Het Delphi-onderzoek deed ze in het kader van haar opleiding bij opleidingsinstelling GGZVS te Utrecht.

**Drs. Anja Stevens** is psychiater en afdelingshoofd van het SCBS Bipolaire Stoornissen bij Dimence te Deventer. Zij doet promotieonderzoek aan de VU te Amsterdam naar het effect van slaapverstoring op postpartum psychopathologie bij zwangeren met een psychiatrische stoornis.

## 8 Referenties

- Daggenvoorde, T.H., Geerling, B., & Goossens, P.J.J. (2015). A qualitative study of nursing care for hospitalized patients with acute mania. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 186-191.
- Daggenvoorde, T.H., Geerling, B., & Goossens, P.J.J. (2016). Verpleegkundige zorg bij acute manie. *Tijdschrift voor ziekenverpleging*, 3, 48-51.
- De Graaf, R., Ten Have, M., Van Gool, C. & Van Dorsselaer, S. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van nemesis-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54(1), 27-38.
- De Velde Harsenhorst, H.J. & Goossens, P.J.J. (2018) Wat is de manie(r)? Een Delphi-onderzoek onder patiënten, naastbetrokkenen en professionals naar de gewenste verpleegkundige zorg aan patiënten, die met een acute manie opgenomen zijn op een gesloten opnameafdeling. *Onderzoeksverslag opleiding GGZVS*.
- Goossens, P.J.J., Daggenvoorde, T.H., Groot Lipman, M.G., Verhaege, S. & Stevens, A.W.M.M. (Accepted for publication) Show yourself, a short film to show professionals at an admission ward your 'euthymic being' during an admission for mania. *International Journal of Bipolar Disorders*.
- Goossens, P.J.J., Geerling, B. & van Bendegem, M. (2016) De bipolaire stoornis: de Life Chart Methode. In *GGZ-verpleegkunde in de praktijk*. Redactie: Van Meijel B. De Tijdstroom Utrecht
- Goossens, P.J.J., van Achterberg, T. & Knoppert - van der Klein, E.A.M. (2007) Nursing processes used in the treatment of patient with bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*. 16, 168-177
- Hummelvoll, J.K. & Severinsson E. (2002). Nursing staffs' perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 416-424
- Kupka, R.W., Goossens, P.J.J., van Bendegem, M., Daemen, P., Daggenvoorde, T.H., Daniels, M., e.a. (2015). *Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen*. De Tijdstroom, Utrecht
- Testerink, A.E., Van Lankeren, J.E., Daggenvoorde, T.H., Poslawsky, I.E., & Goossens, P.J.J. (2018). Caregivers experiences of nursing care for relatives hospitalized during manic episode: a phenomenological study. *Perspect Psychiatric Care*, 1-7.
- Van Lankeren, J.E., Testerink, A.E., Daggenvoorde, T.H., Poslawsky, I.E., & Goossens, P.J.J. (submitted). Patient experiences with nursing care during a manic episode: a qualitative study.

## 9 Colofon

Deze uitgave 'Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie' is een product van het SCBS Bipolaire Stoornissen, onderdeel van stichting Dimence.



Het SCBS Bipolaire Stoornissen biedt derdelijns zorg op het gebied van de bipolaire stoornis. Het centrum biedt behandeling, consultatie, diagnostiek en second opinions voor mensen met een bipolaire stoornis die onvoldoende kunnen worden geholpen in de eerste of tweede lijn. Daarnaast is er bijzondere aandacht voor innovaties, wetenschappelijk onderzoek en bieden we deskundigheidsbevordering (kennisdeling/-verspreiding) aan.

Een van de in deze uitgave genoemde innovaties is de filminterventie 'de mens achter de ziekte'. De ontwikkeling van deze interventie is mede tot stand gekomen met dank aan Eno/Salland Zorgverzekeringen.



Het SCBS Bipolaire Stoornissen is een van de 3 specialistische centra binnen de divisie Topreferente GGZ van Dimence. Dimence is een van de stichtingen binnen de Dimence Groep.

*Deze uitgave kwam tot stand op initiatief van Peter Goossens en Anja Stevens.*

*Verder werkten mee: Thea Daggenvoorde, Rita de Velde Harsenhorst, Jacobine van Lankeren, Bart Geerling en Tanja Dijk. Ralph Kupka, psychiater, hoogleraar bipolaire stoornissen VUMC en voorzitter van het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen, verzorgde het voorwoord.*

*Contactgegevens SCBS Bipolaire Stoornissen - Dimence*

**Telefoon** 0546 684 198  
**E-mail** scbs@dimence.nl  
**Website** scbs.dimence.nl  
**Twitter** @SCBSDimence

Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie

Peter Goossens en Anja Stevens

© december 2018, SCBS Bipolaire Stoornissen Dimence

ISBN 978-90-829771-0-3

Druk: Sonodruk Heino

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het SCBS Bipolaire Stoornissen van Dimence.

In 2015 verscheen bij uitgeverij 'de Tijdstroom' de derde herziene versie van de multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. Ten aanzien van de verpleegkundige zorg voor patiënten die met een acute manie opgenomen zijn op een (gesloten) opnameafdeling is de inhoud van de richtlijn zeer beperkt.

Het ontbreken van wetenschappelijk onderzoek naar deze verpleegkundige zorg gaf aanleiding om vanuit het SCBS Bipolaire Stoornissen van Dimence een onderzoeksprogramma op te starten naar de verpleegkundige zorg voor patiënten met een bipolaire stoornis, die met een acute manie op een opnameafdeling verblijven.

In deze uitgave brengen we verslag uit over de gevolgde methode, de resultaten van deze onderzoeken en geven we aanbevelingen voor de gewenste verpleegkundige zorg.