

Uit de praktijk: Als een wond niet geneest

D. de Veth, N. Hutten, T. Mulders, K. Van Stralen*

De term 'zelfbeschadiging' omvat alle vormen van beschadiging aan het eigen lichaam. Dit artikel beschrijft een vorm van zelfbeschadiging, een nagebootste stoornis⁽¹⁻⁴⁾, waarbij de patiënt de wond zelf in stand houdt. Aan de hand van een casus wordt, bij het bepalen van de etiologie, het 'niet pluis' gevoel van de hulpverleners beschreven. Als regievoerder zoek je naar de evidence based practise in de wondzorg. Wat zegt de literatuur over de omgang met nagebootste stoornissen? Hoe gaan we om met deze patiënten?

Casus bij opname

Patiënt van 37 jaar wordt bij ons opgenomen, in verband met een wond na een buikwandcorrectie, vanwege hypertrofisch littekenweefsel na een keizersnee acht jaar geleden. Sinds 2010 zijn er tien operaties geweest om de wond te laten sluiten. In een academisch ziekenhuis is recent nog een MRI gemaakt, omdat er twijfels waren over een fistel. Er is een grote achteruitgang van de wondgrootte die nattend is en riekt. Mevrouw heeft geen koorts en lage infectieparameters. Bestaansduur van de wond 51 maanden.

Voorgeschiedenis

Patiënt heeft hypertensie, astma en loopt met een stok vanwege bekkenklachten en versleten ruggenwervels. Patiënt heeft een opname gehad in een academisch ziekenhuis voor onderliggende systeemziekte, welke niet gevonden is. Er is een onverklaarbare reden voor bloedingsneiging. Patiënt rookt niet en gebruikt geen alcohol. Patiënt heeft een BMI van 32. Tijdens het eerste bezoek aan de wondpoli laat de wondbeschrijving volgens het TIME-model een wondafmeting zien van 4 x 2 x 2,5 cm met een ondermijning van 1 cm. De wond ruikt scherp en het weefsel is donkerrood -grijs, maar na debridement 100% rood. Patiënt geeft een VAS 7 als pijnscore. Ze geeft aan dat haar gezin de geur verschrikkelijk vindt. Gezien laatstgenoemde symptomen lijkt er sprake te zijn van een infectie. Ook is de wond nattend waardoor de wondranden verweekt zijn.

Start wondbehandeling

Op basis van de kweek (*haemolytische streptokokken* groep C) krijgt patiënt amoxicilline en clavulaanzuur 500/125 mg viermaal daags een capsule voor veertien dagen. Gestart wordt met een scherp debridement en negatieve druktherapie (NDT) op 75 mmHg. Deze druk is ingezet vanwege pijn bij hogere druk. De NDT faalt en de patiënt wordt emotioneel als we beginnen over opnieuw starten met NDT. Patiënt gaf aan dat de draaglast erg hoog was en dat

ze werd belemmerd in haar sociaal emotionele omgang met vrienden. De wonddiepte fluctueerde nogal, maar na vijf weken was de wond status quo. In het multidisciplinair overleg wordt besloten om de chirurg een biopt te laten nemen en het weefsel te laten onderzoeken. Het feit dat er steeds problemen zijn met de verbandmaterialen wordt geopperd of er sprake zou kunnen zijn van zelfbeschadiging. Er is telefonisch overleg met de huisarts van de patiënt. Dit met de vraag of er een psychiatrische voorgeschiedenis is en ons vermoeden op automutilatie. Patiënt voelde zich niet gehoord bij haar vorige huisarts en is pas sinds 2012 bij deze huisarts. Ze heeft twee kinderen en in het gezin zijn ook de nodige problemen. Er zijn kenmerken van Münchhausen. Door meerdere artsen is dit vermoeden geopperd, maar patiënt ontkent en er is nooit psychiatrisch onderzoek gedaan, patiënt houdt dit af. Biopt geeft aan dat reactief weefsel aanwezig is. Dit geeft dan aan dat er sprake kan zijn van ontstoken weefsel. Als dit de patiënt medegedeeld wordt, reageert ze erg emotioneel en vertelt dat er een rechtszaak loopt tegen de apotheek, vanwege het leveren van een te geconcentreerde hoeveelheid natriumhypochloriet (5% in plaats van 0,5%). Hierdoor is de huid verbrand. Mevrouw laat me allerlei foto's zien die dit aantonen. Patiënt zegt het flesje nog te hebben in de kast voor bewijsmateriaal. Dit verhaal geeft mij een naar 'onderbuik' gevoel. De wond is groter geworden en weer totaal bedekt met donkergekleurd weefsel.

Mevrouw laat me allerlei foto's zien die dit aantonen

Vervolg

Bij de volgende afspraak is de wond 25% groter. Ook zijn er duidelijk krabeffecten te zien. Patiënt reageert meteen emotioneel als we vragen of ze aan de wond gekrabbeld heeft. Nu afgesproken dat het verbandmateriaal wat we aanbrenge moet blijven zitten. Patiënt sloot zich op een gegeven

moment volledig van ons af en reageerde niet meer op vragen. Een dag later belt de thuiszorg van mevrouw dat zij geen vertrouwen meer in ons heeft. Mevrouw is boos dat we denken aan automutilatie. Ook geven ze aan dat het copinggedrag een weerslag kan hebben op de kinderen. De huisarts geeft aan dat ze over drie dagen een afspraak heeft bij hem. De huisarts gaat proberen om de patiënt toch naar ons te verwijzen. Andere opties zijn niet mogelijk, omdat er geen therapeutische opties meer zijn.

Een maand later volgt een gesprek met de patiënt en echtgenoot. Echtgenoot geeft aan dat zijn vrouw dagenlang van slag geweest is na het laatste bezoek aan de kliniek. Ze heeft de beschuldiging van automutilatie erg kwetsend gevonden, ook al is dit niet zo expliciet uitgesproken. Mijn collega maakt daarvoor zijn excuses. Tijdens het gesprek zit de patiënt er stilletjes bij en huilt een beetje. We spreken af dat we de wondzorg opnieuw opstarten, per direct. Onze verbazing is groot dat nu een maand later sinds we de wond gezien hebben, de wond 90% kleiner is geworden. Twee weken later is er volledige epithelialisatie. We geven adviezen voor nazorg en geven het advies dat, als de wond weer open gaat, ze van harte welkom is.

Herkenning van zelfbeschadiging

Zelfbeschadiging is het bewust en onbewust toebrengen van letsel aan het eigen lichaam, zonder de intentie te hebben het leven te willen beëindigen ^(5,6).

De term 'zelfbeschadiging' is de vertaling van het Engelse 'self-harm' en omvat alle gedragingen die verwondingen/letsel aan de eigen huid of het lichaam toebrengen. Zoals snijden, branden, krassen, krabben, haartrekken, hoofdbonken, voorwerpen in het lichaam brengen of schadelijke stoffen innemen ^(7,8).

Zelfverwonding kan bij iedereen voorkomen, maar bepaalde mensen lopen meer risico

Exacte cijfers over hoe vaak het voorkomt en bij wie zijn er dan ook niet. De schattingen lopen uiteen van 0,75% tot 5% van de bevolking. Bekend is wel dat het veel vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. Zelfverwonding kan bij iedereen voorkomen, maar bepaalde mensen lopen meer risico. Bijvoorbeeld mensen die traumatische ervaringen doormaken of hebben doorgemaakt, zoals verwaarlozing, mishandeling of seksueel misbruik ⁽⁷⁾.

Diversiteit

In literatuurstudies is geen bewijs te vinden dat de incidentie van zelfbeschadiging bijvoorbeeld varieert tussen verschillende etnische groepen, met uitzondering van

hogere aantallen bij jonge Aziatische vrouwen ⁽⁹⁾. Een onderzoek onder homoseksuele mannen, lesbiënnes en biseksuelen suggereert bij deze groep mensen een hoger aantal zelfbeschadigingen. Sommige groepen koppelen dit aan hun seksuele geaardheid ⁽¹⁰⁾. Echter, het rapport meldt ook hogere aantallen van pesten en slachtofferschap onder deze groepen, factoren die ook gekoppeld worden aan zelfbeschadiging.

De schatting is dat één op de vijf mensen, die zichzelf beschadigt, later zal sterven door zelfmoord

Het aantal zelfbeschadigingen is relatief laag in de vroege jeugd, maar groeit snel met het begin van de vroege adolescentie ⁽¹¹⁾. De meeste daden van zelfbeschadiging bij jonge mensen komen niet onder de aandacht van de zorgverlening ⁽¹²⁾ en het is ook waarschijnlijk dat ouders zich niet bewust zijn van het probleem ⁽¹³⁾. Hoewel het duidelijk een uiting van een noodsituatie is, is zelfbeschadiging bij jonge mensen vaak een teken van de aanwezigheid van andere problemen, die een belangrijke invloed op de uiting hebben. Zoals frequent misbruik, slechte aanwezigheid op school, lage schoolprestaties en onbeschermd seks ^(14,15). Andere belangrijke factoren onder jongeren zijn: pesten, huiselijk geweld, slachtofferschap en seksueel en fysiek misbruik onder kinderen. Hoewel het lijkt dat ouderen minder geneigd zijn tot zelfbeschadiging zijn de gevolgen vaak ernstiger. De schatting is dat één op de vijf mensen, die zichzelf beschadigt, later zal sterven door zelfmoord ^(16,17). Zelfbeschadiging komt veel vaker voor onder gevangenen dan onder de algemene bevolking. De helft van de vrouwelijke gevangenen in voorarrest hebben, op een bepaald moment in hun leven, te maken gehad met zelfbeschadiging en meer dan een kwart in het voorgaande jaar. De overeenkomstige cijfers bij mannen zijn ongeveer de helft van deze aantallen ⁽¹⁸⁾. Snijden en krassen is de meest voorkomende methode van zelfbeschadiging in de gevangenis. Een nagebootste stoornis (syndroom van Münchhausen) is een psychische aandoening waarbij de patiënt zichzelf bewust letsel toebrengt of ziektebeelden fingeert om aandacht te krijgen ⁽⁴⁾. In tegenstelling tot simulatie is de motivatie van diepgaande psychologische aard en niet uitsluitend materieel of rationeel. Er zijn bijvoorbeeld mensen die graag de rol van patiënt spelen, of zich alleen in zorgcentra of ziekenhuizen thuis voelen. Men spreekt dan ook wel eens van ziekenhuisverslaving, men heeft een sterke behoefte aan aandacht van dokters en andere hulpverleners. Er is dus geen externe bekrachtiging voor het gedrag. De gedragingen van de patiënt zijn opzettelijk, vrijwillig en doelbewust, maar hij heeft er geen controle over, het is eerder compulsief. De patiënt weet wat hij doet, maar niet waarom. Verder moet er onderscheid

gemaakt worden met een somatoforme stoornis waar de klachten niet bewust of vrijwillig worden nagebootst ⁽⁶⁾.

De patiënt weet wat hij doet, maar niet waarom

Vaak hebben mensen met dit syndroom veel medische kennis, hierdoor weten zij precies wat ze moeten doen om ziek te lijken. Voordat hun ziekte als Münchhausen wordt herkend hebben zij al vaak meerdere onderzoekstrajecten, ziekenhuisopnames en behandelingen achter zich liggen ⁽⁷⁾. Mensen met het syndroom van Münchhausen realiseren zich meestal niet dat ze eigenlijk alleen maar aandacht willen. Hier kan een persoonlijkheidsstoornis, zoals borderline, aan ten grondslag liggen. Door zichzelf te verwonden moeten zij worden behandeld, vaak intensief, en krijgen hierdoor aandacht ⁽¹⁹⁾. De zelfverwonding kan bestaan uit het snijden in de huid, het verbranden van de huid door middel van vuur of heet water en een bestaande wond moedwillig in stand willen houden.

Benadering en literatuur

Zoals uit de casus naar voren komt begint de diagnose 'zelfbeschadiging' bij onderbuikgevoelens, het 'niet pluis' gevoel. Welke stappen onderneem je als verpleegkundige en wat staat hierover in de literatuur?

Wanneer de diagnose 'zelfbeschadiging' aan het licht komt, verdwijnen de patiënten, omdat zij geen psychiatrische hulp wensen

Uit studie blijkt dat deze patiënten gezien worden in een algemeen ziekenhuis, vaak al door verschillende artsen en verpleegkundigen. De patiënt is zeer goed op de hoogte van de ziekte en de symptomen. Het personeel in een algemeen ziekenhuis krijgt nauwelijks scholing over dit onderwerp. Wanneer de diagnose 'zelfbeschadiging' aan het licht komt, verdwijnen de patiënten, omdat zij geen psychiatrische hulp wensen ^(3,20,21). Zij bezoeken jarenlang verschillende ziekenhuizen, zoals ook bij onze patiënt uit de casus ⁽²²⁾. Uit onderzoek blijkt dat bij een vroege herkenning een betere behandeling en prognose mogelijk is. Het is dus belangrijk te weten wat je met je onderbuikgevoelens moet doen ⁽³⁾. Hieronder volgen een aantal aanbevelingen uit de literatuur, die veelal gebaseerd zijn op casusbesprekingen en reviews.

- Bouw een goede objectieve anamnese op.
- Observeer de patiënt, is het verband verwisseld tussendoor?
- Verleen zorgvuldige wondzorg.

- Veroordeel niet.
- Bespreek in multidisciplinair team.
- Sluit lichamelijke oorzaken uit.
- Toon respect voor de patiënt en accepteer dat de toegebrachte schade een vorm van zelfbehoud is.
- Raak niet te betrokken, dit kan het gevoel van schaamte en schuldgevoel versterken.
- Blijf contact houden met de patiënt.
- Confronteer met empathie.
- Schakel psychische hulp in via andere psychische aandoeningen of stressgerelateerde uitingen.
- Zoek iemand die de patiënt verder kan begeleiden en een vertrouwensband heeft (bijvoorbeeld huisarts)
- Bescherm de patiënt tegen ingrijpende invasieve therapieën.
- Er zijn geen testen (indicatoren) die een nagebootste stoornis bewijzen, alleen bewijs van bedrog en vervalste klachten. Niveau van nood komt niet overeen met symptomen.
- Scholing voor verpleegkundigen en artsen ^(1-3,19-23).

Wet en regelgeving

Niet schaden en respect voor de autonomie van de patiënt is in deze een ethisch dilemma; hoe gaan we hier mee om? Wat als we luisteren naar ons onderbuikgevoel en de patiënt confronteren met zelfbeschadiging en deze absoluut geen psychische behandeling wil? Krijgen we steun van de instelling als er klachten komen over onze benadering? De belangrijkste plicht van de hulpverlener is het verlenen van goede zorg. Wij willen het beroep uitoefenen met normen en waarden, zoals geschreven in de beroepscode. Betrouwbaarheid, respect, eerlijkheid, rechtvaardigheid, niet schaden en respect voor de autonomie van de patiënt.

De beroepshouding maakt een zorgverlener zelf, het is een lastig te definiëren dimensie van het professionele handelen. In en door zijn beroepshouding maakt de zorgverlener zichtbaar vanuit welke persoonlijke betrokkenheid hij in de zorg staat, hoe moreel gevoelig hij is en door welke waarden hij zich laat motiveren en inspireren.

Literatuur

1. Kaldadak K, Cafry B, Benyass Y, et al. **Munchhausen Syndrome revealed by subcutaneous Limb emphysema: a case report.** Journal of medic. case reports, 2015;9:172.
2. Fritzsche K, Verifoff N, Linarisch A, et al, **Factitious disorder-fever and delayed wound healing.** Deutsch Med. Wochenschr, 2008;133:1004-6.
3. Krahn LE, Li H, O'Conner MK, et al. **Patient who strive to be ill: Factitious disorder with physical symptoms.** Am J. Psychiatry, 2003;160:3-8.
4. Asher R. MRCP The Lancet, 1951;339-41.
5. Warbout M. **Wondbehandeling bij patienten, die automutileren...complexe wondzorg?** WCS Nieuws 2013;29.

6. www.landelijkstichtingzelfbeschadiging.nl
7. www.zelfbeschadiging.info
8. Warbout M. **Wonden bij psychiatrische patiënten**. Vakinhoudelijk handelen. 2016, Erasmus MC.
9. Bhugra D, Desai M, Baldwin D. Attempted suicide in West London, I. **Rates across ethnic communities**. *Psychological Medicine*, 1999;29:1125-30.
10. King M, Mckeown E. **Mental Health and Social Wellbeing of Gay Men, Lesbians and Bisexuals in England and Wales**. *The British Journal of Psych*, 2003;183:552-8.
11. Hawton K, Hall S, Simkin S, et al. **Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000**. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003;44:1191-8.
12. Hawton K, Rodham K, Evans E, et al. **Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England**. *BMJ*, 2002;325:1207-11.
13. Meltzer H, Lader D, Corbin T, et al. **Non-Fatal Suicidal Behaviour Among Adults aged 16 to 74 in Great Britain**. The Stationery Office, 2002 www.clickanduse.hmsso.gov.uk.
14. Kerfoot M. **Deliberate self-poisoning in childhood and early adolescence**. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1998;29:335-45.
15. King RA, Chwab-Stone M, Flisher AJ, et al. **Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation**. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2001;40:837-46.
16. Lawrence D, Almeida O, Hulse G, et al. **Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia**. *Psychological Medicine*. 2000;30:813-21.
17. McIntosh JL. **Suicide in the elderly, Suicide Guidelines for Assessment, Management and Treatment**. Oxford University Press, 1992;106-24.
18. Meltzer H, Jenkins R, Singleton N, et al. **Non-Fatal Suicidal Behaviour Among Prisoners. Report based on Secondary Analysis of the ONS Survey of Psychiatric Morbidity Among Prisoners in England and Wales Carried Out in 1997 for the Department of Health**. London: Office for National Statistics, 1999.
19. Vecht-Bergh R. van den. **Automutilatie in het algemene ziekenhuis**. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1982.
20. Reich P, Gottfried LA. **Factitious disorders in a teaching hospital: an overview**. *Ann Intern Med*, 1983.
21. Nielsen K, Jeppesen M, Simmelsgaard L. **Self-Inflicted Skin diseases: A retrospective Analysis of 57 patient with dermatitis artefacta in a Derm. Department**. *ActaDerm. Venerol*, 2005;85:512-5.
22. Bass C, Halligan P. **Factitious Disorders for clinical assessment and management**. *Lancet*, 2014.
23. Moffaert MM van. **Intergration of medical and psychiatric management self- mutilation**. Gent, België, 1991.

* D. de Veth, wondconsulent, Da Vinci kliniek, Geldrop
 N. Hutten wondconsulent,
 T. Mulders, wondconsulent, Middin, Rotterdam
 K. van Stralen, wondconsulent, Laurens, Rotterdam