

HERKENNEN EN BEJEGENEN

Bronnenmemo: wat NAH is en wat het niet is

Bronnen

Zorg & begeleiding

Gemeente & netwerk

8 min

Dit bronnenmemo is opgesteld voor begeleiders, behandelaars, casemanagers en Wmo-consulenten binnen de VVT, VG, GGZ en revalidatie. Het helpt om gedrag dat voortkomt uit niet-aangeboren hersenletsel (NAH) objectief te observeren en te de-escaleren. Het memo is informatief en vervangt geen klinische diagnostiek of medisch advies.

NAH is voor iedereen anders. De voorbeelden hieronder laten patronen zien. Kijk altijd naar de persoon zelf.

1 Kernfeiten: de realiteit van het hersenletsel

- **Definitie.** NAH is elke afwijking of beschadiging van het hersenweefsel die na de eerste levensmaand na de geboorte is ontstaan (Hersenstichting). Het is geen medische diagnose, maar een overkoepelende verzamelnaam.
- **Breuk in de levenslijn.** NAH markeert een abrupte en onomkeerbare breuk in de levenslijn. Het deelt het leven op in een 'vóór' en een 'ná' het letsel.
- **Traumatisch.** Ontstaat door krachten van buitenaf, zoals een verkeersongeval, val of geweld. Dit leidt vaak tot diffuse axonale schade (DAI): het microscopisch scheuren van witte stofbanen, wat vaak niet zichtbaar is op standaard CT- of MRI-scans.
- **Niet-traumatisch.** Ontstaat door processen in het lichaam, zoals een beroerte (infarct of bloeding), hersentumoren, infecties (meningitis, encefalitis), zuurstofgebrek (na reanimatie of verdrinking) of neurotoxiciteit.
- **Zichtbaar en onzichtbaar.** Fysieke symptomen (zoals verlamming of ataxie) vallen direct op. De cognitieve, sensorische en emotionele gevolgen zijn onzichtbaar voor de buitenwereld. Dit leidt in de chronische fase vaak tot overschatting.
- **Neurofatigue (hersenmoeheid).** Het beschadigde brein moet processen die eerst automatisch gingen bewust compenseren en omwegen gebruiken. Dat

kost veel meer energie dan voorheen.

Bron ontbreekt. Het oorspronkelijke memo noemt hier '3 tot 5 keer meer energie' en een 'accu die de dag op 40% start'. Voor deze getallen staat geen bron in het memo. Ze zijn daarom hier niet als feit overgenomen.

2 Mythes en misverstanden in de zorg

De onzichtbare gevolgen van NAH worden in de zorgpraktijk nog vaak uitgelegd als psychologische of karakterologische tekortkomingen. Dit zijn vier hardnekkige misvattingen.

“De cliënt is lui, passief of ongemotiveerd.”

Het gaat om een executieve initiatiestoornis (schade aan de prefrontale cortex of frontaalkwab). Er is sprake van neurologisch onvermogen, niet van een gebrek aan motivatie.

“Het gedrag is onwil, manipulatie of een karakterfout.”

Snelle prikkelbaarheid, rigiditeit of plotselinge boosheid ontstaan door een beschadigde emotieregulatie en impulscontrole in de prefrontale cortex. De remming (inhibitie) werkt niet meer goed.

“De cliënt luistert selectief of is bewust onoplettend.”

De filterfunctie van de thalamus (selectieve aandacht) valt uit. Prikkelers zoals stemmen, het zoemen van een koelkast of licht komen ongefilterd even hard binnen. Het brein raakt overspoeld en kan bijzaak en hoofdzaak niet meer scheiden.

“Dit gedrag wijst op dementie of een psychiatrisch beeld.”

NAH is wezenlijk anders dan psychiatrie of progressieve dementie. Het is een stabiel letselbeeld, vaak versterkt door anosognosie (een neurologisch defect in het zelfinzicht).

3 Drie praktijkvoorbeelden

Deze drie scenario's laten zien hoe verborgen hersenschade zich in de dagelijkse praktijk kan uiten.

De adrenaline-valstrik

Een cliënt functioneert tijdens een overleg een half uur lang scherp, alert en energiek. Direct daarna zakt hij in elkaar, reageert traag of verlaat abrupt de ruimte.

Verklaring. Het brein draait tijdelijk op adrenaline om de schade te maskeren. Daarna is de reserve op.

Vastlopen in een automatische routine

Een cliënt die al jaren zelf koffie inschenkt, knoeit plotseling, schenkt de kopjes te vol of raakt de draad kwijt zodra de radio aanstaat en een collega tegelijk een vraag stelt.

Verklaring. Dit is geen lompheid of dementie. Door te veel tegelijk (geluid, spraak en een handeling) valt de selectieve aandacht uit.

Ontkenning van beperkingen (anosognosie)

Een cliënt met een halfzijdige verlamming probeert steeds zonder hulp op te staan, of weigert zijn pacingschema te volgen omdat 'er niets aan de hand is'.

Verklaring. Dit is geen koppigheid, maar anosognosie: schade aan de rechter pariëtale kwab waardoor het brein de eigen uitval niet kan registreren.

4 Valkuilen voor professionals

- **Direct labelen en psychiatiseren.** Onbegrepen gedrag (zoals agitatie, confabulaties of apathie) meteen zien als een psychiatrische stoornis, persoonlijkheidsproblematiek of oncoöperatieve houding, in plaats van de neurologische bron te onderzoeken.
- **Overschatting bij indicaties.** Ervan uitgaan dat iemand die er goed uitziet en een uur gezellig kan praten, ook een volledige dagtaak volhoudt. Een voorbeeld uit de praktijk: het UWV legde een cliënt zwaar werk in de plantsoendienst op omdat hij 'graag buiten was met zijn hondje', terwijl het uitlaten van de hond hem al in een uitputtingscrash van twee uur bracht.
- **Te snel overnemen.** Het initiatief volledig overnemen bij passiviteit, waardoor de cliënt afhankelijker wordt. Vaak is externe structuur of pacing nodig, geen overname.

5 Effectieve bejegening: wat wel werkt

Professionals hoeven geen diagnose te stellen om goed te handelen. Drie praktische strategieën:

1. **Objectief observeren en registreren.** Geen label als 'cliënt is opstandig', maar concreet gedrag in de context van prikkels: 'bij een draaiende stofzuiger en gelijktijdige spraak reageert cliënt na 2 minuten met stemverheffing'. Zo worden patronen van overprikkeling zichtbaar.
2. **Schakeltijd en landtijd.** Geef het brein tijd om gesproken taal te verwerken (de 10-secondenregel). Introduceer 'landtijd' bij binnenkomst.
3. **Pacing en structuur.** Help bij het verdelen van taken in kleine stappen. Stimuleer rustmomenten vóórdat de uitputting optreedt. Respecteer een 'nee' of afzegging als een gezonde grens.

6 Bronnen

1. Hersenstichting. Richtlijnen en definities van niet-aangeboren hersenletsel (NAH).
2. Hersenstelsel-uitleg.nl. Onderzoek naar thalamus-filteruitval, zintuiglijke overprikkeling (h-ZZO) en misvattingen.
3. Kennisplein Gehandicaptensector. Signaleringslijsten en de 7 klinische signalen voor NAH.
4. Radboudumc en Siza / Hersenz. Kaders van neurofatigue, pacing en communicatieregels.
5. Thomas More (Zorgnetwerk). Richtlijnen voor arbeidsparticipatie en de anamnese van onzichtbare gevolgen.

Auteur: Paul Evers, NAH-ervaringsdeskundige en ICT-expert. In deze webversie zijn alleen leestekens en enkele formuleringen aangepast voor leesbaarheid.