

# Revalidatie na CVA

Informatie voor patiënten en familie



## Inleiding

Met deze brochure willen we patiënten en hun familie inlichten over de wijze waarop in ZNA de revalidatie na een CVA verloopt. Deze revalidatie gebeurt door een multidisciplinair team. Dit team staat onder leiding van een revalidatiearts en bestaat uit meerdere disciplines waaronder revalidatieverpleegkundigen, zorgkundigen, kinesisten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, psychologen en de dienst patiëntenbegeleiding. Verder is er een nauwe samenwerking met de arts interne geneeskunde. In deze brochure stelt elke discipline van het revalidatieteam zichzelf voor en beschrijft waaruit hun taak bestaat. Deze brochure is veelomvattend en wordt gebruikt ter ondersteuning van verdere mondelinge informatie. Indien je na het lezen ervan, nog vragen hebt, kan je steeds bij de teamleden terecht.

## Algemene informatie

### Het revalidatieziekenhuis

In de eerste fase na de beroerte verbleef de patiënt in het acuut ziekenhuis. Vervolgens werd hij naar ons ziekenhuis ZNA Sint-Elisabeth overgebracht voor revalidatie. Tijdens de revalidatie is er aandacht voor zowel lichamelijke, geestelijke als sociale factoren. Voor elke patiënt wordt een persoonlijk aangepast oefenschema ontwikkeld. Van bij de start van de revalidatie worden hierbij doelstellingen bepaald en nagestreefd. Alle verschillende disciplines maken een verslag op van de vorderingen die de patiënt maakt. Wekelijks worden deze vorderingen tijdens een teamvergadering besproken. Het volledige revalidatieteam is hier aanwezig, wat sterk bijdraagt tot een vlotte samenwerking.

Wij beschouwen de familie als een volwaardig en belangrijk lid van het revalidatieteam. Daarom wordt in deze brochure, naast het werk van de verschillende disciplines, sterk de nadruk gelegd op wat de familie zelf kan doen om de patiënt te helpen bij het soms lange en moeizame herstel.

## Beroerte

### Wat is een beroerte?

In de volksmond wordt er gesproken over een toeval of attaque. In het Nederlands is de naam een beroerte. In het medisch jargon zal meestal de term CVA gebruikt worden. Dit is de afkorting van Cerebro-Vasculair-Accident. Vrij vertaald betekent dit: iets dat fout loopt in de bloedvaten van de hersenen.

### Oorzaken van een beroerte

Er zijn twee soorten oorzaken. Ofwel gaat het om een hersenbloeding als gevolg van een gesprongen (gebarsten) bloedvat, ofwel om een verstopt bloedvat. In beide gevallen sterft een deel van de hersenen af.

### Risicofactoren voor een beroerte

Volgende risicofactoren kunnen een rol spelen bij CVA:

#### Leeftijd

Op oudere leeftijd neemt de kwaliteit van de wanden van de bloedvaten af. De kans op een CVA neemt hierdoor toe.

#### Hoge bloeddruk

Hoge bloeddruk kan de bloedvaten onder spanning zetten waardoor ze kunnen scheuren. Roken, te weinig bewegen, overgewicht en het overmatig gebruik van zout en alcohol bevorderen een hoge bloeddruk.

#### Hoge cholesterol

Sterk verhoogde cholesterol verhoogt de kans op slagaderverkalking.

#### Diabetes

Diabetes gaat gepaard met slagaderverkalking en geeft bijgevolg een verhoogd risico op CVA.

## Weinig lichaamsbeweging

Lichaamsbeweging bevordert de conditie van het hart en de bloedvaten en vermindert de kans op overgewicht.

## De hersenbloeding

Wanneer een bloedvat in de hersenen springt, volgt er – net zoals op elke andere plaats in ons lichaam – een bloeding. In dit geval wordt er gesproken van een hersenbloeding. Omdat de hersenen zeer nauw in de hersenvliezen passen en deze op hun beurt in de schedelholte is er geen plaats voor een bloeditstorting. Wanneer een bloeding in de hersenen plaatsvindt, zal bijgevolg een stuk hersenweefsel onder druk komen te staan, waardoor de hersencellen in dit gebied kunnen afsterven.

De door ouderdom vaak broos geworden slagaders in de hersenen verdragen minder goed een sterk verhoogde bloeddruk, waardoor zij kunnen scheuren. Een andere oorzaak is een abnormaal gevormd bloedvat (aneurysma) dat scheurt. Doordat dit een aangeboren afwijking is, zijn meestal tamelijk jonge mensen hiervan het slachtoffer.

## Een verstopt bloedvat

Een herseninfarct ontstaat wanneer een slagader verstopt geraakt. Een deel van de hersenen krijgt op die manier geen bloed en bijgevolg geen zuurstof meer en zal afsterven. Hoe belangrijker het bloedvat, hoe groter het stukje hersenen zal zijn dat verloren gaat. De verstopping van de slagader kan op twee manieren gebeuren:

- Een bloedklonter geraakt elders in het lichaam los en wordt met de bloedstroom meegenomen. Deze klonter kan een bloedvat blokkeren. Wanneer dit in de hersenen gebeurt, wordt er gesproken van een hersenembolie.
- Slagaderverkalking kan eveneens een afsluiting van een slagader veroorzaken. Vetneerslag in de wand, die vervolgens verkalkt, kan zo dik worden waardoor de slagader uiteindelijk volledig verstopt geraakt. Een andere mogelijkheid is dat zich op zo'n vernauwing een bloedklonter (trombose) vormt die de bloeddorstrooming zal blokkeren.

Het gevolg van een hersenbloeding en -infarct is in feite hetzelfde: er sterft plots een stukje hersenweefsel af. De omvang van het hersenweefsel dat verloren ging, bepaalt niet steeds de ernst van de gevolgen. Veel hangt af van de plaats in de hersenen en welke verbindingen het stukje had met andere hersengebieden. Of met andere woorden: hoe belangrijk was de rol van het stukje dat verloren ging, bij de werking van de hersenen als één geheel?

### **Gevolgen van een beroerte**

Elke patiënt is verschillend. Toch zijn er grote lijnen te onderscheiden die zich bij het merendeel van de patiënten manifesteren. Dit heeft te maken met de opbouw van de hersenen. Je kan de hersenen vergelijken met een halve walnoot in haar schaal. De twee hersenhelften zijn elkaars spiegelbeeld. Hoewel ze sterk op elkaar lijken hebben ze toch een verschillende functie. Het zijn als het ware twee computers met verschillende programma's. Elke computer heeft zijn plaats en taak in de hersenen.

In deze kader wordt het onderscheid in mogelijke gevolgen bij een CVA in de linker- en rechterhersenhelft schematisch voorgesteld.

## Gevolgen bij een CVA in

De linker hersenhelft	De rechter hersenhelft
<b>Lichamelijke gevolgen:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Hemiplegie/hemiparese rechts</b> (gehele/gedeeltelijke verlamming van de rechter lichaamsszijde, verhoogde spierspanning en gevoelsstoornissen).</li> <li>➤ Uitval van het gezichtsveld aan de rechterkant van beide ogen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Hemiplegie/hemiparese links</b> (gehele/gedeeltelijke verlamming van de linker lichaamsszijde, verhoogde spierspanning en gevoelsstoornissen).</li> <li>➤ Uitval van het gezichtsveld aan de linkerkant van beide ogen.</li> </ul>
<b>Emotionele gevolgen:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gebrekkig zelfvertrouwen en somberheid, afgewisseld met machteloze woede.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Veranderd gevoel voor humor</li> <li>➤ Vlakkere emoties, waardoor de patiënt onverschillig overkomt.</li> </ul>
<b>Gevolgen voor gedrag:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Langzaam, onzeker en angstig gedrag, doordat de patiënt zich goed bewust is van wat er aan de hand is. Neiging zich terug te trekken en afname initiatief.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Geen of verminderd ziekte-inzicht → overmoedig en riskant gedrag, ongevoeligheid voor correcties of adviezen.</li> <li>➤ Impulsiviteit en gejaagdheid → Patiënt ziet er onrustig en chaotisch uit. Er kan geen structuur en orde aangebracht worden.</li> </ul>

## De linker hersenhelft

## De rechter hersenhelft

## Cognitieve gevolgen:

- **Agnosie:** het niet meer kunnen herkennen van voorwerpen, geluiden of gezichten, hoewel de zintuigen wel werken.
  - **Neglect rechts:** minder aandacht voor de door de beroerte aangedane lichaams-zijde en de ruimte daar omheen.
  - **Afasie:** moeilijkheden met taal: spreken, taalbegrip, lezen, schrijven. De mate van afasie kan erg verschillend zijn van persoon tot persoon.
  - **Dysartrie:** onduidelijke spraak, doordat de spieren voor het spreken (tong, wang, lippen) zijn verlamd. Hierdoor worden de woorden vervormd en minder verstaanbaar. Dit kan ook komen doordat de ademhaling en de stem niet goed samenwerken (zachtere stem, hakkelende spraak met onverwachte pauzes).
  - **Apraxie:** de patiënt weet niet meer goed hoe hij moet handelen.
  - Moeite hebben met het onthouden van de volgorde van gebeurtenissen.
  - De begrippen links en rechts worden verwisseld.
  - **Rekenen:** zelfs eenvoudige sommen kunnen problemen opleveren.

- **Agnosie:** het niet meer kunnen herkennen van voorwerpen, geluiden of gezichten, hoewel de zintuigen wel werken, ook is soms het ruimtelijk voorstellingsvermogen verminderd.
  - **Neglect links:** minder aandacht voor de door de beroerte aangedane lichaamszijde en de ruimte daar omheen.
  - Stoornissen in waarnemen en denken
  - Onduidelijke spraak
  - Verkeerd inschatten van tijd
  - Geen/verminderd ziekte-inzicht

Hier volgt een verdere verduidelijking van alle begrippen uit bovenstaande kader en worden een aantal tips gegeven in de omgang met deze problemen.

### Lichamelijke gevolgen

- **Hemiplegie** (geen beweging meer mogelijk)/**hemiparese** (nog wel beweging mogelijk) aan een kant van het lichaam. Op de overgang van de hersenen naar het ruggenmerg vindt een kruising van de zenuwbanen plaats. Dit zijn de zenuwbanen van de tast en voor de aansturing van de spieren. Hierdoor is het linker deel van de hersenen verantwoordelijk voor de aansturing van spieren in het rechter deel van het lichaam, en andersom. Wanneer de beroerte de rechterhersenhelft treft zal dus de linker lichaamshelft verlamd zijn. Dit wordt een linkszijdige verlamming of hemiplegie genoemd. De gedeeltelijke of volledige verlamming van de linker of rechter lichaamshelft valt dadelijk op. In de eerste dagen/weken zijn de spieren aan de verlamde kant meestal slap (hypotoon), geleidelijk komt er spasticiteit (spanning) in de spieren. De spasticiteit is nooit gelijkmatig, maar leidt tot een voorkeurshouding, die afwijkt van de gewenste houding.
- **Halfzijdige gevoelsstoornissen:** Vrijwel altijd aan de kant van de verlamming. Welk gevoel verminderd is (pijn, warmte, koude, houding, beweging, tast), is van persoon tot persoon verschillend. Elke vorm van gevoelsstoornis heeft bijbehorende kenmerken en risico's.
- **Hemianopsie:** Het gedeelte van het gezichtsveld aan de kant van de verlamming is uitgevallen. Dit komt niet door de ogen, maar door de hersenbeschadiging. Zo kan bij rechtszijdige verlamming de rechterhelft van het gezichtsveld van beide ogen weggevallen zijn. Het is alsof je om je heen zou kijken door een bril waarvan de rechterhelft van elk glas is afgeplakt met een kleefband.
- Hemianopsie is geen aandoening van de ogen zelf, maar wel van de hersenen. Aanpassingen van de brilglazen en het consulteren van de oogarts heeft daarom weinig zin.
- **Slikstoornissen:** Vooral in de eerste dagen na een CVA. Dit wordt verder verduidelijkt in het hoofdstuk logopedie en diëtiëk.
- **Constante vermoeidheid,** zeker in de eerste maanden.



- **Incontinentie** voor urine en/of stoelgang
- **Obstipatie**, meestal als gevolg van het minder bewegen
- **Schouderpijn** in de verlamde schouder.
- **Epilepsie**: De grootste kans hierop bestaat in de eerste maanden na de CVA.
- **Depressie**: organisch of reactioneel

### Preventie van lichamelijke problemen tijdens het herstel

Het natuurlijke herstel van een beroerte moet goed gevolgd worden. Er zijn soms afwijkingen in het herstel die latere revalidatie in erge mate kunnen bemoeilijken.

### Voorkomen van spasticiteit

#### Wat is spasticiteit?

Dit kunnen slecht opgevoede ruggenmergreflexen genoemd worden. Reflexen die de vrije teugel kregen. Zij maken dat hand, pols en elleboog aan de aangedane zijde tegen het lichaam gebogen worden in een dwanghouding. Het been daarentegen wordt meestal gestrekt. Wanneer spasticiteit ongeremd aanwezig is, zal elke poging tot beweging deze dwanghouding alleen maar versterken. Dit betekent een ernstige handicap, want hierdoor wordt elke nuttige beweging in het dagelijkse leven onmogelijk. Willen we de patiënt leren normaal bewegen dan moet eerst en vooral de spasticiteit onderdrukt worden. Dit is de basisvoorwaarde voor revalidatie na een beroerte. Spasticiteit treedt meestal pas na één tot twee maanden na de beroerte op en soms nog later. Halfzijdig verlamde patiënten na een hersenbloeding zullen sterker spastisch worden dan na een herseninfarct.

Spasticiteit die mogelijk aanwezig is, kan plots opflakkeren in alle hevigheid als gevolg van de inspanning. Hoesten en, eigenaardig genoeg, ook geeuwen, kunnen dergelijke reacties oproepen. Deze reacties kunnen tevens toenemen als gevolg van andere medische problemen. Dit wordt in de medische vaktaal geassocieerde reacties genoemd.

### Positioneren om spasticiteit te voorkomen

Spasticiteit kan in belangrijke mate voorkomen worden. Hiervoor is het noodzakelijk dat de patiënt van bij het begin van de revalidatie gepositioneerd wordt in spasticiteitsremmende houdingen en dat geassocieerde reacties vermeden worden. Met positioneren bedoelen we de patiënt in zo'n houding laten stilliggen of -zitten zodat hierdoor enerzijds zijn comfort verhoogd wordt en anderzijds het ontstaan van spasticiteit afgeremd wordt. Positioneren is dus een belangrijk onderdeel van de behandeling, alhoewel er ogenschijnlijk niets gebeurt! Het positioneren loopt als een rode draad door de behandeling. Als de patiënt voortdurend juist gepositioneerd wordt, kan spasticiteit voorkomen worden of sterk verminderen. Tijdens het positioneren wordt er op vaste tijdstippen een opblaasbare armpalk minimum gedurende een uur aangelegd omdat dit in belangrijke mate meehelpt om de spasticiteit te onderdrukken. Ook wanneer de patiënt naar huis terugkeert, dienen deze maatregelen te worden verdergezet. Het aanschaffen van een eigen pneumaspalk voor de arm is daarom aanbevolen en kan via de ziekenhuisapotheek. Bovendien kan het gebruik van een pneumaspalk aangeleerd worden aan familie.

Bij opname in het ziekenhuis wordt de patiënt met een beroerte meestal gepositioneerd in een rolstoel met stevige zit en rug en voorzien van een rolstoeltafel. Is de arm nog verlamd dan is het positioneren van de verlamde arm noodzakelijk om een uitgezakte schouder, pijn, een gezwollen hand en spasticiteit te voorkomen. Daarom laten we de arm op een speciale rolstoeltafel rusten. Op een bepaald moment kan de rolstoeltafel worden weggenomen om zelfstandige verplaatsing met de rolstoel te stimuleren of om het gebruik van beide armen te bevorderen.

Laat deze beslissing aan het behandelend team over. Ook het verlamde been dient in de goede houding gepositioneerd te worden. Om spasticiteit tegen te gaan dient de voet plat op de voetsteun te staan en deze moet zo van hoogte worden geregeld dat de knie in een rechte hoek geplooid is.

## Voorkomen van een pijnlijke schouder



Aan de verlamde zijde is de schouder zeer kwetsbaar. Verkeerd tillen van de patiënt is de voornaamste oorzaak van een pijnlijke schouder, die vaak moeilijk te behandelen is. Grijpen onder de oksel en vooral trekken aan de verlamde arm dienen ten stelligste vermeden te worden.

Tijdens de therapie wordt de patiënt er attent op gemaakt dat hij ook zelf zorg moet dragen voor zijn arm. Om een pijnlijke schouder te voorkomen worden volgende maatregelen genomen:

- Er wordt een armbandje rond de verlamde bovenarm aangebracht, zodat iedereen duidelijk ziet dat men voorzichtig dient te zijn en er aan herinnerd wordt de juiste tiltechniek te gebruiken.
- Wanneer dit enigszins mogelijk is, leren wij de patiënt zorg te dragen voor zijn aangedane arm.
- Het correct positioneren van de arm en de schouder wanneer de patiënt in bed ligt of in een rolstoel zit, draagt eveneens bij tot het vermijden van schouderklachten. Bij het positioneren op de verlamde zijde, mag de patiënt niet op de schouder gelegd worden, maar dient deze naar voor gebracht te worden. We waken er ook over dat de patiënt zich niet spontaan op de schouder draait.

## Cognitieve gevolgen

- **Aandachts- en concentratiestoornissen:** Vertraagde snelheid van informatieverwerking, tragere denksnelheid, moeilijkheden met het concentreren en gerichte / verdeelde aandacht.
- **Geheugenstoornissen:** Problemen in de opslag van informatie in het korte termijn geheugen, problemen in de overdracht van de informatie naar het lange termijn geheugen, problemen bij het oproepen van opgeslagen informatie. Geheugenstoornissen kunnen in drukke situaties erger zijn.
- **Stoornissen in de planning en uitvoering van doelgerichte activiteiten:** Problemen met het formuleren van doelen, het plannen en uitvoeren van activiteiten. Het resultaat kan verminderen door o.a. gebrek aan ziekte-inzicht.
- **Stoornissen in de waarneming en de beoordeling:** Negeren van alles (lichaam en omgeving) aan de verlamde zijde van het lichaam (neglect), hemianopsie (blindheid in een deel van het gezichtsveld), moeite hebben met het herkennen van voorwerpen en afbeeldingen (agnosie), moeite hebben met het gebruiken van voorwerpen (apraxie), het niet snel kunnen overzien van wat men voor zich heeft en stoornissen in het ruimtelijk waarnemen.
- **Een gestoorde waarneming van plaats** is bij **linkszijdige verlamming** niet uitzonderlijk. Hiermee wordt het vermogen bedoeld om van mensen en voorwerpen, de grootte, de plaats en de snelheid van bewegen waar te nemen. Hierbij hoort ook het schatten van vormen en verhoudingen. Bovendien is het beleven van het eigen lichaam vaak gestoord. Er wordt gesproken van een **gestoord lichaamsschema**. Dit gaat zo ver dat voor de patiënt de linkerhelft niet meer tot zijn lichaam behoort; zelfs helemaal niet meer bestaat. Zo zal je frequent de linkerarm van een patiënt met neglect naast de rolstoel zien bengelen en raken zijn vingers niet zelden klem tussen de spaken van het wiel. De patiënt zijn linkerarm is als het ware de zijne niet meer. Een gestoorde waarneming van plaats kan veel problemen geven bij zelfverzorging en eenvoudige handelingen uit het dagelijkse leven. De patiënt lijkt onwaarschijnlijk onhandig.

Daarom is het aan te raden de taken in kleine stapjes te verdelen en hem mondeling te begeleiden. Het helpt wanneer de omgeving ordelijk is, wanneer alles een vaste plaats heeft. Verder verwarren deze patiënten vaak voor- en namiddag, winter en zomer, en raken niet wijs uit dag en maand wanneer je naar de datum vraagt. Hun **tijdsbeleving (oriëntatie in de tijd)** blijkt gestoord. Hier kan je ook wat aan doen: regelmaat in het dagelijkse leven geeft de patiënt terug een houvast. Opstaan, bedtijd, maaltijden, behandelingen en tv-programma's zorgen voor een vaste dagindeling.

- Een **combinatie van gestoorde waarneming van plaats en een gestoord lichaamsschema** leidt tot wat in het medisch jargon neglect genoemd wordt. Voor de patiënt bestaat de linkerhelft van de kamer rondom hem niet en de linker lichaamshelft hoort er evenmin bij. Dit leidt soms tot onbegrijpelijke situaties: de patiënt eet bijvoorbeeld uitsluitend de rechterhelft van zijn bord leeg. De verklaring is: als gevolg van neglect bestaat gewoon de linkerhelft niet.
- **Communicatiestoornissen:** moeite hebben met het vormen van taal of met het begrijpen van taal (afasie), woordvindingsproblemen, problemen in de non-verbale communicatie (door middel van aanwijzen, gebaren, etc.), te veel praten en breedsprakigheid, informatie letterlijk nemen in plaats van symbolisch, gebruik van vreemde woorden / zinnen, soms woordherhaling en aangedane spraak door verlamming van spieren die hiervoor nodig zijn (dysartrie).

### Emotionele gevolgen

- **Primaire emotionele gevolgen:** Zijn het directe resultaat van de schade aan de hersenen. Er kunnen zich persoonlijkheidsveranderingen voordoen (rem op emoties is weg, niet meer kunnen nuanceren, sociaal gedrag, vloeken, agressie, snel huilen, een geprikkelde stemming, depressies en overspannenheid. Snel moe, gevoelig voor licht, drukte en lawaai), maar dit is zeker niet bij iedereen zo.
- **Secundaire emotionele gevolgen:** Ontstaan als reactie van de getroffene op de vaak vreemde symptomen van het hersenletsel.
- **Rouwreacties** als gevolg van het verlies van een functie of de 'oude' manier van leven.

### Gedragmatige gevolgen

- **Verstoorde sociale waarneming en sociaal bewustzijn:** Naarmate de hersenbeschadiging toeneemt, neemt de mogelijkheid tot zelfbewustzijn (en de zelfbeoordeling) af.
- **Verstoorde controle:** Impulsiviteit, rusteloosheid, ongeduld, niet in staat zijn tot spontaniteit en flexibiliteit.
- Niet in staat zijn te leren van ervaringen.
- **Catastrofe-reactie:** Een sterk emotionele reactie, vooral bij confrontatie met dingen die niet goed gaan. De patiënt kan echter ook onverschillig reageren.
- **Specifieke emotionele veranderingen:** Verhoogde reactiviteit/impulsiviteit of juist overdreven passiviteit en gelatenheid, prikkelbaarheid, kinderlijkheid, ontremming, opvliegendheid, agressie, toegenomen/afgenomen seksuele interesses, dwanglachen/dwanghuilen. Zo kan een patiënt na een beroerte bij de minste aanleiding in dwanghuilen of lachen uitbarsten. Het is alsof een aantal remmingen die er vroeger waren, nu zijn weggevallen. Soms kan een gewone vraag leiden tot een niet te troosten huilbui.

Het best reageer je hierop door de aandacht af te leiden of door de huilbui te negeren en het gesprek op normale toon voort te zetten.

- **Verlies van zelfredzaamheid:** Dit kan leiden tot frustraties, woede-uitbarstingen, gevoelens van machteloosheid en depressiviteit.

Bij patiënten met een **rechtszijdige verlamming** is het **ziekte-inzicht** bewaard. Hierdoor voelt de patiënt zich zeer ernstig gehandicapt. Angstig en voorzichtig gedrag kan zich als gevolg hiervan voordoen. Het lijkt alsof de patiënt niets meer kan, zodat hij vaak onderschat wordt. Dit kan ertoe leiden dat de patiënt niet maximaal door de omgeving gestimuleerd wordt en krijgt hij de indruk dat men hem laat vallen. Belangrijk is om de patiënt moed te blijven inspreken, vooral de directe omgeving. Patiënten met een rechtszijdige verlamming hebben veel steun, informatie en vooral veel aanmoediging nodig. Hier is een belangrijke rol voor de familie weggelegd. Patiënten met een **linkszijdige verlamming** hebben daarentegen meestal een **verminderd ziekte inzicht**. Ze kunnen impulsief en overmoedig reageren. Ze geven de indruk alles aan te kunnen en worden door de omgeving gemakkelijk overschat. Ze misleiden soms zichzelf en de anderen, daar hun spraakvaardigheid niet aangetast is. Ze redeneren bijvoorbeeld alsof ze op het einde van de week terug naar huis keren om het huishouden normaal verder te doen.

### Praktische raadgevingen bij het omgaan met mensen met een beroerte

- Mensen met een beroerte willen als volwassenen behandeld worden. Doe net zoals je voordien omging met je partner, vader of moeder.
- Probeer met de patiënt zelf te praten en beslis vooral niet over hun hoofd heen. Communiceer met hen. Bijvoorbeeld: Vraag niet alleen aan de verpleging hoe het met de patiënt gaat, maar stel de vraag ook aan de patiënt zelf.
- Heb begrip voor emotionele ontladingen (emotionele labiliteit).
- Denk er aan dat rouwen bij het verwerkingsproces behoort.
- Hou rekening met karakteriële veranderingen.
- Geef steun. De morele steun die de patiënt ondervindt van zijn familie is van uitzonderlijk belang.
- Heb geduld: om een bedlegerige patiënt te laten herstellen tot hij praktisch geen hulp meer nodig heeft, zijn soms vele maanden revalidatie nodig.

- Geef de patiënt tijd, moedig hem aan en neem niet alles uit zijn handen. ‘Al doende leert men’ is niet zomaar een uitdrukking, maar een grote waarheid. Daarom zal aan de patiënt soms geen hulp gegeven worden of zelfs geen hulpmiddel voorgesteld worden om iets gemakkelijker te maken. Dit schijnbaar laten ‘sukkelen’ is voor de patiënt en de familie vaak frustrerend. Dit is zeker geen gebrek aan zorg of meelevens van onze kant. Wanneer we alles in plaats van de patiënt doen of het hem zo gemakkelijk maken dat hij bijna niets meer zelf moet doen, vertragen we de mogelijke verbetering. Hoe meer de patiënt uitgedaagd wordt om zelf oplossingen te zoeken, om moeilijkheden te overwinnen, hoe meer hij zal aankunnen. Daarom zoeken we steeds naar een evenwicht tussen helpen en zelfstandig laten proberen.
- De ervaring leert vaak dat ernstig getroffen patiënten na verloop van tijd heel goed revalideren. Anderen revalideren trager omdat hen de moed ontnomen werd. Een goede houding is: we zullen allen samen proberen de revalidatie zo goed en volledig mogelijk te doen slagen!



## Revalidatie

### Herstel na halfzijdige verlamming

Het herstel zal van patiënt tot patiënt sterk verschillend zijn. Hoge leeftijd is niet noodzakelijk een ongunstige factor, zoals men geneigd is te denken. Zelfs de uitgebreidheid van het letsel laat niet toe de toekomst van de patiënt te voorspellen. Vél meer van invloed op het herstel is of de patiënt voordien in goede gezondheid verkeerde. De moed, de wil tot herstel, blijkt ook een héél belangrijke rol te spelen. Daarom willen wij de familie nauw bij het herstelproces betrekken. Zij is immers het toekomstperspectief van de patiënt. De band met de familie betekent dat, zo de patiënt enigszins verbetert, hij weer naar huis kan keren. Wanneer dit toekomstbeeld weggenomen wordt, zal ook een groot deel van zijn motivatie, zijn wil tot herstel, wegvallen.

Uit onze ervaring leren wij ook dat de revalidatie vlotter verloopt en een beter eindresultaat kent, naarmate iedereen gemotiveerd meewerkt. Door de familieleden hierbij nauw te betrekken, worden zij voorbereid op de heel belangrijke taak die hen te wachten staat na het verlaten van het ziekenhuis. Wanneer gekozen wordt voor een zorginstelling, betekent dit zeker niet dat de revalidatie minder belangrijk wordt. Integendeel, we moeten steeds zo hoog mogelijk mikken wanneer het om de kwaliteit van het leven gaat. In ieder geval zullen de gewone activiteiten van het dagelijkse leven, thuis of in een instelling, in de toekomst een belangrijk stuk van de behandeling worden.

### Spontaan herstel

Het herstel na een beroerte verloopt in verschillende fasen. De beschadiging die zo'n letsel aan de hersenen toebrengt, lijkt op het inslaan van een grote bom in een stad. Het resultaat is een periode van verwarring en ontreddeering: daarna organiseert het leven zich terug. Welnu, na zo'n bomexplosie kunnen twee zones onderscheiden worden. Een eerste beperkte zone, waar alles vernield werd. Daaromheen een tweede veel grotere zone, waar de schade zich beperkt tot barsten in de muren en gebroken ramen. Deze zal vrij vlug weer hersteld worden zodat de gebouwen weldra hun functie kunnen hernemen. Na een hersenletsel is de toestand een beetje gelijklopend. Een bepaald gebied wordt vernietigd en sterft

af. Een veel groter gebied wordt aanvankelijk ontreedder, maar herstelt vrij vlug. Dit laatste wordt het spontane herstel genoemd. Dit gebeurt gemiddeld binnen de drie maanden tot 6 maanden na hersenbeschadiging. Pas op dat ogenblik zullen we de eigenlijke gevolgen van het letsel kunnen vaststellen.

### Hoelang revalideren?

Hersencellen die afsterven, kunnen niet meer terug ingroeien. Zij zijn dus definitief verloren. Dit wil evenwel niet zeggen dat het centraal zenuwstelsel (hiermee bedoelen we de hersenen en ruggenmerg) niet in staat is om zich te reorganiseren. Vanaf dit ogenblik begint de ware revalidatie, die een echte leerschool dient te zijn. Deze leerschool voor volwassenen met een hersenletsel lijkt als twee druppels water op het leerproces bij kinderen. Men heeft ondervonden dat het zenuwstelsel, zelfs nog op hoge leeftijd, in staat is tot merkwaardige prestaties mits het op de juiste manier aanpakt wordt. Wanneer de patiënt niet of te korte tijd behandeld wordt, zal hij weliswaar enigszins verbeteren als gevolg van het spontaan herstel, maar ver onder zijn mogelijkheden blijven. Onder invloed van een doorgedreven revalidatie leert de patiënt zijn grenzen te verleggen en zijn mogelijkheden maximaal te benutten. De revalidatie mag dus niet beëindigd worden bij het ontslag uit het ziekenhuis, zoals we maar al te vaak zien gebeuren. Het spontane herstel gebeurt binnen een termijn van 3 maand. Het verdere revalidatieproces vergt langere tijd. Hoe snel en hoe volledig de recuperatie zal verlopen, kan echter niemand voorspellen. Eén ding echter staat als een paal boven water: wanneer we allen samen gemotiveerd aan de revalidatie werken zal het maximum haalbare bereikt worden.



## Het multidisciplinaire team

### Revalidatiearts

De revalidatiearts (medische discipline Fysische Geneeskunde en Revalidatie) begeleidt je revalidatie medisch, als lid van het hele revalidatieteam. Hiermee wordt een **brug** gelegd tussen **het zuiver medische probleem en de functionele evolutie van de handicap**.

De revalidatiearts is er dus niet enkel voor het voorschrijven van medicatie (hetgene slechts een onderdeel is van de therapie), maar **coördineert**.

Daarnaast zal een arts inwendige geneeskunde je volgen tijdens de revalidatie.

Deze arts volgt de medische parameters, bv. bloeddruk, hartritme, stolling...

Tevens zijn in ZNA Sint-Elisabeth quasi alle medische disciplines consulteerbaar, waardoor ook de opvolging van een specifiek medisch probleem geen probleem is.

### Verpleegkunde



Een verpleegkundig team is per afdeling samengesteld uit een hoofdverpleegkundige, bijgestaan door verpleegkundigen, zorgkundigen en logistieke assistenten.

### De verpleegkundige begeleiding

Samen met de artsen en de overige leden van het revalidatieteam zal het verpleegkundig en zorgkundig personeel je **begeleiden** tijdens je ziekte en revalidatie.

Er wordt vooral belang gehecht aan het **opnieuw leren** van handelingen en activiteiten die in het **dagelijkse leven** noodzakelijk zijn.

De familieleden en/of vrienden dienen van bij de opname sterk betrokken te zijn bij de behandeling, om samen te groeien naar het ontslag.

### Onderhouden van dagdagelijkse handelingen

Wassen, aankleden, helpen bij het eten... Deze dagelijkse handelingen zijn goede oefeningen. De verpleging is de klok rond met de patiënt bezig en begeleidt hem bij ontelbare handelingen. In het begin positioneren in bed; later opstaan uit bed en positioneren in een zetel of begeleiden naar het toilet en naar tafel.

### Stimuleren van het waarnemen

Bij opname wordt de inrichting van de kamer aangepast. Het nachtkastje hoort aan de verlamde zijde. Hierdoor dient de patiënt telkens over zijn verlamde zijde naar het nachtkastje te reiken. Het gevolg is dat deze zijde betrokken blijft bij de beweging en dat de patiënt steeds onbewust rekening houdt met zijn verlamde zijde. Op die manier wordt het herstel van het lichaamsschema bevorderd en het ontstaan van neglect tegengewerkt. De optrekbeugel wordt verwijderd aangezien de patiënt zich hiermee steeds in een onjuiste houding trekt. Na enkele dagen observatie en kennismaking zal de verpleging in overleg met het multidisciplinair team een dagschema opstellen.

Om de revalidatie vlot te laten verlopen is het belangrijk dat de patiënt, de familie en het volledige revalidatieteam dit schema zo goed mogelijk opvolgen.



### Voorkomen van doorligwonden

Iedere zieke die langdurig in bed, zetel of rolstoel vertoeft kan doorligwonden ontwikkelen. Dergelijke wonden kunnen in principe overal voorkomen, maar zijn vooral beducht ter hoogte van het zitvlak en de hielen. Een doorligwonde is een beschadiging van de onderliggende weefsels door een combinatie van druk- en schuifkrachten. Doorligwonden vertragen de revalidatie sterk. ‘Beter voorkomen dan genezen’ is hier de boodschap. Doorligwonden (of ‘decubitus’) kunnen door gepaste maatregelen en zorgen zeer doeltreffend voorkomen worden.

**Antidecubitus matras:** Bij patiënten met een verhoogde kans op doorligwonden wordt voor een speciale matras en/of kussens gezorgd die de druk op de risicoplakken wegneemt. Patiënten met gedaalde bewustzijnsgraad en verminderde beweeglijkheid lopen groot gevaar om door te liggen.

**Wisselhoudingen:** Hiermee wordt bedoeld dat men op regelmatige tijdstippen de patiënt een andere houding laat aannemen. De patiënt uit de rolstoel halen en naar het toilet begeleiden is eveneens een bijzondere manier om de houding te wisselen.

**Wondverzorgingsplan:** Indien een patiënt toch een doorligwonde heeft, zal deze op een deskundige manier behandeld worden met speciale verbandmaterialen van zeer hoge kwaliteit. Hierbij wordt een wondverzorgingsplan gevolgd.

### Mictietraining

Na een beroerte kan het vermogen van de hersenen om de drang tot wateren te beheersen ontregeld zijn. In een eerste periode van enkele weken wordt meestal een verblijfsonde in de blaas geplaatst. Dit is echter slechts een tijdelijke maatregel. Na het verwijderen is het meestal zo dat de patiënt zeer frequent naar het toilet wil of ongecontroleerd urineverlies heeft, maar dit is ondermeer behandelbaar met oefentherapie. Er wordt gesproken van ‘mictietraining’. Mictietraining betekent dat we de patiënt op vaste tijdstippen op het toilet helpen. Ongecontroleerd urineverlies heeft een zeer negatieve invloed op het revalidatieproces. Vandaar dat we de patiënt stimuleren om enkel op vaste tijdstippen te wateren. Na enige tijd volgt de blaas dit ritme. Zowel ongecontroleerd urineverlies als de voortdurende drang te moeten wateren kunnen op die manier geregeld worden. Wanneer de patiënt de urine moeilijk kan ophouden, wordt naast de mictietraining ook gebruik gemaakt van opvangmateriaal, zoals wegwerpluiers.

Indien mictietraining weinig effect heeft, wordt er in overleg met het revalidatieteam en de uroloog naar een aangepaste oplossing gezocht (medicatie, incontinentiemateriaal, evt. definitieve verblijfssonde of suprapubische sonde (sonde door de buikwand)).

Zeer belangrijk is dat de patiënt ondanks ongecontroleerd urineverlies 1,5 liter per dag drinkt. Niet drinken om het urineverlies te beperken is een foute strategie. Te weinig drinken veroorzaakt uitdroging waardoor de algemene fysieke toestand van de patiënt achteruitgaat en het infectiegevaar verhoogt wat de revalidatie dan weer ongunstig beïnvloedt.

### **Stoelgangtraining**

Naast urineverlies kan de patiënt na een beroerte ongewild ontlasting verliezen omdat het beheersen van de ontlastingsprikkel eveneens gestoord kan zijn. Obstipatie (uitblijvende, moeilijke, harde, pijnlijke of trage ontlasting) daarentegen ontstaat als gevolg van verminderde beweging, vezelarme voeding, te weinig drinken en eventueel als bijwerking van medicatie. Verder kan de patiënt slecht persen omdat hij zijn buikspieren niet goed kan gebruiken. Deze problemen kunnen voorkomen worden door de patiënt veel te laten drinken en hem dagelijks op een vast tijdstip naar het toilet te laten gaan, bij voorkeur na het ontbijt. Dit wordt stoelgangstraining genoemd.

### **Begeleiden bij emotionele problemen**

Iedereen is geneigd een handje toe te steken bij het aanreiken van een drinkbeker of het recht helpen uit een zetel. We moeten de patiënt echter niet alleen lichamelijk bijstaan. Het is misschien nog belangrijker dat je mee helpt bij het verwerken van de emotionele gevolgen van een beroerte. Er is verdriet en rouw die moeten verwerkt worden. We moeten allen samen de patiënt doorheen deze moeilijke tijden helpen. Bedenk dat de patiënt rouwt om het verlies van zijn gezondheid en op zoek is naar een nieuwe identiteit. Hij moet zichzelf leren aanvaarden zoals hij nu is. Wij kunnen helpen die nieuwe identiteit te vinden door zijn handicap te aanvaarden en de volledig nieuwe levenssituatie met optimisme in te kleuren. Hetzelfde geldt ook voor de partner. De verpleging, de dienst psychologie en de overige leden van het revalidatieteam zijn bereid je met raad



en daad bij te staan. Het risico op een depressie is eveneens mogelijk. De klassieke signalen van depressie worden daarom nauwlettend in de gaten gehouden door het revalidatieteam en indien nodig wordt de psycholoog en/of neuroloog-psiater ingeschakeld. Deze signalen zijn: somberheid en droefheid, neiging tot huilen, verminderde belangstelling voor alle activiteiten, slapeloosheid 's nachts of overmatige slaperigheid overdag, moeheid, futloosheid, concentratiestoornissen, rusteloosheid, angst en gewichtsverlies van meer dan 5%. Je kent de patiënt beter dan wij. Hou deze signalen mee in het oog en meld ons wanneer je vermoedt dat de patiënt er last van heeft. Het nodige kan dan ondernomen worden om de patiënt mee te helpen door deze moeilijke periode. Ook dit alles is samen werken aan een zo goed mogelijke revalidatie.

**Opgelet:** Dwangmatig lachen en huilbuien bij de minste aanleiding, zijn in de beginperiode na een beroerte het gevolg van emotionele labiliteit. Deze huilbuien mogen niet als depressie geïnterpreteerd worden.

## Kinesithérapie



De kinesitherapeut (bewegingstherapeut) behandelt de patiënt door beweging. Tijdens de revalidatie na een beroerte richt de kinesitherapeut zich op de volgende elementen:

Onderhouden van mobiliteit in de gewrichten om stijfheid te voorkomen.

- › Herwinnen van verloren gegane bewegingen:
  - › rollen, kruipen;
  - › arm- en handbewegingen;
  - › staan en gaan (zelfstandig, met of zonder hulpmiddel).
- › Herwinnen van spierkracht door oefening.
- › Aanleren van verplaatsingen (transfers) en hoe de familie daarbij kan helpen zoals:
  - › van bed naar stoel;
  - › van stoel naar toilet;
  - › van rolstoel naar stoel.

### De kinesitherapeutische behandeling

De best gekende discipline uit het gehele revalidatieproces is meer dan waarschijnlijk de kinesitherapeutische behandeling. In de turnzaal van de afdeling oefent de patiënt dagelijks met de **kinesitherapeut**. Soms, als de hele behandelingsduur te lang wordt, zal de behandeling opgesplitst worden en gaat de patiënt meerdere keren per dag oefenen.

Uit onderzoek is gebleken dat een patiënt na een beroerte opnieuw moet **leren** bewegen, net zoals een kind. Herinner je je nog je kinderen of kleinkinderen? Vlak na de geboorte kunnen ze alleen maar liggen op de rug. Na een tijd ontdekken ze het omrollen naar buikligging, om dan pas het kruipen te leren. Vervolgens komt het staanproces op gang en tenslotte ontdekken ze het lopen. De patiënt zal na een beroerte een identieke weg afleggen door bij ons dan ook eerst oefeningen te krijgen in rug- en buikligging, om daarna in kruiphouding en tot slot in stand te oefenen.

In iedere houding wordt op specifieke vaardigheden geoefend waardoor de eerder verloren bewegingen terug aangeleerd worden. Het uiteindelijke doel van de kinesitherapie bestaat uit het nastreven van een zo groot mogelijk herstel van de bewegingen uit het dagelijks leven. Dat de **onafhankelijkheid** van de CVA-patiënt hierbij wordt **gestimuleerd** spreekt uiteraard voor zich.

Belangrijk is dat de snelheid van progressie in de revalidatie wordt aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt. Met andere woorden, er moet stap voor stap opgebouwd worden. Als kinesitherapeut maken we zeer snel gebruik van **voorbereidende staanoefeningen** in rug- en buikligging ook al lijkt het dat we dingen oefenen die ogenschijnlijk niets te maken hebben met staan en gaan. Het proces van de gangrevalidatie is immers zeer belangrijk, dus vlug geleerd is half gewonnen! Tevens leren we de patiënt zijn evenwicht te herwinnen in zit, alvorens oefeningen in stand voor te bereiden.

In de revalidatie wordt soms ook gebruik gemaakt van elektrostimulatie. Daarbij gaan we door middel van een elektrische prikkel de spieren van de onderarm of het onderbeen in beweging trachten te brengen. Dit heeft drie voordelen: de spieren kwijnen niet volledig weg, het gewricht blijft soepel en de patiënt krijgt terug bewegingsgevoel, ook al kan hij zelf nog niet bewegen. Verder gaan we specifiek oefenen met het aangedane lidmaat. Daarbij worden vaak gekende hulpmiddelen gehanteerd zoals een blaasspalk (om spasticiteit tegen te gaan) en eiffeltorens ( loophulpmiddel).

De CVA-patiënt wordt nauwkeurig opgevolgd in zijn evolutie en op geregelde tijdstippen wordt zijn situatie besproken met de revalidatiearts. Een revalidatie van de CVA-patiënt is zwaar en het succes hangt vaak samen met de **motivatie en doorzettingsvermogen** van de patiënt.

### Kinesitherapie na ontslag

De eerste **6 maanden na het ontstaan van een CVA** kan het grootste herstel verwacht worden. Zelfs tot 2 jaar na het **optreden** van een beroerte kan er evolutie geboekt worden. Daarom is het zinvol om je therapie ambulante verder te zetten, **eventueel** in ZNA Sint-Elisabeth. Het grote voordeel van **een ambulante voortzetting in onze instelling** is dat je situatie opgevolgd wordt door de revalidatiearts en dat je reeds gekend bent binnen het revalidatieziekenhuis.

### Ergotherapie



De ergotherapeut oefent de patiënt in het **zinvol handelen**. Hij/zij tracht de maximale zelfredzaamheid van de patiënt te behalen.

Verder heeft de ergotherapeut een behandelende en adviserende rol:

- Behandelende rol: therapie, positionering, behandelen bovenste ledematen, evenwicht, aanvullend werken op gangrevalidatie verzorgd door de kinesiist.
- Adviserende rol: hulpmiddelen (rolstoel, kleine + grote hulpmiddelen), aanpassingen van woning, in contact brengen met andere instanties zoals CARA (rijgeschiktheid), ergofoonadvies (thuisaanpassingen).

### De ergotherapeutische behandeling

In het dagelijkse leven bewegen we bijna nooit zomaar. We doen meestal iets met een bepaald doel voor ogen: we willen dat we met onze bewegingen een resultaat bereiken. Je steekt bijvoorbeeld je arm uit naar een glas, dan neem je dat glas

vast om het nadien naar je mond te brengen. Je beweegt met andere woorden om uiteindelijk te kunnen drinken. Bewegen om tot een resultaat te komen, noemen we zinnvol handelen. Deze handelingen kunnen zeer eenvoudig zijn, zoals het vastnemen van een glas. Ze kunnen echter ook moeilijker zijn, zoals zich aankleden, koffie zetten of zich wassen. Er zijn ook langere en meer ingewikkelde handelingen, zoals koken, het huis onderhouden of autorijden.

Weliswaar starten we in de ergotherapie niet met aankleden, zich wassen of autorijden. Deze activiteiten zijn het eindresultaat. Voor de patiënt deze handelingen aankan, moet hij reeds vele basishandelingen onder de knie hebben. Zo moet de patiënt, vaak met vallen en opstaan, de meest eenvoudige handelingen opnieuw leren.

Om een handeling goed uit te voeren, komen veel verschillende onderdelen van het menselijk denken en kunnen aan bod. Bovendien moeten al deze onderdelen perfect samenwerken. Dit beseft men meestal niet. Alles is een **samenspel van waarnemen, denken en bewegen**.

## Ergotherapeutisch stappenplan

### Kennismakingsgesprek

Tijdens de kennismaking probeert de ergotherapeut de thuis-, leef- en werkomgeving in kaart te brengen. Zo wordt duidelijk wat de patiënt al dan niet moet kunnen om terug in zijn/haar thuis-, leef- en/of werkomgeving te functioneren.

### Testing

Via testing brengt de ergotherapeut de mogelijkheden/bependingen in kaart.

## Therapie



Binnen dit revalidatieziekenhuis wordt geopteerd voor een dagelijkse individuele therapie, waarbij specifiek gewerkt wordt op de beperkingen die uit de testing tot uiting kwamen. Volgend voorbeeld verduidelijkt de therapie. Om een Legoblok vast te zetten op een plaat moet de patiënt onder andere weten, hoe hij de blok moet grijpen; weten wat de boven- en onderkant is; weten naar waar hij de blok moet brengen en in welke positie die moet komen te staan. Ook moet hij tijdens het bewegen zijn aandacht er bij houden.

Hij moet zijn gevoel en zicht gebruiken om de bewegingen te sturen. Hij moet voldoende kunnen bewegen in schouder, arm, pols, hand en vingers. Dit alles is nodig om de arm uit te steken, op te heffen, de blok te grijpen en later te lossen. Hij moet zijn spierkracht zo kunnen doseren dat tijdens het bewegen de blok niet valt of uit de hand wordt geknepen. Dit alles alleen maar om een Legoblok te verzetten. Ditzelfde geldt tevens voor het inschenken van een glas water. Waar we eveneens exact moeten grijpen, reiken, kracht doseren, kortom het correct inschatten en uitvoeren van verschillende complexe handelingen.

Doordat we in de ergotherapie met klein en eenvoudig materiaal werken, kunnen we snel en vaak van oefening veranderen. Zo kunnen we na korte tijd verschillende fundamentele zaken oefenen zodat waarnemen, denken en bewegen gelijktijdig

aan bod komen. Als de therapie goed verloopt, zullen de opdrachten die de patiënt aangeboden krijgt, stilaan moeilijker worden. De activiteiten zullen langer duren, er zal meer moeten worden nagedacht en geredeneerd worden en het materiaal zal kleiner en moeilijker worden om te gebruiken. Zo zal de patiënt nadat hij een Legoblok kan vastzetten, gevraagd worden om een figuur na te bouwen. Nog later zal hij een toren moeten maken met kleine blokjes die niet in elkaar vastklikken. Nog moeilijker wordt het om iets in elkaar te schroeven.

Ook een aantal dagelijkse handelingen zoals eten, wassen en aankleden worden geïntegreerd in de therapie. Het gaat hier vooral over de gemakkelijkste onderdelen. Als het handelen nog verder verbetert (meestal komt de patiënt nu van thuis uit verder oefenen) zullen de activiteiten meer ingewikkeld worden. Langzaam maar zeker moeten beide handen terug soepel en automatisch leren samenwerken zoals voorheen. Hierbij geeft de therapeut steeds minder hulp en uiteindelijk moet de patiënt alles volledig zelfstandig kunnen. Wanneer de patiënt in dit stadium komt, ervaart hij een groeiend zelfvertrouwen en merkt hij dat steeds moeilijkere opdrachten tot een goed einde worden gebracht. Hierdoor gaat hij automatisch thuis meer aandurven en kunnen.

Het is zeer belangrijk om te weten dat bij een belangrijke wijziging in medische toestand (zoals CVA) de rijgeschiktheid van de patiënt opnieuw dient bepaald te worden, o.m. met betrekking tot de verzekering Burgerlijke Aansprakelijkheid.

### **Aanpassingen/hulpmiddelen**

De ergotherapeut heeft eveneens een adviserende rol en zal in samenspraak met het revalidatieteam, familie en uiteraard met de patiënt zelf eventuele bruikbare aanpassingen/hulpmiddelen bespreken.

### Aanpassingen

Soms is het nodig of lijkt het verstandig om in de woning een aantal aanpassingen te doen zodat men er met een rolstoel door kan of trappen vermijdt. We raden je ten stelligste aan om niets te beslissen zonder de ergotherapie te raadplegen: de meeste aanpassingen zijn vaak duur en meestal onnodig of slechts tijdelijk bruikbaar. Samen met het revalidatieteam kunnen de therapeuten juister inschatten wat er nodig is en wat niet. Dit kan je veel geld en moeite besparen. Je zal indien nodig doorverwezen worden naar verschillende instanties zoals 'ergofoonadvies', een organisatie die de woning bezoekt en advies geeft naar eventuele aanpassingen.

### Hulpmiddelen

Binnen deze setting werken de ergotherapeuten nauw samen met verschillende bandagisten. Daardoor is het mogelijk om hulpmiddelen te leveren vooraleer de patiënt ontslagen wordt.

Enkele voorbeelden: helping hand, kousenaantrekker, toiletverhoger, voetopheffer, loophulpmiddelen, etc..

### Rolstoelen

Bepalen welk type rolstoel een patiënt nodig heeft, behoort eveneens tot de taak van de ergotherapeuten.

Uiteraard streeft de ergotherapeut ernaar om de patiënt zolang mogelijk uit een rolstoel te houden en zal het adviseren van een rolstoel pas als laatste stap plaatsvinden. Indien verder gebruik van de rolstoel nodig blijkt, zal de ergotherapeut in overleg met de patiënt en de familie, een rolstoeladvies geven, want er zijn vele modellen en aanpassingen mogelijk.

Voor men overgaat tot het aanschaffen van een persoonlijke rolstoel is het misschien aangewezen om in de tussentijd een rolstoel te huren. Ook zal de juiste manier om via de mutualiteit een rolstoel aan te vragen, besproken worden. De patiënt kan tussenkomst van het ziekenfonds krijgen, mits een voorschrift van de revalidatiearts en de goedkeuring van de mutualiteit.

### **Ergotherapie na ontslag**

Er is de mogelijkheid om na ontslag de therapie **ambulant** verder te zetten door naar ZNA Sint-Elisabeth te komen. Dit is tevens mogelijk voor de andere disciplines die in het revalidatieziekenhuis aanwezig zijn. Het grote voordeel hiervan is dat je situatie opgevolgd wordt door de revalidatiearts en dat je reeds gekend bent binnen het revalidatieziekenhuis.



## Logopedie



De logopedist (spraak- en taaltherapeut) **bewaart of herstelt de communicatiekanalen** zoals begrijpen, spreken, gebaren, lezen, schrijven of tekenen. Hij/ zij is deskundig op het vlak van **slikstoornissen** en de behandeling ervan.

Een logopedist doet de volgende zaken bij een patiënt na een beroerte:

- Opsporen en revalideren van slikstoornissen na de beroerte.
- In kaart brengen van de communicatiemogelijkheden:
  - met taal: spreken, begrijpen, lezen, schrijven,
  - zonder taal: gebaren, aanwijzen, tekenen, mimiek.
- Herstellen van de conversatiemogelijkheden met de patiënt:
  - oefenen van het begrijpen van gesproken en geschreven taal.
- Aanleren van de communicatie door:
  - taal -en spraakoefeningen,
  - andere communicatievormen.
- Voorlichting en begeleiding van partner en familie:
  - begeleiding van de communicatieproblemen.
- Technische logopedische therapie:
  - revalidatie na slikstoornissen,
  - revalidatie van aangezichtsverlamming,
  - revalidatie van stemstoornissen.
- Trainen van de hogere hersenfuncties via taal:
  - waarnemen, inzicht, redeneren, geheugen.

## De logopedische behandeling

In het revalidatieteam heeft de logopedist een eigen taak bij het behandelen van een patiënt na een beroerte. Hij **onderzoekt** op de eerste plaats **het begrijpen, spreken, lezen en schrijven**. Aangezien bij een beroerte de menselijke centrale computer, namelijk de hersenen, getroffen wordt, ondervindt de patiënt vaak moeilijkheden met deze vaardigheden.

Wanneer op deze manier de communicatie niet meer normaal verloopt, spreken we in de medische taal van afasie.

Hoewel bij afasie de spraakmoeilijkheden het meest opvallend zijn, kunnen ook het begrijpen van taal, het lezen en schrijven gestoord zijn. Moeilijkheden met spreken of begrijpen betekenen voor de patiënt en zijn familie de belangrijkste beperking, vooral omdat de patiënt verstandelijk normaal is gebleven.

## Wat is er juist aan de hand?

Zoals in de inleiding beschreven werd, besturen verschillende hersenzones vanuit de linkerhersenhalft onze taal. Deze hersenzones zijn verantwoordelijk voor de verschillende vormen waarin wij taal gebruiken. Zo kennen we naast een spraakzone ook een belangrijke zone voor het begrijpen van gesproken taal. Ook het lezen en schrijven worden vanuit andere hersenzones gestuurd. Een beroerte in de linkerhersenhalft, hoe beperkt ook, treft dus vaak ons taalgebruik in al haar vormen. Sommige afatische patiënten zullen wel meer problemen hebben met het spreken terwijl anderen dan weer het schrijven of lezen niet meer machtig zijn. We geven nu enkele voorbeelden wat afasie in het dagelijkse leven betekent. Zo kan het zijn dat de patiënt niet meer volledig begrijpt wat er tegen hem wordt gezegd. Afspraken, vragen of opmerkingen worden door de patiënt niet meer goed begrepen. Vaak kan de patiënt zich niet meer uitdrukken: zijn eenvoudige vraag om een glas water wordt door niemand meer begrepen omdat het als wartaal klinkt. Voorwerpen of personen kan hij niet meer bij naam noemen. De krant die hij vroeger dagelijks las, begrijpt hij niet meer. Schrijven met de rechterhand is onmogelijk geworden, maar ook links slaagt de patiënt er niet in om iets op papier te zetten. Zelfs het plaatsen van de handtekening of het maken van een eenvoudige tekening zijn vanaf nu zeer moeilijke opdrachten. Uit deze voorbeelden leren we dat de patiënt met een ernstige afasie weinig middelen behoudt om zichzelf uit te drukken of om boodschappen te begrijpen. Ook de rechterhersenhalft draagt zijn steentje bij tot een vlotte communicatie.

Bij het begrijpen van moeilijke boodschappen of het juiste gebruik van intonatie wordt ook deze hersenhelft actief. Een logopedist onderzoekt dus best alle patiënten na een beroerte. Een vlotte communicatie is immers een belangrijke voorwaarde om het herstel vlot te laten verlopen.

### **Opvang door de logopedist**

Zodra de patiënt met een beroerte in ons ziekenhuis wordt opgenomen, zal de logopedist gecontacteerd worden. De logopedist onderzoekt zo snel mogelijk mogelijke slikstoornissen die vaak optreden na een beroerte. In overleg met de diëtisten wordt indien nodig de aangeboden voeding aangepast. Zo zijn we er zeker van dat van bij de opname de patiënt op een veilige manier eet en drinkt. Na onderzoek van taal en spraak zal de logopedist zo snel mogelijk starten met de behandeling. Deze behandeling gebeurt best in een rustige omgeving, in het logopedielokaal.

### **De behandeling logopedie**

Naast het behandelen van de slikstoornissen heeft de logopedische behandeling als doel de communicatie in de mate van het mogelijke te herstellen. We willen de patiënt leren een juist en begrijpbaar antwoord te geven, ook al kan hij niet spreken. Alle mogelijkheden worden geoefend: aanwijzen, gebaren maken, tekenen of schrijven, ja-nee knikken. Het verbeteren van het begrijpen is noodzakelijk voor het slagen van de verdere behandeling. Vaak starten we deze begripsoefeningen op een zeer eenvoudig niveau met voorwerpen of prenten.

Als het spreken of schrijven nog enigszins bewaard is, zullen wij het maximaal trainen.

Al deze oefeningen verlopen vaak zeer moeizaam. Het spreken is immers een zeer verfijnde en ingewikkelde activiteit. Daarom proberen we haalbare doelen te stellen. Het slagen van communicatie onder welke vorm dan ook blijft het belangrijkste doel van de therapie.

### Andere oefenactiviteiten bij de logopedist

Wanneer gevoels- of bewegingsstoornissen in de mond- of keelholte optreden (dysartrie) zal de logopedist de spraakorganen onderzoeken en trainen.

De patiënt kan namelijk moeilijkheden ondervinden met de uitspraak (articulatie) of last hebben van speekselverlies tijdens het spreken.

Zoals gesteld komt het vaak voor dat de patiënt na een beroerte moeilijk kan eten of drinken. Niet alleen verslikt de patiënt zich gemakkelijk. Ook het kauwen of het openen en sluiten van de mond kan moeilijk verlopen. Soms is het noodzakelijk om (tijdelijk) een voedingssonde te plaatsen. De logopedist begeleidt dan later de overgang naar de normale voeding en traint het slikken.

De logopedist behandelt ook de volgende problemen die vaak bij patiënten na een beroerte voorkomen:

- Verminderde aandacht en concentratie: de patiënt is niet meer in staat om de aandacht te houden bij een gesprek of een boek. Bij deze bezigheden kan ook een snelle geestelijke vermoeidheid optreden.
- Problemen met het zicht: na het verlies van een deel van het gezichtsveld (hemianopsie) houdt de patiënt slecht rekening met de helft van wat er rond hem gebeurt (neglect).
- Verminderd geheugen: bv. de patiënt is snel vergeten wie er op bezoek is geweest of welke afspraken hij gemaakt heeft.
- Moeilijk aanleren van nieuwe leerstof: de patiënt is in de behandeling een trage leerling omdat de oefeningen telkens opnieuw moeten worden uitgelegd.

Tijdens deze oefeningen gebruikt de logopedist vooral taalmateriaal zoals teksten, taalspelletjes en puzzels.

### Logopedie: aandachtspunten voor partner en omgeving

Verminderd begrip wordt vaak ingeschat als onwil of weerspannigheid. We kunnen misverstanden vermijden door korte en duidelijke zinnen te gebruiken. Soms helpt het om enkele woorden op te schrijven. Hoewel de spraakstoornissen het meeste opvallen, hebben bijna alle patiënten met een beroerte ook moeilijkheden om juist te begrijpen wat hen gezegd wordt. In de dagelijkse omgang is het begrip van de patiënt meestal nog voldoende maar ingewikkelde boodschappen begrijpen vele patiënten niet.

Wanneer we de patiënt niet meteen begrijpen is het belangrijk om niet te snel op te geven. Vaak vinden we zijn bedoeling als we op verschillende manieren blijven verder zoeken. Patiënten met afasie kunnen moeilijk hun wensen en ideeën meedelen. Voor de buitenwereld is de patiënt nu onverstaaanbaar geworden. Ook al proberen we met heel wat vragen zijn bedoeling te achterhalen, vaak moet de patiënt het opgeven en blijft iedereen met een onvoldaan gevoel achter. Gelukkig gebruiken mensen niet alleen de spreektaal om iets mee te delen. We kunnen ook de nadruk leggen op het uitbeelden met gebaren of het aanwijzen. Misschien lukt het wel door iets te tekenen.

Eenvoudige hulpmiddelen maken het leven aangenaam en makkelijk. Misschien droeg de patiënt vroeger een (lees)bril, hoorapparaat of gebitsprothese. Deze hulpmiddelen zijn ook nu zeer nuttig. De patiënt mag niet vergeten ze te dragen. We moeten er ook voor zorgen dat ze zich in goede staat bevinden. Ook een wekker, kalender en pen en papier hebben dikwijls hun nut bewezen op de kamer van onze patiënten.

Tenslotte willen we nog deze opmerking meegeven. Logopedische oefeningen zijn een investering op lange termijn. Resultaten worden slechts bereikt na een lange en volgehouden behandeling. Na de behandeling in het ziekenhuis moet de logopedische therapie vaak verder gezet worden. Je ziekenfonds voorziet in vele gevallen in een belangrijke terugbetaling voor verdere behandeling thuis of ambulant in het ziekenhuis.

## Diëtiëk



De diëtiste of voedingsdeskundige is de specialist als het over (klinische) voeding gaat. Zij geeft wetenschappelijk onderbouwde **informatie en advies** omtrent **voeding- en gezondheidsproblemen** en dit op maat van de patiënt.

De diëtiste biedt **ondersteuning en begeleiding bij het aanpassen van de voeding- en leefgewoonten**. Zij wil graag een antwoord geven op al de vragen omtrent product- en etiketinformatie, voedingsclaims, het samenstellen van een voedingspatroon aangepast aan de situatie, het uitwerken van recepten... Er is een nauwe samenwerking tussen alle teamleden wat belangrijk is bij het behandelen en opvolgen van patiënten met een beroerte. De impact van een beroerte is enorm. Eten en drinken kunnen problemen opleveren zodat de voedingstoestand achteruit gaat.

### Ondervoeding

Ondervoeding is een voedingstoestand veroorzaakt door een tekort aan energie, eiwit en andere nutriënten.

Bij onze bejaarde populatie is ondervoeding een belangrijk probleem en de problematiek hiervan wordt vaak onderschat.

### Voedingsanamnese

Ook patiënten met een beroerte lopen een groot risico op ondervoeding als gevolg van slikproblemen. Aan de hand van een voedingsanamnese en het aanpassen/bijsturen van de voeding- en vochtinname van elke patiënt met een beroerte tracht de diëtiste een goede voedingstoestand te handhaven of te verbeteren. Een goede voedingsinname verhoogt immers de herstelkansen en zorgt voor een verkorte ligduur.

Mogelijke interventies:

- Aanpassen van de voeding aan de individuele wensen van de patiënt
- Verrijken van de gewone voeding
- Inlassen van tussendoortjes
- Het geven van energierijke en/of eiwitrijke voedingssupplementen
- Indien nodig starten met sondevoeding

Met behulp van een **voedingsscreening** van de patiënten met een beroerte tracht de diëtiste een eventuele ondervoeding op te sporen. Deze screening loopt over drie opeenvolgende dagen en aan de hand van de screeningsresultaten worden eventueel verdere stappen ondernomen.

Indien de patiënt voldoende eet zijn geen extra voedingsaanpassingen nodig. Is de voedingsscore te laag, wordt in overleg met de patiënt gestart met een **bijvoeding** en/of worden de **maaltijden verrijkt**.

Bij patiënten met een te lage voedingsscore start na een tiental dagen een tweede voedingsscreening.

Indien de voedingstoestand onvoldoende verbetert ondanks allerlei aanpassingen wordt met een driedaagse uitgebreide, gedetailleerde voedingsanamnese gestart. De diëtisten berekenen deze anamnese en sporen de voedingstekorten op. Bij een te geringe inname van vocht, energie, eiwitten, vitaminen, mineralen... wordt in overleg met de arts eventueel **tijdelijk sondevoeding** opgestart.

### Slikproblemen

In de acute fase komen vaak slikproblemen (dysfagie) voor.

Voeding in het algemeen en meer bijzonder de samenstelling van de voeding van de patiënt **na een beroerte** met **slikproblemen** vraagt onze bijzondere aandacht.

Bij elke patiënt met slikmoeilijkheden is het belangrijk dat er toezicht is tijdens de maaltijd. Moet een patiënt met slikproblemen bijvoeding krijgen, dan wordt bij de keuze van het product eveneens rekening gehouden met de slikfase.

De logopedist bepaalt de voedingsfase voor de CVA-patiënt en bespreekt deze fase met de diëtiste. We werken in ons ziekenhuis met vijf verschillende slikfases.

**Fase 1** of startfase is een testfase. Het is een eerste stap naar normale voeding waarbij alleen een aangedikt drankje en/of een yoghurt of bijvoeding in puddingvorm wordt aangeboden.

**Fase 2** is een ingedikte vloeibare voeding. De patiënt krijgt een volwaardige voeding aangeboden maar alles in een homogeen vloeibare vorm, zoals een melk-, granen- of fruitpap, een maaltijdsoup, een pudding, een yoghurt, een bijvoeding.

In **fase 3** wordt gestart met een veilig smeerbare voeding. De voeding wordt uitgebreid met een warme maaltijd met soep, puree, groenten, vlees of vis, en dessert. Alles is goed fijn gemixt, ingedikt en heeft een gladde consistentie. De broodmaaltijden bestaan uit pap en/of lepelbaar brood met homogeen smeerbaar beleg. Alle dranken worden nog ingedikt.

**Fase 4** is de smeerbare voeding. In deze fase krijgt de patiënt gewoon bruin brood met smeerbaar beleg. De warme maaltijd bevat dezelfde componenten als in fase 3. Dranken moeten niet meer ingedikt worden.

**Fase 5** is de laatste fase met een zachte voeding. De patiënt krijgt terug een normale voeding, maar er is nog voorzichtigheid geboden bij vezelrijke voedingsmiddelen zoals rauwkost, hard fruit, rijst, taai en vezelrijk vlees...

Het blijft belangrijk om ook bij een voeding met gewijzigde consistentie rekening te houden met de energiebehoefte. De samenstelling van de voeding vraagt dus veel aandacht. Om de kwaliteit van de voeding te verbeteren maakt de diëtiste vaak gebruik van extra eiwitten of van bijvoedingen in drinkvorm of puddingvorm.



Bij langdurige en ernstige slikproblemen kan in samenspraak met de arts sondevoeding overwogen worden waarbij de plaatsing van een P.E.G. (percutane endoscopische gastrostomie) noodzakelijk is. Ook na deze beslissing wordt het slikproces verder geoefend en geëvalueerd zodat er bij voldoende herstel opnieuw veilig gestart kan worden met orale voeding. Interventie van de diëtiste blijft nodig om de voedingstoestand te verbeteren en/of te handhaven.

**Bij ontslag** krijgen de patiënt en zijn familie de nodige informatie over de voeding en eventuele bijvoeding, bereidingen van de maaltijden, tips in verband met calorierijke voeding...

### Psychologische dienst



Wanneer iemand een CVA doormaakt zijn de psychologische gevolgen soms niet te overzien. Patiënten worden geconfronteerd met verlieservaringen en moeten vaak verder leven met aanzienlijke beperkingen.

### Psychosociale begeleiding tijdens de opname

Angst, verdriet, woede, verzet, pijn, ontgoocheling... zijn enkele van de vele gevoelens waar men mee te maken krijgt tijdens de herstel periode na een beroerte.

De psychologische dienst biedt daarom **individuele begeleiding** aan bij ondermeer depressieve klachten, problemen met de ziekteverwerking en aanpassingsmoeilijkheden. Elke patiënt beleeft zijn ziekteproces uiteraard verschillend. De leden van het multidisciplinaire team zullen dus steeds beoordelen of begeleiding wenselijk is, en hoe deze ingevuld moet worden.

Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat de partner of een familielid wordt betrokken bij de begeleiding en dat nu eens alleen met de patiënt wordt gewerkt en op een ander moment de begeleiding aan patiënt en familielid samen wordt aangeboden. Wanneer je het als familielid bijzonder moeilijk hebt met de confrontatie met de ziekte van jouw naaste kan er ook voor jou begeleiding worden voorzien.

### Psycho-educatie

Ook het aanbieden van **psycho-educatie**, waarbij wordt geprobeerd om de patiënt ziekte-inzicht bij te brengen, is een belangrijke taak van de psycholoog.

### Neuro-psychologisch onderzoek

De psychologische dienst heeft naast gesprekstherapie ook een rol te vervullen bij het in kaart brengen van de cognitieve mogelijkheden van de patiënt. Zo wordt bij veel CVA-patiënten **neuro-psychologisch onderzoek** verricht waarmee wordt nagegaan in hoeverre de basisfuncties van de hersenen, zoals de aandacht, de concentratie, het geheugen en de planningsvaardigheden gestoord zijn. Deze gegevens kunnen immers belangrijke gevolgen en beperkingen blootleggen waarmee rekening moet worden gehouden in de therapieën.

### Dienst patiëntenbegeleiding



De dienst patiëntenbegeleiding bestaat uit sociaal verpleegkundigen en maatschappelijke assistenten.

Deze mensen geven bijzondere aandacht aan volgende aspecten bij patiënten na een beroerte:

- Voorbereiding tot ontslag
- Informatie over hulpdiensten
- Sociale ondersteuning

### Vorbereiding tot ontslag

De taak van de dienst patiëntenbegeleiding tijdens de revalidatie is belangrijk. Zij helpt een antwoord te vinden op een belangrijke vraag: **wat na ontslag uit het ziekenhuis?** Zowel de patiënt als zijn familie zijn vaak al gauw in gedachten bezig met ontslag uit het ziekenhuis. Nochtans stelt dit vaak ernstige praktische problemen, want de vroegere levenswijze kan meestal niet hervat worden. Gelukkig staan een aantal hulpdiensten ter beschikking en het is belangrijk de juiste weg te weten. Indien een verblijf thuis niet meer mogelijk is, kan samen met de patiënt en zijn familie naar residentiële opvang gezocht worden. We denken hierbij aan rust- en verzorgingstehuizen (RVT), woon- en zorgcentra (WZC) of serviceflats. Verdere informatie hieromtrent bekom je bij de dienst patiëntenbegeleiding. De aanpassing en de overgang naar huis of soms naar een RVT of WZC is vaak enorm zwaar, niet alleen voor de patiënt maar ook voor de partner en de naaste familie. Erover praten kan helpen: de sociaal verpleegkundigen en maatschappelijk assistenten in het ziekenhuis zijn, na afspraak, steeds bereid tot een gesprek.

### Informatie over hulpdiensten

**De voorbereiding op het ontslag:** De dienst patiëntenbegeleiding kan je helpen bij het treffen van regelingen i.v.m. bejaardenhulp, gezinshulp, poets hulp, thuisverpleging, warme maaltijden aan huis, uitleendienst, personalalarm, thuisopspasdiensten, vervoer, ...

**Bejaarden- of gezinshulp:** Een bejaarden- of gezinshelpster betekent vaak een belangrijke steun en zorgt eventueel voor begeleiding. De persoonlijke financiële tussenkomst is vastgelegd volgens officiële tarieven die rekening houden met je inkomen en vermogen. De helpster doet boodschappen het gewone huishoudelijke werk, de dagelijkse lichaamsverzorging,...

**Poetsdienst:** De poetsvrouw helpt bij het onderhoud van het huis. De persoonlijke

tussenkost ligt hoger dan bij bejaardenhulp. Er zijn eveneens officiële tarieven en dienstencheques.

**Thuisverpleging:** De aanvraag tot thuisverpleging gebeurt op basis van een medisch voorschrift. De tussenkost van het ziekenfonds hangt af van de ernst van de beperking.

**Maaltijden aan huis:** Sommige diensten leveren warme maaltijden aan huis. Adressen kan je krijgen bij de sociale dienst.

**Uitleendienst:** Indien tijdens de revalidatie blijkt dat patiënten voordeel hebben bij hulpmiddelen zoals looprekjes, ziekenhuisbedden, rolstoelen... bestaat er de mogelijkheid deze tegen zeer voordelige voorwaarden te ontlene bij het ziekenfonds. De hulpmiddelen kunnen ook aangekocht worden in speciaalzaken, al dan niet met akkoord en tussenkost van het ziekenfonds. Een medisch voorschrift is soms noodzakelijk.

**Personenalarm:** Dit alarmtoestel wordt aangesloten via het telefoontoestel op een alarmcentrale. Op die manier kan de patiënt iemand bereiken in geval van nood. Deze toestellen kunnen gehuurd of aangekocht worden. Een medisch voorschrift is steeds noodzakelijk.

**Thuisopasdiensten:** Hier en daar bestaan er initiatieven. De adressen kan je krijgen op de dienst patiëntenbegeleiding van het ziekenhuis.

### **Sociale ondersteuning**

**Ondersteuning van de thuissituatie:** Gezinshulp, thuisverpleging, poetshulp, warme maaltijden, uitleenmateriaal,...

**Ondersteuning van de mantelzorg:** Dagopvang, nachtopvang, PAS, dienstencentra,...

**Doorverwijzingen naar andere instellingen** zoals WZC, kortverblijf, hersteloord, ...

**Inkomensondersteunende maatregelen:** Budgettering, sociaal beheer, tegemoetkomingen afhankelijk van pathologie, zorgverzekering, TAG/TAHB,...

## Nawoord

### **Familieleden en vrienden: belangrijke bondgenoten bij de revalidatie**

Een beroerte treft zeker niet alleen de patiënt, maar het hele gezin of de naaste familieleden zullen een moeilijke periode doormaken. Onzekerheid over de toekomst, gevoelens van schuld of machteloosheid steken vaak de kop op. De relatie met de partner ziet er plots heel anders uit, nu deze zorgbehoefte en sterk afhankelijk is van de ander. Het dagelijks gesprek waarin alle zorgen gedeeld werden, is nu vaak niet meer mogelijk. Ook de vaste verdeling van taken en verantwoordelijkheden is veranderd. De patiënt moet noodgedwongen heel wat overlaten aan de gezinsleden. Deze hebben in de nieuwe situatie vaak tijd en handen te kort. Het risico op vereenzaming neemt toe, omdat veel van de beschikbare tijd naar verzorging en revalidatie gaat.

Ondanks dit sombere beeld weten wij uit ervaring dat vele partners en familieleden het als een uitdaging zien en samen met de patiënt deze periode tot een goed einde brengen. Gelukkig maar, want vaak hebben deze mensen de sleutel tot het succes van de revalidatie in handen. De familieleden behoren immers zelf tot het team dat de patiënt helpt te herstellen. Tot slot nog een paar oproepen.

### **Verschaf ons de nodige informatie**

Het is belangrijk dat tijdens de revalidatie rekening gehouden wordt met de persoonlijkheid van de patiënt. Ook de voorbereiding op het ontslag moet afgestemd worden op de thuissituatie. Daarom moeten de therapeuten weten hoe de patiënt leefde vóór zijn beroerte. Zijn karakter, gewoontes en interesses bepalen mee hoe de therapie verloopt. Zoek daarom snel contact met ons en deel ons deze belangrijke informatie mee.

### **Stel ons de vragen die je hebt**

Het revalidatieproces in het ziekenhuis en de verdere toekomst kunnen allerlei vragen bij je oproepen. Het volledige revalidatieteam is steeds bereid je te woord te staan om je vragen te beantwoorden. Dit kan door een individueel gesprek tussen patiënt, familie en revalidatieteam te plannen.

### **Kom actief op bezoek**

Je bezoek bij de patiënt mag niet beperkt blijven tot een praatje aan het ziekenbed. Plan je bezoek ook eens tijdens de therapie-uren. Maak een afspraak met de therapeuten en kom kijken en meedoen: het verschaft je inzicht in de handicap van de patiënt. Je aanwezigheid is een stimulans. De therapeut kan je meer uitleg geven over de vooruitgang en de inhoud van de oefeningen.

Naast de dagelijkse therapie bestaat er eveneens de mogelijkheid dat de CVA-patiënt, in overleg met partner, familie of aanverwanten, de opdracht krijgt individueel te oefenen op de kamer.

Deze oefeningen komen uit een, door een gespecialiseerd team, opgestelde oefengids en zijn individueel aangepast. Op deze wijze worden partner/familieleden sterk betrokken in het volledige revalidatieproces.

### **Na de inspanning: de ontspanning**

We mogen de inspanningen die de patiënt moet leveren niet onderschatten. De dagen in het ziekenhuis zijn lichamelijk en geestelijk zwaar en er valt voor de patiënt nog heel wat te verwerken. Naast de tijd besteed aan revalidatie heeft de patiënt recht op ontspanning met familie of vrienden. Zelfs een uitstap buiten het ziekenhuis behoort tot de mogelijkheden. Dit laatste moet wel in overleg met de arts en de verpleegkundige gebeuren.

### **Oefenweekend**

Het revalidatieteam zal ter voorbereiding van een ontslag naar huis de patiënt stimuleren om dit proces op te bouwen in fases. Zo kan de patiënt tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis één dag of een weekend naar huis. Op deze manier kan in overleg met de patiënt en familie geëvalueerd worden welke punten verdere aandacht verdienen.

**Kom tijdig aankloppen**

De patiënt en zijn familie hebben er alle belang bij dat alle problemen betreffende het ontslag tijdig ter sprake komen. Er kan steeds een afspraak gemaakt worden met de zaalarts of de sociale dienst van het ziekenhuis. Het uitstellen van moeilijke beslissingen is een slechte tactiek. De revalidatie, die zeker lange tijd in beslag zal nemen, moet degelijk gepland worden.

**Informatiemomenten**

Vergeet niet dat het revalidatieteam op regelmatige tijdstippen infomomenten organiseert waarin wordt stilgestaan bij het fenomeen CVA, de implicaties voor de revalidatie en het opnameverloop. Vraag hiernaar bij de verpleging.



## **Revalidatie na een CVA**

### **Maandelijks infomoment**

ZNA Sint-Elisabeth biedt een algemeen infomoment aan waarop alle familieleden, partners en zorgdragers van CVA-patiënten welkom zijn.

Voor verdere informatie kan je terecht bij het multidisciplinair team van de verpleegafdeling.

### **ZNA Sint-Elisabeth**

#### **Dagziekenhuis, geriatrie, revalidatie & raadplegingen**

Leopoldstraat 26

2000 Antwerpen

**03 234 40 40**