



AZ JAN PALFIJN
GENT



Beroerte

INFORMATIE VOOR PATIËNTEN

INHOUDSTAFEL

Inleiding	3
1. Wat is een beroerte?	4
2. Risicofactoren	5
3. Alarmsymptomen	6
4. Gevolgen	8
5. Acute fase	13
6. Revalidatiefase	14
7. Ontslag	15

INLEIDING

Die ochtend wou ik opstaan, maar ik merkte al snel dat ik niet zo makkelijk uit bed kon dan andere dagen. Ik zakte door de knieën en viel tegen de kast. Terug rechtstaan kon ik niet meer. Ik probeerde naar de telefoon te kruipen om iemand op te bellen, maar zodra ik wou uitleggen wat er aan de hand was, kon ik het niet meer zeggen.

Dit is één van de vele klassieke verhalen wanneer iemand een beroerte heeft gekregen. Een beroerte wordt in medische termen CVA (Cerebro-Vasculair Accident) genoemd. Bij een beroerte zijn er zowel lichamelijke als geestelijke gevolgen. In deze brochure komen ze aan bod.

1. WAT IS EEN BEROERTE?

CVA of Cerebro-Vasculair Accident

We spreken over een beroerte wanneer de zuurstofvoorziening naar de hersenen plotseling wordt onderbroken. We kunnen hierin 2 vormen onderscheiden:

Herseninfarct

In 80% van de beroertes gaat het om een herseninfarct. Een bloedvat in de hersenen is verstopt en een deel van de hersenen krijgt geen zuurstof meer. De verstopping kan het gevolg zijn van:

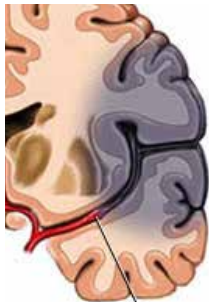
Trombose: door aderverkalking (arteriosclerose) of een bloedklonter (trombus) die in de hersenen loskomt, wordt een bloedvat in de hersenen afgesloten.

Embolie: een bloedklonter uit een ander deel van het lichaam sluit een bloedvat in de hersenen af.

Hersenbloeding

In 20% van de beroertes gaat het om een hersenbloeding. Een scheur in een bloedvat van de hersenen zorgt ervoor dat een deel van de hersenen geen zuurstofrijk bloed meer krijgt. Dit kan spontaan gebeuren of door een trauma bvb een val.

herseninfarct



hersenbloeding



TIA of Transient Ischaemic Attack

Dit is een tijdelijk zuurstoftekort in de hersenen. Een TIA duurt een paar minuten tot een paar uur. Er is echter wel een herstel binnen de 24u.

2. RISICOFACTOREN

- ▶ Ouderdom
- ▶ Hoge bloeddruk (hypertensie)
- ▶ TIA in de voorgeschiedenis
- ▶ Diabetes
- ▶ Toestand van de vaatwand
- ▶ Verhoogd cholesterolgehalte
- ▶ Hartziekten
- ▶ Langdurige stress
- ▶ Roken
- ▶ Overgewicht
- ▶ Te weinig lichaamsbeweging
- ▶ Erfelijkheid. Er is alleen sprake van erfelijkheid in het geval van een verhoogde bloeddruk of verhoogd cholesterolgehalte.

3. ALARMSYMPTOMEN

Deze test heet de FAST-test: Face, Arm, Speech, Time. Vertoont iemand één of meer symptomen, dan heeft hij of zij waarschijnlijk een beroerte.



Mond

Staat de mond van de persoon scheef?
Hangt er een mondhoek naar beneden?

Hulpmiddel: vraag de persoon om zijn tanden te laten zien.



Arm

Let op of een arm (of been) verlamd is.

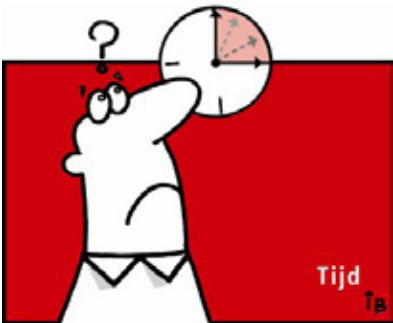
Hulpmiddel: vraag aan de persoon om beide armen tegelijkertijd horizontaal naar voren te strekken en de binnenzijde van de handen naar boven te draaien. Let op of een arm wegzakt of onstabiel wordt.



Spraak

Let op of de persoon onduidelijk spreekt of niet meer uit zijn woorden komt.

Hulpmiddel: vraag aan de persoon een zin uit te spreken.



Tijd

Stel vast hoe laat de klachten bij de persoon zijn begonnen. Indien de persoon binnen drie uur behandeld wordt, is de kans op herstel groter.

Er zijn nog andere aanwijzingen voor een beroerte nl plotse gevoelsstoornissen, gezichtsvaling of blindheid, dubbelzicht, gangmoeilijkheden, duizeligheid, hoofdpijn....

Doe zelf de test op www.herkeneenberoerte.be

4. GEVOLGEN

De gevolgen van een CVA zijn afhankelijk van:

- ▶ Het deel van de hersenen dat is beschadigd.
- ▶ De hoeveelheid weefsel dat is beschadigd in de hersenen. Als er veel hersencellen beschadigd zijn, zal men meer klachten vertonen dan wanneer er weinig afgestorven zijn.

Stoornissen in kracht en tonus

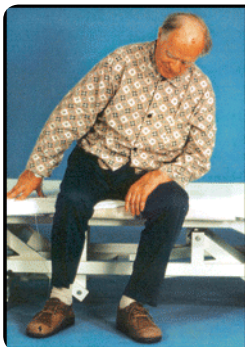
Bij 80-90% van de CVA-patiënten is er een verminderde kracht, wat resulteert in een halfzijdige verlamming. Afhankelijk van het gebied in de hersenen en de grootte van het infarct spreken we van een volledige of een gedeeltelijke verlamming. Deze verlamming kan gepaard gaan met verhoogde onwillekeurige spierspanning (spasticiteit). Ook kan er een aangezichtsverlamming aanwezig zijn wat resulteert in bijv. een afhangende mondhoek.

Sensibiliteitsstoornissen

Het is mogelijk dat de patiënt aan de verlamde zijde geen of slechts maar een gedeeltelijk gevoel heeft. Hij voelt dan geen aanraking of pijn.

Pushersyndroom

De patiënt kan zich niet meer oriënteren tov de verticale as en gaat met de goede lichaamshelft overdreven duwen naar de linker lichaamshelft.



Afasie

Een stoornis in het spreken en begrijpen van de gesproken en geschreven taal. De patiënt is niet in staat om te spreken of te begrijpen wat er gevraagd wordt. Afasie komt meestal voor bij patiënten met een rechtszijdige verlamming.

Een vorm hiervan is dysartrie. Dit betekent dat de patiënt wel degelijk alles begrijpt, maar dat hij het niet kan uiten omwille van krachtsverlies, verminderde coördinatie of sensibiliteitsstoornissen van de ademhaling, de stem, de articulatie of het spreektempo.

Zorg er als familie voor dat u blijft communiceren met de patiënt, desnoods met gebaren. Spreek met korte, gevatte zinnen.

Voor meer informatie: zie www.afasie.be

Hemianopsie

Door een letsel in de hersenen kan er een gezichtsvelduitval plaatsvinden aan de linker- of rechterzijde bij respectievelijk linkszijdig of rechtszijdig verlamden. De patiënt is niet in staat om een volledig beeld te krijgen en moet het hoofd draaien om de informatie uit die hoek op te nemen. Hemianopsie is het gevolg van een letsel in de hersenen, er is dus geen letsel aan de ogen!



hemianopsie links

Slikstoornissen

Ongeveer één derde van de patiënten heeft in de acute fase problemen met slikken. Het is mogelijk dat vloeistoffen moeten worden ingedikd om verslikking te voorkomen. Het slikken kan worden geoefend.

Let dus als familie op en geef zeker geen eten of drinken zonder toestemming van de arts of de logopedisten of zonder de nodige maatregelen in acht te nemen.

Oriëntatie

Dit is het bewustzijn van zichzelf in relatie tot de omgeving. Er kunnen stoornissen optreden in de oriëntatie in:

Tijd: men weet niet welke dag, welke maand het is

Tijdschatting: men kan niet inschatten hoelang een activiteit duurt

Persoon: men herkent voor zich bekende personen niet

Ruimte: men kan de weg niet vinden in een nochtans bekende omgeving

Plaats: men weet niet waar hij is

Aandacht

Ongeveer 40% van de CVA-patiënten vertoont in meer of mindere mate aandachtsstoornissen. Meestal gaat het om een vertraagde informatieverwerking. Het volhouden van de aandacht is in de meeste gevallen ook een probleem: men is snel afgeleid door onbelangrijke geluiden en bewegingen uit de omgeving.

Ook kan er sprake zijn van een verminderd activatieniveau. Dit kan als gevolg hebben dat de patiënt regelmatig in slaap valt. Een verhoogd activatieniveau is ook mogelijk nl wanneer de patiënt onrustig is en moeilijk kan stilzitten.

Geheugen

Dit is het vermogen om informatie op te slaan, te bewaren en later terug op te vragen. Er kunnen problemen optreden in het korte termijn geheugen (paar minuten) of het lange termijn geheugen (alles wat langer is dan enkele minuten).

De belangrijke gegevens op een briefje schrijven of een agenda bijhouden zijn hulpmiddelen.

Waarneming

Hierdoor krijgen we informatie over de buitenwereld via de zintuigen. Als er een stoornis is in het herkennen van bekende prikkels van de zintuigen, spreken we van agnosie. Men herkent dan vb bepaalde bekende liedjes niet of een bekend voorwerp.

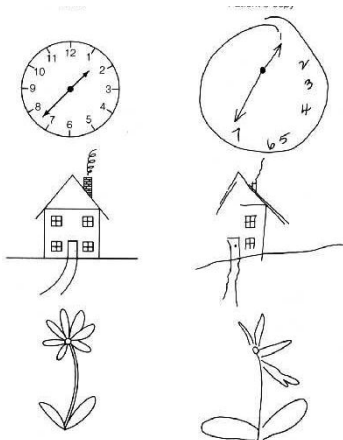
Het is eveneens mogelijk dat de patiënt geen ziekte-inzicht heeft. Hij heeft geen besef van zijn situatie en spreekt bvb over "naar toilet stappen" terwijl stappen nog niet mogelijk is. Dit is geen eigenwijsheid, maar een gevolg van het letsel in de hersenen. Geloof de patiënt niet altijd op zijn woord als het gaat om zijn mogelijkheden.

Neglect

Bij neglect zal de patiënt de lichaamszijde en de ruimte aan de zijde van de verlamming onbewust negeren. Neglect komt meer voor bij linkszijdige dan bij rechtszijdige verlammingen en is meestal ook ernstiger.

Bij iemand met neglect aan de linkerzijde zien we bijv. dat hij de linkerhelft van het bord niet opeet als het bord in het midden staat. Bij het lezen worden woorden aan de linkerzijde overgeslaan. Tijdens het stappen of rijden met een rolstoel wordt er links tegen zaken gestoten. Tijdens een gesprek kijkt de persoon enkel naar mensen die rechts van hem zitten...

Motiveer de patiënt om toch naar de linkerzijde te kijken door prikkels aan die zijde aan te bieden bvb door aan de linkerzijde te gaan zitten om te praten.



Tekening waarbij een patiënt met neglect iets moet overtekenen.

We zien telkens dat hij de linkerzijde van de tekening negeert.

Apraxie

Dit is een stoornis in het doelgericht uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten. De patiënt zal bijvoorbeeld zijn haren willen kammen met een tandenborstel of een activiteit onderbreken omdat hij niet meer weet hoe hij het verder moet doen. Een patiënt met apraxie weet niet wat hij moet doen of hij weet wel wat hij moet doen maar hij weet niet hoe. Apraxie komt vooral voor bij rechtszijdige verlammingen.

Incontinentie

Het kan dat de patiënt niet meer in staat is om de plas of ontlasting op te houden. Meestal verbetert dit na verloop van tijd.

Vermoeidheid en uithoudingsvermogen

Bij CVA-patiënten kan er sneller vermoeidheid optreden. Dit is niet alleen een fysieke, maar vaak ook een mentale moeheid. Tot 68% van de CVA-patiënten klaagt van vermoeidheid.

Emotionele stoornissen

- ▶ initiatiefverlies
- ▶ emotionele labiliteit
- ▶ prikkelbaarheid
- ▶ persoonlijkheidsveranderingen
- ▶ impulsiviteit of net onzeker gedrag
- ▶ aandachtvragend gedrag
- ▶ verminderde sociale vaardigheden
- ▶ agressiviteit
- ▶ depressiviteit
- ▶ angst
- ▶ verlies van gevoel voor humor

5. ACUTE FASE

U wordt op de spoedafdeling van het ziekenhuis binnengebracht door familie of met de ambulance. Hier worden de klachten opgenomen en een aantal onderzoeken gedaan zoals een bloedafname, ECG (cardiogram) en een CT-scan.

Op deze manier kan de bevoegde arts bepalen waar het probleem zich bevindt. Bij vermoeden van een beroerte of bloeding, wordt de neuroloog verwittigd. De symptomen van beiden zijn gelijkaardig, maar dankzij de informatie van verschillende onderzoeken kan de neuroloog uitmaken of het om een herseninfarct of een hersenbloeding gaat.

Bij een herseninfarct kan men:

- ▶ Medicatie toedienen om de klonter, die de trombose veroorzaakt, op te lossen (dit heet trombolyse). Dit is echter enkel mogelijk wanneer men snel kan ingrijpen (tot ongeveer 3u na het begin van de trombose). Een trombolyse kan de schade beperken, maar er is ook een hoger risico op bloedingen.
- ▶ Medicatie toedienen die nieuwe klontervorming moet tegengaan.

Bij een hersenbloeding kan een operatie (trepanatie) noodzakelijk zijn om de druk van de hersenen weg te nemen.

Wanneer de patiënt stabiel is, wordt hij overgebracht naar een acute dienst neurologie waar hij verder wordt opgevolgd. Hier kunnen nog tal van andere onderzoeken worden gepland om de oorzaak van de beroerte op te sporen vb MRI scan van de hersenen, onderzoek van de halsbloedvaten, cardiologisch onderzoek: holter (ritmestoornissen), echografie en een EEG (om de elektrische activiteit van de hersenen na te gaan).

Reeds in deze fase starten de verschillende disciplines met hun therapie. De inhoud daarvan wordt verder in de brochure besproken.

6. REVALIDATIEFASE

Na de acute fase, en indien de patiënt nog niet in de mogelijkheid is om zelfstandig te functioneren thuis, wordt hij overgebracht naar de revalidatie-afdeling (SP-dienst). Hier staat een volledig team ter beschikking om de revalidatie zo vlot mogelijk te laten verlopen:

- ▶ Neuroloog: is de eindverantwoordelijke voor de behandeling, vraagt onderzoeken aan en beslist over medicatie.
- ▶ Revalidatie-arts/fysiotherapeut: is de coördinator voor de therapie. Zij houden hierover ook contact met de behandelende arts (neuroloog).
- ▶ Hoofdverpleegkundige: is de verantwoordelijke voor de zorgen op de dienst.
- ▶ Verpleegkundigen en verzorgenden: nemen de hygiënische zorgen voor hun rekening alsook het aanbrenge van de nodige medicatie.
- ▶ Logistiek assistenten: zorgen voor het aanbrenge van de voeding en waterbedeling.
- ▶ Kinesitherapeuten: zullen vanaf de eerste dag (reeds op de acute afdeling) starten met de fysieke revalidatie. Eerst wordt er een korte testing gedaan om de mogelijkheden van de patiënt in te schatten. De therapeut zorgt voor oefeningen om terug te leren zitten, staan, stappen, arm bewegen,...om zo terug te kunnen functioneren in het dagelijks leven.
- ▶ Ergotherapeuten: komen vanaf de eerste dag langs om een indruk te hebben van wat de patiënt nog zelfstandig kan en wat niet. Zij geven oefeningen met als doel bepaalde dagdagelijkse activiteiten terug aan te leren vb zich wassen, zich aankleden, eten... Ook geheugen- en concentratietraining nemen zij voor hun rekening. Voor de aanvraag van hulpmiddelen zoals looprek, rollator of rolstoel, kan je ook bij hen terecht.
- ▶ Logopedisten: indien nodig komen zij reeds op de acute afdeling langs om de patiënt terug te leren slikken, om de mondmotoriek (vb bij afhangerende mondhoek, dysartrie, afasie) en het taalbegrip (afasie) te oefenen.
- ▶ Sociaal assistent: zorgt voor de nodige papieren vb ivm mutualiteit, financiële instellingen, aanvragen voor huishulp, rusthuis, hersteloord...
- ▶ Psycholoog: geeft steun en begeleiding in de verwerking.

Elke week is er een teamvergadering waar deze verschillende disciplines met elkaar overleggen en de verdere evolutie bespreken.

7. ONTSLAG

Bij het ontslag houden we rekening met de mogelijkheden van de patiënt. Er zijn meerdere opties:

Naar huis

Indien de patiënt voldoende zelfstandig is of er voldoende steun is van bijv. huisgenoten of familie kan de patiënt naar huis terugkeren. Dit kan in combinatie met een dagcentrum of thuishulp: verpleging, bejaardenzorg, poetsdienst... Ook wordt er regelmatig aangeraden om een personenalarmsysteem te laten plaatsen en dit vooral als de patiënt alleen woont. Zo kan er bij een val bijv. iemand worden verwittigd. Meer info hierover kan u vinden bij elke mutualiteit.

Proefperiode

Ter voorbereiding van een ontslag naar huis is het mogelijk om een dag of een weekend (met overnachting) op proef naar huis te gaan zodat de situatie juist kan worden ingeschat.

Hersteloord

U kan ook naar een hersteloord gaan in afwachting van een terugkeer naar huis.

Serviceflat

Indien de patiënt nog zelfstandig kan functioneren, maar zich veiliger voelt als er iemand in de buurt is, kan er geopteerd worden voor een serviceflat. Hier zijn er vaak lange wachtlijsten.

Naar een rusthuis

Indien de terugkeer naar huis niet mogelijk is omwille van een te zware verzorging of voortdurende begeleiding wordt er geopteerd voor een rusthuis. Hier wordt er ook met wachtlijsten gewerkt.



**AZ JAN PALFIJN
GENT**

Meer inlichtingen

T +32 (0)9 224 81 41

Watersportlaan 5 - 9000 Gent

T +32 (0)9 224 71 11 - F +32 (0)9 224 70 42

info@janpalfijngent.be - www.janpalfijn.be