



Beroertezorg CVA/TIA

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Synaps Park 1
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara

Bessemmerstraat 478
B 3620 Lanaken

Medisch Centrum André Dumont

Stalenstraat 2a
B 3600 Genk

ZOL MAAS EN KEMPEN

Diestersteenweg 425
B 3680 Maaseik

ZOL GENK
tel. +32(0)89 32 50 50
ZOL MAAS EN KEMPEN
tel. +32(0)89 50 50 50
info@zol.be

Beste patiënt,

Via deze brochure willen we u informeren over Beroertezorg CVA/TIA.

Heeft u na het lezen van deze brochure nog bijkomende vragen, aarzel dan niet om deze met de artsen, verpleegkundigen, sociaal werker,... te bespreken.

**Met vriendelijke groeten
vanwege het medisch
en verpleegkundig team
neurologie.**

Inhoudsverantwoordelijke: dr. L. Ernon (Neuroloog) | December 2022

INHOUDSTAFEL

1. Wat is een beroerte?	3
2. Waarom specifieke beroertezorg?	4
3. Risicofactoren van een beroerte	5
4. Gevolgen van een beroerte	5
5. Symptomen	6
6. Onderzoeken	8
7. Revalidatie	9
8. Tips en advies	13
9. Wat na de opname?	15
10. Het team	16
11. Bezoekuren	17

01 WAT IS EEN BEROERTE?

Een beroerte ontstaat meestal plots zonder voorafgaande waarschuwing. Dit kan eveneens tijdens de nacht voorkomen, zodat de symptomen pas ontdekt worden bij het ontwaken.

Als de bloedtoevoer naar de hersenen plots onderbroken wordt, spreken we van een beroerte of **CVA** (=cerebrovasculair accident).

Er zijn twee grote vormen van beroerte te onderscheiden:

- een bloedvat in de hersenen kan worden afgesloten door een bloedstolsel of een dichtslibbend bloedvaatje in de hersenen zelf of in de bloedvaten in de hals. De hersenen krijgen hierdoor weinig of geen zuurstof. Men spreekt dan van een **herseninfect**.
- een bloedvat in de hersenen kan ook scheuren zodat bloed zich ophoopt in de hersenen. In dit geval spreekt men van een **hersenvloeding**.

Bij het merendeel van de mensen (meer dan 75%) is er sprake van een herseninfect. Hersenvloedingen komen vaker voor bij jongere mensen.

De symptomen van een beroerte blijven vaak (helemaal of gedeeltelijk) bestaan. Soms gebeurt het dat de symptomen verdwijnen binnen een periode van 24 uur. In dit geval spreken we in medische terminologie van een **TIA** ('transient ischemic attack' of 'voorbijgaande ischemische beroerte'). Dit is in wezen meestal de voorbode van een 'echte' beroerte. Per jaar worden in België ongeveer 19.000 mensen voor de eerste maal getroffen door een beroerte. Beroerte of CVA (cerebrovasculair accident) is de derde doodsoorzaak na hartinfarct en kanker. Het is dé belangrijke oorzaak van blijvende invaliditeit bij volwassenen.

02 WAAROM SPECIFIEKE BEROERTEZORG?

Op de afdeling is er per definitie een multidisciplinaire samenwerking tussen zowel artsen, verpleegkundigen en paramedisch personeel. De coördinatie van de medische zorg gebeurt via de behandelend neuroloog. De eerste dagen is het doel van behandeling de medische toestand zo spoedig mogelijk te stabiliseren, deze te behandelen en te zoeken naar de factoren die eventueel een rol spelen in het ontstaan van deze aandoening.

In de behandeling van een beroerte proberen we zo snel mogelijk de bloedvoorziening te herstellen of deze te bevorderen. Naargelang de medische voorgeschiedenis van de patiënt zal de neuroloog beslissen welke behandeling in dat geval de beste is.

Eenmaal de diagnose van een herseninfarct gesteld is en de behandeling werd gestart, sporen we zo snel mogelijk de eventuele bron of onderliggende oorzaak hiervan op (bijvoorbeeld hartrit-mestoornissen). We houden ook rekening met het risico op herhalingen.

Preventief wordt vaak een lage dosis aspirine of een ander bloedverdunnend middel voorgeschreven. Het is eveneens belangrijk om andere risicofactoren als hoge bloeddruk, verhoogde suiker- of cholesterolwaarden te behandelen.

03 RISICOFAC- TOREN VAN EEN BEROERTE

De risicofactoren voor een beroerte zijn grotendeels dezelfde als voor andere hart- en bloedvataandoeningen. Naast ouderdom vormen verhoogde bloeddruk, hoge cholesterol, suikerziekte, vroegere beroerte(n) en/of hartkwalen, roken, alcoholgebruik, overgewicht, en een gebrek aan lichaamsbeweging de belangrijkste risicofactoren.

Ook de samenstelling van het bloed en de kwaliteit van de bloedvatwand kunnen een rol spelen. Ten slotte gebeurt het soms dat kleine bloedstolsels elders in het lichaam ontstaan en door de bloedvaten meegevoerd worden naar de hersenen.

04 GEVOLGEN VAN EEN BEROERTE

Een beroerte kan zowel lichamelijke als geestelijke gevolgen hebben en zijn in veel gevallen ingrijpend op lichamelijk, geestelijk, familiaal en professioneel vlak.

De gevolgen van een beroerte zijn afhankelijk van:

- het deel van de hersenen dat is beschadigd. Zo geeft een beroerte in één hersenhelft meestal verlamingsverschijnselen in de tegenovergestelde lichaamszijde;
- de plaats van de beschadiging;
- de algemene medische toestand van de getroffene;
- de hoeveelheid hersenweefsel dat is beschadigd.

05 SYMPTOMEN

De gevolgen van een beroerte kunnen zeer ingrijpend zijn. Sommige patiënten vertonen enkel een gevoelsstoornis, anderen hebben dan weer een ernstige halfzijdige verlamming en nog anderen bevinden zich in een comateuze toestand.

Een patiënt met een **rechtszijdige verlamming** (door een letsel in de linkerhersenhelft) heeft vaak spraak- en taalproblemen. Meestal heeft hij last met zowel spreken als met het begrijpen van taal.

Een patiënt met een **linkszijdige verlamming** (door een letsel in de rechterhersenhelft) heeft vaak moeilijkheden met het waarnemen van ruimte. In zeldzame gevallen kan de patiënt zijn verlamde zijde negeren of ontkennen. Wanneer dit voorkomt wordt dit **neglect** genoemd.

Naast deze specifieke verschijnselen zijn er nog een aantal algemene kenmerken die het gevolg kunnen zijn van een beroerte:

- problemen met de blaascontrole, (vaak wordt tijdelijk een blaassonde geplaatst);
- gedragsveranderingen (zoals onrust, agressie of onverschilligheid);
- geheugenklachten;
- veranderingen in de persoonlijkheid;
- verandering in de seksualiteit;
- verminderde zelfredzaamheid;
- depressiviteit, emotionele labiliteit;
- slikstoornissen;
- veranderd tijdsbesef.

	SYMPTOMEN	
CVA	in de linker hersenhelft	in de rechter hersenhelft
Hemiplegie	verlamming van de rechter lichaamszijde	verlamming van de linker lichaamszijde
Hemianopsie	uitval van het gezichtsveld aan de rechterkant van beide ogen	uitval van het gezichtsveld aan de linkerkant van beide ogen
Dysartie	onduidelijke spraak	onduidelijke spraak
Afasie	moelijkheden met taal	
Neglect	<ul style="list-style-type: none"> • niet reageren op mensen of dingen • aan de rechterkant van het lichaam of het verwaarlozen van de rechterkant 	<ul style="list-style-type: none"> • niet reageren op mensen of dingen • aan de linkerkant van het lichaam of het verwaarlozen van de linkerkant (zelden)
andere	<ul style="list-style-type: none"> • langzaam en onzekere gedrag 	<ul style="list-style-type: none"> • problemen met ruimtelijke waarneming: afstand, grootte en plaats kunnen moeilijk ingeschat worden, net als snelheid van beweging, vorm en verhouding van delen tot het geheel • stoornissen in het waarnemen en denken waardoor problemen kunnen ontstaan bij het begrijpen, spreken, zien, voelen, gedrag, rekenen en lezen

06 ONDERZOEKEN

6.1 Bloedafname(s):

Een bloedanalyse wordt zowel voor het opsporen van oorzaken van een beroerte als voor het opvolgen van mogelijke complicaties hiervan uitgevoerd. Bloedanalyses worden regelmatig herhaald tijdens de duur van opname.

- **RX van de longen**

Met een klassieke radiografie krijgen we een beter zicht op de toestand van longen en hart.

- **CT-scan van de hersenen**

Met een CT-scan van de hersenen kan uw arts een onderscheid maken tussen een hersenbloeding en een trombose of infarct. Ook andere oorzaken van een verlamming, zoals een hersenabces of gezwel, kunnen eveneens door dit onderzoek ontdekt worden.

- **Nucleaire magnetische resonantie (NMR of MRI)**

Bij dit onderzoek maakt men gebruik van een krachtig magnetische veld om de hersenen zeer gedetailleerd in beeld te brengen. De patiënt wordt in een soort van tunnel geschoven. Dit is een pijnloos maar lawaaiig onderzoek. De MRI stelt ons, in vergelijking met de CT-scan, in staat om nog

fijnere beelden te maken van de hersenen.

- **Elektrocardiogram (ECG):**

Met dit onderzoek wordt een opname van de elektrische activiteit van het hart gemaakt. Dit onderzoek brengt het hartritme in beeld. Een ontregeld hartritme kan de onderliggende oorzaak zijn van een beroerte.

- **Holterregistratie van het hart**

Dit is een langdurig elektrocardiogram van het hart om voornamelijk hartritmestoornissen, als oorzaak van de beroerte, op te sporen.

- **Duplex van de halsvaten**

Dit is een echografisch onderzoek (met geluidsgolven) waarbij men informatie probeert in te winnen over de doorgankelijkheid van de arteries in de hals die de hersenen van bloed voorzien. Een vernauwing van een bloedvat of een volledige opstopping (= occlusie) kan de oorzaak zijn van een beroerte. Wanneer de bloedvaten in de hals ernstig vernauwd zijn, kan het noodzakelijk zijn om deze bloedvaten op korte of middellange termijn te opereren. Dit gebeurt door de vaatchirurg.

07 REVALIDATIE

- **TEE van het hart**

Met een TEE (= transoesophagale echocardiografie) van het hart kunnen een aantal structuren van het hart bekeken worden.

- **EEG - Elektrofysiologie**

Met een elektro-encephalografie (EEG) probeert men, met behulp van een soort van 'badmuts' die op het hoofd geplaatst wordt, informatie te krijgen over de elektrische activiteit van de hersenen. Deze is, voornamelijk in het begin van een beroerte, regelmatig verstoord en kan aanleiding geven tot epilepsieaanvallen. Met het elektrofysiologisch onderzoeken zal de neuroloog via elektrische onderzoeken de beschadiging van het zenuwstelsel proberen in kaart te brengen.

Het revalidatieprogramma is aangepast aan de behoefte van de patiënt en bestaat uit zowel motorische revalidatie (= kinesitherapie), ergotherapie als uit logopedie. In overleg met de diëtist en logopedist wordt eventueel de voeding aangepast.

De sociaal verpleegkundige staat de patiënt en de familie bij tijdens de opname en is verantwoordelijk voor het organiseren van de noodzakelijke hulp bij een ontslag naar huis.

7.1 De kinesitherapeut

Om de revalidatie zo vlot mogelijk te laten verlopen, vragen we om vast schoeisel en gemakkelijke kledij mee te brengen.

Om de kans op complicaties, zoals luchtweginfecties en doorligwonden, te verkleinen, is het aangevozen om zo snel mogelijk met de revalidatie te starten.

Afhankelijk van de mogelijkheden van de patiënt kan de revalidatie als volgt verlopen:

- positionering in bed: bij een slappe verlamming kan er een luxatie (= ontwrichting) van de schouder ontstaan bij onvoldoende ondersteuning van de verlamde arm. Dit kan zeer pijnlijk zijn. Voldoende ondersteuning van de arm is dus noodzakelijk.
- opkomen in de rolstoel met de juiste positionering (ondersteuning van de arm) en stimulatie van een goede rompbalans
- verbeteren van de mobiliteit, de spierkracht en de coördinatie zowel van het onderste als het bovenste lidmaat.
- transfers van het bed naar de zetel, van de zetel naar de behandeltafel (en omgekeerd)
- controle van zit- en rompbalans en evenwicht
- gangrevalidatie, al dan niet met het gebruik van een hulpmiddel (looprek, stok...)
- traplopen
- komen tot een zo goed mogelijk algemeen functioneren

Revalidatie gebeurt gedurende 24u per dag. Daarom is het niet alleen belangrijk dat er een goede samenwerking is met de verpleegkundigen, de ergotherapeut, de logopedist en de sociaal werker. De betrokkenheid van de familie speelt ook een zeer belangrijke rol. Zo kunnen we samen streven naar een zo zelfstandig mogelijk functioneren van de patiënt.

7.2 De sociaal verpleegkundige

De sociaal verpleegkundige neemt deel aan de teamvergaderingen op de afdeling. Wanneer de toestand van de patiënt stabiel is, wordt door het team advies geformuleerd naar mogelijkheden van ontslag.

Patiënten die volledig hersteld zijn, gaan terug naar huis. Indien nodig worden thuiszorgdiensten (thuisverpleegkundige, huishoudelijke hulp,...) en/of hulpmiddelen georganiseerd. Andere patiënten worden doorverwezen naar de revalidatieafdeling (Campus Sint-Barbara in Lanaken) of naar een gespecialiseerd revalidatiecentrum. Indien de patiënt niet meer in staat is om

thuis te wonen, gaan de sociaal verpleegkundige, samen met de familie, zoeken naar een geschikte opvang, zoals een rusthuis of RVT (rust en verzorgingstehuis).

7.3 De logopedist

Veel patiënten hebben na een beroerte vaak moeilijkheden met spreken, taal en/of slikken. Daarnaast kunnen er ook nog slikstoornissen optreden.

De logopedist zal hiernaar een uitgebreid onderzoek doen en adviezen geven en/of oefeningen starten.

In de acute fase wordt er vooral gezorgd voor een veilig slikken. Hiervoor wordt het slikprobleem geanalyseerd en, indien nodig, wordt er een voedingsaanpassing doorgevoerd.

Wat de taal en spraak betreft, worden er testen gedaan naar de aard van de stoornis en worden er oefeningen gestart om de taal (in al zijn facetten) te stimuleren en de algemene spraakverstaanbaarheid te verbeteren. Daarnaast wordt er ook gezocht naar hulpmiddelen om de communicatie te

vergemakkelijken (taalzakboek, communicatiekaart,...).

7.4 De ergotherapeut

De ergotherapeut heeft de taak de patiënt in staat te stellen om zo optimaal en zelfstandig mogelijk te functioneren in zijn normale woon-, leef- en werkomstandigheden. Dit wordt ADL-training genoemd.

Het revalideren van de aangedane zijde is 'functionele therapie'. Het doel is zelfstandigheid bekomen door hulpmiddelen en/of aanpassingen aan te bieden.

7.5 De diëtiste

De diëtiste geeft individueel voedingsadvies tijdens de opname en zorgt voor opvolging indien nodig. Zij superviseert het maaltijdgebeuren tijdens de opname. Zij is de link tussen de patiënt en de keuken en heeft nauw contact met de verpleegkundigen, logistiek assistenten, arts en met de familie.

Zij baseert zich hiervoor op de actieve voedingsdriehoek. Hier volgen alvast enkele algemene raadgevingen:

- zorg voor afwisseling
- eet in functie van uw fysieke activiteit en houd uw gewicht onder controle.
- kies bij voorkeur voor vezelrijke voeding met voldoende volkoren producten, verse groenten en vers fruit. Eet minstens 5 porties groenten en fruit per dag (bv. 300 gr. groenten en 2 stukken fruit) want vezelrijke voeding werkt cholesterolverlagend.
- wees matig met vet: zorg dat uw voeding arm is aan verzadigde vetten (hoofdzakelijk dierlijke vetten) en voedselcholesterol. Plantaardige oliën, vette vis, smeervetten met een verlaagd vetgehalte en zachte margarines bevatten overwegend onverzadigd vet. Onverzadigde vetten hebben een cholesterolverlagend effect. Eet meerdere malen per week vis, soja-producten en peulen.
- wees matig met zoet en zout.

Algemene tips bij zoutbeperking:

- kies steeds voor kwaliteitsproducten, zo vers mogelijk.
- kies de beste kooktechnieken

die erop gericht zijn de natuurlijke smaak van de voeding maximaal te behouden: rauwkost, stomen, koken in de schil, roosteren, bereiden in folie, in de oven, ...

- gebruik regelmatig verse of gedroogde kruiden en specerijen.
- bij een strikt zoutarm dieet is het aan te raden een zoutarme broodsoort te gebruiken.

Vermijd

- kant en klaar producten, bereide diepvriesproducten en conserven;
- pakjes soep en gewone bouillonblokjes (enkel zoutarm en vetarm).
- wees matig met alcohol (maximum 2 glazen per dag).
- wees nog matiger in geval van verhoogde triglyceriden.

Beweging

- doe aan aangepaste lichaamsbeweging, bvb. fietsen, wandelen, zwemmen, dansen, ... in overleg met uw arts en kinesist.
- regelmatige lichaamsbeweging heeft een gunstige invloed op uw HDL cholesterol.

08 TIPS EN ADVIES

De neuropsycholoog

De neuropsycholoog doet op vraag van de arts een onderzoek naar de intellectuele mogelijkheden van een patiënt. Dit gebeurt meestal niet in de acute fase, maar eerder in een latere fase tijdens het verdere verloop van de opname.

8.1 De omgeving van de patiënt

- Zorg voor een nette en orderlijke kamer, met vertrouwde voorwerpen.
- Geef de patiënt niet teveel prikkels: dat vermoeit en leidt af.
- Beperk het bezoek in de acute fase tot maximum twee personen: drukte en lawaai zijn ook vaak storend.
- Plaats u in de acute fase aan de gezonde, niet-verlamde zijde. Bij oefeningen en therapie wordt de verlamde zijde gestimuleerd.
- Vermijd snelle bewegingen in de buurt van de patiënt

8.2 De communicatie met de patiënt

- Onderschat het begrip niet van de patiënt: zelfs bij moeilijke communicatie en moeilijkheden met taaluiting kan de patiënt toch nog goede begripsmogelijkheden hebben.
- Spreek in eenvoudige, concrete taal en gebruik geen ingewikkelde terminologie.
- Praat rustig. Roep niet, want de patiënt is niet slechthorend.

- Moedig de patiënt aan tot reageren, eventueel met ja-knikken en neen-schudden. Voorwerpen aanwijzen, uitbeelden, opschrijven of tekenen kunnen ook een hulp zijn.
- Herhaal wat u denkt begrepen te hebben en informeer of het juist is, maar behandel de patiënt niet als een kind: onderschat zijn intelligentie niet want dit is niet aangenaam voor de patiënt.
- Verdeel opdrachten of taken in deelstappen en begeleid de patiënt verbaal of fysiek.
- Bevestig hem/haar als hij/zij iets goed doet of vooruitgang maakt.
- Hou rekening met problemen met oriëntatie in tijd en ruimte.

De motoriek van de patiënt

- Zorg voor een goede positionering van de verlamde arm. Ondersteun de schouder met een kussen en leg de arm en de hand op de buik of het tafelblad, in het zicht van de patiënt.
- Vraag altijd hulp bij het verplaatsen van bed naar zetel of

omgekeerd: de patiënt heeft vaak problemen met zitbalans, evenwicht en krachtsverlies in de onderste ledematen.

- Zorg voor stevig schoeisel: dit is erg belangrijk voor een goede motorische revalidatie.

De zorg voor de patiënt

- Bevochtig regelmatig de lippen met een nat washandje of houd de lippen soepel met een lippenpommade, wanneer de patiënt niet mag eten of drinken.
- Informeer vooraf bij de verpleegkundige of de patiënt mag eten/drinken want mogelijk kunnen slikstoornissen een probleem vormen.
- U kan, indien toegelaten en nodig, de patiënt helpen met eten/drinken.
- Wanneer de patiënt ernstige afasie heeft, is het gebruik van een schriftje handig om de communicatie tussen hulpverleners en de patiënt te vergemakkelijken. Zo weet men wat er gebeurt in familieverband, wie er op bezoek gekomen is, hoe de familiesamenstelling is, (...) Het schriftje kan ook

09 WAT NA DE OPNAME?

gebruikt worden om te vragen dingen van thuis mee te brengen (bvb. schoenen, ...)

- Breng makkelijke (nacht)kledij mee: een lange broek en een pyjamavest met knopen. Dit is gemakkelijker voor de verzorging maar ook in de therapie-sessies .
- Zorg voor stevig schoeisel waar de patiënt goed mee kan stappen.
- Het is niet nodig om nieuwe schoenen te kopen.

De revalidatie van een beroerte start vrijwel onmiddellijk na de opname. Voor de revalidatie bestaan er verschillende mogelijkheden. Patiënten die volledig gerecupeerd zijn gaan terug naar huis. Anderen verblijven op de afdeling Neurologie (M.1.00) of een afdeling Geriatrie voor aanvullende behandelingen en revalidatie. Nadien wordt er dan verder verwezen naar een gespecialiseerd revalidatiecentrum voor beroerte (campus St-Barbara of MS Overpelt). Een rust- en verzorgingstehuis (RVT) wordt voorgesteld wanneer er zich een ernstig verzorgingsprobleem stelt.

Begeleiding door de sociaal verpleegkundige.

Een CVA heeft vaak een grote invloed op het maatschappelijk leven.

Concrete vragen rond veranderingen in uw persoonlijke situatie kunnen met de sociaal verpleegkundige besproken worden. Hij/zij zal U en uw familie helpen om de nodige maatregelen te treffen om uw thuiskomst zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

De sociaal verpleegkundige kan u advies geven over thuiszorgdiensten, administratieve zaken, financiële tegemoetkomingen, sociale voorzieningen, hulpmiddelen en nog veel meer.

10 HET TEAM

Neurologen

- dr. Wibail
- dr. I. Raets, neuroloog
- dr. E. Vanroose, neuropsychiater
- dr. P. Viaene, neuroloog
- dr. L. Ernon, neuroloog
- dr. assistent, neuroloog in opleiding

- Geriaters
- Cardiologen
- Neurochirurgen
- Vaatchirurgen
- (interventionele) Radiologen
- Revalidatie-artsen

Verpleegkundig personeel

- Patricia Vandebroek en Jorien Stassen: hoofdverpleegkundigen en Karel Ghoos, nacht-hoofdverpleegkundige Medium Care, en hun team
- Tine Peeters: hoofdverpleegkundige afdeling Neurologie M1.00 en haar team

Paramedisch personeel

- Diëtiste: Monique Meuris
- Ergotherapeut: Sofie Janssen
- Kinesitherapeute: Greet Vandeurzen

11 BEZOEKUREN

- Logopedisten: Danielle Nelissen - Renée Reynders
- Neuropsycholoog: Ann Van Knippenberg
- Sociaal verpleegkundige: Ann Vanhemel

Aangezien de patiënten vaak kritisch ziek zijn, wordt het bezoek de eerste dagen beperkt. We vragen U dan ook om de bezoeken te respecteren en de bezoeken beperkt te houden tot de naaste familieleden.

Bezoeken: van 12.30 tot 13.30 uur en van 19 tot 20 uur.

Telefonisch contact is mogelijk via 089 32 72 32

Nadien kunt u de patiënt bezoeken tussen 11.30 en 20 uur. Telefonisch contact is dan mogelijk via 089/32 62 37.

Mocht u na het lezen van deze informatie nog vragen hebben dan kunt u steeds terecht bij uw arts of verpleegkundige. Wij wensen u van harte goede moed en een voorspoedig herstel.



www.ZOL.be



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.facebook.com/ZOLzh



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via www.zol.be

Raadpleeg online uw medisch dossier via www.mijnzol.be