



Beroertezorg

wegwijs na een beroerte

1 Voorwoord

U bent opgenomen op de dienst 'beroertezorg' of stroke-unit. Deze dienst is een onderdeel van de dienst neurologie (afdeling N 3A) en is onder andere gespecialiseerd in de opvolging van patiënten die een beroerte doormaakten.

Het onverwachte karakter van een beroerte (of een CVA) is een ernstig gebeuren en roept uiteraard heel wat vragen op. Het is een veel voorkomende aandoening met soms ernstige gevolgen voor zowel u als voor uw familie.

Daarom hebben we deze brochure samengesteld om u te informeren over

- wat een beroerte juist is
- welke onderzoeken er worden gedaan
- de eventuele behandeling
- welke nazorg of revalidatie er nodig is en
- hoe u een beroerte kan herkennen en voorkomen.

Het is mogelijk dat u na het lezen van de brochure nog extra vragen heeft.

Aarzel dan niet om ze te stellen aan de artsen of de verpleegkundigen.

Ook de sociaal verpleegkundige, de ergotherapeute, de kinesist, de logopediste en de diëtiste zijn steeds bereikbaar om uw vragen te beantwoorden.

2 Wat is een beroerte?

Een beroerte of 'hersennataque' wil zeggen dat er een plots gebeuren is in een (slag)ader in de hersenen.

Wanneer een deel van de hersenen onvoldoende bloed krijgt, ontvangt het te weinig zuurstof en ontstaat er hersenbeschadiging.

We lichten de drie soorten beroertes kort toe.

2.1 Herseninfarct

Bij een herseninfarct wordt een bloedvat naar of in de hersenen afgesloten. Dit kan door een bloedprop (trombus) die (vaak vanuit het hart of de halsbloedvaten) losschiet en meegevoerd wordt naar een kleiner bloedvat in de hersenen.

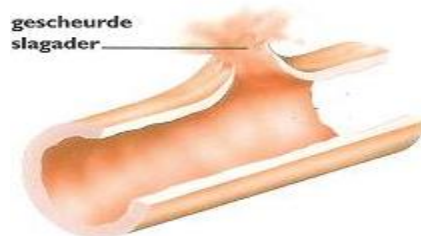
Het is ook mogelijk dat de bloedvaten dichtslibben (atherosclerose) door vetafzetting in de binnenwand van de slagaders.

Hoge bloeddruk, roken en suikerziekte spelen hierbij een grote rol.



2.2 Hersenbloeding

Een hersenbloeding ontstaat door een scheur in een bloedvat in de hersenen. Het bloed zal zich dan een weg banen in de hersenen. De druk op de hersenen zal zodanig verhogen, dat hersenweefsel beschadigd raakt en kan afsterven.



2.3 TIA

Een TIA (*Transient Ischemic Attack*) is een mini-beroerte of een verwittiging. Het wordt beschouwd als een voorloper van een echte beroerte.

Men heeft dezelfde symptomen, maar ze duren niet zo lang (meestal zijn de ziekteverschijnselen verdwenen binnen de 24 uur).

Het is echter heel belangrijk om nu alle onderzoeken grondig uit te voeren om zo blijvende schade te voorkomen.

3 Gevolgen van een beroerte

De gevolgen van een beroerte hangen af van verschillende factoren en zijn verschillend van persoon tot persoon. Niet elke beroertepatiënt zal alle onderstaande problemen ondervinden.

mogelijke gevolgen:

- verlamming aan één kant van het lichaam
- uitval van het gezichtsveld aan één kant van beide ogen
(bij uitval van een deel van het gezichtsveld heeft u een onvolledig beeld; de oorzaak ligt dus niet in de ogen maar wel in de hersenen)
- moeilijkheden met taal en/of onduidelijke spraak
- niet reageren op mensen of dingen aan de aangedane zijde van het lichaam; het verwaarlozen van de aangedane zijde
- langzaam en onzeker gedrag
- problemen met ruimtelijke waarneming
- slikstoornissen
- duizeligheid
- stuurloosheid
- misselijkheid
- braken
- dubbelzien
- aangezichtspijn
- vermoeidheid
- hevig transpireren

Na een beroerte kan u ook nog andere gevolgen ervaren, zoals bv: karakterveranderingen, geheugenstoornissen, emotionele instabiliteit, initiatiefverlies en/of gehaast zijn.

4 Welke onderzoeken worden er gedaan?

Bij opname op de stroke-unit of dienst beroertezorg zal de arts verschillende onderzoeken laten doen.

- Een CT met radiografische stralen of een MRI met magnetische golven wordt genomen van de hersenen om de aard, de omvang en de plaats van de beroerte te bepalen.
- EKG: Het EKG registreert de elektrische activiteit van het hart, het hartritme en het functioneren van de voorkamers en de kamers van het hart. De meeste ritmestoornissen, geleidingsstoornissen en problemen met de zuurstofvoorziening kunnen hiermee worden vastgesteld.
- Monitoring : EKG, bloeddruk en zuurstofspanning in het bloed worden continu opgevolgd gedurende de eerste 48 uur.
- Holter: Soms volstaat een gewoon EKG niet en wordt er gekozen voor een holteronderzoek. Hierbij draagt u elektroden op het lichaam die gedurende 24 uur verbonden zijn met een opnameapparaatje. Op deze manier wordt er een 24-uurs EKG genomen.
- Echo-Cor: Door middel van een klein apparaat in de vorm van een microfoon dat op de borst geplaatst wordt, krijgt de arts een beeld van de hartkamers, de hartkleppen, de grootte van de hartspier en de pompfunctie.
- Duplex-halsvaten: Dit is een echografisch onderzoek van de halsbloedvaten. Hierbij krijgt men een zicht op de snelheid en de richting van de bloedstroom.
- Transcraniële doppler: echografisch onderzoek van de bloedvoorziening in de hersenen
- EEG: Een elektro-encefalografie (EEG) is een onderzoek voor het meten van de hersenactiviteit. Men kan op deze manier zien hoe ver de hersenen beschadigd zijn na een beroerte.
- Er gebeurt ook een *bloedafname* en een *röntgenopname (RX)* van de longen en het hart.

5 Wat houdt de behandeling in?

De behandeling van een beroerte verschilt naargelang de aard.

Een herseninfarct kan behandeld worden door toediening van een middel dat klonters oplost (trombolyse). Dit kan alleen binnen de eerste 3 uur na het optreden van de beroerte.

Bij een behandeling van een hersenbloeding kan de arts, in overleg met de neurochirurg, beslissen om over te gaan tot een operatie. Deze noodoperatie kan ervoor zorgen dat de druk op de hersenen vermindert.

De verdere behandeling bestaat eruit om met behulp van monitoring en gespecialiseerde verpleegkunde:

- het risico op complicaties te verminderen
- ervoor te zorgen dat de beroerte niet verergert
- en te zorgen voor een snelle revalidatie.

Ook de risicofactoren worden aangepakt.

6 Risicofactoren voor beroerte

Risicofactoren zijn kenmerken, gewoontes en elementen van uw levensstijl die het risico op een beroerte verhogen. Hoe meer risicofactoren u vertoont, hoe hoger de kans dat u een beroerte ontwikkelt.

Tijdens een opname zal men ook trachten deze risico's zoveel mogelijk aan te pakken om een gunstigere evolutie te bekomen.

6.1 Niet-wijzigbare risicofactoren

Niet-wijzigbare factoren zijn eigenschappen waar u zelf niets aan kunt veranderen.

geslacht

Er zijn iets meer vrouwen dan mannen die een beroerte krijgen (dit gebeurt meestal op latere leeftijd).

leeftijd

Hoe ouder u wordt, hoe meer de kwaliteit van de slagaderwanden achteruit gaat en dus hoe meer risico u loopt op een beroerte.

Let wel: ook jonge mensen kunnen een beroerte krijgen. Een beroerte is dus niet enkel een ouderdomsziekte.

een eerder doorgemaakte beroerte

Indien u eerder een beroerte heeft doorgemaakt, dan maakt u meer kans op een nieuwe beroerte.

6.2 Wijzigbare risicofactoren

Wijzigbare risicofactoren zijn eigenschappen waar u zelf wel iets aan kunt veranderen.

hypertensie (hoge bloeddruk)

Onder een hoge bloeddruk verstaan we een bloeddruk vanaf 140/90mmHg. Dit kan de bloedvaten onder druk zetten waardoor beschadigingen kunnen ontstaan aan de binnenwand van de slagaders.

Meer dan de helft van de mensen die een beroerte doormaken, hebben een hoge bloeddruk.

roken

Roken verdubbelt het risico op een beroerte. Vraag hulp aan de arts om te stoppen met roken. Het ziekenhuis biedt ook een programma voor rookstopbegeleiding aan.

Zwaarlijvigheid (obesitas)

Zwaarlijvigheid veroorzaakt hypertensie en diabetes. Hierdoor verdubbelt het risico op een beroerte. De diëtiste komt bij u langs op de kamer.

diabetes

Een te hoog suikergehalte in het bloed kan de aders beschadigen en veroorzaakt slagaderverkalking. Diabetes verdrievoudigt de kans op een beroerte. Het is aangeraden om uw bloedsuiker regelmatig te laten controleren door de huisarts.

te hoog cholesterol

Een te hoog cholesterolgehalte in het bloed veroorzaakt slagaderverkalking. Dikwijls ligt de oorzaak in een ongezonde en onevenwichtige voeding.

alcohol

De inname van grote hoeveelheden alcohol (meer dan 2 consumpties per dag) wordt sterk afgeraden.

stress

Stress veroorzaakt hoge bloeddruk en verhoogt dus de kans op een beroerte.

hartproblemen

Sommige hartaandoeningen, zoals een recent hartinfarct of voorkamerfibrillatie (VKF), verhogen het risico op een beroerte.

te weinig beweging

We raden aan om minstens 30 minuten per dag te bewegen om het risico op een beroerte te verlagen.

7 Revalidatie

Gedurende de eerste 6 maanden na een beroerte treedt het meeste herstel op. De revalidatie start al vanaf dag 1 op de dienst beroertezorg.

De logopedist komt een slik-test uitvoeren om te zien in hoeverre uw slik-functie aangetast is. Indien dit het geval is, zal hij of zij oefeningen doen om de functie te herstellen of te verbeteren.

Wanneer u spraakstoornissen heeft, zal de logopedist ook oefeningen doen om de spraak te verbeteren.

Bij ernstige slikstoornissen zal de arts beslissen om een sonde te plaatsen zodat u vloeibare voeding kan krijgen.

Aan familieleden en bezoekers vragen we daarom om de patiënt nooit drinken of eten te geven zonder vooraf overleg met de verpleegkundige of arts!

Bij verlammingen of verhoogde spierspanning is het de kinesitherapeut die oefeningen komt doen. U wordt zo snel mogelijk gestimuleerd om te bewegen. Het opzitten in de zetel is daarom van groot belang.

De ergotherapeut zorgt ervoor dat u uw zelfredzaamheid terugkrijgt. Hij of zij zal samen met u dagdagelijkse zaken oefenen zoals wassen, aankleden, eten, enz.

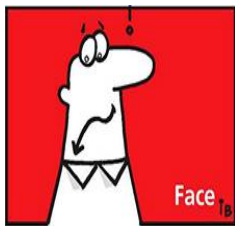
Voor zo'n 60% van de patiënten blijft, na ontslag uit het ziekenhuis, ambulante revalidatie van een kinesitherapeut, logopedist of ergotherapeut vaak nodig. Andere patiënten hebben een intensievere behandeling of opvolging nodig. Zij verblijven dan een tijdje in het revalidatiecentrum van Zele.

Het ontslag wordt in een vroeg stadium besproken met u en/of uw familie ([zie ook info op pag. 12](#)). Wekelijks komt het hele team samen om uw situatie te bespreken. Op deze manier kan er een revalidatieplan opgesteld worden op uw maat. In samenspraak met de revalidatiearts en/of geriater wordt beslist of u naar onze revalidatie-afdeling kan of naar de dienst geriatrie moet.

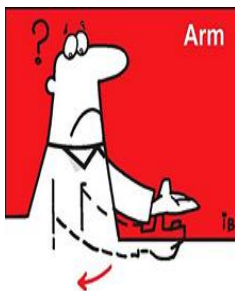
8 Herkennen van een beroerte

Veel risicofactoren voor een beroerte hebben te maken met onze levensstijl. Deze kunnen we aanpassen en zo het risico op een beroerte verminderen. Indien zich toch iets voordoet is het belangrijk om een beroerte **snel te herkennen**.

Aan onderstaande symptomen kan u gemakkelijk nagaan of iemand een beroerte doormaakt.



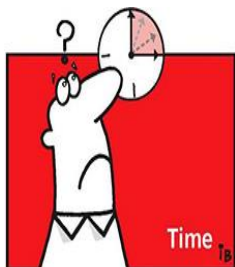
Een mondhoek die plots naar beneden hangt waardoor er een scheefstand van de mond ontstaat. Eventueel een verminderd gevoel in deze helft van het aangezicht. Ook kan het zijn dat men plots niets meer ziet uit één of beide ogen.



Het niet meer (goed) kunnen bewegen of opheffen van één arm en/of been. Men kan ook een verdoofd gevoel hebben in het lidmaat waardoor het moeilijk wordt om te stappen of te blijven staan.



-plotseling wartaal beginnen praten
-niet meer op woorden komen
-en plotselinge verwardheid
kunnen tekenen zijn van een beroerte.



Bij het vaststellen van deze symptomen is het nodig om onmiddellijk de hulpdiensten te verwittigen. Als het gaat om een herseninfarct, *moet men binnen de 3 uur in het ziekenhuis zijn* om een behandeling die de kans op ernstige letsels vermindert, te kunnen starten.

9 Omgaan met een beroerte-patiënt

Als naaste van een patiënt die een beroerte doormaakte, is het niet altijd duidelijk wat u kunt doen en hoe u kunt helpen.

Hierbij geven we een aantal adviezen die een leidraad kunnen zijn in de omgang met een beroertepatiënt.

- probeer de aangedane zijde zoveel mogelijk te betrekken in de activiteiten
- geef de patiënt tijd om te denken en te doen
- wissel opdrachten af met momenten van rust
- oefen het geheugen, werk met geheugensteuntjes
- breng structuur in de dagindeling en houd u aan deze structuur
- geef voorwerpen een vaste plaats
- vermijd de communicatie niet, maar spreek in eenvoudige, korte zinnen
- neem niet alles uit de handen van de patiënt, maar stimuleer hem/haar om dingen zelf te doen

Het is mogelijk dat de zorg voor de patiënt soms (te) zwaar wordt. Aarzel dan niet om hulp in te roepen!

10 Het team 'beroertezorg'

Op de afdeling beroertezorg staat een heel team klaar om u en uw naasten te verzorgen en bij te staan. Zij houden ook alle gegevens bij in een databank om zo de zorg voor beroertepatiënten te blijven verbeteren. Indien u niet akkoord gaat met het opslaan van uw gegevens in de databank, dan moet u de hoofdverpleegkundige hiervan verwittigen.

de neuroloog

De 4 neurologen zijn gespecialiseerd in de behandeling van aandoeningen van het zenuwstelsel. De neuroloog komt elke dag langs en is bereikbaar via de hoofdverpleegkundige.

de verpleegkundigen

Hij/zij zal u zo goed mogelijk verzorgen en eventuele complicaties melden. De verpleegkundige heeft een coördinerende rol in de verzorging van patiënten met een beroerte.

de kinesitherapeut

Hij/zij staat in voor de behandeling met bewegingstherapie. De kinesitherapeut zal ervoor zorgen dat u zo goed als mogelijk de bewegingen weer kan doen die nodig zijn in het dagelijkse leven (stappen, dingen vasthouden, enz).

de logopedist

Wanneer u spraak-, taal- en slikstoornissen heeft, wordt u door de logopedist begeleid en behandeld.

de ergotherapeut

De ergotherapeut leert de dagelijkse activiteiten weer aan, door middel van fysieke en cognitieve aanpassingen. Hij/zij zal een structuur aanbrengen in uw dagelijkse leven en u zoveel mogelijk begeleiden met het oog op het weer zelfstandig kunnen uitvoeren van taken.

de diëtist

Om een beroerte te voorkomen, zal de diëtist enkele individuele voedingsadviezen geven. Ook bij slikproblemen is er een aangepaste voeding nodig.

de sociaal verpleegkundige

De sociaal verpleegkundige staat u en uw familie bij in de zoektocht naar hoe het verder moet na ontslag. Zij onderzoekt of u eventueel naar huis kan of er nood is aan een revalidatiedienst. Dit ontslagbeleid begint reeds van bij de opname op de dienst beroertezorg.

11 U staat niet alleen

In het ziekenhuis kan u voor antwoorden op al uw vragen steeds terecht bij het volledige beroertezorgteam. Zij zullen steeds voor u klaar staan.

Ook wanneer u terug thuis bent, kan u steeds contact opnemen indien u bijkomende vragen heeft.

Achteraan in deze brochure staan de namen en telefoonnummers van de medewerkers van de dienst beroertezorg.

Mocht het nodig zijn, zijn er ook zelfhulpgroepen voor patiënten en hun familie. Bij deze diensten kan u ook terecht voor vragen of om gewoon even uw verhaal te doen. Enkele adressen:

CVA Zelfhulpgroep “Nooit opgeven” (Bornem-Klein-Brabant)

Pierre Vergauwen - N. Boeykens

Brevenstraat 38, 2880 BORNEM

Tel: 03 889 34 61

Bereikbaarheid: werkdagen 16-18 uur

Remy Delforge - Van Assche

Nieuwstraat 27 B, 2880 BORNEM

Tel: 03 899 25 90

Nicole Wulff

Leupegem 155 A, 2880 BORNEM

Tel: 03 889 23 29

Jef Muys - C. Robberechts

Akkerstraat 31, 9255 BUGGENHOUT

Tel: 052 33 58 03

DyNAHmiek (Hulpgroep voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel)

Kasterstraat 81

9230 WETTEREN

Tel: 09 238 31 25

Bereikbaarheid: tijdens kantooruren

e-mail: info@dynahmiek.be

Website: www.dynahmiek.be

12 Besluit

Deze brochure is een hulpmiddel en leidraad. Ze heeft tot doel de patiënt en zijn familie zo goed mogelijk te informeren.

Ongetwijfeld heeft u nog vragen. Aarzel niet om ze te stellen.

Neem gerust contact op met iemand van de dienst beroertezorg.

Namens het hele team van de dienst beroertezorg wensen wij u een spoedig herstel!

afdeling neurologie N 3A 'Stroke Unit'

hoofdverpleegkundige: Piet Temmerman

T. 052 25 25 92

piet.temmerman@azsintblasius.be

verpleegpost T. 052 25 23 80

ergotherapeut T. 052 25 20 87

logopedist T. 052 25 25 63

kinesitherapeut T. 052 25 40 80

sociaal verpleegkundige T. 052 25 26 17