az alma
zorg met een hart

Cerebro Vasculair Accident (CVA)

Informatiebrochure



Inhoudstafel

1 WAT IS EEN CVA? 4

2 VERSCHIL TUSSEN TIA EN CVA 4

2.1 TIA 4

2.2 CVA 4

3 OMGAAN MET DE GEVOLGEN VAN EEN BEROERTE 5

3.1 Gedeeltelijke of volledige uitval van een lichaamshelft.....5

3.2 Spraak-, taal- en slikstoornissen 5

3.3 Verwaarlozing van een lichaamshelft (neglect) 6

3.4 Moeite met het uitvoeren van handelingen (apraxie).....6

3.5 Overschatten van de eigen mogelijkheden 6

3.6 Emotionele gevolgen en gedragsverandering.....6

3.7 Vermoeidheid 7

3.8 Moeilijkheden met aandacht/concentratie, geheugen en/of plannen7

4 REVALIDEREN NA EEN BEROERTE 7

4.1 Het multidisciplinair team 7

5 HOE HERKEN JE EEN BEROERTE IN DE TOEKOMST? 10

1 Wat is een CVA?

Een Cerebro Vasculair Accident, afgekort CVA, wordt in de volksmond meestal een **beroerte** genoemd. Dit wordt veroorzaakt doordat er plotseling een probleem in de bloedvaten, in de hals of in de hersenen ontstaat. Daardoor krijgen de hersenen opeens te weinig zuurstof. De gevolgen voor het functioneren zijn afhankelijk van de plaats en de grootte van het letsel in de hersenen.

2 Verschil tussen TIA en CVA

2.1 TIA

Een TIA wordt ook wel een tijdelijke of voorbijgaande beroerte genoemd. Als de verschijnselen van een beroerte maar kort aanhouden, is er sprake van een TIA (transient ischemic attack). De verschijnselen kunnen tussen de 20 minuten en 24 uur duren. Verlamming, duizeligheid, dubbelzien of blindheid aan één oog zijn veel voorkomende verschijnselen.

2.2 CVA

CVA staat voor Cerebro Vasculair Accident. Letterlijk vertaald: een ongeluk (accident) in de bloedvaten (vasculair) van de hersenen (cerebro). Bij een CVA krijgt een deel van de hersenen opeens te weinig of geen zuurstof. Globaal zijn er twee vormen van een CVA (beroerte) te onderscheiden: een herseninfarct en een hersenbloeding.

2.2.1 Herseninfarct

Bij een herseninfarct wordt een bloedvat afgesloten door een bloedstolsel of is een hersenbloedvat dichtgeslibd, bijvoorbeeld door slagaderverkalking. Het gevolg is dat de hersenen te weinig zuurstof krijgen en blijvend beschadigd kunnen raken.

2.2.2 Hersenbloeding

Bij een hersenbloeding scheurt een bloedvat in de hersenen of knapt het open. Daardoor hoopt zich bloed op in de hersenen en raken hersencellen beschadigd. Een hersenbloeding komt minder frequent voor dan een herseninfarct.

3 Omgaan met de gevolgen van een beroerte

Belangrijk om te weten is dat de gevolgen van een beroerte sterk verschillen van de plaats en de grootte van het letsel. Onderstaande gevolgen kunnen mogelijk zijn, maar zijn zeker niet bij iedereen aanwezig.

3.1 Gedeeltelijke of volledige uitval van een lichaamshelft

De motorische uitval is afhankelijk van de plaats van het letsel in de hersenen. Zo zien we dat een letsel in de linker hersenhelft, meestal een uitval van de rechter lichaamshelft als gevolg kan hebben. Een letsel in de rechter hersenhelft geeft een uitval van de linker lichaamshelft weer.

Het is belangrijk dat vanaf het begin de aangedane zijde voldoende gestimuleerd en gepositioneerd wordt. Dit gebeurt steeds onder begeleiding van het revalidatie-team om zo een overbelasting of schouderpijn te vermijden.

3.2 Spraak-, taal- en slikstoornissen

Dysartrie/spraakapraxie: motorische componenten die onze spraak ondersteunen, zijn aangetast of werken onvoldoende. Dit zijn bijvoorbeeld de ademhalingspieren, de stem of articulatiespieren. Wanneer één of meerdere spraakaspecten verstoord zijn, kan dit leiden tot spraakverstaanbaarheids-problemen. Ook het plannen en programmeren van de spraak kan verstoord zijn (spraakapraxie)

Afasie: moeilijkheden met het spreken, schrijven, lezen of begrijpen van de taal (bijvoorbeeld geen zinnen kunnen maken, moeilijk op woorden komen, de boodschap niet begrijpen).

Dysfagie: slikproblemen.

De mate van de spraak-, taal- of slikproblemen is ook afhankelijk van de plaats van het letsel.

3.3 Verwaarlozing van een lichaamshelft (neglect)

Na een beroerte kan het zijn dat men minder attent is voor één kant van het lichaam of deze zelfs negeert. Geluiden, voorwerpen of personen die aan deze kant van het lichaam binnenko¬men, herkent men niet altijd of men reageert er niet op.

Tip voor de partner en/of familie: probeer zo veel mogelijk aan de aangedane zijde te staan wanneer je in gesprek gaat met de patiënt.

3.4 Moeite met het uitvoeren van handelingen (apraxie)

Problemen met het uitvoeren van handelingen, noemen we apraxie.

Men kan de dagdagelijkse handelingen in woorden wel uitbrengen, maar niet in de praktijk omzetten.

Zo kan het bijvoorbeeld voorko¬men dat een boterham gesmeerd wordt met een lepel in plaats van een mes, het aankleden gebeurt in een verkeerde volgorde (onderbroek over broek), etc.

3.5 Overschatten van de eigen mogelijkheden

Het kan zijn dat de patiënt zich niet bewust is van zijn of haar beperkingen of er de ernst niet van inziet. Hij of zij probeert dingen te doen die hij of zij nog niet kan. Dat kan onveilige situaties opleveren. Vraag altijd aan de zorgverleners wat de mogelijkheden van de patiënt zijn.

3.6 Emotionele gevolgen en gedragsverandering

Een beroerte kan de volgende emotionele en sociale gevolgen hebben:

» een verminderde initiatiefname
» impulsief en gehaast gedrag vertonen
» karakterverandering
» verandering van de (seksuele) relatie met de partner
» verlies van zelfstandigheid en zelfredzaamheid

Dat kan zorgen voor frustratie, woede-uitbarstingen en gevoelens van machteloosheid en depressiviteit. Deze gevolgen zijn voor de omgeving niet direct

zichtbaar, maar daarom niet minder ernstig. Juist deze 'onzichtbare' gevolgen maken een beroerte vaak zwaar.

3.7 Vermoeidheid

Na het doormaken van een CVA is het vaak moeilijk om terug dagdagelijkse activiteiten op te nemen. Bij thuiskomst is het dan ook belangrijk om de patiënt de tijd te geven en te doseren. Enkele tips om de energie te verdelen over de dag: prioriteiten stellen (welke taken kunnen eventueel geschrapt worden, wat kan uitbesteed of gedelegeerd worden), voldoende rustpauzes inlassen, energie houden voor zaken die de patiënt graag doet, afwisseling van activiteiten, opstellen van een dagschema, multitasken vermijden, etc.

3.8 Moeilijkheden met aandacht/concentratie, geheugen en/of plannen

Een beroerte heeft vaak ook gevolgen voor de cognitieve vaardigheden.

Cognitieve vaardigheden hebben te maken met kennis en informatie opnemen, verwerken, leren en onthouden.

Zo kunnen patiënten moeite hebben met:

» het inschatten van de tijd
» structuur brengen in dagdagelijkse handelingen
» zich oriënteren in plaats en tijd
» zich concentreren op een taak en de aandacht volhouden
» het inplannen van dagelijkse handelingen en de logische opbouw van een handeling
» het interpreteren van humor en dubbelzinnige betekenissen
» de rode draad in een verhaal behouden

4 Revalideren na een beroerte

4.1 Het multidisciplinair team

Omdat de gevolgen na een beroerte zo divers kunnen zijn, komt de revalidatie neer op teamwerk. Het revalidatieteam bestaat uit een neuroloog, revalidatiearts,

(hoofd)verpleegkundige, kinesitherapeut, logopedist, ergotherapeut, verpleegkundige, maatschappelijk assistent, psycholoog en een diëtist.

Wat doet de neuroloog?

De neuroloog is de behandelende arts die de diagnose van het CVA of TIA stelt en de eerste behandelingen opstart op de spoedgevallendienst. Nadien volgt de neuroloog de patiënt dagelijks op tijdens de opname, volgt hierbij ook de uitgevoerde onderzoeken op en bespreekt de evolutie van de revalidatie in multidisciplinair verband.

Wat doet de revalidatiearts?

De revalidatiearts bespreekt met het revalidatieteam het behandelplan. Wekelijks wordt er een overleg gehouden. Dit om de kwaliteit van de revalidatie zo hoog mogelijk te houden.

Wat doet de (hoofd)verpleegkundige?

De verpleegkundige staat in voor de dagelijkse verzorging van de patiënt. Dit houdt in: ondersteuning/hulp bieden bij het wassen, toedienen van medicatie, opvolgen van de parameters, maaltijdbegeleiding, etc. De (hoofd)verpleegkundige vormt het directe aanspreekpunt voor de patiënt en familie. Dagelijks wordt de algemene toestand met de neuroloog besproken.

Wat doet de kinesitherapeut?

» Mobilisatie van de aangedane zijde
» Positionering, ondersteuning aangedane lidmaat
» Zitreëducatie, werken naar oprichting, stimuleren van houdingsgevoel
» Standreëducatie (al dan niet visueel ondersteund met spiegel)
» Evenwichtstraining
» Aanleren normale bewegingspatronen
» Marchrevalidatie
» Eventuele krachttraining afhankelijk van de aandoening

Wat doet de ergotherapeut?

» Het stimuleren van zelfstandigheid tijdens dagelijkse activiteiten (wassen, zich aan- en uitkleden, eten en drinken, schrijven, etc.) en hierbij het geven van de nodige tips.
» Het inoefenen van transfers (bv. in en uit bed komen) en veilig stappen.
» Tips in het kader van valpreventie (veilig schoeisel, veilig gebruik van loophulpmiddel, etc.).
» Het aanreiken of adviseren van hulpmiddelen om bepaalde handelingen te vergemakkelijken (bv. verdikt bestek, antislipmatje, etc.).

» De functionaliteit van de aangedane zijde vergroten aan de hand van oefeningen (kracht, fijne motoriek, schrijven).
» Positionering (goede zit- en lighouding).
» Realiteits- en oriëntatietraining.

Wat doet de logopedist?

» Als er sprake is van een slikstoornis, dan geeft de logopedist een advies voor aangepaste voeding/dranken om verslikken te voorkomen. Met sliktherapie kan de slikfunctie verbeterd worden.
» De spraakverstaanbaarheid verbeteren en het geven van praktische tips in verband met het spreken.
» Als er sprake is van afasie zal de logopedist de persoon met afasie begeleiden tot het bekomen van efficiënte communicatie in het dagelijkse leven. Dit kan via gesproken of geschreven taal, al dan niet met een communicatiehulpmiddel.
» Het geven van communicatieadviezen aan de familie/naasten.

Wat doet de psycholoog?

» Na een hersenletsel kunnen veranderingen in het denken, de emoties en het gedrag voorkomen. Een neuropsycholoog tracht deze in kaart te brengen aan de hand van een neuropsychologisch onderzoek of cognitieve screening.
» Daarnaast staat de neuropsycholoog zowel patiënten als hun naasten bij in het revalidatieproces en wordt emotionele ondersteuning geboden.

Wat doet de maatschappelijk assistent?

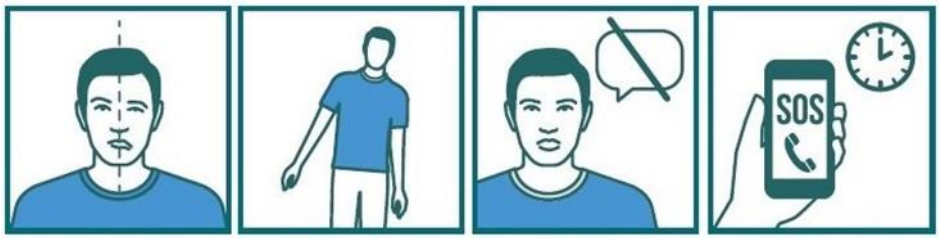
» Het in kaart brengen van de thuissituatie en in gesprek gaan met de mantelzorger/familie.
» Indien nodig bij ontslag instanties inschakelen die extra ondersteuning bieden thuis (poetshulp, familiezorg, verpleegkundige, etc.).

Wat doet de diëtist?

» De voedingstoestand van de patiënt bepalen. Dit kan aan de hand van volgende punten:
    - Evaluatie van de eetlust en voedingsinname.
    - Gewichtsevolutie.
    - Consistentie aanpassen na een slik-evaluatie van de logopedist (indien nodig).
    - Energie- en eiwitbehoefte bepalen.
» De voedingsinname afstemmen op de behoefte van de patiënt.
» Gezonde voeding staat centraal en indien nodig wordt er energie- en/of eiwitrijke (bij)voeding opgestart in samenspraak met de patiënt.

5 Hoe herken je een beroerte in de toekomst?

Het is ontzettend belangrijk dat de diagnose snel en juist wordt gesteld en daarna direct behandeling plaatsvindt. Het begint dus met het herkennen van een beroerte door de patiënt of zijn omgeving. Dit kan met de **FAST-test** (FACE, ARM, SPEECH, TIME).



F (face)
Gezicht: controleer het gezicht. Let op of de mond scheef staat en een mondhoek naar beneden hangt.

A (arms)
Armen: kan de persoon beide armen optillen?

S (speech)
Spraak: is de spraak onsamenhangend? Begrijpt de persoon u?

T (time)
Tijd: is belangrijk. Stel vast hoe laat de klachten zijn begonnen.
Bel direct 112.