

Na een beroerte

Informatie voor patiënten en naasten

U, of uw naaste, heeft een hersenbloeding of herseninfarct gehad. We noemen dit een beroerte/CVA (Cerebro Vasculair Accident). Letterlijk vertaald betekent dit een ongeluk in de bloedvaten van de hersenen. Een beroerte/CVA is vaak een heel ingrijpende gebeurtenis. Daarom willen wij u en uw familie zo goed mogelijk informeren. U hebt waarschijnlijk allerlei vragen, twijfels en zorgen. Uiteraard kunt u hiervoor ook terecht bij uw arts of verpleegkundige.

In deze brochure spreken we de patiënt rechtstreeks aan. Het kan zijn dat het voor de patiënt niet mogelijk is de brochure zelf te lezen. Naasten kunnen dan helpen om de informatie over te brengen.

Inhoudsopgave

DEEL1 - Informatie over een beroerte/CVA

- Wat is een beroerte/CVA?
- Wat zijn de mogelijke gevolgen?
- Algemene gevolgen
 - Verlamningsverschijnselen
 - Spraakstoornissen en slikstoornissen
 - Tast- en gevoelsstoornissen
 - Verminderd gezichtsvermogen
 - Incontinentie en obstipatie
 - Pijn in schouder
 - Verwaarlozing (neglect)
 - Vermoeidheid
 - Vertraagd reactievermogen
 - Concentratiestoornis
 - Gebrek aan initiatief en interesse
 - Veranderde gemoedsgesteldheid
 - Wisselende prestaties
 - Epileptische aanvallen
- Specifieke gevolgen van een beroerte in de rechter hersenhelft:
 - Geen aandacht voor linkerkant
 - Gebrekkige ruimtelijke oriëntatie
 - Gebrek besef van tijd of tijdsduur
 - Gebrek aan inzicht
 - Vlakke emoties
 - Impulsief en chaotisch gedrag
 - Verminderd gevoel voor sociale situaties
 - Geen opzettelijk veranderd gedrag
- Specifieke gevolgen van een beroerte in de linker hersenhelft:
 - Taal en communicatie
 - Afasie

Bezoekadressen:

Meander Medisch Centrum
Maatweg 3
3813 TZ Amersfoort

Locatie Baarn
Molenweg 2
3743 CM Baarn

Locatie Barneveld
(Medisch Centrum de Burgt)
Nederwoudseweg 17
3772 TD Barneveld

Locatie Leusden
(Medisch Centrum de Mulderij)
De Mulderij 2
3831 NV Leusden

Locatie Nijkerk
(De Nije Veste)
Oranjelaan 104
3862 CX Nijkerk

Postadres:

Postbus 1502
3800 BM Amersfoort

Telefoonnummers:

Algemeen: 033 – 850 50 50
Afspraken: 033 – 850 60 70

KvK Gooi en Eemland:

32082917

www.meandermc.nl

- Problemen met herkennen
- Problemen met volgorde van handelen
- Verwarren van links en rechts
- Rekenproblemen
- Langzaam, onzeker gedrag
- Denkvermogen niet beschadigd

DEEL 2 - Tips en adviezen voor naasten

- Algemene adviezen
 - Bezoek
 - Communicatie met de patiënt
 - De partner/verzorger
 - Verwerking
 - Ervaringen van anderen

DEEL 3 - Meer informatie

Voorlichtingsbrochures

DEEL 1 - INFORMATIE OVER EEN BEROERTE/CVA

Wat is een beroerte/CVA?

CVA, oftewel een beroerte, is de afkorting van Cerebro Vasculair Accident. Daarmee wordt een ongeluk (accident) in de bloedvaten (vasculair) van de hersenen (cerebro) bedoeld. Bij een beroerte/CVA krijgen de hersenen opeens te weinig of geen zuurstof.

Er zijn twee vormen:

1. Een herseninfarct

Meestal gaat het bij een beroerte/CVA om een herseninfarct: dit is bij 80% van de patiënten het geval. Dat houdt in dat er een bloedvat wordt afgesloten door een bloedstolsel. Ook kan het zijn dat een hersenbloedvatje is dichtgeslibd, bijvoorbeeld door slagaderverkalking. De hersenen krijgen daardoor te weinig zuurstof.

2. Een hersenbloeding

Bij een hersenbloeding scheurt een bloedvat in de hersenen of knapt open. Daardoor hoopt zich bloed op in de hersenen en worden hersencellen beschadigd. Een hersenbloeding komt veel minder vaak voor dan een herseninfarct (bij ongeveer 20% van de patiënten).

Wat zijn mogelijke gevolgen?

De hersenen regelen de activiteit van ons zenuwstelsel en daardoor de activiteit van ons hele lichaam. Elke beweging die we maken (motoriek), wordt in gang gezet en bestuurd vanuit de hersenen. Informatie die door onze zintuigen wordt opgenomen, wordt door onze hersenen verwerkt, gerangschikt en vastgelegd in het geheugen. Ook denken is een activiteit van de hersenen. De hersenen regelen taal, rekenen, lezen en schrijven, en zijn bepalend voor onze persoonlijkheid, emoties en gedrag.

Binnen de hersenen zijn gebieden (centra) te onderscheiden die de functies van het menselijk lichaam regelen. Door een beroerte kan een aantal functies uitvallen. De mate van uitval is afhankelijk van de plaats en de omvang van het beschadigde gebied in de hersenen. Vaak zijn de gevolgen groot voor het functioneren van de patiënt. Sommige functiestoornissen zijn duidelijk zichtbaar voor anderen. Wanneer iemand halfzijdig verlamd is en/of moeilijk loopt, kunnen we dat zien.

Andere stoornissen echter zijn minder opvallend. Wanneer een patiënt egocentrisch gedrag vertoont of tast- en gevoelsstoornissen heeft is dat voor andere mensen veel moeilijker te 'zien'. De invloed van een beroerte op het gedrag van de patiënt kan aanzienlijk zijn. Vaak vallen de psychische gevolgen in het begin niet zo op. Pas na verloop van tijd treden deze veranderingen op de voorgrond. De aard en de ernst van de gedragsveranderingen kunnen sterk uiteen lopen. Moeite met het verwerken van de beroerte kan ook een depressieve stemming, opstandig gedrag of concentratieverlies tot gevolg hebben. Echter in veel gevallen is de hersenbeschadiging de directe oorzaak van deze veranderingen.

Algemene gevolgen

Verlamingsverschijnselen (verstoorde motoriek)

De halfzijdige verlamming (hemiplegie) is het meest bekende en meest zichtbare gevolg van een beroerte. Als een beroerte zich voordoet in de linker hersenhelft zal verlamming optreden in de rechter lichaamshelft. Een beroerte in de rechter hersenhelft daarentegen heeft verlamming in de linker lichaamshelft tot gevolg. Meestal zijn zowel de arm als het been verlamd. Bij het merendeel van de CVA-patiënten is herstel in het been groter dan in de arm. De meeste patiënten kunnen uiteindelijk weer lopen: eventueel met behulp van een spalk en/of wandelstok.

De mate van herstel is doorgaans het grootst in de eerste 3 maanden na de beroerte. Na 3 maanden is het spontane herstel bij vrijwel alle CVA-patiënten voltooid. Daarna zijn er nog wel verbeteringen mogelijk door

aanpassingen aan de veranderde situatie. In de eerste dagen of weken zijn de spieren aan de verlamde kant meestal slap; geleidelijk komt er een verhoogde spanning (spasticiteit) in de spieren. Dit kan gunstig zijn omdat er dan meer steunfunctie is bij het lopen.

Spraakstoornissen (dysartrie) en slikstoornissen

Bij een dysartrie werken de spieren die nodig zijn voor de ademhaling, de stem, de uitspraak en het eten en drinken onvoldoende. Mensen met een dysartrie zijn moeilijk te verstaan. Dit kan komen door een onduidelijke spraak, een te zachte en/of hese stem, eentonig of nasaal (door de neus) spreken. Vaak is er sprake van een verlamming aan één kant van het gezicht (facialisparese) waardoor ook kauwen en slikken moeilijker gaat. Hierdoor kan speekselverlies optreden en geeft het eten en drinken problemen.

Vooraf in de eerste dagen na het CVA kan de patiënt moeilijkheden hebben met slikken. Sondevoeding of aangepaste voeding kan tijdelijk nodig zijn. De patiënt kan namelijk longontsteking krijgen doordat er voedsel in het verkeerde keelgat komt. In verreweg de meeste gevallen verdwijnen deze stoornissen spontaan. Als de slikstoornissen in ernstige mate voortduren, kan een sonde of aangepast dieet nodig blijven.

Tast- en gevoelsstoornissen

Bij een aantal CVA-patiënten is de tast- en gevoelszin in bepaalde lichaamsdelen verstoord. Deze stoornis doet zich vrijwel altijd voor in de verlamde lichaamshelft en kan verschillende vormen aannemen. Het kan zijn dat de patiënt in die ledematen minder gevoel heeft voor pijn, warmte en koude. Daardoor zal het moeilijk voor hem zijn om met de verlamde kant de temperatuur van water of verwarming juist te schatten. Wanneer het vermogen om tast- of gevoelsindrukken waar te nemen verstoord is, voelt de patiënt het strelen of aanraken van een ander niet goed. Soms is de aanraking zelfs onaangenaam. Door een verminderd gevoel in arm of been is de CVA-patiënt zich vaak niet bewust van de stand of ligging van deze ledematen. Hij moet bijvoorbeeld kijken of zijn arm nog op tafel ligt en of hij zijn voet recht neerzet.

Verminderd gezichtsvermogen

Wanneer de linker- of rechterhelft van het gezichtsveld uitgevallen is spreken we van hemianopsie. Hemianopsie van de ogen doet zich meestal voor aan de verlamde zijde. De uitval is het gevolg van de hersenbeschadiging; met de ogen zelf is niets aan de hand. In vele gevallen verdwijnt deze stoornis in de loop van enkele maanden. In geval van een blijvende hemianopsie zal de patiënt zich moeten aanwennen het hoofd en/of de ogen te draaien. Het kan voorkomen dat de CVA-patiënt in de eerste maanden minder scherp ziet. Dit is niet direct reden tot ongerustheid.

Doorgaans trekt dit geleidelijk bij. Een beroerte in het onderste deel van de hersenen (de hersenstam) kan dubbelzien veroorzaken. Dit is het gevolg van verlamming van een of meer oogspieren. Ook dit trekt vaak geleidelijk bij. Als deze dubbelbeelden hinderlijk zijn voor de patiënt, kan het wenselijk zijn het verlamde oog tijdelijk af te plakken. In een beperkt aantal situaties is het dubbelzien van blijvende aard.

Incontinentie en obstipatie

Het kan voorkomen dat een patiënt, vlak na een beroerte, zijn plas of ontlasting niet goed kan ophouden (incontinentie) of juist niet goed kan (uit)plassen. Deze verschijnselen verdwijnen meestal vanzelf binnen enkele weken. Doordat een CVA-patiënt minder beweging krijgt, neemt de kans op verstopping (obstipatie) toe. Met een aangepast dieet en voldoende drinken is dit meestal goed te verhelpen. Er bestaan ook medicijnen tegen dit ongemak.

Pijn in de schouder

Het merendeel van de CVA-patiënten krijgt in de loop van de eerste maanden pijn in de verlamde schouder. Deze pijn kan allerlei oorzaken hebben zoals het maken van verkeerde bewegingen, slechts beperkt kunnen bewegen (als gevolg van slappe parese, spasticiteit en verminderd gevoel), verminderd ziekte-inzicht en hemianopsie.

Het is van belang de verlamde schouder voorzichtig te bewegen, ook bij het wassen en aankleden. De kans bestaat dat uw schouder anders uit de kom schiet. Met name bij het aandoen van de jas is voorzichtigheid op zijn plaats. De verlamde arm moet altijd als eerste in de mouw gestoken worden.

Verwaarlozing (neglect)

Het kan voorkomen dat een CVA-patiënt minder attent is op één kant van het lichaam of deze zelfs verwaarloost. We gebruiken hiervoor ook wel de Engelse term 'neglect'. Bij patiënten met een beschadiging aan de linkerkant van de hersenen, kan dit neglect optreden aan de rechterkant van het lichaam. Bij patiënten met een beschadiging aan de rechterkant van de hersenen kan het neglect juist aan de linkerkant optreden. Neglect uit zich doordat de patiënt de signalen die aan de verwaarloosde kant binnenkomen niet goed herkent of er niet op reageert. Dit geldt zowel voor geluiden, voor letters of zinnen tijdens het lezen, als voor voorwerpen. Soms lezen ze bijvoorbeeld alleen het rechter- of linkerdeel van een woord of een zin. Een patiënt met een beschadiging in de rechter hersenhelft leest het woord 'tafel' bijvoorbeeld als 'fel'. Hij tekent alleen de rechterkant van een kruis of een poppetje. Hij negeert u, wanneer u vanaf de verlamde kant tegen hem praat. Als u daarna omloopt naar de andere kant of recht voor hem gaat staan, ervaart hij het alsof u net gekomen bent. Tijdens het eten, eet de patiënt bijvoorbeeld alleen de ene helft van zijn/haar bord leeg.

De CVA-patiënt kan ook minder aandacht voor de verlamde arm of het verlamde been hebben; hij merkt bijvoorbeeld niet dat zijn arm van de armluning valt. Ook de ruimte aan zijn linkerkant kan de patiënt ontgaan, zodat hij met oversteken naar links vergeet te kijken of met de rolstoel links tegen de deurpost rijdt. Ook zal hij alleen praten met bezoek dat aan zijn rechterkant zit. Vaak trekt dit verwaarlozen van de aangedane zijde (neglect) weer weg, maar in een aantal gevallen verdwijnt het nooit helemaal.

Tips voor naasten

De ogen en oren zelf zijn niet beschadigd, maar de linkerkant bestaat in zijn/haar beleving niet. Harder praten heeft dan ook geen zin. Wat wel kan helpen is de patiënt steeds op allerlei zaken te wijzen die aan de kant staan die hij verwaarloost. Door zijn/haar hoofd te draaien ziet en hoort hij/zij de dingen aan die kant wel.

Familie of bezoek kan ertoe bijdragen, de behandelmethode consequent in praktijk te brengen:

- Houdt er rekening mee als u op bezoek komt, dat de patiënt geneigd is alleen naar degene te luisteren die aan de voor hem goede (niet aangedane) zijde zit.
- Vraag gerust advies aan de verpleegkundige of andere zorgverleners.
- Spreek op een natuurlijke manier met de patiënt. Hij herkent verschillen in de stem – een kwade en gefrustreerde toon – maar ook bevestiging. Bevestiging geven is belangrijk.
- Laat een patiënt zien wat u van hem verlangt als hij het niet begrijpt.

Vermoeidheid

CVA-patiënten zijn vooral de eerste maanden snel vermoeid. De vermoeidheid kan geestelijk of lichamelijk zijn. Zij doen er goed aan een uurtje te rusten tussen de middag en 's avonds bijtijds naar bed te gaan. Het is belangrijk om een evenwicht te vinden tussen activiteit en rust. Er zijn CVA-patiënten die liever in bed blijven om de confrontatie met de eigen beperkingen uit de weg te gaan. Voor de partner en andere betrokkenen is het lastig om onderscheid te maken tussen de vluchtreactie van de patiënt en echte vermoeidheid. Ook kan er sprake zijn van een (reactieve) depressie waarvoor iemand behandeld kan worden door een neuroloog. Een (reactieve) depressie is een reactie op wat de patiënt overkomen is.

Vertraagd reactievermogen

Het reactievermogen van een CVA-patiënt is vaak vertraagd. Zodoende moet hij zich erg inspannen om informatie op te nemen, vast te houden en te verwerken. Als mensen snel praten, kan hij het niet volgen. Ook is het moeilijk voor hem de ondertiteling op de tv bij te houden. Vooral in drukke situaties vergeet hij door vermoeidheid nogal

eens wat er gezegd of besproken is. Door een vertraagd reactievermogen kan het voor de patiënt ook moeilijk zijn het evenwicht te bewaren wanneer hij struikelt.

Concentratiestoornis

Er zijn CVA-patiënten die zich niet goed of niet lang kunnen concentreren tijdens een gesprek of andere bezigheden zoals lezen.

Gebrek aan initiatief en interesse

Het kan zijn dat een CVA-patiënt minder snel initiatief neemt dan voorheen. Dit geldt ook voor bezigheden die hij vroeger graag deed. De interesse voor wat om hem heen gebeurt, voor hobby's en zelfs voor de partner, kan afgenomen zijn.

Veranderde gemoedsgesteldheid

Er zijn getroffen en angstig en onzeker worden doordat ze de grip op hun situatie kwijt zijn.

Bepaalde CVA-patiënten huilen of lachen sneller dan voor de beroerte. Als er geen duidelijke aanleiding is om te huilen of te lachen en het lukt de patiënt niet goed om hiermee te stoppen, spreken we van dwanghuilen of dwanglachen.

Dit is voor alle betrokkenen heel lastig. Het beste is de patiënt af te leiden door van onderwerp te veranderen.

Sommige patiënten hebben de neiging om zich terug te trekken en somber te zijn, terwijl andere patiënten juist druk en overheersend zijn. Deze veranderingen in het gedrag van de patiënt kunnen een direct gevolg zijn van de hersenbeschadiging.

Wisselende prestaties

De prestaties van een CVA-patiënt kunnen van dag tot dag (sterk) verschillen. Het is daarom wel eens moeilijk om in te schatten wat we van hem mogen of kunnen verwachten. Deze verschillen zijn verwarrend voor alle betrokkenen en kunnen gemakkelijk leiden tot spanningen.

Epileptische aanvallen

Na een beroerte kan een patiënt last krijgen van epileptische aanvallen. De kans op deze aanvallen is het grootst in de eerste maanden na de beroerte; daarna wordt die kans steeds kleiner. In de helft van de gevallen is er slechts sprake van één enkele aanval. Over het algemeen is behandeling met medicijnen dan niet nodig. Maar wanneer de aanvallen zich herhaaldelijk voordoen, is behandeling met medicijnen wel noodzakelijk. Het is vrijwel altijd mogelijk om de epilepsie met medicijnen goed onder controle te krijgen.

Epileptische aanvallen kunnen totaal of gedeeltelijk zijn. Bij een totale aanval gaan er gedurende enkele minuten schokken of schokjes door het gehele lichaam en is de patiënt korte tijd buiten bewustzijn.

Tijdens de aanval moet erop gelet worden dat de patiënt zich niet kan bezeren aan voorwerpen in zijn omgeving.

Doorgaans zijn de trekkingen na enkele minuten voorbij. De patiënt is daarna suf, slaperig en reageert niet of nauwelijks als u wat zegt. Geleidelijk gaat dit weer over. Bij een gedeeltelijke epileptische aanval zien we alleen trekkingen in een gedeelte van het lichaam, bijvoorbeeld in de verlamde arm.

De patiënt raakt meestal niet buiten bewustzijn. Bij epileptische aanvallen is geen sprake van een nieuwe beroerte, maar van een tijdelijke ontregeling van de normale elektrische activiteit van de hersenen. Krijgt de patiënt thuis een epileptische aanval na de revalidatieperiode, meldt u dit dan bij de huisarts.

Specifieke gevolgen van een beroerte in de rechter hersenhelft

In de rechter hersenhelft zetelen de centra die onze ruimtelijke waarneming, emoties, sociaal gedrag en muzikaal gevoel regelen. Wanneer iemand een beroerte heeft gehad in de rechter hersenhelft kunnen storingen optreden in een of meer van deze functies. Vaak zijn ook het zicht in de eigen emoties en de gevolgen van het eigen gedrag verstoord. De partner van de CVA-patiënt lijdt meestal meer onder dit veranderde gedrag dan de patiënt

zelf. Het is moeilijk voor de partner om deze niet-zichtbare beperkingen uit te leggen aan familieleden en vrienden. Eventuele verlamningsverschijnselen doen zich voor aan de linkerzijde van het lichaam.

Gebrekkige ruimtelijke oriëntatie

Een CVA-patiënt met een beroerte in de rechter hersenhelft kan ook moeite hebben met ruimtelijke oriëntatie. Hij kan zich bijvoorbeeld niet meer voorstellen hoe hij ergens moet komen. Hij zal zich ook minder gauw thuis voelen in een onbekende omgeving. Een storing in de ruimtelijke oriëntatie heeft ook gevolgen voor het schatten van afstanden of het inschatten van de snelheid van een auto. Iemand de weg wijzen wordt een probleem. Ook het aantrekken van een jas kan problemen geven en moeizaam verlopen. Het helpt de getroffene om voor alles ruimschoots de tijd te nemen en veel te oefenen.

Gebrekkig besef van tijd(sduur)

Ons gevoel voor ruimtelijke oriëntatie heeft ook betrekking op ons gevoel voor tijdsruimte oftewel tijdsduur. Zodoende kan een CVA-patiënt ook problemen hebben met tijd. Het kan moeilijk voor hem zijn in te schatten hoe lang iets duurt of geduurd heeft.

Gebrek aan inzicht

Wanneer een patiënt weinig inzicht heeft in zijn eigen beperkingen kan dat leiden tot overmoedig en riskant gedrag en ongevoeligheid voor aanwijzingen of advies van anderen. Veelal zal de patiënt proberen zijn gedrag goed te praten. Als dit het geval is kunnen we hem beter beoordelen op zijn daden dan op zijn woorden.

Vlakke emoties

Door de beroerte kan het emotionele gedrag van de CVA-patiënt zijn veranderd. De emoties kunnen vlakker zijn geworden: hij komt onverschillig over. De patiënt kan ook minder gevoelig zijn voor vreugde, verdriet of boosheid van de partner.

Impulsief en chaotisch gedrag

Er kunnen veranderingen optreden in het gedrag van de patiënt; het kan impulsief en gejaagd zijn. De rem lijkt eraf: eerst doen en dan denken. De patiënt is onrustig en zijn gedrag chaotisch. Hij is niet in staat structuur en orde aan te brengen in zijn doen en laten.

Verminderd gevoel voor sociale situaties

De patiënt vertelt anekdotes die niet gepast zijn in de gegeven situatie. Ook het gevoel voor humor kan door een beroerte veranderd zijn. Hij begrijpt soms grapjes niet meer of vat het verkeerd op. In sommige gevallen is het gedrag van een CVA-patiënt ontremd. Zij worden (te) snel kwaad; eten of drinken te gulzig; zijn grover in de mond. Het ontremde gedrag kan in extreme gevallen ook leiden tot slaan of ongebruikelijke seksuele handelingen.

Geen opzettelijk veranderd gedrag

Het is belangrijk dat de naasten van de patiënt begrijpen dat hij of zij zich niet met opzet chaotisch, onverschillig of gevaarlijk gedraagt. Geduld en een consequente benadering zijn nodig om de CVA-patiënt meer toegankelijk te maken voor zijn omgeving.

Specifieke gevolgen van een beroerte in de linker hersenhelft

In de linker hersenhelft zetelen bij de meeste mensen (alle rechtshandigen, de meeste linkshandigen) de centra die de taal regelen. Daarnaast worden functies, zoals herkennen van voorwerpen, de volgorde van handelen en rekenen, vanuit deze hersenhelft geregeld. Wanneer iemand een beroerte heeft gehad in de linker hersenhelft kunnen storingen optreden in een of meer van deze centra. Eventuele verlamningsverschijnselen doen zich voor aan de rechterzijde van het lichaam.

Taal en communicatie

Taal is ons belangrijkste communicatiemiddel. We communiceren met elkaar vooral door middel van gesproken taal, maar ook geschreven taal moeten we begrijpen om een krant of ondertitels te kunnen lezen. Voor informatie op de borden bij een bushalte of bij het boodschappen doen gebruiken we taal. Hoe meer deze vaardigheden beperkt zijn, des te moeilijker wordt de communicatie met anderen.

Afasie (onvermogen tot taalgebruik)

Als de taalgebieden in de hersenen of de verbindingen tussen die gebieden beschadigd zijn door de beroerte, ontstaat afasie. Afasie is het onvermogen tot taalgebruik ten gevolge van (eenzijdig) hersenletsel. Spreken, lezen en schrijven kunnen gestoord zijn zonder dat er een verlamming is. Het taalcentrum en het schrijfcentrum in de hersenen kunnen zodanig beschadigd zijn dat de getroffene het vermogen verliest om de juiste woorden te vinden (motorische afasie) of deze op te schrijven (dysgrafie). Bij beschadiging van het sensorisch spraakcentrum wordt gesproken taal niet correct vertaald in de hersenen. De getroffene kan dan niet goed begrijpen wat er gezegd wordt (woorddoofheid of sensorische afasie). Ook het vermogen om te onthouden wat een ander heeft gezegd, is vaak beperkt.

Met het denkvermogen van deze patiënten is echter niets aan de hand. Herstel van afasie duurt dikwijls lang en is in veel gevallen niet volledig. Uitgebreide informatie over afasie kunt u opvragen bij de Afasie Vereniging Nederland (www.afasie.nl of telefoonnummer 026 - 351 25 12).

Tips voor naasten om te kunnen praten met een afasiepatiënt

Het belangrijkste is dat u de patiënt de tijd geeft om op woorden te komen, geduld toont en niet voor de patiënt gaat spreken.

Verder is belangrijk dat u korte zinnen maakt, rustig spreekt en niet te veel informatie tegelijk geeft. Wacht de reactie rustig af. Geef de patiënt de tijd.

Ook is het belangrijk dat u gebruikmaakt van alle mogelijke hulpmiddelen, zoals gebaren en tekeningen.

- Spreek rustig. Het kost wat meer tijd om te begrijpen wat u zegt.
- Gebruik korte en eenvoudige zinnen. Wordt er niet begrepen wat u zegt, probeer het dan op een andere manier -met andere woorden - te zeggen.
- Zeg hardop of u de patiënt wel of niet begrijpt. Ook de bevestiging als u hem of haar wel begrijpt, is heel belangrijk.
- Zeg hardop wat u denkt dat de patiënt bedoelt met gebaren en gezichtsuitdrukkingen. Vaak maakt een moeilijk sprekende patiënt via zijn gezichtsuitdrukking duidelijk of u begrepen heeft wat hij/zij tegen u probeert te zeggen.
- Spreek niet voor de patiënt tenzij dit strikt noodzakelijk is.
- Val niet in de rede als hij iets probeert te zeggen.
- Gun hem de tijd om op het volgende woord te komen. Maak geen zinnen af voor de patiënt zonder hem/haar eerst de tijd te geven het zelf te proberen.
- Ga niet harder praten. Hij kan niet altijd gelijk begrijpen wat u zegt. Maar met zijn/haar gehoor is niets aan de hand.
- Begeleid uw woorden met voorwerpen, gebaren, tekeningen of geschreven tekst. De logopedist heeft hiervoor hulpmiddelen.
- Spreek met een afasiepatiënt over onderwerpen waarmee hij vertrouwd is en die persoonlijk belangrijk voor hem zijn.
- Als de patiënt moeite heeft met spreken, stel dan uw vragen zodanig dat met ja of nee kan worden geantwoord en hij/zij geen keuze hoeft te maken uit meerdere dingen.
- Geef pen en papier als een patiënt wel kan opschrijven wat hij niet kan zeggen.
- Moedig, indien mogelijk, gebaren van de patiënt aan. Soms komt de patiënt via gebaren op woorden.

- Ook kunt u de patiënt het voorwerp dat hij bedoelt, laten aanwijzen.
- Schrijf uw vragen aan de logopedist op en bespreek deze met haar. Ook zijn er hulpmiddelen beschikbaar voor patiënten. De stichting Afasie Nederland en Afasievereniging Nederland (zie adressen en websites) hebben diverse materialen voor u klaarliggen.

Problemen met herkennen

Het herkennen van personen en alledaagse voorwerpen kan problemen geven. Dat wil zeggen dat het voor de patiënt vaak moeilijk is om het uiterlijk en vooral het gezicht van iemand anders te herkennen. Meestal betreft het klachten van het zien, maar het kan ook voorkomen bij dingen die hij voelt, hoort of ruikt.

Problemen met volgorde van handelen (apraxie)

De CVA-patiënt weet soms niet goed meer in welke volgorde hij iets moet doen (apraxie). Alledaagse handelingen zoals eten, drinken, aan- en uitkleden verlopen dan niet goed. Het kan voor de patiënt moeilijk zijn om een taak of bezigheid goed voor te bereiden en in de juiste volgorde af te handelen. Hij is niet in staat om het geheel te overzien. Als iemand bijvoorbeeld koffie gaat zetten kan het zijn dat hij niet weet of je eerst de filter in het apparaat zet en dan de koffie erin doet of andersom.

De patiënt kan lijden aan apraxie van de mond en de tong. Dan weet hij bijvoorbeeld niet meer hoe hij zijn lippen moet houden om te fluiten. Net als bij de volgorde van handelen kan de patiënt moeite hebben met het onthouden van de volgorde van gebeurtenissen. Het verrichten van handelingen verloopt mogelijk trager. Dit kan het gevolg zijn van de beschadiging in de linker hersenhelft en hoeft geen verband te houden met een verlamming van arm of been. Apraxie kan ook bij een beroerte in de rechter hersenhelft optreden.

Verwarren van links en rechts

Vaak zal de patiënt de begrippen links en rechts verwarren. Dit kan vervelende gevolgen hebben wanneer hij iemand op straat de weg vraagt.

Rekenproblemen

Het rekenen kan problemen geven. Zelfs het maken van een eenvoudige optelsom gaat mis. Deze handicap maakt onder andere het omgaan met geld bijzonder lastig.

Langzaam, onzeker gedrag

CVA-patiënten met een rechtszijdige aandoening zijn vaak onzeker en angstig om iets te ondernemen. Zij zijn zich goed bewust van wat er aan de hand is. We zien vaak dat deze patiënt zich terugtrekken en weinig initiatief nemen. Periodes van gebrek aan zelfvertrouwen, somberheid en machteloze woede wisselen elkaar af; vooral wanneer er sprake is van ernstige communicatieproblemen door afasie.

Denkvermogen niet beschadigd

Wij moeten de patiënt met afasie niet onderschatten: het denkvermogen is niet beschadigd. Alleen de mogelijkheid tot communiceren is verstoord! Een schouderklopje of een vriendelijk woord doet wonderen. Daarbij is het belangrijk om samen met de patiënt te zoeken naar bezigheden, waarin hij zich kan uiten.

Tot slot

In deel 1 hebben we u laten zien dat een CVA-patiënt zich niet met opzet vreemd of chaotisch gedraagt. Beschadiging van de hersenen is de voornaamste oorzaak van veranderingen in de manier van doen en laten, denken en emotioneel gedrag. Vaak zit er achter de hinderlijke gedragingen iemand die zich hulpeloos voelt en in de war is; die weinig houvast heeft en contact met zijn gevoelens moeilijk kan vinden. Hoe beter het inzicht van alle betrokkenen, hoe effectiever er is om te gaan met de beperkingen.

De kans op herstel is groter als we zo vroeg mogelijk starten met behandelen. Daarom krijgt u gelijk allerlei behandelaars aan uw bed.

DEEL 2 - TIPS EN ADVIEZEN VOOR NAASTEN

Een beroerte/ CVA komt meestal onverwacht. In veel gevallen treden er als gevolg van de beroerte/ CVA problemen op met spreken, begrijpen en/of gedrag. Dat betekent grote en meestal blijvende veranderingen in het leven van u en uw naaste(n).

Als de algehele conditie verbetert, treden op verschillende vlakken verbeteringen op. Als de patiënt een intensief herstel-/ revalidatieprogramma kan volgen, is de kans op verbeteringen groter. Ook op de langere termijn blijven verbeteringen mogelijk.

Algemene adviezen

- Zorg voor voldoende rust en ontspanning voor uzelf.
- Bespreek gerust uw problemen met deskundigen. Te denken valt bijvoorbeeld aan een (huis)arts, verpleegkundige of maatschappelijk werker.

Hieronder vindt u een aantal adviezen. Niet alle adviezen zijn op u van toepassing, de situatie is namelijk voor iedere patiënt anders.

Bezoek

- De patiënt is snel vermoeid en heeft, afhankelijk van de gevolgen van de beroerte/CVA, veel te verwerken. Daarom ervaart hij of zij bezoek al snel als te druk. De patiënt 'klapt' dan vaak 'dicht' en valt helemaal stil. Beperk daarom het aantal bezoekers tot 1 of 2 en beperk de duur van het bezoek.
- Het is zeer vermoeiend voor de patiënt met meerdere personen tegelijk te praten. Het is eenvoudiger voor de patiënt om naar één persoon te luisteren.

Communicatie met de patiënt

- Leg een patiënt uit wat er met hem gebeurt, ook al denkt u dat hij het niet kan begrijpen.
- Vertel de patiënt over de thuissituatie. Laat hem of haar meedenken en beslissingen nemen (als dat kan).

De partner/verzorger

Een beroerte verandert het leven van de CVA-patiënt ingrijpend. Maar ook het leven van de mensen in de directe omgeving van de patiënt verandert drastisch. De partners/verzorgers krijgen extra taken en verantwoordelijkheden: in het huishouden en bij de verzorging of verpleging van de CVA-patiënt. Partners nemen de verzorging op zich zonder precies te weten hoe groot die taak is. Zij moeten tal van zaken regelen die de patiënt vroeger zelf afhandelde. Vaak zullen zij voor kortere of langere tijd naar eigen inzicht moeten handelen en beslissingen nemen. Buitenstaanders staan daar over het algemeen niet bij stil. Het gevolg is dat de partner zich vaak onbegrepen en alleen gelaten voelt.

Verwerking

Kort na de beroerte overheerst onzekerheid over de gevolgen en angst voor herhaling. Ook andere emoties kunnen gaandeweg naar boven komen: blijdschap omdat de partner er nog is, maar ook gevoelens van onmacht, woede, verdriet, schuld, schaamte en eenzaamheid. Al deze gevoelens zijn heel gewoon en begrijpelijk. Uw leven is plotseling veranderd en de toekomst ziet er heel anders uit. De veranderingen moeten verwerkt worden. Zo'n verwerkingsproces verloopt in fasen. In elke fase overheersen andere gevoelens en emoties. Direct na de beroerte is er een periode van ontkenning. We geloven niet dat wat gebeurd is waar kan zijn. Over 2 weken is hij wel weer de oude. Na korte tijd moeten we wel accepteren dat het niet anders is. Dan nemen boosheid en verbittering de overhand: Waarom ik? Uiteindelijk zullen we berusten in de situatie: We proberen er ondanks alles het beste van te maken.

Pas na verloop van tijd zal het mogelijk zijn de balans op te maken van wat wel en niet meer mogelijk is. De partner en andere gezinsleden weten over het algemeen vrij snel hoe de patiënt er lichamelijk en geestelijk

voorstaat, maar het zal alle betrokkenen veel tijd kosten om aan de nieuwe situatie te wennen en zich ermee te verzoenen.

Als het u teveel wordt, kan het prettig zijn uw hart te luchten bij een goede vriend of vriendin. Daarnaast zijn er de huisarts, de psycholoog, de thuiszorg of het maatschappelijk werk die u kunnen helpen. En praat met lotgenoten. U vindt er herkenning en erkenning van uw situatie.

De Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder en de Afasie Vereniging Nederland ondersteunen en geven informatie.

Ervaringen van anderen

Hebt u behoefte om te lezen hoe andere mensen dit ervaren hebben? Of om eens te praten met iemand die in dezelfde situatie zit als u? Dan kunt u contact opnemen met de Stichting Bureau NAH Zorg (Niet Aangeboren Hersenletsel), telefoon: 058 - 256 38 39. U kunt ook mailen naar info@nah-zorg.nl of de website raadplegen: www.nah-zorg.nl.

U kunt ook begeleiding krijgen als partner of als gezin hoe om te gaan met de gevolgen van de beroerte/CVA. Neemt u daartoe contact op met bijvoorbeeld MEE (www.mee.nl of bel het landelijke nummer 0900 - 999 8888, lokaal tarief). Zij kunnen u adviseren en kunnen ook hulp voor u regelen.

DEEL 3 - MEER INFORMATIE

De informatie over brochures, boeken en video's dat u in dit deel aantreft, is slechts een selectie uit het totale aanbod. Een deel van het informatiemateriaal is ook verkrijgbaar via het ziekenhuis. De rest kunt u tegen een kleine vergoeding bestellen via de verschillende/betreffende organisaties.

Voorlichtingsbrochures

Een beroerte en dan?

Deze brochure is bestemd voor partners, familieleden en vrienden van mensen die door een beroerte/CVA zijn getroffen.

Publicatie van Nederlandse Hartstichting.

Na een beroerte hoe verder?

De brochure geeft een indruk van de activiteiten van de vereniging Samen Verder.

Publicatie van Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder.

Ongevraagd een ander leven

Deze brochure omschrijft de situatie na een beroerte/CVA.

Publicatie van Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder.

Brochure CVA en Ergotherapie

Deze brochure beschrijft wat de ergotherapie kan betekenen bij een CVA.

Publicatie van Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie.

Neglect en hemianopsie: omgaan met de gevolgen

Deze brochure beschrijft hoe je om moet gaan met een neglect en/of hemi-anopsie.

Publicatie van Hersenstichting Nederland.

Praktisch omgaan met Apraxie (informatie voor mantelzorgers)

Deze brochure beschrijft wat een apraxie is en hoe je daar mee om kunt gaan.

Publicatie van Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie.

Richtlijnen voor communicatie met mensen met afasie

Problemen die iemand met afasie kan ervaren bij het begrijpen en uiten van gesproken taal en gebaren. In het boekje is een overzicht opgenomen voor richtlijnen voor de communicatie met mensen met afasie.

Publicatie van Stichting Afasie Nederland.

De onzichtbare gevolgen

Deze brochure beschrijft de niet-zichtbare veranderingen in denken, doen en voelen als gevolg van een CVA of beroerte.

Publicatie van Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder.

Leven met vermoeidheid

Deze brochure beschrijft de 'onzichtbare' veranderingen zoals vermoeidheid die het gevolg zijn van een CVA of beroerte.

Publicatie van Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder.

Autorijden na een beroerte

Brochure van Meander Medisch Centrum, ook te downloaden via de website www.meandermc.nl (patiënten/bezoekers > patiëntenfolders).