

Bijlage 3 Overzicht van alle aanbevelingen*

Aanbeveling 2.1 De rol van de verpleegkundige in het revalidatieteam

De verpleegkundige dient een belangrijk lid te zijn van het revalidatieteam, dat in staat is om deskundige informatie in te brengen in het multidisciplinaire overleg over de situatie van de patiënt met betrekking tot de activiteiten van het dagelijks leven (ADL). *Niveau D*

Aanbeveling 2.2 De rol van de verpleegkundige in het revalidatieteam

Het is sterk aan te bevelen om als verpleegkundige een autonome rol te hebben in het revalidatieproces, maar zich niet uitsluitend te concentreren op de eigen taakgebieden (Strasser e.a. 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 2.3 Starten met mobiliseren en revalidatie

Het wordt als standaard beschouwd de patiënt als hij medisch stabiel is, zo snel mogelijk te mobiliseren. Het is niet aan te geven op welke dag precies gestart kan worden (Duncan e.a. 2005, Salter e.a. 2006). *Niveau A*

Aanbeveling 2.4 Starten met mobiliseren en revalidatie

Het verdient aanbeveling om tussen 7 en 15 dagen te starten met een revalidatieprogramma (Musicco e.a. 2003, Maulden e.a. 2005, Salter e.a. 2006). *Niveau B*

* De belangrijkste aanbevelingen zijn aangegeven met een vet kader.

Aanbeveling 2.5 Starten met mobiliseren en revalidatie

Voor het volgen van een intensief revalidatieprogramma is het vereist dat de patiënt naast een voldoende fysiek uithoudingsvermogen, in staat moet zijn om nieuwe strategieën te leren. De verpleegkundige heeft een belangrijke rol bij het beoordelen of een patiënt hiertoe in staat is. *Niveau D*

Aanbeveling 2.6 Starten met mobiliseren en revalidatie

Bij patiënten bij wie een vroege start niet mogelijk is omdat ze pas na lange tijd revalidatie aankunnen, en die een laag functieniveau hebben, is een late start met intensieve revalidatie wel degelijk effectief (Teasell e.a. 2006). *Niveau C*

Aanbeveling 2.7 Het vastleggen van gegevens

De werkgroep is van mening dat voor het vastleggen van de functionele status (mobiliteit en ADL) op activiteitsniveau de BI een betrouwbare en valide test is. De BI wordt herhaald gemeten: 7 dagen na het begin van de beroerte en bij ontslag. *Niveau D*

Aanbeveling 2.8 Het vastleggen van gegevens

In een regio waar samen wordt gewerkt in een stroke service is het aan te bevelen om dezelfde meetinstrumenten te gebruiken. *Niveau D*

Aanbeveling 2.9 Voorspellende factoren

Het is niet mogelijk voorspellende factoren te vertalen naar de prognose van de individuele patiënt. Het revalidatieteam zal een behandelplan moeten opstellen, gebaseerd op een zo realistisch mogelijke, individuele prognose. *Niveau D*

Aanbeveling 2.10 Voorspellende factoren

Er zijn aanwijzingen dat het kunnen handhaven van de zitbalans na een week en blijvende urine-incontinentie voor de verpleegkundige relevante voorspellers voor een matige prognose zijn (Kwakkel e.a. 1996, Hsieh e.a. 2002). *Niveau C*

Aanbeveling 2.11 Voorspellende factoren

Er zijn aanwijzingen dat de beginscore op de BI een belangrijke voorspeller is. Indien afgenomen op de 7^e dag na opname voorspelt de score voor meer dan de helft het eindniveau. Er kunnen 8 punten worden bijgeteld voor de uiteindelijke score (Kwakkel 2006). *Niveau C*

Aanbeveling 2.12 Voorspellende factoren

Het kan zinvol zijn de BI te gebruiken als een meetinstrument voor herstel doordat de items gerangschikt zijn naar moeilijkheid: patiënten doorlopen tijdens het herstel de verschillende items (van Hartingsveld e.a. 2006). *Niveau B*

Aanbeveling 2.13 Keuze van een revalidatiebenadering op basis van de theoretische achtergrond

Neurorevalidatie is te beschouwen als is een combinatie van therapie gericht op herstel van lichaamsfuncties en het aanleren van compensatiestrategieën (adaptatie). Therapie gericht op aanpassing bestaat uit het aanleren van vaardigheden, het geven van informatie en leren oplossingsgericht te werken (The academy of medical sciences 2004). *Niveau A*

Aanbeveling 2.14 Keuze van een revalidatiebenadering op basis van de theoretische achtergrond

Aspecten uit de theorie over motorisch leren/motorisch leren kunnen een belangrijke hulp zijn voor de verpleegkundige bij het herleren van (complexe) taken (zie *praktische punten bij het herleren*). *Niveau D*

Aanbeveling 2.15 Keuze van een revalidatiebenadering op basis van de theoretische achtergrond

De verpleegkundige houdt rekening met het feit dat een herleerde handeling niet generaliseert naar een andere situatie en in een andere context weer opnieuw geleerd moet worden (Van Peppen e.a. 2004). *Niveau A*

Aanbeveling 2.16 Taakgericht oefenen

De dagelijkse zorg, waarbij alledaagse, voor de patiënt zinvolle handelingen geoefend worden, moet gezien worden als therapie. *Niveau D*

Aanbeveling 2.17 Taakgericht oefenen

Het wordt aanbevolen om met de patiënt relevante taken/activiteiten te oefenen, en de patiënt te stimuleren om de aangedane zijde te gebruiken tijdens functionele taken en activiteiten. *Niveau D*

Aanbeveling 2.18 Taakgericht oefenen

Het is te overwegen in overleg met fysio- en ergotherapie een lijst met oefentaken op te stellen die op een afdeling als aanvulling op de therapie sessies geoefend kunnen worden. *Niveau D*

Aanbeveling 2.19 Taakgericht oefenen

Het wordt aanbevolen met de patiënt te lopen buiten de oefensessies om (Nilsson e.a. 2001, Richards e.a. 2004, Peurala e.a. 2005). *Niveau A*

Aanbeveling 2.20 Intensiteit van de oefentherapie

Het is aan te bevelen de patiënt zo veel mogelijk gelegenheid te geven en te stimuleren vaardigheden te oefenen die van belang zijn in het dagelijks functioneren (in overleg met andere disciplines) (Royal College of Physicians 2004). *Niveau A*

Aanbeveling 3.1 Spierversterkende oefeningen

Het is te overwegen dat verpleegkundigen, in overleg met de fysiotherapeut, patiënten stimuleren en assisteren om bepaalde spierversterkende oefeningen uit te voeren bij het oefenen van ADL-taken. *Niveau A*

Aanbeveling 3.2 Spasticiteit

Het wordt aanbevolen in de immobiele fase het paretische arm/been (geleid) actief te bewegen ter verbetering van de range of motion (ROM) (Duncan e.a. 2005). *Niveau A*

Aanbeveling 3.3 Spasticiteit

De verpleegkundige kan met patiënten met spasticiteit de zelfverzorgingstaken uitvoeren omdat spasticiteit geen belemmering hoeft te zijn voor het normale bewegen (Sterr e.a. 2004). *Niveau B*

Aanbeveling 3.4 Observatie van handelen en bewegen

Voor een globale indruk van de functionele mobiliteit worden de *mobility milestones* aanbevolen. Deze mijlpalen zijn klinisch relevant, eenvoudig toe te passen en bruikbaar in het multidisciplinaire overleg (Baer e.a. 2003). *Niveau C*

Aanbeveling 3.5 Observatie van handelen en bewegen

Voor het vastleggen van de ADL-functies is de barthelindex (BI) de eerste keus. *Niveau A*

Aanbeveling 3.6 Positie in bed en in zit op een stoel

Het is aan te bevelen dat de houding waarin de patiënt in bed ligt als comfortabel wordt ervaren, waarbij rekening wordt gehouden met de richtlijnen voor decubituspreventie en longventilatie (Bhalla e.a. 2005). *Niveau B*

Aanbeveling 3.7 Positie in bed en in zit op een stoel

Veranderen van lighouding en zithouding kan zo veel mogelijk door de patiënt zelf worden uitgevoerd, waarbij de verpleegkundige erop moet letten dat de paretische arm en been worden meebewogen. De verpleegkundige kan dit met de patiënt oefenen in overleg met de fysiotherapeut. *Niveau D*

Aanbeveling 3.8 Positie in bed en in zit op een stoel

Het is zinvol dat verpleegkundigen regelmatig (ieder uur) controleren of de patiënt comfortabel zit of ligt, waarbij gelet wordt op afhangende armen, ondersteuning van de aangedane arm en het rechtop zitten (Dowswell e.a. 2000, Chatterton e.a. 2001). *Niveau D*

Aanbeveling 3.9 Het meten van schouderpijn

Het wordt aangeraden een meetinstrument te gebruiken om schouderpijn vast te leggen. Het meten van schouderpijn moet regelmatig gebeuren omdat pijn ook later kan ontstaan. Naast het aangeven van pijn op een VAS-schaal moet gevraagd worden naar pijn in rust en bij passief en actief bewegen (Turner-Stokes e.a. 2006).

Aanbeveling 3.10 Preventie van schouderpijn

Het is uiterst belangrijk dat de aangedane arm en hand in de acute fase 24 uur per dag ondersteund worden. Een specifieke positie kan niet worden aanbevolen (Teasell e.a. 2008). *Niveau A*

Aanbeveling 3.11 Preventie van schouderpijn

Voorzichtig passief bewegen voorkomt mogelijk schouderpijn (Teasell e.a. 2008). *Niveau B*

Aanbeveling 3.12 Preventie van schouderpijn

De patiënt mag nooit opgetrokken worden aan de aangedane arm of zichzelf optrekken met behulp van een papegaai of ander hulpmiddel dat boven het bed hangt (Teasell e.a. 2008). *Niveau B*

Aanbeveling 3.13 Meten van de zitbalans

De Trunc Control Test (TCT) wordt aanbevolen als een basismeetinstrument. De verpleegkundige kan de test zelf uitvoeren of kennismaken van de resultaten als de TCT afgenomen is door een andere discipline.

Aanbeveling 3.14 Zitbalans en reiken

Het wordt aanbevolen het reiken naar voorwerpen te stimuleren waarbij voorwerpen iets verder weg kunnen worden gezet dan de armlengte (Dean e.a. 1997, de Sèze e.a. 2001, Mudie e.a. 2002, Winstein e.a. 2004). *Niveau A*

Aanbeveling 3.15 Zitbalans en reiken

Geadviseerd wordt om nuttige en voor de patiënt relevante zelfgekozen taken te gebruiken waardoor de motivatie om te oefenen groter wordt (Wu e.a. 2001). *Niveau C*

Aanbeveling 3.16 Zitbalans en reiken

Er zijn aanwijzingen dat een juiste stoel bijdraagt tot het oefenen van de balans in zit (Levin e.a. 2002). *Niveau C*

Aanbeveling 3.17 Balanshandhaving in stand

Het is zinvol de mogelijkheid tot balanshandhaving te observeren bij het uitoefenen van complexe taken zoals aankleden (Carr e.a. 2000). *Niveau D*

Aanbeveling 3.18 Balanshandhaving in stand

Verpleegkundigen kunnen beoordelen of de patiënt de balans zal kunnen handhaven door de moeilijkste aspecten van balanshandhaving te testen: staan in de zogenaamde 'tandemstand' (één voet voor de andere) en het handhaven van de balans tijdens achterom kijken over de schouder en het staan op één been (Kornetti e.a. 2004). *Niveau D*

Aanbeveling 3.19 Balanshandhaving in stand

De balans in stand en tijdens het lopen wordt impliciet geoefend tijdens de uitvoering van ADL-taken. Een voorwaarde is dat de patiënt zelfstandig kan staan (zie paragraaf 3.2 over de *mobility milestones*). *Niveau D*

Aanbeveling 3.20 Balanshandhaving in stand

Er zijn aanwijzingen dat het oefenen van opstapjes (ongeveer 15 cm hoog) een positief effect heeft op de gewichtsverdeling over beide lichaamshelften, waardoor impliciet de balans wordt getraind. Verpleegkundigen kunnen, in overleg met de fysiotherapie, patiënten simpele stapoefeningen laten doen zoals het voorzichtig gaan staan op een klein opstapje (Laufer e.a. 2000, Monger e.a. 2002). *Niveau C*

Aanbeveling 3.21 Timed Up and Go test

Het is aangetoond dat de Timed Up and Go test (TUG) een goed meetinstrument is om een indruk te krijgen van de mogelijkheden tot functioneel lopen, waarbij de test steeds moet plaatsvinden onder dezelfde condities: tijd van de dag, stoel en schoeisel om scores met elkaar te kunnen vergelijken (Posiadlo e.a. 1991, Richards e.a. 1999, Shumway-Cook e.a. 2000, Van Peppen e.a. 2004a).

Aanbeveling 3.22 Het opstaan uit een stoel, van zitten naar staan

Het is aan te bevelen het opstaan uit een stoel functioneel te oefenen, een aantal keren per dag, als onderdeel van de dagelijkse zorg onder verschillende condities: oplopend in moeilijkheid, door variatie met verschillende stoelen en stand van de voeten (Dean e.a. 2000, Cheng e.a. 2001). *Niveau A*

Aanbeveling 3.23 Het opstaan uit een stoel, van zitten naar staan

Er zijn aanwijzingen dat de mogelijkheid om op te staan mede afhankelijk is van het soort stoel. Aanbevolen wordt (in de beginfase) een stoel te gebruiken met arMLEUNINGEN en een zithoogte van 44-47 cm (Siggeirsdóttir e.a. 2002). *Niveau C*

Aanbeveling 3.24 Meten van de functie van de paretische arm

Verpleegkundigen kunnen observeren bij welke activiteiten en op welke manier een patiënt de aangedane arm en hand gebruikt. Als de patiënt de arm niet of nauwelijks gebruikt, wordt nader onderzoek met specifiekere test(en) aanbevolen in overleg met de fysiotherapie en ergotherapie. *Niveau D*

Aanbeveling 3.25 Meten van de functie van de paretische arm

Het is zinvol voor de verpleegkundige een aantal moeilijke items uit de MAS te gebruiken om een indruk te krijgen van de arm- en handfunctie: het brengen van een lepel met vloeibaar eten naar de mond en het haar kammen. (*Sabari e.a. 2005*) *Niveau D*

Aanbeveling 3.26 Meten van de functie van de paretische arm

Het is zinvol ook de functie van de niet-verlamde hand te observeren (De Groot-Driessen e.a. 2006). *Niveau D*

Aanbeveling 3.27 Oefenen van arm- en handfunctie

Het is zinvol dat verpleegkundigen patiënten assisteren met herhaaldelijk oefenen in natuurlijke situaties met alledaagse taken, zoals tandenpoetsen en bladzijden omslaan, waarbij gestimuleerd wordt beide armen/handen te gebruiken (Pomeroy e.a. 2000, Rose e.a. 2004). *Niveau D*

Aanbeveling 3.28 Oefenen van arm- en handfunctie

Het is te overwegen in de acute fase sensomotorische training te geven door de patiënt in een schommelstoel met armleningen zelf de schommelbeweging te laten maken waarbij steeds gedrukt wordt op de armlening om de beweging te onderhouden (Feys e.a. 1998, 2004). *Niveau A*

Aanbeveling 3.29 Oefenen van arm- en handfunctie

Het verdient aanbeveling aandacht te besteden aan wat het verlies van de handfunctie betekent voor een patiënt (Barker e.a. 2005). *Niveau D*

Aanbeveling 3.30 Oefenen van arm- en handfunctie

Verpleegkundigen kunnen patiënten (in de thuissituatie) wijzen op de mogelijkheid van (*modified*) *constraint induced therapy* en eventueel, in overleg met fysiotherapie en ergotherapie, assisteren bij de uitvoering. *Niveau D*

Aanbeveling 3.31 Meten van loopvaardigheid

Verpleegkundigen kunnen de Functionele Ambulante Categorieën (FAC) gebruiken om de loopmogelijkheden van de patiënt vast te leggen.

Aanbeveling 3.32 Lopen

Het is sterk aan te bevelen dat verpleegkundigen in overleg met de fysiotherapeut het lopen oefenen ingebed in het normale ritme van de zorg, mits een veilige situatie wordt gecreëerd (Nilsson e.a. 2001, Richards e.a. 2004, Peurala e.a. 2005). *Niveau A*

Aanbeveling 3.33 Lopen

De verpleegkundige kan, vooral aan het einde van de revalidatieperiode, de patiënt stimuleren en assisteren en de familie instrueren om te lopen in de eigen sociale omgeving (Latham e.a. 2005). *Niveau D*

Aanbeveling 3.34 Somatosensoriek

De werkgroep is van mening dat verpleegkundigen impliciet kunnen bijdragen aan het verbeteren van sensibiliteit en proprioceptie tijdens het doelmatig gebruik van allerlei voorwerpen. *Niveau D*

Aanbeveling 3.35 Complexe ADL-taken

Het verdient aanbeveling om patiënten met milde stoornissen individueel of in een groep dagelijks 1-3 uur te laten oefenen in zelfverzorgingstaken zoals aankleden (Brainin e.a. 2004). *Niveau C*

Aanbeveling 3.36 Complexe ADL- taken

Het verdient aanbeveling ADL-taken te oefenen in de natuurlijke omgeving, die zo veel mogelijk lijkt op de thuissituatie (Brainin 2004). *Niveau C*

Aanbeveling 3.37 Dubbeltaken

Het is aannemelijk dat de Stop Walking When Talking test (SWWT) een indicatie kan geven voor het weer veilig kunnen lopen zonder te vallen (Hyndman e.a. 2004). *Niveau B*

Aanbeveling 3.38 Dubbeltaken

Dubbeltaakinterferentie is nuttig om te testen of een patiënt een handeling weer (automatisch) kan uitvoeren. Verpleegkundigen kunnen testen of een patiënt een motorische taak weer automatisch kan verrichten, door naast de motorische taak ook een cognitietaak (of een tweede motorische taak) te laten uitvoeren (Cockburn e.a. 2003, Yang e.a. 2007). *Niveau C*

Aanbeveling 3.39 Dubbeltaken

Een verpleegkundige wordt geadviseerd alert te zijn of een cognitieve taak (praten met de patiënt bijvoorbeeld of een mondelinge instructie geven) een negatief effect heeft wanneer gelijktijdig zelfzorgtaken herleerd en/of uitgevoerd moeten worden. *Niveau D*

Aanbeveling 3.40 Mental practice (MP)

Verpleegkundigen kunnen MP toepassen omdat er aanwijzingen zijn dat MP – het mentaal, in gedachten, imaginair oefenen – de fysieke uitvoering van de getrainde taak verbetert (Liu e.a. 2004, Page e.a. 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 4.1 Risicofactoren voor vallen

Het is aan te bevelen om bij patiënten met een beroerte naast het algemene valprotocol dat op een afdeling/instelling gebruikelijk is rekening te houden met de specifieke problemen van een patiënt met een beroerte. *Niveau D*

Aanbeveling 4.2 Risicofactoren voor vallen

Het is aangetoond dat het verplaatsen van een patiënt (transfer) een groot risico vormt voor een valincident (Forster 1995, Nyberg 1995, Mackintosh 2005a, Zdobysz 2005). *Niveau A*

Het is te overwegen om de uitvoering van transfers te evalueren bij een patiënt met een laag mobiliteitsniveau (BI, FIM, rankinschaal) en zo nodig in overleg met andere disciplines en de patiënt en zijn familie zo effectief mogelijk te leren handelen. *Niveau D*

Aanbeveling 4.3 Risicofactoren voor vallen

Het is aan te bevelen het lopen te observeren om in te schatten of een patiënt moeite heeft met de balanshandhaving tijdens moeilijke onoverzichtelijke situaties in de eigen omgeving. *Niveau D*

Aanbeveling 4.4 Risicofactoren voor vallen

Het is aan te bevelen het lopen in de eigen omgeving te stimuleren mits dit veilig kan en de loopsnelheid voldoende is. *Niveau D*

Aanbeveling 4.5 Risicofactoren voor vallen

Het is aangetoond dat het risico op vallen groot is bij het zich aankleden (Lamb 2003). *Niveau B*

Het is aan te bevelen bij de uitvoering van complexe handelingen de dynamische balanshandhaving te observeren. *Niveau D*

Aanbeveling 4.6 Meetinstrumenten voor vallen

Het is aangetoond dat de STRATIFY geen goed meetinstrument is om het valrisico te voorspellen (Olsen 2005, Smith 2005). *Niveau A*

Aanbeveling 4.7 Meetinstrumenten voor vallen

Het is aan te bevelen om een aantal meetinstrumenten te gebruiken en niet af te gaan op de score op een enkele test om het risico voor een valincident in te schatten. *Niveau D*

Aanbeveling 4.8 Meetinstrumenten voor vallen

Het wordt geadviseerd om de volgende testen te gebruiken: de barthelindex en de rankinschaal. En bij mobiele patiënten de Timed Up and Go test, de Stop Walking When Talking test (barthelindex tussen 6-14, rankinschaal > 3, TUG > 14 seconden en stilstaan tijdens een vraag beantwoorden vormen een risico voor een valincident). *Niveau D*

Aanbeveling 4.9 Meetinstrumenten voor vallen

Het wordt geadviseerd zo mogelijk de Functional Independence Measure (FIM) en de Berg Balance Scale (BBS) te gebruiken of de score op deze testen te bespreken. *Niveau D*

Aanbeveling 4.10 Meetinstrumenten voor vallen

Het wordt sterk aanbevolen de patiënt te screenen op depressieve symptomen (zie hoofdstuk 10).

Het wordt sterk aanbevolen de patiënt te screenen op cognitieve stoornissen en met name op de uitvoerende functies (zie hoofdstuk 8). *Niveau D*

Aanbeveling 4.11 Meetinstrumenten voor vallen

Het is aan te bevelen een val- en activiteitendagboek te laten bijhouden, waarin een valincident en de omstandigheden waaronder dat heeft plaatsgevonden worden opgeschreven. *Niveau D*

Aanbeveling 4.12 Meetinstrumenten voor vallen

Het is aan te bevelen als een valincident heeft plaatsgevonden de omstandigheden en mogelijke preventie te bespreken in het multidisciplinaire team. *Niveau D*

Aanbeveling 4.13 Geloof in eigen kunnen

Het is aangetoond dat er een relatie is tussen het geloof in eigen kunnen om de balans te handhaven en vallen (Belgen, 2006). *Niveau A*

Aanbeveling 4.14 Geloof in eigen kunnen

Het wordt aanbevolen om met name wanneer de patiënt naar huis wordt ontslagen, een meetinstrument te gebruiken om het geloof in eigen kunnen om de balans te handhaven in verschillende situaties vast te stellen. *Niveau D*

Aanbeveling 4.15 Geloof in eigen kunnen

Zowel de Falls Efficacy Scale (FES) (Yardley 2005) als de Activities Specific Balance Confidence zijn goede meetinstrumenten (Botner 2005). *Niveau A*

Aanbeveling 4.16 Interventies

Het is aannemelijk dat intensieve oefentherapie (6 uur per dag) bij patiënten die dat aankunnen het aantal valincidenten vermindert (Vearrier 2005). *Niveau B*

Aanbeveling 4.17 Interventies

Het is aannemelijk dat het oefenen van het gaan staan met symmetrische belasting van beide benen het aantal valincidenten vermindert (Cheng 2001). *Niveau B*

Aanbeveling 4.18 Interventies

Het wordt aanbevolen de patiënt te stimuleren om veel te oefenen (met name het opstaan en staan en lopen) buiten de reguliere therapie sessies om, bij voorkeur functionele toepassingen in de dagelijkse praktijk (zonder oefendruk). *Niveau D*

Aanbeveling 5.1 Inzicht in voedingstoestand

Het is uiterst belangrijk voor verpleegkundigen om goed inzicht te hebben in de voedingstoestand na een beroerte gezien het hoge percentage patiënten met ondervoeding (Yoo e.a. 2008, Brynningsen e.a. 2007, Poels e.a. 2006, Martineau e.a. 2005, Davis e.a. 2004, FOOD Trial Collaboration 2003, Westergren e.a. 2001, Choi-Kwon e.a. 1998, Gariballa et. al 1998, Davalos e.a. 1996, Finestone e.a. 1995, Unosson e.a. 1994, Axelsson 1988).

Aanbeveling 5.2 Consequenties van ondervoeding

Het is uiterst belangrijk voor verpleegkundigen om goed inzicht te hebben in de consequenties van ondervoeding op uitkomstmaten van patiënten met een beroerte, met name op: functionele status, zelfredzaamheid, mogelijke infecties, darmbloeding en decubitus (Yoo e.a. 2008, Davis e.a. 2004, Davalos e.a. 1996, FOOD Trial Collaboration 2003, Gariballa 1998b, Finestone e.a. 1996, Axelsson e.a. 1989, Martineau e.a. 2005, Yoo e.a. 2008). Ondervoeding kan bij deze patiënten tot een langere ligduur leiden en tot een hoger risico op opname in een verpleeghuis na ontslag uit het ziekenhuis (Gariballa 1998b, Finestone e.a. 1996). *Niveau B*

Aanbeveling 5.3 Verpleegkundige observatie – symptomen van ondervoeding

Verpleegkundige observatie van symptomen van ondervoeding is nodig bij de diagnostiek van ondervoeding na een beroerte. De verkregen kennis vormt een belangrijke bijdrage aan het multidisciplinaire overleg met onder andere diëtisten en logopedisten. *Niveau D*

Good Practice Point (GPP) – Kenmerken van ondervoeding patiënt

- is veel afgevallen (ongewenst gewichtsverlies) in de afgelopen maand/maanden;
- heeft verminderde eetlust (vanwege psychologische aspecten, metabolische, voedingsfactoren);
- heeft slikstoornissen;
- heeft een huid die dun is, met wondjes, roodheid en/of er zijn doorligwonden;
- heeft een gezwollen gezicht;
- heeft een opgezwollen tong (kan paars of donkerrood zijn);
- mondslimvlies bloedt gemakkelijk en is soms erg licht;
- heeft verhoogde temperatuur;
- heeft diarree en/of stoelgangproblemen;
- is zwaarmoedig en gespannen;
- is misselijk en/of geeft over;
- heeft tanden van slechte conditie en het slijmvlies in de mond is slecht;

- labwaarden: verlaagd serumalbumine, verlaagd cholesterol, verlaagd hemoglobine en serumtransferrine.

Medicijnen die de patiënt gebruikt, kunnen van invloed zijn op de voeding (Thomas 2000, Sullivan e.a. 1993) [figuren 5.1 en 5.2]. *Niveau D*

Aanbeveling 5.4 Screening van de voedingstoestand

Het is van groot belang dat verpleegkundigen bij opname in het ziekenhuis de voedingstoestand en het mogelijke risico op ondervoeding van alle patiënten met een beroerte screenen binnen 24 uur na opname met een valide en betrouwbare methode (RCP 2008, SIGN 2006, Score 2005, NICE 2006).

Niveau B

Bij risicopatiënten zou de screening van de voedingstoestand regelmatig herhaald moeten worden tijdens de opnameperiode (SIGN 78, Score 2005, Finestone e.a. 2003). *Niveau B*

Het is belangrijk om patiënten te wegen bij opname in het ziekenhuis/verpleeghuis of in een andere instelling. Het lichaamsgewicht dient tijdens opname te worden gevolgd om ongewenst gewichtsverlies te detecteren. Het advies is om minimaal 1 keer per week te wegen.

Aanbeveling 5.5 Screening van de voedingstoestand

Bij opname in een verpleeghuis en/of andere instelling, is het van belang om iedere patiënt te screenen met betrekking tot de voedingstoestand en dit regelmatig te herhalen. *Niveau D*

Aanbeveling 5.6 Screening van de voedingstoestand

Bij ondervoede patiënten is het van belang om te verwijzen naar gespecialiseerde professionals, zoals diëtisten, voor verder voedingsonderzoek en behandeling. *Niveau D* (RCP 2004, Score 2005, RCP 2008, Davalos e.a. 1996, Gariballa e.a. 1998, FOOD Trial Collaboration 2003). *Niveau B*

Aanbeveling 5.7 Meetinstrumenten – voedingstoestand

Voor een snelle screening van de voedingstoestand van patiënten met een beroerte kan de Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) gebruikt worden en voor uitgebreidere screening kan de Mini Nutritional Assessment (MNA) door verpleegkundigen gebruikt worden.

Het is uitermate belangrijk om met alle betrokken disciplines te overleggen over het gebruik van screeningsinstrumenten. Wanneer het gebruikelijk is dat een bepaalde screening gedaan wordt door de diëtist, moet de verpleegkundige daarvan op de hoogte zijn en de gegevens kunnen interpreteren.

Aanbeveling 5.8 Eetproblemen en screening

Het is zeer relevant voor verpleegkundigen om inzicht te hebben in de eetproblemen van patiënten met een beroerte, gezien het hoge percentage van eetproblemen en de invloed op de voedingstoestand en de mogelijkheden voor herstel.

Niveau B

Hierbij is het goed om gebruik te maken van een screeningsinstrument (McLaren e.a. 1996 McLaren e.a. 2000). *Niveau B*

Tevens is het van belang om de eetproblemen duidelijk te registreren in het verpleegkundige dossier en actief beleid in zetten. *Niveau C*

Aanbeveling 5.9 Problemen met het eten

Het is van belang om rekening te houden met de volgende punten:

- Kan patiënt zich concentreren op het eten? Indien nodig de omgeving aanpassen zodat de patiënt zich beter kan concentreren (Jacobsson e.a. 1997) *Niveau C*
- Eet de patiënt te langzaam of te snel? Het is belangrijk dat verpleegkundigen hiermee rekening houden en de patiënt goed observeren (met betrekking tot de oorzaak). De aanpak hangt af van de oorzaak. Zo kan het zinvol zijn om de tijd aan te passen en andere activiteiten en rust goed in te plannen (Jacobsson e.a. 1997). *Niveau C*
- Heeft de patiënt moeite met het sluiten van de lippen en het kauwen, dan kan het zinvol zijn om: a) het gezicht te masseren; b) mondbewegingen te oefenen; c) consistentie van drinken, eten en brood aan te passen; d) het slikken aan te passen (Jacobsson e.a. 1997). *Niveau C*
- Heeft de patiënt moeite met slikken? Dan kan het zinvol zijn om: a) consistentie van drinken en eten aan te passen en het slikken te trainen; b) mondbewegingen te oefenen (Jacobsson e.a. 1997). *Niveau C*
- Dit alles moet in goed overleg met andere disciplines, zoals diëtisten, logopedisten en ergotherapeuten plaatsvinden.

Aanbeveling 5.10 Positie van de patiënt

Het is aan te bevelen dat verpleegkundigen goed op de hoogte zijn van wat de juiste zithouding voor de patiënt is tijdens de maaltijd:

- Het is van belang om met de patiënt zelf te bespreken wat de prettigste zithouding voor hem is tijdens de maaltijd.
- De verpleegkundige helpt de patiënt bij het goed rechtop zitten (het liefst in een stoel); met het hoofd en de keel licht naar voren gebogen naar het eten.
- De verpleegkundige helpt de patiënt om te zitten met een verlamde arm bovenop de tafel (Kumlien e.a. 2002, Jacobsson e.a. 1997). *Niveau C*
- Dit alles moet in goed overleg met de logopedist, de ergtherapeut en andere disciplines plaatsvinden.

(Zie hoofdstuk 3)

Aanbeveling 5.11 Hulp bij het eten

Het is wenselijk dat verpleegkundigen rekening houden met de volgende factoren als de patiënt te eten krijgt:

- de patiënt vragen in welke volgorde hij de maaltijd wil eten;
- het eten goed en aantrekkelijk op het bord serveren (passende hoeveelheid);
- het eten zo neerzetten dat de patiënt het goed kan zien;
- bij de patiënt gaan zitten tijdens het eten om het welbevinden en de rust te bevorderen;
- de patiënt ondersteunen bij de voorbereiding van het slikken;
- water geven naar wens bij of na de maaltijd;
- de patiënt rustig te eten geven (een patiënt heeft vaak 30 tot 60 minuten nodig om te eten); eventueel de maaltijd uitstellen als de patiënt te moe is;
- opletten of de patiënt geen voedsel verzamelt in de mond;
- opletten dat het eten op de juiste temperatuur is (Jacobsson e.a. 1997, Kumlien e.a. 2002, Thomas e.a. 2000). *Niveau D*

Aanbeveling 5.12 Medicijnen

Het is wenselijk dat verpleegkundigen zo nodig pijnstillers en medicijnen tegen misselijkheid geven voor de maaltijd (Thomas e.a. 2000). *Niveau D*

Aanbeveling 5.13 Hulpmiddelen

De werkgroep is van mening dat het belangrijk is om de ergotherapeut te raadplegen voor de juiste hulpmiddelen – zoals aangepast bestek, verhoging voor het bord / bord met opstaande rand zodat er geen eten van het bord kan vallen (Jacobsson e.a. 1997, Thomas e.a. 2000). *Niveau D*

Aanbeveling 5.14 Welbevinden en sfeer tijdens de maaltijd

Verpleegkundigen zouden aandacht moeten besteden aan het welbevinden van de patiënt tijdens de maaltijd en ervoor zorgen dat er een prettige sfeer is:

- Laat de patiënt de keuze of hij in de eetzaal of op de kamer wil eten.
- Zorg ervoor dat de ruimte waar gegeten wordt rustig en gezellig is, wat het welbevinden van de patiënt bevordert.
- Zorg ervoor dat er genoeg licht is (niet te fel licht).
- Serveer het eten op smakelijke en plezierige wijze, waarbij gedacht is aan kleur, samenstelling en afwisseling.
- Zorg indien nodig voor mondreiniging voor de maaltijd.
- Let op wat er gebeurt in de ruimte waar gegeten wordt.
- Voorkom dat de patiënt lang op zijn eten moet wachten.
- Met betrekking tot visite vinden sommige patiënten het niet wenselijk dat deze komt onder etenstijd. Maar anderen geven aan dat het prettig kan zijn en nuttig. Bijvoorbeeld bij afasiepatiënten kan het helpen dat visite bij het eten iets kan bijdragen en voor een prettige sfeer kan zorgen.
- Herinner iedere patiënt aan zijn persoonlijke hulpmiddelen, zoals bril, kunstgebit, gehoorapparaat en dergelijke (Jacobsson e.a. 1997, Kumlien en Axelsson, 2002). *Niveau D*

Aanbeveling 5.15 Aandacht voor aanbevolen voeding

Het is van belang dat verpleegkundigen:

- letten op inname van voeding en vocht en een voedings screeningslijst bijhouden;
- de diëtist om consult vragen indien vermoed wordt dat de patiënt te weinig eet of drinkt (waarbij de dagelijkse hoeveelheid calorieën berekend wordt);
- erop letten dat de patiënt de aanbevolen voeding krijgt in overleg met de diëtist en logopedist;
- de patiënt betrekken bij de keuze welke soort voeding het beste te eten is;
- ervoor zorgen dat de voeding vezels bevat om stoelgangproblemen te voorkomen;
- regelen dat de diëtist binnen één werkdag na de verwijzing langskomt, advies geeft en dat noteert (Westergren 2002, Perry e.a. 2003). *Niveau D*

Aanbeveling 5.16 Hoe verdraagt de patiënt aangepaste voeding?

Het is van belang dat de verpleegkundigen:

- misselijkheid, overgeven, maagpijn, winderigheid, diarree en ander ongemak registreren;
- de reactie van de patiënt op nieuwe medicijnen registreren;
- aan familie/mantelzorger leren hoe de voeding aan te passen als er sprake is van aangepaste voeding (Thomas, 2000). *Niveau D*

Aanbeveling 5.17 Goede overeenstemming met andere disciplines

Het is van groot belang bij een gecompliceerd voedingsprobleem dat de verpleegkundige overlegt met gespecialiseerde disciplines zoals diëtisten en/of logopedisten en andere betrokken disciplines (SIGN 2004, Finestone 2003), waarbij de gespecialiseerde disciplines niet later dan één werkdag na verwijzing bij de patiënt langskomen (Perry 2003). *Niveau B*

Aanbeveling 5.18 Het toedienen van extra voeding

Verpleegkundigen kunnen patiënten die ondervoed zijn of risico hebben op ondervoeding het volgende aanbieden:

- extra maaltijden, extra porties, snacks tussendoor;
- eiwitrijke, calorierijke tussendoortjes en drankjes die gemakkelijk te consumeren zijn;
- extra vitamines.

Het is belangrijk om goed bij te houden en te registreren wat de patiënt het lekkerst vindt (Gariballa e.a. 1998b, FOOD Trial Collaboration 2005, NHS Clinical Guideline 32, 2006; Thomas 2000). *Niveau B*

Aanbeveling 5.19 Ervaring van patiënten

Het is zeer belangrijk dat verpleegkundigen aan de volgende aspecten denken:

- praten met de patiënt/mantelzorgers over eetgewoonten: wat vindt de patiënt lekker, hoeveel en hoe vaak eet hij dagelijks;
- erop letten of de patiënt uit een andere cultuur afkomstig is waar andere eetgewoonten gebruikelijk zijn;
- de reactie van de patiënt volgen als gepraat wordt over dieet/lievelingseten en gewoonten;
- de wensen van de patiënt met betrekking tot voeding indien mogelijk honoreren;
- goed letten op de ervaringen van patiënten met betrekking tot het eten, zoals angst, spanningen en schaamte bij het eten (Carlsson e.a. 2004, Jacobsen e.a. 1997, 2000). *Niveau C*

Aanbeveling 6.1 Inzicht in slikproblemen na een beroerte

Het is zeer relevant voor verpleegkundigen om inzicht te hebben in de slikproblemen bij patiënten na een beroerte, gezien de hoge incidentie van slikproblemen in de verschillende fasen na de beroerte (Richtlijn Beroerte CBO 2000, Revalidatie na een Beroerte 2001, Perry e.a. 2001, Martino e.a. 2005, SIGN 2004).

Aanbeveling 6.2 Slikscreening

Iedere patiënt met een beroerte moet gescreend worden op slikproblemen binnen 24 uur na opname of voordat hem eten wordt aangeboden. Verpleegkundigen moeten daarbij goed letten op de symptomen van slikproblemen (Richtlijn Beroerte CBO 2000, Revalidatie na een Beroerte 2001, Perry e.a. 2001, Martino e.a. 2005, SIGN 2004). *Niveau A*

Aanbeveling 6.3 Slikscreening

De slikscreeningsmethode zou het volgende moeten inhouden:

- observatie van het bewustzijn van de patiënt;
- observatie van de houding: kan de patiënt rechtop zitten?

Indien de patiënt goed kan samenwerken en goed rechtop kan zitten zou een screening daarnaast het volgende moeten bevatten:

- observatie van orale hygiëne;
- observatie of de patiënt controle heeft over speeksel (Perry e.a. 2001).

Aanbeveling 6.4 Slikscreening – hoe vaak?

Screening van het slikvermogen van de patiënt moet minstens één keer per dienst tijdens de eerste week na opname plaatsvinden daar de toestand van de patiënt van het ene op het andere moment kan verslechteren waardoor het slikvermogen van de patiënt kan veranderen.

Als er tijdens de eerste screening sprake blijkt te zijn van slikstoornissen, moet de logopedist geconsulteerd worden om een diagnostisch onderzoek uit te voeren.

Het diagnostisch onderzoek door de logopedist moet binnen één dag na de verwijzing plaatsvinden (afhankelijk van instelling) (Smithard e.a. 1996, Davies 2001, Perry 2001a). *Niveau B*

Aanbeveling 6.5 Slikscreening van patiënten met volledig bewustzijn

De verpleegkundige kan de volgende aspecten observeren voordat de patiënt de watersliktest (zie *paragraaf 6.3.3*) ondergaat.

Toestand van mond en gezicht:

- Kan de patiënt de lippen en tong normaal bewegen?
- Is de kracht van de tong normaal, ligt de tong in het midden?
- Maakt de patiënt zijn lippen nat met zijn tong en kan hij met zijn tong over zijn lippen bewegen?
- Heeft de patiënt controle over het speeksel of komt er vocht tussen zijn lippen door?
- Gaat het zachte verhemelte aan beide kanten gelijktijdig omhoog en bevindt de uvula zich in het midden?
- Is de conditie / toestand van het slijmvlies in de mond en de speekseltoevoer normaal?
- Kan de patiënt het speeksel doorslikken als hij dat wil of als dat gevraagd wordt (op verzoek)?

Toestand keel en luchtpijp:

- Kan de patiënt zijn stem goed gebruiken (stembanden)?
- Heeft de patiënt een normale of zwakke hoestreflex?
- Beweegt de patiënt de gezichtsspieren normaal en is het gezicht symmetrisch?

Mentale toestand en bewustzijn van de patiënt:

- Begrijpt de patiënt wat hem gezegd wordt, kan hij instructies opvolgen en oogcontact houden?
- Kan de patiënt zich normaal uiten? Heeft de patiënt kenmerken van dysartrie (problemen met articulatie / uitspraak) of afasie (problemen met begrijpen van en zich uitdrukken in taal)?
- Hoe zijn het bewustzijnsniveau, de mentale toestand, het kortetermijngeheugen en is de patiënt in staat zijn omgeving te begrijpen?

Fysiologische parameters:

- Ademhaling (regelmaat / frequentie), saturatie van bloed en mogelijk bijgeluiden ademhaling.
- Bloeddruk, pols, ademhaling, (regelmaat / frequentie). *Niveau D*

Aanbeveling 6.6 Slikscreening van patiënten met verminderd bewustzijn

Als de patiënt niet goed bij bewustzijn is tijdens de opname, wordt de screening van het slikvermogen met een screeningsinstrument uitgesteld totdat de patiënt weer volledig bij bewustzijn is.

Meting en registratie van het bewustzijnsniveau van de patiënt vinden op zijn minst eenmaal per uur of naar behoefte plaats.

Een bewusteloze patiënt moet via een infuus suikervrij (afhankelijk van de bloedsuikers van de patiënt) vocht toegediend krijgen, volgens voorschrift van de arts en de voedingsdeskundige.

Een bewusteloze patiënt mag nooit plat in bed liggen en heeft een bol kussen (30°) onder het hoofd (Hinds e.a. 1998, Perry 2001a). *Niveau D*

Aanbeveling 6.7 Risico op aspireren en longontsteking – waterslikttest

Het is aan te bevelen dat verpleegkundigen patiënten met een beroerte screenen op aanwezigheid van slikproblemen met een waterslikttest gezien de relatie tussen slikproblemen en aspiratie en longontsteking. Daarbij is het belangrijk om goed op de voorspellers voor aspiratie te letten:

- zwakke hoest;
- patiënt probeert te hoesten en/of patiënt hoest bij het slikken;
- borrelende of hese stem;
- verlaagd bewustzijn.

(Perry e.a. 2001, Martino e.a. 2005, Smithard e.a. 1996, DePippo e.a. 1993, DePippo e.a. 1994, Mann e.a. 1999, Perry e.a. 2001, Doggett e.a. 2001, Martino e.a. 2005) (figuur 6.2). *Niveau A*

Aanbeveling 6.8 Screeningsinstrument voor slikproblemen

Het is belangrijk om met alle betrokken disciplines te overleggen over het gebruik van screeningsinstrumenten. Wanneer het gebruikelijk is dat een bepaalde screening gedaan wordt door de logopedist, moet de verpleegkundige daarvan op de hoogte zijn en de gegevens kunnen interpreteren. Het eventuele gebruik van de hieronder genoemde testen door verpleegkundigen gebeurt in overleg met de logopedisten en andere disciplines. De keuze voor een test kan verschillen afhankelijk van de instelling.

De waterslikttest (Standardized Swallowing Assessment/SSA) is een gestandaardiseerd, goed getest en eenvoudig screeningsinstrument, ontwikkeld door verpleegkundigen, die verpleegkundigen kunnen gebruiken voor een nauwkeurige indicatie van het slikvermogen van de patiënt (Chong e.a. 2003, Lim e.a. 2001, Mari e.a. 1997, McCullough e.a. 2001, Smithard e.a. 1998, Wes-

tergren e.a. 2006, Ramsey e.a. 2003, Perry e.a. 2001, Ellul e.a. 1997, Davies 2001, Perry 2001a en b) (*figuren 6.1 en 6.2*). *Niveau A*

Aanbeveling 6.9 Pulsoxymetrie en slikscreening

Verpleegkundigen kunnen een waterslikttest in combinatie met pulsoxymetrie gebruiken om aspiratie bij patiënten te ontdekken, met name in de acute fase na een beroerte (Smith 2000, Lim 2001, Chong 2003, Ramsey e.a. 2006). *Niveau B*

Aanbeveling 6.10 Aanpassingen van de houding

Verpleegkundigen moeten goed letten op de houding van de patiënt voor en tijdens de maaltijd, bijvoorbeeld of de patiënt rechtop kan zitten (zie bovengenoemde tips) (Davies e.a. 1999). *Niveau D*

Aanbeveling 6.11 Sliktherapie

Verpleegkundigen kunnen verschillende slikinterventies toepassen bij patiënten met een beroerte, zoals:

- *Het aanpassen van voeding, omgeving en de positie/houding van de patiënt, uiteraard in goede samenwerking met andere disciplines zoals logopedisten en diëtisten (Bath e.a. 2007, Lin e.a. 2003, Carnaby e.a. 2006, Chue e.a. 1997). Niveau B*
- *Een combinatie van directe therapie met compensatiestrategieën: aanpassen van voedsel en de omgeving, het positioneren, mendelsohn-manoeuvre, supraglottisch slikken, en indirecte therapie, zoals slikmanoeuvres en warmtestimulatie (Lin e.a. 2003).*
- *De standaard sliktherapie met een hoge intensiteit zou gegeven kunnen worden door de verpleegkundige onder begeleiding van de logopedist. Het betreft dan slikoefeningen (krachtige slik, supraglottische slik) en voedselaanpassingen. Deze therapie kunnen verpleegkundigen integreren in de dagelijkse ADL-activiteiten.*
- *De standaard sliktherapie met een lage intensiteit zou gegeven kunnen worden door de logopedist afhankelijk van de setting, bijvoorbeeld een MC/stroke-unit. Het gaat dan om slikcompensatiestrategieën in combinatie met aanpassing van de omgeving en houding van de patiënt (het goed rechtop zitten; advies voor veilig slikken (verlagen van snelheid van eten) en het aanpassen van de voedselconsistentie (Carnaby e.a. 2006). In een andere setting waar de logopedist minder voorhanden is, kan de verpleegkundige deze taak wel uitvoeren mits er goede afspraken met de logopedist zijn gemaakt en volgens werkinstructie of protocol wordt gehandeld (Bath e.a. 2007, Lin e.a. 2003, Carnaby e.a. 2006, Chue e.a. 1997). Niveau B*

Aanbeveling 6.12 Verdikte vloeibare voeding

Het is aan te bevelen om patiënten met een beroerte en slikproblemen dik vloeibaar voedsel te geven. Indien de patiënt dik vloeibaar voedsel krijgt, is het van belang er goed op te letten dat hij voldoende vocht binnen krijgt (Finestone e.a. 2001). *Niveau C*

Pureer bij patiënten met kauw- of slokdarmproblemen vast voedsel zodat zij minder hoeven te kauwen en het voedsel de keelholte en slokdarm gemakkelijker passeert.

Geef patiënten met slikproblemen vloeistoffen met een verdikkingsmiddel zodat deze niet in de luchtwegen en longen terechtkomen.

Als het niet lukt het slikken op gang te krijgen, zuur het voedsel dan wat aan met bijvoorbeeld citroensap: zuur bevordert de slikreflex.

Zorg er bij patiënten met trage speekselvorming voor dat het eten er goed uitziet en lekker ruikt: dit stimuleert de speekselproductie.

Deze adviezen zijn beschreven in de literatuur en worden toegepast door verpleegkundigen, diëtisten en logopedisten. Helaas is er geen onderzoek verricht naar deze afzonderlijke interventies, maar wel naar slikprogramma's waarvan deze interventies deel uitmaken (Lin e.a. 2003).

Aanbeveling 6.13 Aanpassen van consistentie van de voeding

Sommige patiënten hebben verdikt vloeibaar voedsel nodig en anderen hebben fijngemaakt voedsel en verdikt drinken nodig. Overleg hiervoor moet plaatsvinden met logopedisten en diëtisten.

Het is van belang dat verpleegkundigen letten op hoe dik het drinken en/of hoe fijn het eten moet zijn zodat de patiënt het zo goed mogelijk kan doorslikken. Overleg hierover met logopedisten en diëtisten is aangewezen. Indien de patiënt dik vloeibaar voedsel krijgt, is het belangrijk om erop te letten dat de patiënt voldoende vocht binnenkrijgt.

Het is belangrijk de medewerking van de patiënt zeker te stellen door hem en zijn naaste familie op de hoogte te stellen van de intentie en het doel van de behandeling (Davies 1999, Terrado e.a. 2001, Westergren e.a. 2001, Lin e.a. 2003). *Niveau D*

Aanbeveling 6.14 Belang van de multidisciplinaire samenwerking

Het is aan te bevelen om een multidisciplinair slikteam samen te stellen met belangrijke professionals die betrokken zijn bij de zorg van patiënten met een beroerte (Lucas e.a. 1998, Perry e.a. 2001). *Niveau B*

Aanbeveling 7.1 Risicofactoren voor dehydratie

Het is zeer relevant voor verpleegkundigen om inzicht te hebben in de risicofactoren voor dehydratie teneinde deze te observeren bij patiënten met een beroerte, met name in het ziekenhuis: snel gewichtsverlies, snelle pols, orthostatische hypotensie, droge tong, verminderde speekselproductie, ingevallen ogen, communicatieproblemen, slikproblemen en slechte armfunctie (Gross e.a. 1992, Iggulden 1999, Mentès e.a. 2003). *Niveau A*

Aanbeveling 7.2 Risicofactoren voor dehydratie

Het is zeer relevant voor verpleegkundigen om de volgende risicofactoren te observeren bij patiënten met een beroerte in het *verpleeghuis*: een vrouw zijn, leeftijd van > 85 jaar, > 4 chronische aandoeningen, > 4 geneesmiddelen en hulp nodig hebben bij het lopen (Mentès e.a. 2003). *Niveau A* (Extrapolatie evidentie onderzoek bij ouderen.)

Aanbeveling 7.3 Het belang van vroegtijdig screenen

Het is zeer zinvol om systematisch vroegtijdig te screenen op dehydratie vanwege de grote gevolgen van dehydratie bij patiënten en ouderen en het belang van eventueel ingrijpen (Iggulden 1999, Olde Rikkert e.a. 1998b, Mentès e.a. 2002, Score Guideline 2005). *Niveau A*

Aanbeveling 7.4 Belangrijke informatie bij het screenen

Is de patiënt onlangs afgevallen? Als de patiënt ≥ 1 kg per week is afgevallen, dan geldt de screening als positief. Een uitgebreidere anamnese en eventueel medische behandeling zijn gewenst (Iggulden 1999).

Kan de patiënt voor zichzelf zorgen en/of is hij bedlegerig?

Heeft de patiënt de laatste tijd last gehad van vochtverlies door braken, diarree, verhoogde lichaamstemperatuur, zeer snelle ademhaling (tachypnoe) of van veel urineverlies (polyurie)? (Olde Rikkert e.a. 1998b).

Een belangrijke voorwaarde is dat de betreffende persoon is gewogen op een weegschaal die precieze uitkomsten aangeeft. Ook moeten er duidelijke risicofactoren voorhanden zijn die wijzen op verstoring van de vochtbalans.

Een positieve screening. Heeft de patiënt > 1 kg aan gewicht verloren gedurende de afgelopen week, dan is er een verhoogd risico op dehydratie, met name wanneer er ook sprake is van andere risicofactoren. In die gevallen:

- houdt de verpleegkundige de vochtbalans van de patiënt bij (vochtinname en -uitscheiding);
- brengt de verpleegkundige de arts die de patiënt behandelt op de hoogte, zodat de vochttoestand van de patiënt mogelijk nader onderzocht wordt;
- weegt de verpleegkundige de patiënt dagelijks en registreert het gewicht in het behandelplan;
- geeft de verpleegkundige in het behandelplan aan dat de patiënt vaker drinken aangeboden moet krijgen.

Aanbeveling 7.5 Aandachtspunten uitgebreidere anamnese

- Acute verwarring (de patiënt heeft geen idee van plaats en tijd)
- Ingevallen gezicht en oogkassen
- Lage bloeddruk/orthostatische hypotensie
- Snelle pols
- Krachtvermindering arm
- Verminderde urineafscheiding of < 500 ml/24 uur
- Dorst
- Droge lippen, tong, mond
- Droge huid en verminderde huidturgor
- Verminderde eetlust
- Slikstoornissen. Heeft patiënt problemen met het drinken van dun vocht, verslikt hij zich?
- Verminderde mobiliteit. Heeft patiënt moeilijkheden met het optillen van een glas?
- Angst om urine te verliezen. Verliest de patiënt urine? Heeft de patiënt moeite met plassen?
- Verminderd bewustzijn

- Verminderde zelfredzaamheid
- Obstipatie
- Verhoogde lichaamstemperatuur
- Kleur van de urine (hoe donkerder de urine, hoe groter kans op dehydratie)
- Neemt de patiënt zijn medicijnen op de juiste wijze in of helemaal niet?

Aanwezigheid van andere ziektebeelden:

- Suikerziekte: een beroerte kan volgen op een verstoring van het bloedsuiker wat van invloed is op de vochtinhouding van de patiënt.
- Trombose: zijn er symptomen van trombose in de benen? Is de kuitomtrek van beide benen gelijk, zijn de benen ook koud, klaagt de patiënt over pijn? (Kelly e.a. 2004)
- Hartaandoeningen: het kan nodig zijn de vochtinname te beperken (Olde Rikkert e.a. 1997, Olde Rikkert 1998, Philips e.a. 1993, Gross e.a. 1992, Iggulden 1999). *Niveau C*

Aanbeveling 7.6 Het toedienen van verdikte vloeistoffen

Het is zeer zinvol voor verpleegkundigen om er goed op te letten dat, indien patiënten met beroerte en slikproblemen verdikte vloeistoffen krijgen, zij genoeg vocht binnenkrijgen en eventueel intraveneuze of sondevoeding zouden moeten krijgen (Finestone e.a. 2001, Whelan 2001). *Niveau B*

Een van de belangrijke aandachtspunten voor verpleegkundigen is het berekenen van de 24-uursvochtstatus van de patiënt (*kader Berekening 24-uursvochtstatus*). In de literatuur is er geen gouden standaard met betrekking tot het bepalen van de vochtbehoefte van patiënten.

Aanbeveling 7.7 Algemene zorg bij verstoring van de vochtbalans

Voor alle onderstaande aspecten geldt dat verpleegkundigen en patiënten samen het doel van de vochtbehandeling bepalen.

- Identificeer en corrigeer oorzaken van dehydratie die mogelijk te veranderen zijn, zoals overgeven en diarree.
- Meet inname van vocht en uitscheiding.
- Zorg ervoor dat drinken onder handbereik is en bied meerdere malen per dag drinken aan.
- Gebruik glazen en kopjes die niet te groot of te zwaar zijn voor de patiënt om vast te houden.
- Geef kleine porties drinken en geef het vaker – verpleegkundigen kunnen dit aanbieden elke keer dat zij de kamer binnenlopen.
- Stimuleer de patiënt om minstens 1 glas water (150 ml) te drinken bij elke maaltijd, tussen de maaltijden en voor het slapen gaan (tot 1500 ml/dag).
- Stimuleer patiënten om op zijn minst 1500 ml per dag te drinken, behalve als de patiënt vochtinname moet beperken op medisch advies.
- Bied drinken aan op vaste tijdstippen van de dag.
- Bied drinken aan iedere keer dat er medicijnen gegeven worden, bijvoorbeeld 1 glas (150 ml).
- Bied de patiënt diens favoriete drank aan.
- Bied verschillende soorten dranken aan, zoals water, bouillon, een sportdrink, koolhydraatdranken of gesuikerde dranken, maar ook allerlei soorten vruchtendranken.
- Bied waterijsjes aan en/of sinaasappelsap of appelsap en zorg dat deze binnen handbereik zijn.
- Bij warm weer: wees extra alert op vochtafname en mogelijke verdroging.
- Geef informatie aan patiënten, mantelzorgers en collega's over het belang van voldoende vochtinname.
- Geef aan collega-verpleegkundigen, verzorgenden en voedingsassistenten feedback over het geven van vocht aan patiënten, met name indien zij patiënten assisteren die zelf niet in staat zijn om zelfstandig te drinken.
- Houd voortdurend toezicht op patiënten die het risico lopen op een verstoring van de vochtbalans/dehydratie.

(Kayser-Jones 2006, Ferry e.a. 2005, Simmons e.a. 2001, Menten e.a. 2003, Weinberg 1995/American Medical Association Annual Meeting Recommendations 1995). Niveau D/GPP

Aanbeveling 7.8 Extra drankjes en favoriete drankjes aanbieden

Het is zeer zinvol voor verpleegkundigen om patiënten met een beroerte structureel extra drankjes aan te bieden en hen aan te sporen (minimaal 8 keer per dag) om goed te drinken en daarbij een favoriete drank aan te bieden (Simmons e.a. 2001). *Niveau C*

Aanbeveling 7.9 Extra drankjes en favoriete drankjes aanbieden

Het is zeer zinvol voor verpleegkundigen om patiënten structureel drankjes aan te bieden (waarbij de gouden standaard wordt gebruikt: doel voor vochtinname 100 ml/kg voor de eerste 10 kg (gewicht patiënt), 50 ml/kg voor de volgende 10 kg (gewicht) en 15 ml/kg voor de resterende kg). Daarnaast moeten op andere momenten drankjes worden aangeboden: standaard 180 ml vocht bij medicatie; extra rondjes elke ochtend en avond; extra 'borreltijd' en/of theetijd 2 keer per week in de middag. Dit kan patiënten ondersteunen bij het drinken (Mentes e.a. 2003). *Niveau C*

Aanbeveling 7.10 Intraveneuze vochttoediening

Indien de patiënt risico loopt op dehydratie is het veilig en effectief om intraveneus vocht te geven aan de patiënt (Ronning e.a. 1998, Sulter e.a. 1999, Bhalla e.a. 2000)

Vocht met een hoge osmolaliteit (> 400 mosm/L) moet *niet* via infuus gegeven worden omdat het irritaties kan geven.

Het geven van isotoon vocht (RA 5%, NaCl 0,9%) gedurende de eerste 24 uur na een beroerte doet de bloeddorstrooming in de hersenen toenemen en verkleint de kans op dehydratie.

In geval van langdurige uitdroging, moet gekozen worden voor vocht met een lagere osmolaliteit (hypotoon) (< 250 Osm/L).

Bij intraveneuze vochtinname is het belangrijk om voortdurend toezicht te houden (Ronning e.a. 1998, Sulter e.a. 1999, Cook 2003, Hacke e.a. 2000, Bhalla e.a. 2000, Bhalla 2001). *Niveau D*

Aanbeveling 7.11 Subcutane vochttoediening – hypodermoclysis

Het is zeer relevant voor verpleegkundigen (in goede overeenstemming met behandelend arts en andere disciplines) om hypodermoclysis of subcutane vochttoediening toe te passen bij patiënten die risico lopen op dehydratie (Rochon e.a. 1997, Slesak e.a. 2003, Turner en Cassano 2004). *Niveau B*

Het is belangrijk dat verpleegkundigen het volgende afwegen bij de keuze voor subcutane vochttoediening:

- Als de aders van de patiënt gespaard moeten worden of als hij verward is, gaat de voorkeur uit naar subcutane vochttoediening (Slesak e.a. 2003).
- Gekozen moet worden voor een plek in de buikstreek of achter op de dij om vocht toe te dienen (Weinberg e.a. 1995).
- Het is mogelijk om de totale hoeveelheid à 1500 ml/24 uur subcutaan te geven in een infuus en de totale hoeveelheid à 3000 ml/24 uur in twee infusen tegelijk (Iggulden 1999, Weinberg 1995/American Medical Association Annual Meeting Recommendations 1995).

Aanbeveling 7.12 Sondevoeding

Als de patiënt niet veilig kan slikken en/of gedurende langere tijd geen voeding kan slikken of langdurig te weinig eet, wordt soms besloten om voeding te geven via een nasogastrische sonde.

Indien het gaat om slikproblemen, geeft de logopedist advies over sondevoeding.

Wanneer een patiënt langdurig niet voldoende eet, geeft de diëtist advies over sondevoeding.

Wanneer een neusmaagsonde slecht wordt verdragen en/of indien geen vooruitgang is in het slikvermogen, dan wordt soms voeding gegeven via een Peg-sonde, waarbij de voedingssonde via de buikwand wordt geplaatst en vocht/voeding toegediend, continu of in porties met een spuit (Bath e.a. 2007, FOOD Trial Collaboration 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 8.1 Inzicht in vóórkomen van cognitieve stoornissen

Het is zeer relevant voor verpleegkundigen om inzicht te hebben in de cognitieve stoornissen na een beroerte, gezien het hoge percentage patiënten met cognitieve stoornissen en de invloed op de mogelijkheden tot functioneel herstel. *Niveau D*

Aanbeveling 8.2 Inzicht in vóórkomen van cognitieve stoornissen

Het is zinvol dat er gedacht wordt aan stoornissen in de uitvoerende functies bij patiënten bij wie op grond van de motorische stoornissen meer verbetering kan worden verwacht. *Niveau D*

Aanbeveling 8.3 Inzicht in vóórkomen van cognitieve stoornissen

Het is belangrijk de cognitieve status en het opleidingsniveau vóór de beroerte te weten, omdat het voorspellers zijn voor het herstel of de achteruitgang van cognitieve stoornissen. *Niveau D*

Aanbeveling 8.4 Inzicht in vóórkomen van cognitieve stoornissen

Gezien de relatie tussen depressieve stoornissen en cognitieve stoornissen is het uiterst zinvol te screenen op depressieve symptomen. *Niveau D*

Aanbeveling 8.5 Invloed op revalidatie

Er zijn aanwijzingen dat cognitieve stoornissen geen reden zijn om patiënten revalidatie te onthouden (Heruti 2002, Zinn 2004, Tang 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 8.6 Invloed op revalidatie

Door het aanpassen van revalidatieprogramma's aan het cognitieve niveau van de patiënt kan bijvoorbeeld met behulp van strategietraining de functionele uitkomst verbeteren (Zinn 2004, Tang 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 8.7 Vroege screening van cognitieve functies

Het wordt zeer zinvol geacht om vroeg te screenen in verband met het voorspellen van het uiteindelijke functionele herstel (Nys 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 8.8 Screeningsinstrumenten

Het is zinvol systematisch te screenen omdat dan meer stoornissen worden opgespoord dan met het invullen van algemene gegevens op een patiëntenkaart (Edwards 2006). *Niveau C*

Aanbeveling 8.9 Screeningsinstrumenten

De werkgroep is van mening dat op de stroke unit, zo snel als de medische toestand het toelaat, een eerste systematische screening moet plaatsvinden met behulp van een gestandaardiseerd observatieformulier. *Niveau D*

Aanbeveling 8.10 Screeningsinstrumenten

Het gebruik van de MMSE wordt afgeraden omdat het geen sensitief meetinstrument is om bij een CVA-patiënt de cognitieve status te screenen (Blake 2002, Appelros 2005, Nys 2005, Fure 2006). *Niveau A*

Aanbeveling 8.11 Screeningsinstrumenten

Verpleegkundigen kunnen observeren of de patiënt moeite heeft met uitvoerende functies, zoals planning van een handeling en problemen oplossen. *Niveau D*

Aanbeveling 8.12 Screeningsinstrumenten

Het is zinvol de Montreal Cognitive Assessment (MoCa) te gebruiken omdat er een aantal items voor het screenen van uitvoerende functies in is opgenomen en het een sensitief instrument is om milde cognitieve stoornissen op te sporen (Nasreddine 2005). *Niveau B*

Aanbeveling 8.13 Screeningsinstrumenten

De werkgroep is van mening dat met behulp van een aantal gestandaardiseerde vragen kan worden vastgesteld of een patiënt ziekte-inzicht heeft (Appelros 2003). *Niveau D*

Aanbeveling 8.14 Screeningsinstrumenten

Bij het vermoeden dat een patiënt neglect heeft, is het zinvol dat de verpleegkundige een aantal eenvoudige testen kent en kan toepassen: een doorstreepetest en de Baking Tray Test. *Niveau D*

Aanbeveling 8.15 Interventies bij globale cognitieve stoornissen

Er zijn aanwijzingen dat bij geheugenproblemen compensatiestrategieën met gebruik van geheugensteuntjes zoals notitieblok of digitale agenda positief werken (Cicerone 2005, Cappa 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 8.16 Interventies bij globale cognitieve stoornissen

De attentie bewust laten richten op een bepaald doel kan een positief effect hebben bij attentiestoornissen. Het bewust richten van de aandacht kan met behulp van visualisatie. Het net doen of men een vuurtoren is die de omgeving met zijn lichtbundel afzoekt, is een effectieve scanningsmethode (Niemeier 2001, Cicerone 2000, 2005, Cappa 2005, Teasell 2006). *Niveau C*

Aanbeveling 9.1 Diagnostiek van spraak-taalproblemen

Verpleegkundige observatie van patiënten is nodig bij de diagnostiek van spraak-taalproblemen na een beroerte. Deze observatie geeft inzicht in de individuele gewoonten en behoeften van communiceren in combinatie met de mogelijkheid tot deelname van de patiënt aan het dagelijks leven. De verkregen kennis vormt een belangrijke bijdrage aan de multidisciplinaire samenwerking met onder andere logopedisten en neuropsychologen (Cherney e.a. 1998, Worall e.a. 2002). *Niveau D*

Aanbeveling 9.2 Meetinstrumenten bij spraak-taalproblemen

De Frenchay Aphasia Screening Test (FAST; Enderby e.a. 1987) en de Ullevaal Aphasia Screening (UAS; Thommessen e.a. 1999) kunnen door verpleegkundigen gebruikt worden om op afasie te screenen.

Aanbeveling 9.3 Meetinstrumenten bij spraak-taalproblemen

De kwaliteit van een conversatie-interactie is door verpleegkundigen te meten met de Measure of Skill in Supported Conversation en de Measure of Participation in Conversation (MSC/MPC; Kagan e.a. 2004). Dit kan nuttig zijn voor het inzicht in de wisselwerking tussen verpleegkundige en patiënt en voor deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen.

Aanbeveling 9.4 Toepassen van spraak-taalinterventies

Verpleegkundigen dienen doelbewust en inzichtelijk augmentatieve alternatieve communicatie (AAC) zoals gebarentaal en aanvullende technieken, bijvoorbeeld een alfabetbord, toe te passen bij patiënten met spraak-taalproblemen. Voor het gebruik van patiëntspecifieke communicatiehulpmiddelen is advies van logopedisten noodzakelijk. De verpleegkundige dient het effect van de gebruikte technieken voor de individuele patiënt, kritisch te beoordelen (Sacchet e.a. 1999, Bartolo e.a. 2003, Diener e.a. 2004, Marshall 2002, Yorkston 1996). *Niveau C*

Aanbeveling 9.5 Toepassen van spraak-taalinterventies

Naast het toedienen van voorgeschreven medicatie, gericht op het herstel van afasie en in aanvulling op logopedische behandeling, kunnen verpleegkundigen spraak-taalinterventies aanbieden om de werking van het medicijn te ondersteunen (Greener e.a. 2001, Nys e.a. 2006, Salter e.a. 2005, Shisler 2000, Jordan e.a. 2006). *Niveau A*

Aanbeveling 9.6 Toepassen van spraak-taalinterventies

Verpleegkundigen kunnen met regelmatige oefeningen, gericht op specifieke deeltaken, zoals uitspraak, lezen en schrijven, functioneel herstel op die specifieke taak bevorderen. Instructie van een logopedist over specifieke oefeningen voor de individuele patiënt is daarbij een voorwaarde (Cappa e.a. 2005, Salter e.a. 2005, Beeson e.a. 2005, Cherney e.a. 1998). *Niveau B*

Aanbeveling 9.7 Toepassen van spraak-taalinterventies

Verpleegkundigen kunnen het gebruik van computers stimuleren bij patiënten met spraak-taalproblemen in samenwerking met computerdeskundigen en logopedisten, zodat het oefenen van spraak-taalvaardigheden autonoom door de patiënt kan worden uitgevoerd (Cicerone e.a. 2000, Salter e.a. 2005, Pedersen e.a. 2001, Rostron 1996, Worall e.a. 2002). *Niveau B*

Aanbeveling 9.8 Intensiteit van spraak-taaltherapie

Zodra spraak-taalproblemen na een beroerte gesignaleerd worden – tijdens de acute fase – dienen verpleegkundigen spraak-taalinterventies te starten, afgestemd op logopedische behandeling (Robey 1994, Paolucci e.a. 2000, Salter e.a. 2005). *Niveau B*

Aanbeveling 9.9 Intensiteit van spraak-taaltherapie

Verpleegkundigen dienen, in samenwerking met logopedisten, dagelijks spraak-taalinterventies aan te bieden aan de individuele patiënt om voldoende intensiteit van de therapie te bereiken voor optimale herstelkansen (Boghal e.a. 2003, Cicerone e.a. 2000, Jordan e.a. 2006, Rappaport e.a. 1999, Salter e.a. 2005). *Niveau A*

Aanbeveling 9.10 Verpleegkundige behandeling van spraak-taalproblemen

Verpleegkundigen dienen zich bewust te zijn dat zij, naast logopedisten, een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de behandelresultaten van spraak-taalproblemen na een beroerte (Cicerone e.a. 2000, Greener e.a. 1999, Salter e.a. 2005). *Niveau A*

Aanbeveling 9.11 Verpleegkundige behandeling van spraak-taalproblemen

Spraak-taalinterventies door verpleegkundigen zijn vooral effectief door de integratie in de dagelijkse zorgverlening met oefeningen van functionele taken (Beeson 2004, Cappa e.a. 2005, Cherney e.a. 1998, Peach 2004, Sacchet e.a. 1999, Worall e.a. 2002). *Niveau B*

Aanbeveling 9.12 Verpleegkundige behandeling van spraak-taalproblemen

Gefaseerde doelstellingen over de communicatie dienen in het verpleegplan opgenomen te worden, en eventueel in een klinisch pad (Kagan e.a. 2002). *Niveau B*

Aanbeveling 9.13 Verpleegkundige behandeling van spraak-taalproblemen

Bij de zorgverlening aan afasiepatiënten dienen verpleegkundigen zich bewust te zijn van een respectvolle en aandachtige houding om succesvol te communiceren, ondanks een soms weinig zichtbare respons van de patiënt (Greener e.a. 1998, Sundin e.a. 2003). *Niveau C*

Aanbeveling 9.14 Verpleegkundige behandeling van spraak-taalproblemen

Voor een succesvolle behandeling kunnen verpleegkundigen de autonomie van de patiënt zo veel mogelijk waarborgen, door bijvoorbeeld de behandeldoelen samen te ontwikkelen, competenties te bevorderen, sociale steun te activeren en de kwaliteit van conversatie te bevorderen (Hinckley 2006, Kagan e.a. 2001, Marshall 2002, Worall e.a. 2002). *Niveau C*

Aanbeveling 9.15 Verpleegkundige behandeling van spraak-taalproblemen

Verpleegkundigen moeten bepaalde factoren signaleren die therapie kunnen belemmeren door bijvoorbeeld te screenen op depressie, cognitieve beperkingen en motivatieproblemen bij de patiënt of naasten (Greener e.a. 1998, Nys e.a. 2005a, b, Paolucci e.a. 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 9.16 Verpleegkundige behandeling van spraak-taalproblemen

Organisatorische voorwaarden dienen gecreëerd te worden om spraak-taalinterventies door verpleegkundigen mogelijk te maken, zoals voldoende tijd voor de patiënt, ruimte voor overleg met de familie, ondersteuning van logopedisten, beschikbaarheid van communicatiehulpmiddelen en een systeem van deskundigheidsbevordering (Heineman e.a. 2003, Jones e.a. 1997, Worall e.a. 2002). *Niveau C*

Aanbeveling 10.1 Gebruik depressiemeetinstrument

Het is van belang dat verpleegkundigen bij het signaleren van depressie na een beroerte gebruikmaken van een of meer valide en betrouwbare depressiemeetinstrumenten voor patiënten met een beroerte (Bennett 1996, Kumlien e.a. 2000). *Niveau C*

Aanbeveling 10.2 HADS en de GDS-15

Verpleegkundigen kunnen bij patiënten met een beroerte in de acute fase de HADS gebruiken om vroegtijdig een depressie te signaleren. *Niveau B*

Aanbeveling 10.3 HADS en de GDS-15

Verpleegkundigen kunnen bij patiënten met een beroerte in de acute fase de GDS-15 gebruiken om vroegtijdig een depressie te signaleren. *Niveau A*

Aanbeveling 10.4 PHQ en GDS-15

Verpleegkundigen kunnen bij patiënten in de revalidatiefase na een beroerte de PHQ-9 gebruiken om vroegtijdig een depressie te signaleren. *Niveau C*

Aanbeveling 10.5 PHQ en GDS-15

Verpleegkundigen kunnen bij patiënten in de revalidatiefase na een beroerte de GDS-15 gebruiken om vroegtijdig een depressie te signaleren. *Niveau B*

Aanbeveling 10.6 De GHQ en de GDS

Verpleegkundigen kunnen bij patiënten in de chronische fase na een beroerte de GHQ gebruiken om vroegtijdig een depressie te signaleren. *Niveau B*

Aanbeveling 10.7 De GHQ en de GDS

Verpleegkundigen kunnen bij patiënten in de chronische fase na een beroerte de GDS gebruiken om vroegtijdig een depressie te signaleren. *Niveau B*

Aanbeveling 10.8 Psychosociale zorg

Verpleegkundigen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het bijsturen van een focus op de lichamelijke gevolgen van de beroerte van het mono- en multidisciplinaire behandelteam naar een meer holistische benadering van de gevolgen van de beroerte door deze problematiek structureel onder de aandacht te brengen. *Niveau D*

Aanbeveling 10.9 Psychosociale zorg

Verpleegkundigen kunnen een meer actieve rol aannemen in het zoeken naar kennis en vaardigheden om patiënten met depressie na een beroerte adequate zorg te kunnen verlenen door consultatie te vragen van deskundigen in directe zorgsituaties. Ook kunnen zij scholingen (laten) organiseren over depressie na een beroerte en de mogelijkheden en onmogelijkheden in de zorg voor deze patiënten. *Niveau D*

Aanbeveling 10.10 Bewegingsprogramma's

Verpleegkundigen kunnen in de dagelijks zorg voorwaarden creëren voor participatie aan therapieën en patiënten stimuleren actief deel te nemen aan fysio- en ergotherapieprogramma's. Ook kunnen zij lichamelijke beweging integreren in de zorgmomenten van een patiënt. *Niveau D*

Aanbeveling 10.11 Bewegingsprogramma's

In de thuissituatie kunnen verpleegkundigen patiënten stimuleren deel te nemen aan bewegingsprogramma's die regionaal worden georganiseerd. Daarnaast kunnen zij met de patiënt nagaan op welke wijze beweging in de dagelijkse routine kan worden opgenomen. *Niveau D*

Aanbeveling 10.12 Coping

Het is van belang is dat verpleegkundigen bij het waarnemen van een vermijdende copingstijl actief screenen op depressie. *Niveau D*

Aanbeveling 10.13 Coping

Verpleegkundigen kunnen patiënten die vertrouwd zijn met bidden, aanraden dit ook te doen als er symptomen van depressie zijn signaleerd. *Niveau C*

Aanbeveling 10.14 Coping

Verpleegkundigen kunnen patiënten begeleiden bij het zoeken naar betekenis en steun op het spirituele vlak en begeleiding door geestelijk verzorgers adviseren. *Niveau D*

Aanbeveling 10.15 Educatie

Terughoudendheid is gewenst bij het opzetten van educatieprogramma's met als doel het verminderen van depressie na een beroerte. Aangezien educatieprogramma's vaak een bredere doelstelling hebben dan alleen het verminderen van depressie, kan op grond van de andere doelstellingen gewogen worden of het opzetten van een educatieprogramma meerwaarde heeft voor de patiënt met een beroerte. *Niveau B*

Aanbeveling 10.16 Life-reviewtherapie en motiverende gespreksvoering

Het is te overwegen om life-reviewtherapie en motiverende gespreksvoering door daarvoor getrainde verpleegkundigen toe te laten passen. Wel is van belang de haalbaarheid van deze therapie in de verpleegkundige zorgverlening in de gegeven setting in de overwegingen te betrekken. *Niveau C*

Aanbeveling 10.17 Life-reviewtherapie en motiverende gespreksvoering

Toepassen van life-reviewtherapie en motiverende gespreksvoering kan het best door verpleegkundig specialisten of nurse practitioners in de klinische situatie of door CVA-gespecialiseerde verpleegkundigen in de thuiszorg worden gegeven vanwege de aard van de therapie en de competenties die dit van verpleegkundigen vraagt. *Niveau D*

Aanbeveling 10.18 Nazorgprogramma's

Het is aan te bevelen dat verpleegkundig specialisten/nurse practitioners patiënten begeleiden in het begrijpen en accepteren van behandeling van depressie na een beroerte, deze behandeling in samenwerking met een arts initiëren en het effect van de behandeling en de therapietrouw monitoren (Williams 2007). *Niveau A*

Aanbeveling 10.19 Nazorgprogramma's

Terughoudendheid is gewenst bij het opzetten van nazorgprogramma's gericht op gevolgen van een beroerte en de ervaren zorgbehoeften (Claiborne 2006). *Niveau B*

Aanbeveling 10.20 Sociale steun

Verpleegkundigen kunnen een bijdrage leveren aan het bevorderen van sociale steun door in de eerste periode na de beroerte de naasten met wie de patiënt een hechte, intieme relatie heeft bij de zorg te betrekken. Indien nodig kunnen zij daarbij andere hulpverleners inschakelen. *Niveau B*

Aanbeveling 10.21 Zelfzorg self-efficacy

Verpleegkundigen kunnen een bijdrage leveren aan het bevorderen van het vertrouwen van de patiënt in zijn vermogen om bepaalde taken te verrichten. Een belangrijke rol daarin spelen:

- succeservaringen bij het oefenen;
- observatie van patiënten die ter identificatie en voorbeeld kunnen dienen;
- positieve feedback op de handeling van bijvoorbeeld de hulpverlener;
- het toeschrijven van succes aan factoren die de patiënt zelf kan beïnvloeden.

Niveau C

Aanbeveling 11.1 Verpleegkundige verantwoordelijkheid – seksuele disfuncties

Het is van groot belang dat verpleegkundigen op de hoogte zijn van de gevolgen van een beroerte voor de seksualiteit en de mogelijke seksuele disfuncties zoals: verminderd seksueel verlangen (verminderd libido), het in mindere mate opgewonden raken (arousal), het minder vaak hebben van een orgasme, erectieproblemen bij mannen, vaginale droogheid bij vrouwen, voortijdige zaadlozing en problemen met het orgasme.

Omdat patiënten terughoudend zijn om zelf over seksualiteit te beginnen, horen verpleegkundigen de verantwoordelijkheid te nemen om een gesprek te openen over seksualiteit en hulpverlening bij eventuele seksuele problemen te bespreken met patiënten en partners (Giaquinto 2003, Choi-Kwon 2002, Cheung 2002, Gamel e.a. 2000, Kimura 2001, Korpelainen 1999, Edmans 1998, Korpelainen e.a. 1998, Buzzelli e.a. 1997, Boldrini e.a. 1991, Monga e.a. 1986, Hawton 1984, Sjögren e.a. 1982, 1983). *Niveau A*

Aanbeveling 11.2 Fysieke functiebeperkingen gerelateerd aan seksuele disfuncties

Verpleegkundigen zouden patiënten met functionele beperkingen (rankin-score: 2-3), hemiparese, afasie of sensorische stoornissen moeten ondersteunen met strategieën om met de gevolgen van een beroerte en mogelijke seksuele disfuncties om te gaan (Cheung 2002, Gianquinto e.a. 2003, Edmans 1998, Korpelainen e.a. 1999, Kimura e.a. 2001, Sjögren e.a. 1982, Laimieux e.a. 2002). *Niveau A*

Aanbeveling 11.3 Angst voor een nieuwe beroerte gerelateerd aan seksuele disfuncties

Het is van belang dat verpleegkundigen de angst voor een nieuwe beroerte die de patiënt en diens partner tijdens alle vormen van seksuele bevrediging ervaren, bespreken en hen indien nodig verwijzen naar een seksuoloog of neuroloog voor uitleg over het risico (Giaquinto 2003, Korpelainen e.a. 1998, Chung 2002, Monga 1986, Boldrini 1991). *Niveau D*

Aanbeveling 11.4 Depressie gerelateerd aan seksuele disfuncties

Omdat depressie seksualiteit (zin in seks) negatief beïnvloedt, zouden verpleegkundigen patiënten moeten screenen op depressie. Indien symptomen van depressie aanwezig zijn of de patiënt depressief is, moeten verpleegkundigen dit bespreken met de behandelend arts, zodat de patiënt verwezen kan worden naar een psycholoog of psychiater voor verder onderzoek en behandeling (Kimora e.a. 2001, Choi Kwan e.a. 2002, Korpelainen 1999). *Niveau D*

Aanbeveling 11.5 Verandering in de relatie met de partner gerelateerd aan seksuele disfuncties

Verpleegkundigen zouden vragen en zorgen van de patiënt met betrekking tot een verandering in de relatie met de partner en/of het in stand houden van de relatie met de partner moeten bespreken met de patiënt en indien nodig de patiënt verwijzen naar een psycholoog, maatschappelijk werker of seksuoloog (Kimora e.a. 2001, Choi Kwan en Kim 2002, Korpelainen 1999). *Niveau D*

Aanbeveling 11.6 Interventies voor het bevorderen van seksuele gezondheid na een beroerte – goed luisteren door de verpleegkundige

Bij patiënten met seksuele disfuncties na een beroerte is het van belang dat verpleegkundigen goed luisteren naar de vragen en zorgen van de patiënt en diens partner met betrekking tot mogelijke veranderingen in de seksualiteit na een beroerte, zodat verpleegkundigen interventies kunnen toepassen die de seksuele gezondheid bevorderen, hulp en ondersteuning bieden en indien nodig verwijzen naar seksuoloog, arts of maatschappelijk werker voor consultatie (Kautz 2007). *Niveau D*

Aanbeveling 11.7 Interventies voor het bevorderen van seksuele gezondheid na een beroerte – aandacht besteden aan elkaar

Indien de patiënt en partner merken dat het verlangen naar seks is verminderd en zij het verlangen naar seks willen stimuleren, is het van belang dat zowel de patiënt als de partner aandacht blijven besteden aan elkaar om het verlangen naar seks te stimuleren. Samen tijd doorbrengen, activiteiten doen die beiden voldoening geven, elkaars handen vasthouden en elkaar knuffelen kunnen het verlangen naar seks mogelijk weer opwekken (Kautz 2007). *Niveau D*

Aanbeveling 11.8 Interventies voor het bevorderen van seksuele gezondheid na een beroerte – erectieproblemen

Indien de patiënt erectieproblemen heeft, zijn er verschillende medische behandelingen, zoals met fosfosdiasterase type 5 (PDE5), sildenafil (Viagra®), tadalafil (Cialis®) of vardenafil (Levitra®) (Kautz 2007). *Niveau D*

Deze medische behandelingen vallen verder buiten het kader van deze richtlijn.

Aanbeveling 11.9 Interventies voor het bevorderen van seksuele gezondheid na een beroerte – vaginale droogheid

Verpleegkundigen kunnen vrouwen die last hebben van vaginale droogheid ondersteunen in het gebruiken van een passend middel. Met de patiënt kan besproken worden wat zij al heeft geprobeerd, en wat patiënt vindt van verschillende middelen, zoals: vochtcrème, oestrogeencrème (in overleg met de arts), glijmiddelen (KY Gel®, Sensilube®, speeksel) (Kautz 2007, Eltink e.a. 2006). *Niveau D*

Aanbeveling 11.10 Interventies voor het bevorderen van seksuele gezondheid na een beroerte – houding aanpassen

Bij een patiënt met fysieke functiebeperkingen is het van belang dat verpleegkundigen de patiënt en partner ondersteunen in het zoeken naar passende en mogelijke houdingen bij seks en indien nodig in het nemen van pijnmedicatie voorafgaand aan seks. Ook kunnen verpleegkundigen patiënten adviseren om de tijd voor seksuele activiteiten te plannen zodat zij goed uitgerust zijn en het minst last hebben van pijn (Kautz 2007, Hawton 1984). *Niveau D*

Aanbeveling 11.11 Interventies voor het bevorderen van seksuele gezondheid na een beroerte – vermoeidheid

Veel patiënten hebben last van vermoeidheid bij seks en/of door seks waardoor seksualiteit wordt belemmerd. Verpleegkundigen kunnen patiënt en partner ondersteunen en adviseren met betrekking tot de volgende punten:

- Let op balans tussen actieve en rustperiodes in de dag.
- Maak gebruik van hulpmiddelen om energie te sparen.
- Neem deel aan conditieverbeterende activiteiten om het uithoudingsvermogen van patiënt te verbeteren.
- Adviseer patiënt seksuele activiteiten te plannen wanneer hij goed uitgerust is (Kautz 2007). *Niveau D*

Aanbeveling 11.12 Interventies voor het bevorderen van seksuele gezondheid na een beroerte – afasie

Verpleegkundigen kunnen afatische patiënten en hun partners adviseren over mogelijke communicatiemiddelen en indien nodig verwijzen naar een logopedist, zodat de patiënt mogelijk beter kan communiceren onder andere over zijn seksuele problemen en verlangens (Kautz 2007). *Niveau D*

Aanbeveling 11.13 Interventies voor het bevorderen van seksuele gezondheid na een beroerte – elkaar aanraken

Verpleegkundigen kunnen patiënt en partner adviseren om elkaar aan te raken, te strelen en te knuffelen om de intimiteit in de relatie te houden (Laimieux e.a. 2002). *Niveau C*

Aanbeveling 11.14 Interventies voor het bevorderen van seksuele gezondheid na een beroerte – sensorische stoornissen

Verpleegkundigen kunnen de patiënt met sensorische stoornissen en diens partner adviseren om:

- de lichaamsdelen die sensorisch gevoelig zijn, te stimuleren;
- elkaar te knuffelen, kussen en koesterende woorden te gebruiken;
- gebruik te maken van een ontspannen, koele ruimte (niet te warm of te fris) (Monga e.a. 1995, Kautz 2007). *Niveau D*

Aanbeveling 11.15 Interventies voor het bevorderen van seksuele gezondheid na een beroerte – aantrekkelijkheid

Met betrekking tot de relatie met de partner: veel patiënten vinden zichzelf niet aantrekkelijk vanwege de verschillende problemen waar zij mee worden geconfronteerd, zoals hemiparese, faciale parese, incontinentie, communicatieproblemen (afasie) en eetproblemen. Verpleegkundigen kunnen patiënten helpen met het volgende, als voorbereiding op het bezoek van de partner:

- Help de patiënt makkelijk zittende en leuke kleding aan te trekken.
- Assisteer de patiënt indien er bezoek komt er netjes uit te zien.
- Moedig het gebruik aan van make-up en parfum.
- Vraag aan de patiënt of hij en zijn/haar partner houden van muziek of een favoriete televisieserie hebben.
- Informeer of de patiënt (en de partner) het prettig vinden om buiten of in de gemeenschapsruimte te zitten (Kautz 2007). *Niveau D*

Aanbeveling 12.1 Informatiebehoeften

Het is belangrijk dat de verpleegkundige bij de patiënt en naasten navraagt wat hun individuele behoeften zijn aan voorlichting; over welke aspecten zij meer informatie zouden willen (Rodgers e.a. 2001, Wellwood e.a. 1994, Stein e.a. 1993, Choi-Kwon e.a. 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 12.2 Informatiebehoeften

De verpleegkundige dient de informatie af te stemmen op de persoonlijke behoeften van de patiënt en naaste (Choi-Kwon e.a. 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 12.3 Informatiebehoeften

Naast de individuele onderwerpen waarover patiënt en naaste informatie willen, dient de verpleegkundige in de voorlichting die aspecten aan de orde te stellen die passen bij de fase na de beroerte waarin de patiënt zich bevindt (Wiles e.a. 1998, Hanger e.a. 1998, Wachters-Kaufmann e.a. 2004, Garrett e.a. 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 12.4 Voorlichting in de acute fase

De verpleegkundige dient de voorlichting zo snel mogelijk na de beroerte, liefst binnen 24 uur, te starten (Wachters-Kaufmann e.a. 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 12.5 Voorlichting in de acute fase

In de acute fase dienen in de voorlichting vooral de klinische aspecten aan bod te komen. Daarbij kan gedacht worden aan: informatie over aard en oorzaak van de aandoening, behandelplan, wisselende beloop van eerste dagen en uitleg over onzekerheid met betrekking tot de prognose (Wachters-Kaufmann e.a. 2004, Wiles e.a. 1998). *Niveau C*

Aanbeveling 12.6 Voorlichting in de revalidatiefase

In de revalidatiefase dient informatie over klinische aspecten herhaald en uitgebreid te worden. Daarnaast moeten in de revalidatiefase gevolgen op langere termijn en praktische aspecten aan de orde komen. Daarbij kan gedacht worden aan: omgaan met ziekte (coping), verandering in rolbeleving, seksualiteit, angst voor recidief en mogelijkheden van ondersteunende diensten (Garrett e.a. 2005, Wachters-Kaufmann 2004). *Niveau C*

Aanbeveling 12.7 Voorlichting in de chronische fase

In de chronische fase dient opnieuw aandacht besteed te worden aan de aspecten uit de revalidatiefase, aan de psychologische gevolgen van de beroerte en dienen praktische aspecten besproken te worden. In deze fase dient ook deelname aan patiëntenverenigingen (lotgenotencontact) besproken te worden. (Hanger e.a. 1998, Wachters-Kaufmann 2004, Garrett e.a. 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 12.8 Voorlichting aan naasten

Vanaf binnenkomst in het ziekenhuis moet aan naasten informatie gegeven worden over procedures (afspraken, onderzoeken, wachttijden) (O'Connell e.a. 2003). *Niveau C*

Aanbeveling 12.9 Voorlichting aan naasten

Het is belangrijk voor naasten informatie en steun te krijgen. Er dient ruimte te zijn voor open communicatie tussen naaste en professional en de professional dient zich toegankelijk op te stellen jegens de naaste (Van der Smagt-Duinste e.a. 2001). *Niveau C*

Aanbeveling 12.10 Voorlichting aan naasten

Bij het geven van voorlichting aan naasten is het belangrijk aandacht te schenken aan de volgende aspecten:

- Moedig naasten aan vragen te stellen.
- Neem tijd voor het beantwoorden van vragen.
- Stel naasten op de hoogte als er geen nieuwe informatie gegeven kan worden (Van der Smagt-Duijnste e.a. 2001). *Niveau C*

Aanbeveling 12.11 Multidisciplinaire voorlichting

Het is belangrijk multidisciplinair samen te werken in het geven van de voorlichting. Documenteer welke informatie door welke discipline is gegeven (Garrett e.a. 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 12.12 Multidisciplinaire voorlichting

Het multidisciplinair team dient te bepalen wie welke informatie geeft. Daarbij is het belangrijk rekening te houden met de gewenste aspecten per discipline, de fase van de patiënt en de praktische mogelijkheden binnen de instelling (Garrett e.a. 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 12.13 Algemene aanbevelingen – voorlichtinginterventies

Informatie dient zowel mondeling als schriftelijk gegeven te worden (Wachters-Kaufmann e.a. 2005, Garrett e.a. 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 12.14 Algemene aanbevelingen – voorlichtinginterventies

Het is belangrijk de inhoud van informatie gedoseerd te geven. De informatie moet in eenvoudige en duidelijke taal gegeven worden. Bovendien moet de informatie regelmatig herhaald worden, waarbij aan de patiënt en naasten wordt gevraagd of de vorige informatie onthouden en begrepen is (Wachters-Kaufmann e.a. 2005). *Niveau C*

Aanbeveling 12.15 Schriftelijke informatie

Het is belangrijk dat er binnen het multidisciplinaire team professionals de verantwoordelijkheid op zich nemen om de kwaliteit van het schriftelijke materiaal te beoordelen en te verbeteren (Hoffmann e.a. 2007). *Niveau C*

Aanbeveling 12.16 Schriftelijke informatie

Schriftelijk voorlichtingsmateriaal dient afgestemd te worden op de behoeften van de patiënt en naaste (Hoffmann e.a. 2007). *Niveau A*

Aanbeveling 12.17 Schriftelijke informatie

Schriftelijk materiaal dient voor patiënten met afasie aangepast te worden door de volgende maatregelen toe te passen op het schriftelijk materiaal:

- gebruik van eenvoudige woorden en korte zinnen;
- gebruik van een groot en standaard lettertype;
- openlaten van ruimtes in de tekst;
- gebruik van relevante afbeeldingen.

(Rose e.a. 2003). *Niveau B*

Aanbeveling 12.18 Groepsinterventies

Het is belangrijk in het eigen multidisciplinaire team te bepalen wat de mogelijkheden zijn voor voorlichtingsinterventies in groepen.

Daarbij dient rekening te worden gehouden met de volgende aspecten:

- De interventie moet uit meerdere sessies bestaan.
- Er dient ruimte te zijn voor kennisoverdracht (bijvoorbeeld via lezingen) en kennisverwerking (bijvoorbeeld via vragen stellen, discussie).
- De mogelijkheid om samen vaardigheden te oefenen moet worden overwogen.

(Forster e.a. 2001) *Niveau B*

Aanbeveling 12.19 Ondersteuning van families

Het eigen multidisciplinair team dient te bepalen welke mogelijkheden er zijn om families te ondersteunen. Het interventieprogramma moet in ieder geval bestaan uit het bieden van emotionele steun, informatieve steun en het regelen van diensten.

(Clark e.a. 2003, Lincoln e.a. 2002, Mant e.a. 2000). *Niveau B*

Aanbeveling 12.20 Internet

Het is belangrijk de kwaliteit van de websites te beoordelen aan de hand van criteria, alvorens deze aan te bevelen aan patiënten en naasten.

(Pierce 2004). *Niveau D*